



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

EVOLUCIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN EL URUGUAY, DESDE EL AÑO 1957 A 1973

AUTORES:

Br. Dos Santos Farías, Ana María
Br. García, Elina
Br. Latapié, Alejandra
Br. Nigro, Marisol
Br. Pinto, Silvina

TUTORES:

Lic. Enf. Crosa, Slivia
Lic. Enf. Grassi, Elsa

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

Indice

Introducción	1
Objetivos	2
I. Antecedentes históricos	3
I.1. Reseña histórica de América Latina	3
I.2. Reseña histórica del Uruguay.	6
I.3. Antecedentes del Consejo Internacional de Enfermería.	8
I.4. Características de las prácticas de Salud en América Latina.	9
I.5. Características de las Prácticas de Salud en Centro América.	10
II. Area problema	14
III. Justificación y selección.	14
IV. Marco teórico.	15
IV.1. Características de organización en salud	15
IV.2. Definición de Enfermería.....	16
IV.3. Historia de la organización de los Departamentos de Enfermería	18
IV.4. Aspectos Relevantes de la evolución de la Enfermería Profesional en el Uruguay- período 1957- 1966.....	20
IV.4.1. Departamento de Enfermería.....	22
IV.4.2. Administración de personal.....	24
IV.4.3. Supervisión.....	25

IV.5. Conceptos y definiciones.....	26
IV.5.1. Historia.....	26
IV.5.2. Historiografía	26
IV.5.3. Organización	26
IV.5.4. Estructura.....	27
IV.5.5. Estructuración.....	27
IV.5.7. Desempeño	28
IV.5.8. Atención Integral	29
IV.5.9. Niveles de Atención	29
IV.5.10. Contenido y enfoque de Atención Primaria	30
IV.5.11. Enfermería en Atención Primaria.....	31
IV.5.12. Función de la Enfermera en Atención Primaria	33
IV.5.13. Posgrado	34
V. Diseño Metodológico	38
V.1. Tipo de Estudio	38
V.2. Universo y muestra	38
V.3. Variables	39
V.4. Hipótesis	39
V.1. Métodos e instrumentos para la recolección de datos.	40

VII. Análisis.....	43
VIII. Conclusiones.....	52
IX. Bibliografía	55

Agradecimientos

A las siguientes personas a:

Enfermera Profesional Magnani por su apoyo brindado desde el inicio de ésta investigación.

A todas las Enfermeras Profesionales encuestadas que aportaron información necesaria para contribuir al desarrollo de la misma y a las que se encontraron dispuestas a colaborar por medio de la aplicación de la encuesta pero que no se llegó a concretar por incompatibilidad de horarios.

Enfermeras Profesionales Hernández y Gorrasi por sus aportes metodológicos.

Artigas González por su invaluable e incondicional ayuda a nivel informático.

Introducción

El presente trabajo es realizado por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, cumpliendo con un requisito curricular de la carrera y bajo tutorías de dos docentes del Dpto. de Salud Comunitaria. El cual tiene por finalidad desarrollar una investigación sobre un tema específico, en esta ocasión abordamos "Historia de la enfermería".

Luego de haber evaluado las diferentes fuentes definimos un área problema: los cambios surgidos en la evolución del desempeño de la enfermería, originados por factores socioeconómicos y políticos en el Uruguay en el periodo que comprende los años del 1957 al 1973.

Los temas que se toman en cuenta son el desempeño de la Enfermera Profesional en la creación y organización de su Departamento a nivel del M.S.P.; el acatamiento de sus normas en las distintas instituciones, con la finalidad de conocer en base a que necesidades, la Enfermería Profesional se agrupa y lucha por un espacio propio dentro de la salud. Frente a la comunidad, como se identificaron las necesidades de la población para la implementación del Primer Nivel y en que medida Enfermería logra compenetrarse en dicho Nivel.

Dicha investigación es un análisis de lo recabado en la bibliografía ya existente y de aportes de Enfermeras Profesionales ligadas al tema.

Se considera que los resultados obtenidos contribuyen al desarrollo cultural de interesados.

Las conclusiones que se obtienen nos revelan la incidencia que tuvieron los mencionados factores en el desempeño de Enfermería Profesional.

No se pretende aquí cerrar los temas tendientes a descubrir antecedentes históricos de Enfermería, sino que la finalidad es invitar a otras personas a que se motiven en la carrera de reivindicar nuestro origen.

Objetivo general

Profundizar sobre la evolución del desempeño de la *Enfermera Profesional* en el periodo 57 al 73

Objetivos específicos

1. Establecer los factores socio- económicos- políticos que incidieron en la evolución de la *Enfermería Profesional* en el periodo del 57 - 73.
2. Determinar los cambios que surgieron en el desempeño de la *Enf. Profesional*.
3. Analizar la información recabada y su repercusión en la profesión.

I. Antecedentes históricos

Creemos oportuno realizar la siguiente reseña histórica de la situación política – económica de los países de América Latina, a modo de ubicarnos en la realidad que se vivía en ese momento, ya que se produjeron determinados acontecimientos que llevaron a la creación de diferentes modelos en educación, salud, economía, política, etc.

I.1. Reseña histórica de América Latina

Brasil- En 1950 Getulio Vargas resultó electo presidente por segunda vez, declarando que haría “un gobierno de orientación laborista”, para una tozuda oposición parlamentaria truncó sistemáticamente sus iniciativas, mientras su política exterior independiente volvía a enfrentarle con EE.UU. En 1954, acosado por todas partes y completamente solo Getulio se suicida, quedando el paso franco para los intereses antinacionales, su sucesor Café Filho como señala el historiador brasileño Schilling –“limpió el área para la penetración ilimitada de capital extranjero”-.

Argentina- En 1955 el alzamiento militar “Revolución libertadora” y Perón se vio obligado a renunciar y exiliarse. Todas sus leyes sociales, la Constitución del 49 fueron derogadas, se privatizó la estructura productiva estatal, se multiplicaron las inversiones norteamericanas y las deudas, alineándose la política exterior con la de EE.UU.

Cuba- Por primera vez en 1959 se implantaría un movimiento revolucionario con un régimen socialista, se demostraba así la viabilidad de instalar un modelo político diferente al propugnado por EE.UU. Todo el panorama latinoamericano se verá transformado por ésta alternativa de cambio y liberación; se dan distintas repercusiones:

❖ 1962- 1965- Se suceden numerosos focos guerrilleros en diferentes puntos del continente, que no obtuvieron éxito ni apoyo interno, salvo en el caso de *Guatemala*.

❖ Para las clases medias, que al principio miraron a la revolución con una mezcla de simpatía y expectación, el vuelco marcadamente socialista de la misma (reforma agraria, declaración de Fidel Castro como marxista- leninista, avances de las mediadas populares, etc.) va a determinar un giro a las posiciones conservadoras.

❖ El ejército, por su parte va a reaccionar contra cualquier intento de innovación en las estructuras socio- política- económicas que haga peligrar su dominio. Es así que las democracias populistas serán sustituidas por regímenes autoritarios (1)

1960 - América Latina ingresa en la Guerra Fria, se consolida un frente revolucionario en todos los sectores reaccionarios al cambio, que encontrarán en EE.UU. un aliado incondicional para el logro de sus objetivos (2)

1962 - EE.UU. en la Reunión de Consulta en Punta del Este logra que se declare que “la adhesión de cualquier miembro de la OEA al marxismo- leninismo es incompatible con el sistema interamericano” y por lo tanto excluyera a Cuba del mismo, suspendiéndose el comercio de todos los países con ella.

Bolivia- El imperialismo –desarticulado ya el poder interno de la “rosca” atacó pronto y eficazmente el precio de minerales que se exporta, descendieron una y otra vez los consorcios y la banca internacionales, tomaron medidas y ahorcaron económicamente al gobierno revolucionario hasta que éste no encontró otra alternativa que recurrir al crédito de grandes potencias y de aquellas instituciones financieras, bajo condiciones: congelamiento salarial y despido de obreros. Apremiado por el imperio, el ejército dio un Golpe de Estado en 1964, que instauró un “modelo” económico definitivamente liberal desarrollista y fuertemente sujeto al financiamiento exterior.

1965- La Reunión de Consulta de Washington envía una “Fuerza Interamericana de Paz” a detener la sublevación popular *Dominicana* que intentó reponer al Presidente Bosch (3)

1967- La muerte del Che marca el inicio de cambios en las relaciones de la Revolución Cubana en el mundo, quien apunta al desarrollo económico.

1973- El Tercer Mundo vive, instancias de organización.

Estados Unidos elabora "Estrategia de Responsabilidades Compartidas", no actúa solo, sino con una serie de satélites socios(en América Latina, Brasil por ejemplo). (4)

Durante este período ocurren varias crisis (en 1967, 1973,1979) en la economía de los países latino- americanos se caracterizan por la reducción del crecimiento del producto interno, reducción de importación, disminución en las inversiones de capital, el aumento de la deuda externa y el desempleo. Las crisis sucesivas y el hecho de que el crecimiento industrial logrado no haya producido las modificaciones esperadas en la estructura global, han cruzado una situación de desequilibrio entre un alto nivel de demandas y una escasa oferta de oportunidades (5)

Al finalizar la década de 1950 volvía a agitarse el tema de la integración en las esferas gubernamentales y en las opiniones de economistas y técnicos de América Latina. El comercio de los diferentes países del continente había descendido a la mitad de su monto en 1955 y los gobiernos empezaron a prestar oídos al llamado de CEPAL para crear mecanismos de integración regional, que se exponía a la publicación de la ONU "el Mercado Común Latino- americano" en 1959, en ese mismo año se creaba el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y surgía el planteo de formar una "zona libre de comercio continental" mediante el progresivo degravamiento arancelario, con el fin de ampliar los mercados internos de cada país.

Si bien es afines de la década del 60 cuando se desencadena el fenómeno de la deuda externa de Latino- América llegando a su apogeo a partir de 1973 ya en los inicios de los años 60 se gestan las condiciones preparatorias del camino de penetración de la Banca Privada Internacional en el área de L.A.

Los mercados latinoamericanos se abrieron al capital extranjero: los últimos años han sido pródigos en medidas de gobiernos que significan un generoso abrirles las puertas a las inversiones extranjeras, especialmente de E.E.UU., en países como *México, Brasil, Argentina, Uruguay*, entre otros. (6)

1.2. Reseña histórica del Uruguay

El proyecto de la reforma fue sometido al acto popular (16 de diciembre de 1951) donde obtuvo su ratificación, su promulgación se efectuó el 25 de enero de 1952.

❖ La Constitución de 1952; estableció un Estado democrático, republicano, unitario y laico, con un Gobierno representativo con separación de poderes.

❖ La evolución del Consejo Nacional de Gobierno (1952 – 1967)

La evolución nacional bajo la Constitución de 1952 – 1967 transcurrió en un clima de divergencias políticas y problemas económicos que acarrearón visibles tensiones sociales. Los métodos adaptados para solucionar la crisis económica iniciada en 1954 debido a la fuerte baja de los precios comerciales de los productos agropecuarios, no dieron los resultados esperados, la situación de crisis continuó y las consecuencias fueron múltiples y graves. Entre ellos se destacaron: el déficit en la balanza de cuentas, la desaparición de las reservas de oro, la devaluación de la moneda, la evasión de hospitales privados, el encarecimiento del crédito, inflación, baja de salarios y precios que acentúan la baja cada vez más fuerte en el poder adquisitivo de la moneda, la crisis económica afectó en distinto grado a toda la población, acentuando las discrepancias políticas y distorsionando la organización social. El aumento del costo de vida, el bajo nivel de salario y la desocupación, generalizaron los conflictos laborales que se manifestaron por medio de movilizaciones sindicales, acción de los “grupos de presión”, huelgas con violencia y foros estudiantiles. Los conflictos laborales afectaron tanto la actividad privada como a los organismos del estado contribuyendo a crear un clima social de irregularidad y disturbios.

❖ La Reforma de la Constitución de 1967

Durante la última etapa del régimen establecido por la Constitución de 1952 se vivió en un creciente descontento determinado por los problemas económicos, las divergencias políticas, las tensiones sociales y agravado por la existencia de rumores sobre el posible derrocamiento de las instituciones legales y la imposición de un régimen dictatorial.

Las dificultades para solucionar la compleja situación creada generó, en los partidos políticos y en algunos sectores del gobierno, una tendencia de escepticismo frente a la Constitución como elemento organizador del Estado. Se lo consideró ineficaz para resolver los problemas existentes y comenzó una activa campaña para lograr su reforma.

De ésta manera se reformó la Constitución, sobre la base de un Poder Ejecutivo unipersonal.

❖ La Constitución de 1967.

Producto de una reforma realizada, conforme con las leyes, estableció un Estado democrático, republicano, unitario y laico, con un gobierno representativo con separación de poderes, manteniendo la mayor parte de las normas establecidas en las Cartas anteriores, las principales modificaciones se refieren a la organización del gobierno.

En 1971 se celebraron en nuestro país las últimas elecciones antes del Golpe de Estado que interrumpió el libre ejercicio democrático durante 11 años. Este año también significó el nacimiento de una tercera fuerza, el Frente Amplio, una coalición que nucleó a comunistas, socialistas, democristianos, protupamaros y escindidos de los partidos tradicionales.

El triunfador fue Juan María Bordaberry, que asumió la presidencia en 1972.

❖ El golpe del 27 de junio de 1973.

El deterioro político, social y cultural del Uruguay era grave antes de junio de 1973, cuando la disolución del Parlamento y el Golpe de Estado cívico- militar parecieron interrumpir una época y abrir otra.

El quiebre institucional que el Uruguay padeció en 1973 tuvo causas que se venían arrastrando desde hacía varios años y consecuencias que todavía hoy se padecen. Esa jornada del 27 de junio de 1973, con los tanques en las calles y los militares irrumpiendo en el mismísimo Palacio Legislativo tras una agitada última noche del Senado, será por mucho tiempo un punto de inflexión en la historia de nuestro país. (7)

I.3. Antecedentes históricos del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.)

El C.I.E. inició su vida a finales del siglo XIX con la bendición de Florence Nightingale y el trabajo y compromiso arduo de un grupo de mujeres entusiastas. Este debe su existencia al movimiento internacional de la mujer y a la importante asamblea internacional de la mujer en Washington en 1894 en la que se inauguró el Consejo Internacional de la Mujer. En esta histórica reunión, la Sra. Berford- Fenwick del Reino Unido presentó la idea de una organización internacional que representase a las enfermeras y la enfermería en todo el mundo. A consecuencia de ello, cinco años más tarde se fundaba en Londres el C.I.E., primera organización internacional de profesionales de salud; la misión fue y sigue siendo hasta hoy: mejorar la atención de salud consiguiendo que las enfermeras estén bien organizadas y formadas y así puedan dispensar los mejores cuidados posibles.

Desde entonces ha crecido y evolucionado, ha sobrevivido a dos guerras mundiales, a un cambio de residencia transcontinental y a evoluciones notables de la profesión.

Hoy representa más de dos millones de enfermeras de 118 países y continúa su labor para hacer avanzar a las enfermeras y la enfermería de todo el mundo. (8)

1.4. Características de la práctica de salud en América Latina

Continúa con este período la hegemonía de la atención médica sobre la práctica preventiva. El análisis de los gastos gubernamentales en servicios preventivos y curativos en algunos países latinoamericanos. Un porcentaje muy alto de los gastos públicos en salud se destina a servicios curativos, principalmente a servicios hospitalarios. El gran desarrollo y modernización de los hospitales, iniciado en décadas anteriores, hace que se centralicen en éstos la atención curativa y la formación y especialización de médicos y otros profesionales de la salud. Su supremacía sobre las demás prácticas de salud mantiene hasta el presente. Sin embargo, en el decenio de 1970, cuando surgen las primeras políticas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales, comienzan a emerger una serie de críticas a éste tipo de atención. En un informe sobre la salud del Banco Mundial, aparece la siguiente afirmación: "Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos en hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel..."

La política de extensión de la cobertura de las zonas rurales y marginales aparece en América Latina durante la crisis mundial de alimentos (1972), y se intensifica en la introducción, en la política económica de los países, de medidas para la modernización de la agricultura y la ganadería. Los cambios que deberán ocurrir en la práctica de salud se oficializan como los Ministros de Salud del continente establecen, como una de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981, la ampliación de la cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades de menos de 2.000 habitantes.

Dado el avance a nivel de prácticas de salud en Costa Rica y Cuba con respecto al Uruguay, creímos conveniente hacer una síntesis sobre su realidad ya que éstas sirvieron de ejemplo para mejorar la atención sanitaria en nuestro país. (9)

1.5. Características de la práctica de salud en Centro América

La creación de la sanidad estatal en Cuba, Haití y República Dominicana no aparece como un hecho aislado sino que forma parte de una transformación del Estado, especialmente en sus órganos represivos, que garantizarán objetivos económicos y estratégicos de EE.UU.

Costa Rica- En el decenio de 1940 se inició en el país un movimiento filosófico, político y social tendiente a transformar el concepto de la atención de la salud, el bienestar del hombre y su seguridad social, con el transcurso del tiempo dicho concepto ha sido definido y redefinido sin embargo, todas las definiciones parten del principio de que: “la solidaridad social es el fundamento del seguro social y a través de ese principio es que se ha logrado que el que más tiene pague por el que menos y el que menos se enferme o necesite pague por el que más” en 1941 se establece el seguro de enfermedad y maternidad, en el 47 se crea el seguro de invalidez, vejez y muerte.

Por intermedio del Colegio de Enfermeras se llevó a cabo en el 69 un estudio “de necesidades y recursos”, del cual la medida más importante fue la creación de la Carrera de Enfermería conducente al diploma de enfermería. (10)

Cuba- Con el triunfo de la Revolución Cubana en 1959, la economía se transformó de un sistema capitalista a un sistema socialista. Poco después en el año 61, EE.UU. estableció un bloqueo económico comercial y financiero, con el fin de desestabilizar el gobierno de Castro. El Sistema Nacional de Salud cubano (S.N.S.) ha conocido varias etapas que el Ministerio de Salud Pública resume en: creación, consolidación y madurez. El S.N.S. pos revolucionario se creó durante la década del 60 estableciéndose bajo una dirección única. Para eso se nacionalizó las clínicas privadas y mutualistas que fueron incorporadas a una red de policlínicas u hospitales. Se nacionalizó también la producción y el comercio de medicamentos. Fue un reto importante también superar la escasez de médicos que la emigración había provocado mediante creación de nuevas escuelas.

El S.N.S en la década del 70, se consolida con la adopción de una nueva división administrativa del país.

- 1) Se desconcentra la docencia médica con la creación de Fac. de Medicina en todas las provincias, pero subordinadas al M.S.P;
- 2) Se descentraliza El Sector de Salud, con la gestión de los servicios de salud transferidos a los gobiernos, provinciales y municipales.

La práctica de la Enfermería en Cuba está sustentada en la misión de lograr un óptimo estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, asegurándole una atención integral y personalizada mediante el uso racional de los recursos humanos y tecnológicos siguiendo las estrategias y programas priorizados por el MSP. Para prestar una atención personalizada, se implantó El Proceso de Atención de Enfermería lo que permite la identificación de intereses, necesidades y problemas, en el empeño por modificar los estilos de vida de la población y la visión y contenido del trabajo de enfermería (11)

La crisis económica que enfrentan los países en distintas latitudes no escapa a la realidad cubana más aún si se toman en cuenta las difíciles condiciones que en el orden económico que el país se desenvuelve- al no tener acceso a los organismos financieros internacionales ni a otras fuentes de financiamiento blandas-, y el alto costo que de manera creciente tiene la Salud Pública. No obstante en la isla se ha aumentado el número de prestaciones de servicio a la población y las oportunidades de empleo para el personal de enfermería.

En la Atención Primaria, está en perfeccionamiento la labor a realizar en el ingreso domiciliario, que incluye la discusión de casos y el seguimiento de los pacientes por el personal de enfermería del Consultorio de la Familia y la supervisora.

El desarrollo y profundización de la enseñanza en enfermería comenzó en 1959, cuando se introducen cambios en las escuelas y programas, en correspondencia con las transformaciones socioeconómicas iniciadas en el país.

Referencia bibliográfica

1. Casal, Juan Manuel. América Latina en el Siglo XX. Cap. Crónica Política Nacional. 1987, p. 28- 38.
2. Schinca, Milton. Serie: Bases de nuestro tiempo. Fascículo 15: América Latina, su historia, su presente. 1986, p. 26 - 30.
3. Casal, Juan Manuel; citado anteriormente.
4. Schinca, Milton; citado anteriormente.
5. Infante & Luzardo. Sociedad y salud. Cap. Análisis de la Enfermería en la América Latina. 1991, p. 300 - 302.
6. Casal, Juan Manuel; citado anteriormente.
7. Schurman & Pacheco. Historia del Uruguay. 1988, p. 132 - 136.
8. Internet nup:// www. Icn. Cn/ Centenmaisp. Nun. Conferencia del Centenario del CIE, p. 1 y 2.
9. Infante & Luzardo; citado anteriormente.
10. García, J.C. Pensamiento Social en salud de América Latina. Cap. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina. 1880,p. 79 - 92,108 - 123.

11. Belkis & Zubezzarreta. Avances médicos de Cuba. 1998, p. 32.
12. Sandoval & González. Antología de experiencias en servicios y docencia en América Latina. 1980, p.80 -95.

II. Area Problema

¿ En qué medida influyeron los factores socio – económicos y políticos en relación al desempeño de la Enfermería Profesional en Uruguay en el periodo comprendido del 1957 – 1973 ?

III. Justificación y selección

Dicha investigación surgió en base a la necesidad de conocer el tema, el cual no ha sido abordado en los programas de la carrera, a lo que se suma la escasa y difusa información existente.

Dichas necesidades son las de conocer:

- a) Los cambios sufridos por la Enfermería Profesional en nuestro país, con respecto a los diferentes Niveles de Atención.
- b) Cambios surgidos en la Enfermería Profesional, en los equipos de salud, e instituciones privadas y públicas de Segundo Nivel y en Primer Nivel con respecto a los Departamentos de Enfermería.

Además al encontramos por egresar, es menester anexarlo a nuestra formación ya que existe la necesidad de conocer los resultados obtenidos de las primeras experiencias, las cuales surgieron a partir de las necesidades, intereses y problemas de la comunidad y de la asistencia sanitaria en el período antes mencionado.

Consideramos que la información recabada será un mínimo aporte bibliográfico, ya que la Historia de la Enfermería en el Uruguay data de más de 80 años y abarca otras áreas que no serán estudiadas en esta oportunidad; la cual va a contribuir a la formación cultural de estudiantes y docentes de Licenciatura en Enfermería e interesados en el tema.

IV. Marco teórico

En el presente trabajo, se toma en cuenta el período comprendido entre los años 1957 -1973, ya que en el mismo ocurrieron hechos trascendentes para la evolución de la Enfermería Profesional, como lo son: la creación del Departamento de Enfermería dentro del M.S.P, su inserción y funcionamiento en los diferentes niveles de atención; la puesta en marcha de un nuevo nivel, que contemplaba la prevención, promoción, rehabilitación y asistencia a la población.

La información recabada bibliográficamente se remite al período 1957 a 1967, dado que a partir de este año a 1973 los documentos fueron destruidos en el curso del momento histórico pre - dictatorial.

IV.1. Características de organización de Salud

Además de la presencia de los elementos estructurales y del comportamiento que pueden hallarse en todas las organizaciones sociales o administrativa. Las organizaciones de salud tienen por lo común características sustancialmente diferentes de las organizaciones industriales o comerciales y así mismo de otras organizaciones cuya función es también la provisión de servicios, pero que carece de la complejidad , diversidad y la aplicación del conocimiento científico.

Una de estas características de alto grado de complejidad de las tareas, lo que implica no solo una gran diversidad de éstas, sino un alto grado de interrelación entre las personas que lo llevan a cabo. Si se observa un hospital moderno, puede compararse que los esfuerzos de los médicos especializados, del personal técnico, de los auxiliares y del personal administrativo están estrechamente relacionados.

Las organizaciones en salud están caracterizadas por el profesionalismo, que significa que cada profesión ha desarrollado históricamente, tanto una tradición de valores y prácticas, como una orientación del trabajo especializado que lo distingue de otros profesionales. Estas

actitudes básicas y estos objetivos muchas veces entran en conflicto con los de la organización como conjunto. (1)

IV.2. Definición de Enfermería

“La Definición de Enfermería como profesión por derecho propio y como disciplina diferenciada describe las características esenciales de una institución, su forma, sus patrones y su estructura del campo de la salud, es responsable de la planificación, organización, ejecución, evaluación de los Servicios de Enfermería, las cuales constituyen un segmento con entidad propia de los servicios de salud. Es responsable también de educar y preparar a quienes ofrecen estos servicios.

La práctica de la enfermería requiere la aplicación de conocimientos y habilidades específicas de esta disciplina. Es a la vez un arte; una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias sociales, físicas, médicas, biológicas, así como también de las humanitarias.

La responsabilidad fundamental del profesional de Enfermería es proporcionar cuidados directos al paciente, cliente, familia y/o comunidad.

Forma parte en el mantenimiento, promoción y protección de la salud, en el tratamiento del enfermo y su rehabilitación.

Aborda los aspectos psicomáticos y psicosociales de la vida, en tanto éstos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte...”

“La realidad de enfermería no tiene un aquí y ahora, es un proceso histórico, universal, identificable en cualquier realidad, con una serie de comportamiento que le son propios, al mismo tiempo, diferentes a otras prácticas humanas.

Algunas pueden ser atribuibles al desarrollo de la sociedad, al desarrollo del concepto del hombre, y de la salud – enfermedad.

Tanto el desarrollo de la sociedad, que deparó múltiples formas de división del trabajo, por lo tanto la aparición de artesanías, oficios, técnicas y profesiones muy diversas cualificaciones y

especializaciones, como el desarrollo del conocimiento, con los avances de la ciencia y la tecnología aportaron a la práctica de Enfermería cambios sustanciales, profundas que no son posibles explicar por sí solas.” (2)

Se denomina Enfermera a los egresados de la Escuela Universitaria de Enfermería y de Nurses Dr. Carlos Nery. Y Auxiliares de Enfermería a los registrados en la Escuela de Sanidad del Ministerio de Salud Pública y en la sección de Auxiliares del Médico de la Facultad de Medicina.

Se realiza esta aclaración ya que no existe en el medio una legislación que defina quien deba ser Enfermero Profesional. Esta falta de legislación crea confusión en relación a la denominación, preparación, cargos y funciones del personal de enfermería.

En general, en nuestro país, han sido considerados profesionales a los egresados de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery: Nurses y a los de la E.U.E.: Enfermeros, pero entendemos que la preparación a nivel profesional debe ser realizada en el ámbito de la Universidad de la República.

Así mismo consideramos que la designación del profesional de enfermería debe ser enfermero dado que la palabra Nurse equivale en nuestro idioma al término Enfermera, este fue el criterio que adoptaron las autoridades Universitarias al designar a los egresados de la Escuela Universitaria de Enfermería. No existe un estudio que permita conocer la situación de enfermería en el país.

Ha sido necesario realizar una estimación acerca del número de Enfermeras Profesionales activas, ya que se desconoce el número de personas que ocupan más de un cargo.

Se estima en 700 el número de Enfermeras Profesionales y activas para todo el país, lo que da un promedio de población de 3.570 por enfermera (para el año 1963).

En Montevideo trabajan aproximadamente 640 Enfermeras Profesionales:

363 en M.S.P.

158 en Hospital de Clínicas

30 en Asignaciones Familiares

4 en Sanidad Militar

18 en la E.U.E.

En el interior trabajan aproximadamente 80 Enfermeras:

70 en M.S.P.

10 en Asistencia Privada

En Montevideo hay una Enfermera Profesional por cada 1820 habitantes.

En el interior una Enfermera Profesional por cada 1866 habitantes. (3)

IV.3. Historia de la organización de los Departamentos de Enfermería

A fines del año 1952 se estructura el anteproyecto de organización del futuro Departamento de Enfermería para el Hospital de Clínicas, el cual comenzó su funcionamiento en el mes de setiembre de 1953. Fue en nuestro país el primer Dpto. de Enfermería hospitalario que tenía claramente definidas sus funciones y organización.

En 1957 se produce en Montevideo un movimiento pro organización de Dptos. De Enfermería en los hospitales del M.S.P.

La Asociación de Nurses realiza en el mes de octubre un breve curso para graduados sobre "Organización de Departamento de Enfermería".

El 12/07/1965 la Asociación de Nurses del Uruguay solicita al Sr. Ministro de Salud Pública la creación de un Dpto. de Enfermería a nivel nacional, lo cual se logra en el mismo año.

El Consejo Nacional de Gobierno crea el Dpto. Central de Enfermería adscripto a División Asistencia por Decreto 615 de fecha 30 de diciembre de 1966.

Integrada por cuatro Nurses: una encargada de la dirección y tres adjuntas.

Dicho Consejo consideró que: “ los Servicios de Enfermería tienen importancia como actividad específica dentro de los programas de promoción, protección y reparación de la Salud” y que “ es necesario el funcionamiento de una unidad específica que regule los diferentes aspectos que tienen relación con el mejoramiento de los servicios de enfermería que presta la población”, “que es uno de los instrumentos para la obtención de metas preestablecidas”, “que integra los propósitos enunciados por el Gobierno de planificar las acciones del Estado a fin de promover el desarrollo económico y social.”

Desde el comienzo este Departamento es normativo.

Las funciones del Dpto. de Enfermería son las siguientes: educativas, técnicas, administrativas y de investigación.

Este decreto estipula que en la etapa inicial el Dpto. centralizará sus actividades en la organización y puesta en funcionamiento en el mismo, para lo que debe: “Definir su ubicación dentro de la División correspondiente.” “Formular la doctrina del servicio de acuerdo con la división y la del Ministerio.” “Definir sus responsabilidades y funciones acorde con el grado de autoridad otorgada.” “Estructurar su programa.” “Proponer el temario a exigirse en los concursos para la provisión definitiva de cargos del Departamento.”

El personal técnico del Departamento debe reunir los siguientes requisitos:

- 1) Ser Nurse ó Enfermera Profesional.
- 2) Poseer preparación y experiencia en enfermería hospitalaria y en Salud Pública y/o docencia de la disciplina.
- 3) Haber realizado cursos de capacitación en el extranjero, en centros de especialidad. (4)

IV.4. Aspectos relevantes de la evolución de la Enfermería Profesional, en el Uruguay – Periodo 1957-1966.

1957- Es en este año cuando por primera vez en la historia asume como Directora de la Escuela de Sanidad y Servicios Sociales la Enfermera Profesional Elida Frabasilc, ya que hasta el momento este cargo era ocupado por médicos y llenado por ascenso. En la esfera gremial destacamos que la Asociación de Nurses del Uruguay (A.N.U.) fue aceptada como miembro oficial por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.). Este mismo año asistieron 18 Enfermeras Profesionales del Uruguay al Congreso Cuadrienal del mencionado organismo en Roma.

1958- El Poder Ejecutivo aprueba el programa básico para los cursos de Auxiliares de Enfermería para todas las Instituciones oficiales habilitadas por la Escuela de Sanidad. Se establece que:

1. La Auxiliar de Enfermería debe trabajar bajo la supervisión de una Nurse o Enfermera Profesional.
2. El personal que dicta los cursos debe estar integrado por profesionales, Nurses y/o Enfermeras Profesionales, con experiencia docente y habilitadas a tal efecto.

En la esfera de Enfermería Profesional se destacan tres aspectos.

1. La A.N.U. organiza su segundo curso de corta duración sobre "Supervisión de Enfermería."
2. Surge un movimiento pro- ingreso de la Escuela Dr. Carlos Nery a la Universidad. El cual no tuvo éxito por falta de apoyo de egresados y estudiantes.
3. La E.U.E. mejora la prueba de admisión contando con un Psiquiatra y un Psicólogo para dicha prueba.

1960- La A.N.U. organiza y lleva a cabo las "Jornadas de Enfermería", en las que se discutieron temas de índole gremial con la finalidad de promover cambios en la organización de la Asociación.

1961- Varios servicios hospitalarios de Montevideo cuentan en éste momento con Departamentos de Enfermería bajo la responsabilidad de una Nurse, pero la labor se ve entorpecida por las dificultades administrativas y de funcionamiento, propias de haber sido insertadas en instituciones no departamentalizadas y por falta de organización.

1962- La E.U.E. comenzó sus cursos de larga duración para graduados con el apoyo de la Fundación Kellogs sobre supervisión de Servicios de Enfermería y para funciones docentes.

Es en este año cuando se gradúa el primer Enfermero Profesional de sexo masculino, y otros estudiantes del mismo sexo que ya habían iniciado su preparación profesional en ambas Escuelas.

1963- En junio se lleva a cabo el Seminario Didáctico preparatorio para el estudio de recursos y necesidades de Enfermería y Obstetricia del Uruguay. Organizado por: M.S.P., O.M.S., A.N.U. y Asociación de Parteras del Uruguay (A.P.U.).

En este mes fue creada la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (A.U.A.H.). La que repercutió favorablemente en nuestra profesión, ya que en el mismo año se creó el Comité de Enfermería de la misma. La Comisión Directiva de la A.U.A.H. que desde su fundación estuvo integrada por Administradores de Hospitales y una Nurse (Srta. Dora Ibarburu). Se encomendó a la Nurse la creación del Comité de Enfermería, el cual fue integrado por Jcfs de Enfermería de Instituciones Estatales y Privadas. Este Comité llevó a cabo en 1966 las Primeras Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería.

1965- Se creó el Departamento de Enfermería a nivel Ministerial, como una dependencia de la División de Asistencia del M.S.P. Así se ve hecha realidad una vieja aspiración de la A.N.U., a cuya iniciativa es creado el citado Departamento.

1966- En el mes de diciembre la A.N.U. realiza reuniones de tres días de duración con la finalidad de dar una visión general de las diversas "Tendencias Actuales de Enfermería" en diferentes países y en el nuestro.

Desde el 27 de junio al 1 de julio, se llevaron a cabo en Montevideo las Primeras Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería organizadas por la A.U.A.H.

Estas Jornadas surgen de la necesidad de unificar criterios sobre principios básicos que permitan manejar los problemas de la administración de servicios de Enfermería.

Asistieron a ellas, Enfermeras de la capital y del interior del país, además de argentinas y paraguayas.

Colaboró con dichas Jornadas la asesora de la O.M.S.

Los temas planteados fueron los siguientes: definición y organización de Departamentos de Enfermería, Administración de personal, Supervisión.

El resultado fue el siguiente:

IV.4.1. Departamento de Enfermería:

La doctrina comprende conceptos que define a la Institución en relación con los individuos y con la comunidad. De ahí que definir la doctrina del Departamento es de utilidad ya que:

Crea el clima en que funciona el servicio.

Sirve para revisar objetivos: orientar políticas y acciones del mismo.

Ayuda a tomar decisiones cuando hay intereses en conflicto.

Permite determinar la metodología para alcanzar las metas pre- establecidas.

Para definir los objetivos del Departamento es necesario:

Conocer doctrinas y objetivos de la Institución.

Conocer recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta.

Conocer y jerarquizar las necesidades de la comunidad.

Conocer tipo y número de pacientes.

Para dotar de personal al Departamento se deben de tener en cuenta los siguientes factores:

Tipo de Hospital, funciones que cumplen relación con la comunidad.

Recursos económicos con lo que se cuenta.

Equipamiento del Hospital.

Tipo y número de pacientes, así como distribución en planta física.

Calidad de atención de Enfermería que se va a brindar.

Cantidad y calidad del personal profesional y no profesional que existe en el medio.

Cifras de ausentismo para la institución.

Disposiciones laborales aplicada a la institución.

Para aspirar al cargo de Jefe del Departamento deberá exigirse:

Ser Enfermera Profesional.

Poscer experiencia técnica y administrativa, habiendo ejercido jefatura en los diferentes niveles.

Haber realizado cursos de Posgrado en Administración.

Ser capaz de ejercer un liderazgo productivo.

Centralización de materiales es reunir en una sola área y bajo una sola supervisión todo lo relativo a preparación, esterilización y distribución de materiales de equipo.

Ventajas de la centralización: - Mejor control de materiales y equipos.

Estandarización en la preparación y esterilización.

Ahorro de tiempo y personal.

Distribución y uso adecuado de materiales y equipos.

El Departamento contribuirá a asegurar equipos y materiales en cantidad y calidad a través de:

Una jefatura capacitada y adiestrada en el manejo del Centro de Materiales.

Investigación de necesidades en cuanto a equipos y materiales.

Asesoramiento en la sección compras sobre los materiales a adquirir.

Educación al personal sobre uso de equipos y materiales.

Estudio sobre rendimiento de los materiales usados.

IV.4.2. Administración del Personal:

Se considera que una necesidad la existencia de programas de reclutamiento y selección de personal para mejorar los servicios prestados; con ello se lograría la incorporación a la institución de los aspirantes mas calificados y el establecimiento por parte de éste del nivel mínimo de atención a brindar.

Estos programas brindarán a los aspirantes información sobre los requisitos y condiciones de trabajo de la institución y por ende proporcionar seguridad a los mismos y a los funcionarios de la institución; de quienes serán juzgados por criterios conocidos por todos.

El Programa de Reclutamiento incluye:

- a) Descripción de cargo.
- b) Requisitos básicos para el ingreso.

- c) Condiciones de trabajo.
- d) Especificación del método de selección.
- e) Amplia difusión del llamado, que debe ser publicado, en especial orientado a la fuente de reclutamiento.
- f) Integración de los tribunales de selección.

IV.4.3. Supervisión

1. A fin de que la filosofía del Departamento en relación con la supervisión sea correctamente interpretada en todos los niveles de acción, deberá:

- ♦ Estar formulado por escrito en forma clara y concreta.
- ♦ Establecer la comunicación a todos los niveles e interpretar su contenido.
- ♦ Reforzar esta comunicación a través del ejemplo de la propia actuación.
- ♦ Evaluar permanentemente las tareas para ver si la doctrina fue correctamente asimilada.

2. La labor de la supervisión se llevará a cabo a través de la aplicación del método científico basándose en la utilización de los siguientes medios: programa de educación en servicio, visitas de supervisión, evaluación, entrevista, comités y reuniones; enseñanza para la utilización de guías y manuales.

3. Para que el supervisor pueda conocer el personal con que trabaja es necesario que:

- ♦ Trabaje directamente con él, con la finalidad de conocerse como persona y como funcionario.
- ♦ Mantenga entrevistas personales periódicamente, recabe datos del funcionario a través de la sección del personal.
- ♦ Mantenga un registro de anecdotario y consultando toda vez que sea necesario.

- ♦ Fomente la participación activa del funcionario en el campo de trabajo, realice evaluación con la participación activa del evaluado.

4. La acción efectiva de la supervisión se evidencia a través de:

- ♦ Rendimiento satisfactorio del personal.
- ♦ Interrelación positiva en el equipo de trabajo dentro de un clima armónico y permisivo.
- ♦ La prestación de un mejor servicio de enfermería que incidirá, de algún modo en la disminución de la estadía y reingreso de los pacientes; así como un aumento en la demanda de servicios en la comunidad.
- ♦ La motivación del grupo para superarse (5)

IV.5. Conceptos y definiciones

Consideramos necesario plantear conceptos y/o definiciones que han sido abordados en el transcurso de la investigación.

IV.5.1. Historia: Es la realidad donde el hombre está inserto, su conocimiento, registro de la situación y los sucesos que señalan, manifiestan esa inserción. (6)

IV.5.2. Historiografía: Designa la tarea de investigación y escritura de la historia, es un análisis de la construcción de la disciplina que estudia la historia. (7)

IV.5.3. Organización Se utiliza en el análisis y en la literatura con tres sentidos distintos:

De una manera general para describir las características esenciales de una institución , su forma, sus patrones y su estructura.

Para referirse a la estructura de una unidad o entidad administrativa determinada por ejemplo, la organización de un Ministerio de Salud Pública.

Para indicar el proceso por el cual, las estructura de la organización, son diseñadas y modificadas. (8)

IV.5.4. Estructura

Armadura que sostiene un conjunto. Arreglo o disposición de diversas partes de un todo. Composición.

IV.5.6. Estructuración

Implica determinar las unidades de organización y la relación entre las mismas.

La estructura consta de dos coordenadas, la horizontal y la vertical.

1) Estructura horizontal: Determinadas por las unidades de organización y en el servicio de enfermería serán determinadas por los criterios de división y reagrupamiento de trabajo según el modelo adoptado por cada hospital de modo que estas unidades de organización, pueden conformarse al rededor de criterios, usuarios, de actividades, de área geográfica, etc.

Cada unidad de organización debe tener claramente definidos sus propósitos y funciones, propósitos que deben contribuir a los fines generales del servicio, en el campo del cuidado de Enfermería, de la docencia y la investigación.

2) Estructura Vertical: Refleja los niveles de administración y tenemos:

- a) Nivel normativo que corresponde a la jefatura del servicio.
- b) Nivel directivo: compartido entre la jefatura y quien lo representa.
- c) Nivel de supervisión: compartido entre las jefas de las unidades de organización y las supervisoras.
- d) Nivel operativo que se da en los lugares donde se atiende al paciente. (9)

IV.5.7. Desempeño

Cumplir con lo que debe uno hacer.

Laboral: perteneciente al trabajo.

Desempeño en la Enfermería:

Funciones: Se señalan las que se consideran más importantes.

- 1) Formular la doctrina y política y los fines del servicio.
- 2) Integrar el equipo de planificación de la institución, con el objeto de identificar la participación de enfermería para cada programa y en los distintos niveles: operativo, de supervisión, jefatura.
- 3) Definir el nivel de cuidados de enfermería a brindar a los pacientes.
- 4) Administrar cuidados de enfermería.
- 5) Participar en la evaluación de los programas.
- 6) Diseñar el programa de administración de la asistencia de enfermería.
- 7) Diseñar un programa de estudio en selección con la administración y/o con el cuidado de enfermería para mejorar la calidad de atención.
- 8) Colaborar con las instituciones docentes en la enseñanza de estudiantes de cursos básicos y de graduados en ciencias de la salud.
- 9) Mantener programas de orientación para profesionales y auxiliares.

Los programas de administración, capacitación de personal, servirán de apoyo al servicio que enfermería brinda al paciente y a la comunidad como parte de la atención médica integral.

(10)

IV.5.8. Atención integral

“Entendemos por atención integral al desarrollo de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, dirigidas a las personas y al ambiente, con el objetivo de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos y reparar los daños producidos actuando en todo momento con una orientación preventiva.” (11)

IV.5.9. Niveles de Atención

Constituyen una forma de organización de los servicios de salud que permite establecer una base ancha de contacto con la población para garantizar la accesibilidad inicial con criterios de equidad y hacer posible la regularización de la demanda de modo de asegurar la continuidad de la atención de acuerdo con las necesidades de los individuos y los grupos de población.

Módico - sanitaria que se han propuesto, se clasifican en cuatro niveles:

Nivel 1: Es el nivel primario de asistencia médico - sanitaria a nivel de la comunidad. Incluye una acción médico – sanitaria y social elemental, pero que integra comunidad. Incluye una acción médico – sanitaria y social elemental, pero que integra un conjunto de elementos necesarios para influir favorablemente en el estado de salud de la población. La función básica es la protección y fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la educación sanitaria, a esto se le agrega el control elemental de enfermos comunes no graves. La participación de la comunidad en todas las actividades del programa comunitario de salud es fundamental para el éxito.

Nivel 2: Corresponde a los Centros de Salud y a los pequeños hospitales rurales que reciben a pacientes referidos por el nivel 1, además de su propia población. En este nivel 2 existe ya un pequeño equipo de salud permanente, médico cirujano general, atención materno – infantil, epidemiología básica, saneamiento ambiental básico, atención dental, laboratorio elemental, educación sanitaria.

Nivel 3: Tiene como función completar la atención integral de salud iniciada en los niveles precedentes, agregando en cierto grado mayor de especialización técnica en la prevención de la enfermedad en el diagnóstico y tratamiento en la rehabilitación de los pacientes. En este nivel se trabaja en relación directa con los establecimientos y programas del nivel 2 y recibe interconsultas directas para el nivel 1.

Nivel 4: Es el nivel de mayor jerarquía en cuanto a recursos técnicos de salud, estando en condiciones de proporcionar toda clase de técnicas en salud y tratamientos médicos, aún los más especializados. (12)

Esta clasificación corresponde al Ministerio de Salud Pública de nuestro país.

Otra clasificación encierra tres niveles de atención:

Nivel 1: es la suma de procedimientos tecnológicos utilizados para satisfacer necesidades básicas. Reúne las acciones más elementales del sistema de servicios. Es la puerta de entrada y el primer contacto con el sistema. Actúa también como filtro seleccionando y entrecruzando los casos que así lo requieran a niveles superiores. Está diseñado para cubrir las necesidades de grupos pequeños de población.

Nivel 2: resuelve situaciones frecuentes con técnicas especializadas.

Nivel 3: aborda los problemas menos frecuentes con técnicas más especializadas. (13)

IV.5.10.Contenido y enfoque de Atención Primaria.

La Atención Primaria presenta particularidades propias en cada país y en zonas urbanas, periurbanas y rurales dentro de un mismo país. Sin embargo, se pueden identificar en ella características comunes, entre las cuales se citan las más comunes:

Es una respuesta a las necesidades básicas de salud de los seres humanos e incluye actividades curativas, de prevención de la salud dentro de un contexto de desarrollo del individuo y de la comunidad. Las necesidades sentidas por una comunidad reflejan los

problemas y prioridades locales al tiempo que sirven de base a la promoción e implantación de otras actividades de salud y desarrollo.

Se presta de conformidad con las pautas de vida de la población y se basa en los conocimientos científicos y en una tecnología apropiada de salud, así como en la práctica de atención tradicionales, aceptadas y eficaces de la propia comunidad.

Las actividades son fácilmente accesibles a la población y sus técnicas son apropiadas, aceptables y mejorables por el personal de salud que trabaja a nivel de la comunidad.

Debe contar con la participación activa de la población local, en la formulación, implantación y desarrollo de las actividades de salud. La Atención Primaria de esa forma será una resultante de los esfuerzos de la comunidad que la percibirá como su propia obra.

Debe ser flexible y capaz de innovar y responder las necesidades cambiantes de salud de la comunidad, así como a sus características socio – económicas y culturales.

Utiliza al máximo los recursos disponibles de la comunidad y a su vez es utilizada como uno de los medios para fortalecer el desarrollo de la misma.(14)

IV.5.11. Enfermería en la Atención Primaria

Uno de los objetivos principales que los Ministros de Salud de las Américas establecieron en el Plan Decenal de salud aprobado en Santiago en 1972 fue la extensión de servicios de salud.

La enfermera se encuentra en una situación privilegiada para el cumplimiento del objetivo.

La organización, consciente de la necesidad que existe de volver a determinar la función de la enfermera en cuanto a prestación de servicios de salud de Atención Primaria, patrocinó en colaboración con el Gob. de Costa Rica y la Escuela de Enfermería en ese país, un seminario sobre Nuevas Dimensiones en el Papel de la Enfermera en la Prestación de Atención Primaria que se celebró en Costa Rica en 1976.

En la tercera reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en fecha y lugar citados anteriormente, se estableció extensión de la cobertura de los servicios de salud de toda la población sub atendida como una de las metas principales para el decenio de 1971 – 1980.

Los esfuerzos para alcanzar esa aspiración han generado cambios radicales en el concepto de cobertura que significan pasar de la concepción puramente teórica – numérica, servicios otorgados, accesibilidad geográfica y disponibilidad a un nuevo enfoque de Atención Primaria de la Salud para atender las necesidades básicas de la población.

En una época en que el hombre ha realizado grandes adelantos científicos y tecnológicos, los países de América Latina todavía no han logrado hacer realidad la prestación de servicios mínimos a todos los habitantes.

El problema de la cobertura se agrava si se toma en cuenta que convergen en él los costos crecientes y la baja productividad de los servicios de salud, así como la desvinculación entre los servicios ofrecidos y las características culturales, económicas y sociales de la población.

El Plan Decenal de Salud de las Américas señaló que en América Latina el 40% de la población no tiene acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo se reconoció que aproximadamente el 68% de los egresos hospitalarios están constituidos por enfermedades evitables o que pueden ser objeto de atención ambulatoria. Estos hechos conforman un cuadro de utilización ineficaz de recursos dentro de un contexto de escasos.

Estudios biomédicos han demostrado que en todo el mundo, ciento de miles de personas mueren de enfermedades curables o sobreviven con secuelas físicas y mentales por falta de atención sanitaria elemental. Así mismo el nivel de salud de la población se hace más precario por la prevalencia de la desnutrición.

Estas consideraciones señalan que es necesario apartarse de los senderos tradicionales para la prestación de servicios y buscar nuevos caminos que en el menor tiempo posible, conduzcan al logro de las metas de cobertura fijadas para los Ministros de la Salud de las Américas.

Los profesionales de la salud están llamados a diseñar nuevos modelos de prestación de servicios a la comunidad. La crisis en los servicios de salud por escases de los recursos humanos no se solucionará a menos que los profesionales del sector planeen conjuntamente la forma de extender la cobertura a la población marginada. En esa empresa las fuerzas sociales, económicas y políticas que originan los hechos de salud ya citados obligan a la enfermera a revisar sus valores y a plantear la posibilidad de que se le confíen nuevas funciones como agente de Atención Primaria. (15)

IV.5.12. Funciones de la Enfermera en Atención Primaria

Es una generalista en cuyos servicios e intervenciones en la Atención Sanitaria Integral recae directamente sobre individuos, familia y comunidad como un todo. Ha alcanzado un grado de competencia que le permite tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo en la tarea de aumentar el nivel de salud de la población a su cargo, su desempeño polivalente permite hacer una utilización racional y óptima de esta profesión a fin de alcanzar una mayor y eficaz cobertura a bajo costo sin aumentar el tiempo de su formación básica.

La Atención Primaria que presta la Enfermera se circunscribe a las normas de los programas oficiales de salud orientados a resolver problemas prioritarios tales como la desnutrición, la salud materno – infantil, las enfermedades transmisibles, y otras prevalentes, así como el saneamiento del medio.

El cumplimiento eficaz de estas funciones exige la realización de determinadas actividades:

Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad –incluidos los hábitos, creencias y formas de vida que inciden en su problemática de salud- involucrando a los usuarios en el proceso de diagnóstico y en las discusiones respecto a las acciones que deben tomarse y como deben abordarse.

Dar atención directa integral de salud al individuo, familia, otros grupos de la comunidad y a la comunidad como un todo.

Iniciar el tratamiento y otras acciones que entren en el ámbito de su competencia o referirlos a otro nivel. En caso de emergencia, tomar decisiones y actuar según las normas de los programas de salud.

Vigilar el proceso de salud – enfermedad de las personas con condiciones estabilizadas o de larga duración y llevar a cabo el plan de atención apropiado.

Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomar medidas pertinentes y mantener informados tanto a la comunidad como al Sistema de Salud.

Establecer y mantener las medidas apropiadas de Atención Primaria a su alcance para lograr un efecto sobre el estado nutricional de la población.

Capacitar e incorporar al individuo, núcleo familiar y comunidad para que puedan identificar y satisfacer necesidades propias y específicas de salud.

Propiciar el mejoramiento del ambiente, el estado de salud de la población, el de la comunidad en general y el del núcleo familiar en particular, con la participación de usuarios y coordinar sus actividades con los trabajadores de otros sectores del desarrollo a nivel local.

Incorporar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la provisión y evaluación de los Servicios de Atención Primaria de Salud.

Evaluar permanentemente los resultados de su Atención Primaria para que pueda realizarse el proceso de retro- información. (16)

IV.5.13. Pos grado

El papel de la enfermera cambia constantemente, y la práctica de enfermería se está volviendo cada vez más sofisticada. Se están utilizando muchas teorías, habilidades e instrumentos para cubrir las necesidades actuales de una sociedad que es sumamente tecnológica, compleja y dinámica. La especialización ha conducido al desarrollo de planes de estudio nuevos o revisados en el contexto de formación básico y al establecimiento de nuevos programas

dentro de la formación estabilizada para que las enfermeras puedan adquirir los conocimientos, destreza y responsabilidades que son inherentes a su función.

El grado de Licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería. Existen continuas discusiones en torno al propósito y al producto de éste tipo de formación. Por consiguiente; el énfasis puesto en el contenido varía periódicamente en relación con las filosofías, necesidades de ciudades y fuerzas sociales del momento. (17)

En 1962 la F.U.E. que hasta el momento había realizado cursos de corta duración para graduados, ve realizar una aspiración que tuvo durante años, el iniciar cursos de larga duración para graduados. Estos cursos fueron puestos en marcha con la ayuda de la Fundación Kellogs que aporta los recursos económicos necesarios para la contratación de profesores y personal administrativo, así como la obtención de materiales de enseñanza.

Para esto se firmó un convenio entre la Universidad del Uruguay y dicha Fundación. Este convenio establece que la ayuda financiera se daría por término de cuatro años, en forma decreciente, de manera que la Universidad fuera asumiendo gradualmente la responsabilidad total de la financiación de los cursos.

Estos cursos de graduados respondían a la necesidad del país de contar con Enfermeras capacitadas para funciones de supervisión de servicios de enfermería y para funciones docentes.

En sus comienzos tenían un año de duración exigiendo al estudiante tiempo total.

La inscripción estaba abierta a todos los egresados de las dos escuelas que tuvieran por lo menos dos años de experiencia laboral como profesional.

Se les entregaba al finalizar el curso un certificado ya que eran cursos de tipo complementario y no de especialización.

Estos cursos para graduados han permitido mejorar rápidamente la preparación de las enfermeras. Ya que hasta este momento solo había 50 enfermeras que tenían preparación post- básica de 1 año o más de duración en el extranjero. Y en este momento 60 Enfermeras

Profesionales habían aprobado los cursos de la E.U.E. 11 en Educación y 49 en Administración de Servicios.

En 1963, la E.U.E. en consideración a que la mayor parte de las enfermeras que asistieron a los cursos para graduados encontraban la dificultad de no contar con becas que permitieran realizarlos en el régimen de dedicación total, ofrece la facilidad de realizarlos en dos años con dedicación parcial. Para este fin se reestructuraron los cursos, manteniendo la doble posibilidad de realizarlos a tiempo total o parcial. Este plan entró en vigencia en 1964. (18)

Referencia

1. Sonis, Abraam. Atención de la Salud. Tomo II cap.13. Servicios de Enfermería. 1984, p.645- 652.
2. Sanchez Puñales. Revista de Enfermería. Primeras Jornadas de Administración de los Servicios Hospitalarios. 1989, p.9-10.
3. Márquez, Miriam. Planificación de un curriculum para Enfermería Profesional. 1966, p.115-116.
4. Alvarez & Parentini. Planificación de un curriculum para Enfermería Profesional. 1967.
5. Arostegui, Julio. Investigación Histórica. Teoría y método. 1995, p.314 - 398.
6. Arostegui, Julio; citado anteriormente.
7. Sonis, Abraam; citado anteriormente.
8. Sonis, Abraam; itado anteriormente.
9. Sonis, Abraam; citado anteriormente.
10. Sonis, Abraam; citado anteriormente.

11. San Martín & Pastor. Salud Comunitaria , Teoría y práctica.1988, p.178.
12. Curso de Salud Pública II Gen. 92.
13. San Martín & Pastor; citado anteriormente.
14. O.P.S./O.M.S.. El Papel de la Enfermera en la A.P.S.1977, p.23-48
15. O.P.S./O.M.S. citado anteriormente, p. 23-48.
16. O.P.S./O.M.S. citado anteriormente, p. 23-48.
17. Sánchez Puñales. Citado anteriormente, p. 31-36.
18. Alvarez & Parentini. Citado anteriormente.

V. Diseño Metodológico

La investigación histórica es una recolección sistemática y crítica de datos en relación con acontecimientos pasados.

Generalmente éstas se llevan a cabo para probar hipótesis o responder a preguntas con respecto a causa, efectos o tendencias sobre acontecimientos pasados.

Se cuenta con una limitación de información en los años comprendidos entre el período 67 a 73, ya que siendo éstos previos a la dictadura no existen registros de los sucesos en la historia de la Enfermería Profesional en nuestro país.

Se cuenta para esta investigación con el testimonio y la colaboración de Enfermeras Profesionales egresadas de ambas escuelas que han estado ligadas por intereses comunes al tema a tratar.

V.1. Tipo de estudio:

Es una investigación de tipo historiográfico, descriptivo y retrospectivo. Su función es conocer y apreciar los resultados de las creaciones de: Dpto. de Enfermería y del Primer Nivel de Atención, en relación con el desempeño laboral de Enfermería Profesional

V.2. Universo y muestra:

Dicha investigación toma como universo a Enfermeras Profesionales egresadas de E.U.E o de Escuela “Dr. Carlos Nery” que participaron en el proceso de las temáticas aquí planteadas.

La muestra, del presente estudio son Enfermeras Profesionales, las cuales se conocieron mediante referencias de los docentes y/o de las propias encuestadas. Se consideró el lugar de residencia, la disponibilidad horaria, el espacio físico y el consentimiento de las mismas para concretar entrevistas.

V.3. Variables en estudio

Los factores socio- económicos y políticos que incidieron en la creación del Dpto. de Enfermería

Creación del departamento de Enfermería, su funcionamiento y la creación de un Primer Nivel de Atención con enfermería profesional.

Los factores socio- económicos y políticos que influyeron en el surgimiento de un primer nivel de atención.

La creación y puesta en funcionamiento del Primer Nivel de Atención con la participación de Enfermería Profesional.

La creación del Departamento de Enfermería dentro del M.S.P con la consiguiente normatización y organización de la misma, tanto en la salud pública, como privada rigiendo en los diferentes niveles de atención.

El desempeño de la Enfermería Profesional, fue determinado por el avance a nivel organizacional que sufrió, debido a la creación del Dpto.de Enfermería, y la implementación de un nuevo nivel de atención.

V.4. Hipótesis

1. Los factores socio- económicos y políticos influyeron en la creación del Departamento de Enfermería.
2. Los factores socio- económicos y políticos incidieron en la formación del Primer Nivel de Atención con la participación de la Enfermera Profesional.
3. La formación del Primer Nivel de Atención y la creación del Departamento de Enfermería ocasionaron cambios en el desempeño de la Enfermería Profesional.

VI. Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Para ello se tendrán en cuenta objetivos, hipótesis y respectivas variables.

La recolección de datos fue mediante:

❖ **Fuente primaria:** las Enfermeras Profesionales que participaron en el período establecido para abordar dicha fuente fue necesario utilizar como instrumento una encuesta de opinión abierta.

1. A continuación se hace referencia a las personas encuestadas, con el último cargo que ocuparon en su carrera y fecha de realización de las mismas.

- Enf. Prof. Ema Magnani - Directora del Dpto. de Educación del Hospital de Clínicas (1986 - 1992). 27/07/99
- Enf. Prof. Gladys Picción - Docente de E.U.F., Gº 3, con dedicación total (1985 - 1995) 05/08/99
- Enf. Prof. Vasallo - Jefe de Pol. I.M.M, Casabó (ejerciendo actualmente) 09/08/99
- Enf. Prof. Selva Rodríguez - Movilizador Comunitario de Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cancer (ejerciendo actualmente) 11/08/99
- Enf. Prof. Shirley García - Jefe de Dpto. de SSAE (ejerciendo actualmente) 12/08/99
- Enf. Prof. Pierina Marcolini - Directora del Dpto. Central de Enf. de ASSE (ejerciendo actualmente): 27/09/99
- Enf. Prof. Irma Bentancurt - Adjunta al Programa de Enfermedades Cardiovasculares (ejerciendo actualmente) 27/09/99

- Enf. Prof. Cecilia Cienciarullo - Directora de Esc. Dr. Carlos Nery (1963 - 1972)
02/10/99
- Enf. Prof. Jovita Sarmiento - Supervisora de Centros de Salud del país, Gº 5 (1962 - 1988) 02/10/99
- Enf. Prof. Mendieta - Primera Jefe de Dpto. de Enf. de M.S.P, 05/10/99
- Enf. Prof. Brandy - Jefe del Dpto. de Enf. del Hospital de Salto y Encargada de la División de Planificación de Servicios de Salud del M.S.P. 05/10/99

Además utilizamos revisión de documentos: Ordenanza 1965 de M.S.P cuyo contenido es la creación del Departamento de Enfermería.

❖ Fuentes secundarias: las Enfermeras Profesionales que desarrollaron su interés sin haber participado en el periodo antes citado; y bibliografía elaborada por Enfermeras Profesionales que forman parte de la fuente primaria y otra bibliografía pertinente al tema en estudio.

Las fuentes secundarias fueron extraídas de los siguientes recursos institucionales:

Biblioteca Nacional

Biblioteca de Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Biblioteca O.P.S

Biblioteca de Universidad Católica (U.C.U.D.A.L)

Biblioteca Nacional de Facultad de Medicina

Biblioteca de 4º piso de Hospital de Clínicas - Neuropediatría

Biblioteca de Hospital Maciel

Biblioteca I.N.D.E de Salto

Biblioteca I.N.D.E de Montevideo

❖ Procedimiento para la recolección de información

Los elementos que se tuvieron en cuenta en el proceso de investigación fueron:

- Tiempo de duración de la investigación y respectivo cronograma que consta de las diferentes etapas: Integración del grupo, revisión bibliográfica, definición de área problema, formulación de antecedentes históricos, marco teórico, presentación de anteproyecto, protocolo e informe final y defensa.
- Recursos humanos: cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería.
- Recursos materiales: hojas, computadora, diskets, grabadores con cassetes, pilas, fotocopias, los cuales serán aportados por los integrantes del grupo.

Referencias

Cardozo, Ciro. Introducción al trabajo de la investigación histórica. 1985, p. 134 - 195.

Cañedo, Luis. Investigación clínica. 1987

Eco, Umberto. Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación estudio y escritura. 1989.

Folguera, Pilar. Como se hace historia oral. 1994, p. 44-53.

Fox, D. El proceso de investigación de educación. 1981.

Pineda & Canales. Metodología de la investigación. 1994.

VII. Análisis

El análisis de la información se realizará en base a las hipótesis planteadas. Las mismas surgen tomando en cuenta la creación de Departamento de Enfermería y el Primer Nivel de Atención en el Uruguay, que se dieron en el período 57 a 73, influenciadas ambas creaciones por factores socio - económicos y políticos.

Para ello es necesario identificar variables y sus correspondientes indicadores.

Los indicadores para la primera hipótesis son:

- Desorganización de la enfermería en los servicios asistenciales
- Indefinición de funciones de Enfermería Profesional como componente de equipo de Salud
- Carencia de respaldo legal a enfermería
- Influencia de países extranjeros
- Elevado costo en recursos materiales, humanos y financieros
- Alto índice de enfermedades infecto contagiosas

Es importante señalar que había un Departamento de Enfermería en M.S.P. que sub- dividía sus funciones en:

- A. Dirección de Primer Nivel de Atención o D.U.S. (Dpto. de Unidades Sanitarias).
- B. Dirección de Departamentos de Enfermería en Segundo Nivel de Atención.

▪ *Desorganización de la enfermería en los Servicios Asistenciales*

Antes de la propuesta que surgió de la iniciativa de tres Licenciadas, de presentar un anteproyecto al M.S.P. en 1957 sobre la formación de un Dpto. de Enfermería, centralizado en el mismo, no había organización ni en hospitales, ni en Centros de Salud.

▪ ***Indefinición de funciones de Enfermería Profesional como componente de equipo de salud***

"Las organizaciones en salud están caracterizadas por el profesionalismo que significa que cada profesión ha desarrollado históricamente, tanto una tradición de valores y prácticas, como una orientación del trabajo especializado que lo distingue de otros profesionales"(1).

"No como antes que cada integrante del equipo de salud trabajaba independientemente"(2).

Cuando el Consejo Nacional de Gobierno crea el Departamento Central de Montevideo (1966) considera que: "Los servicios de enfermería tienen importancia como actividad específica dentro de los programas de promoción, protección y reparación de la salud" y que "es necesario el funcionamiento de una unidad específica que regule los diferentes aspectos que tienen relación con el mejoramiento de los servicios que presta la población", "que es uno de los instrumentos para la obtención de metas pre establecidas", " que integra los propósitos enunciados por el Gobierno de planificar las acciones del Estado a fin de promover el desarrollo económico y social"(3).

Las funciones del Departamento son: educativas, técnicas y administrativas.

En el año 66 la A.U.A.H. lleva a cabo las Primeras Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería que enriquecían luego la práctica, en dos oportunidades se contó con la asistencia y participación de una enviada de la O.M.S.

Los temas que se plantearon fueron: definición y organización de Dptos. de Enfermería, Administración de personal, supervisión.

Quedan entonces delimitadas de ésta manera las funciones que a Enfermería Profesional competen.

▪ ***Carencia de respaldo legal a enfermería***

La necesidad era la de tener una estructura formal en el M.S.P. con normas y reglamentos que respaldaran legalmente a la enfermería. Los que luego se verían integrados a los objetivos y beneficios que podía brindar la A.N.U, ya que la misma fue quién seleccionó las personas más calificadas para ejercer y representar a la Enfermería Profesional en el M.S.P. y en el exterior.

▪ *Influencia de países extranjeros*

En sus comienzos la influencia de países extranjeros era importante desde el punto de vista integracional, se adoptan modelos de trabajo acondicionados a nuestra capacidad de recursos. Las Enfermeras Profesionales adquirían experiencia en el extranjero (ej. Ecuador, Canadá) eran enviadas por becas que expedía la O.P.S. Eran oportunidades en las que se capacitaban sobre temas como: administración hospitalaria, organización en ambos niveles, docencia. Luego de este aprendizaje volvían a nuestro país a compartir y ejercitar su experiencia tanto en Montevideo como en el interior.

1966 "En el mes de diciembre la ANU realizaba reuniones de tres días de duración con la finalidad de dar una visión general de las diversas "Tendencias Actuales de Enfermería" en diferentes países y en el nuestro".

También en ese año " se llevaron a cabo en Montevideo las Primeras Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería organizadas por la A.U.A.H.

Estas jornadas surgen de la necesidad de unificar criterios sobre principios básicos que permitan manejar los problemas de la administración de los servicios de Enfermería.

Asistieron a ellas, Enfermeras de la capital y del interior del país, además de argentinas y paraguayas"(4).

▪ *Elevado costo de recursos materiales , humanos y financieros*

Pero todo esto también respondía a una necesidad nacional, ya que en ese momento (años 52 - 67) "la crisis económica afectó en diferente grado a toda la población, acentuando las discrepancias políticas y distorsionando la organización social"; "los conflictos laborales afectaron tanto la actividad privada como a los organismos del estado contribuyendo a crear un clima de irregularidad y disturbios"(5).

En todos los ámbitos se debía tener mano de obra calificada para así disminuir costos ya que la producción también era baja. Esto no solo sucedía en nuestro país sino que venía siendo un suceso relevante en la economía y política latinoamericana.

En la salud trabajar con una línea jerárquica conlleva una mejor distribución de recursos materiales, humanos y financieros.

- ***Alto índice de enfermedades infecto contagiosas***

Tomando en cuenta los acontecimientos sociales, tenemos que en ese momento proliferaban las enfermedades infecto contagiosas, como: fiebre tifoidea, tuberculosis, etc., las que era necesario combatir con una buena organización en la atención en enfermería, ya que determinaban un aumento en la demanda hospitalaria.

Los indicadores que corresponden a la segunda hipótesis son:

- Falta de un servicio de salud con enfoque preventivo
- Influencia del exterior
- Elevado costo del segundo nivel
- Centralización de atención en los hospitales
- Alta incidencia en morbi-mortalidad infantil
- Dificil acceso a los servicios de salud

- ***Falta de Servicio de Salud con enfoque preventivo***

Tener un Servicio de Salud con enfoque preventivo significa promover con conductas y hábitos a la salud, educar a la población, continuar con la rehabilitación y tratamiento luego de salir del hospital, lo que además disminuye la demanda asistencial y los costos (cama/ día por ejemplo) del Segundo Nivel de Atención. Debe contar con la participación activa de la población, en el reconocimiento del problema a abordar, en la planificación de actividades, en la búsqueda de soluciones; para que los esfuerzos de la comunidad se perciban como obra propia. Esto es necesario para que sean responsables de su salud y de su medio ambiente, organizándose, reuniéndose y manifestando nuevas necesidades.

▪ *Influencia del exterior*

"Fue una propuesta hecha por el Servicio Interamericano de Apoyo" a toda Latino América (una de las encuestadas dice que fue un programa post-guerra de EE.UU, otras dicen que se dio mucho tiempo después).

"Aquí se sentía la necesidad del enfoque preventivo pero no existió la estructura hasta ese entonces. El Primer Nivel de Atención comenzó a funcionar con el apoyo económico del exterior, se crearon Centros de Salud en el interior"(6).

En nuestro país no habían programas preventivos desde el M.S.P. dirigidos a la población, a sus necesidades, intereses y problemas, lo único que había era inmunización y profilaxis de enfermedades venéreas.

"Hubo influencia mundial, de Norteamérica el modelo de promoción y prevención. La influencia francesa, en toda la parte práctica asistencial. En el área materno - infantil se otorgaban becas a EE.UU, Chile, Puerto Rico, luego hubo capacitación aquí"(7).

A partir de éste impulso financiero, y ya apreciando los primeros cambios económicos y sociales, los países latino americanos deciden reunir a los Ministros de Salud de las Américas para establecer el Plan Decenal de Salud aprobado en Santiago en el año 72. En el mismo se marcaron como meta, la extensión de servicios de salud de toda la población sub atendida.

Ampliar la cobertura significaba entonces: atender las necesidades básicas de la población, proporcionarle un servicio de salud considerando el acceso geográfico.

"El problema de la cobertura se agrava si se toma en cuenta que convergen en el costos crecientes y la baja productividad de los servicios de salud, así como la desvinculación entre los servicios ofrecidos y las características culturales, económicas y sociales de la población"(8).

▪ *Elevado costo del Segundo Nivel de Atención*

"Los cambios en la economía y política nacional fueron dados por el bajo costo del Primer Nivel de Atención, por no requerir alta tecnología, los recursos humanos no necesitan especialización"(9). Pero tenemos como contrapartida que "la economía estaría promocionando más lo hospitalario dado que éste insume más recursos, más ventas que se podrían obviar"(10).

Tenemos entonces que en sus comienzos sirvió por lo que significaba costo - beneficio, además de contar con un apoyo económico que venía del exterior, pero nuestro gobierno no vió significado de continuar ya que no beneficiaba al comercio, al capitalismo, que vende tecnología, la que se termina comprando sin necesidad, si antes prevenimos.

Una de las encuestadas dijo: "No debería existir CTI, con una buena capacitación y trabajo de enfermería, el paciente no debería llegar a ese sector"(11). Se refería en ese momento a que los cuatro Niveles de Atención no son reales, que existen solo tres y que la política nacional no apunta a fortalecer el Primer Nivel.

▪ *Centralización de atención hospitalaria*

La organización de la salud en niveles conlleva a una descentralización de los servicios de salud, por ejemplo el Hospital Pereira Rossell disminuye la atención materno - infantil, éste y los demás hospitales disminuyen los costos, tomando en cuenta recursos materiales y financieros, se logra brindar una atención más personalizada e integral debido a la disminución de demanda. Se ven beneficiados con la coordinación todos los niveles. Se establece una relación de "referencia - contrarreferencia" con el paciente y los niveles intervinientes.

"El nivel hospitalario pasa de ser depósito de enfermos a verdaderos hospitales con diagnóstico y tratamiento, alta precoz para continuar su tratamiento en el hogar"(12).

▪ *Alta incidencia en Morbi - mortalidad infantil*

La morbi- mortalidad infantil era uno de los factores que se debía abordar en forma de red junto con el Hospital Pereira Rossell. Los Centros de Salud comenzaron a atender y registrar en una Historia Clínica familiar que contaba con una Ficha de Servicio Social y otra de Higiene Ambiental. En la consulta materno - infantil se registraba el motivo de consulta y alimentación del niño y se educaba a la madre sobre indicaciones médicas. Con este trabajo se logra una mayor consistencia e integridad en la atención comunitaria mediante la creación del Departamento de Materno - infantil.

"En 1960, el M.S.P. plantea la necesidad de crear el Dpto. Materno - infantil, el cual es técnico normativo y central. Incluye: diagnóstico de situación de la zona, capacitación del personal, elaboración de normas y programas, asesora e investiga donde las unidades

ejecutoras son los centros periféricos. Además contaban con odontología, atención al adolescente, inmunización y control sanitario"(13).

▪ *Difícil acceso a los servicios de salud*

"Se crea éste nivel contemplando a la población más alejada demográficamente, ya que ésta solo consulta en hospitales en caso de padecer alguna enfermedad, para lo que recibía solo asistencia"(14).

"El Plan Decenal de Salud de las Américas señaló que en América Latina el 40 % de la población no tiene acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo se reconoció que aproximadamente el 68 % de los egresos hospitalarios están constituidos por enfermedades evitables o que pueden ser objeto de atención ambulatoria"(15).

Los indicadores de la tercera hipótesis son:

- Necesidad de integrar un equipo multidisciplinario
- Necesidad de organización
- *Necesidad de integrar un equipo multi - disciplinario*

La Enfermería Profesional "ha alcanzado un grado de competencia que le permite tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo en la tarea de aumentar el nivel de salud de la población a su cargo, su desempeño polivalente permite hacer una utilización racional, óptima de ésta profesión a fin de alcanzar una mayor y eficaz cobertura a bajo costo sin aumentar el tiempo de su formación básica"(16).

En el período que se investiga, tenemos, que si bien Enfermería Profesional logró tener un espacio como integrante de un equipo multi - disciplinario y tener sus propias funciones también ocupó lugares y abarcó funciones que ya estaban contempladas por otros integrantes del equipo como son: Visitadora Sanitarista, Oficial Sanitarista, etc. Aunque, también luego se crearon los Promotores de Salud, quienes no tienen la misma capacitación y/o formación.

En ese momento se había formado un equipo multi - disciplinario en cada Centro de Salud, ya que se contaba con Oficial en Higiene Ambiental que se encargaba de construir los mapas

epidemiológicos, Visitadora Sanitaria que se preparaba para dedicarse al área materno - infantil, Asistente Social, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Médico, Nutricionista y en algunas ocasiones Psicólogos.

▪ ***Necesidad de organización***

1960 - "La ANU organiza y lleva a cabo las Jornadas de Enfermería" en las que se discutieron temas de índole gremial con la finalidad de promover cambios en la organización de la Asociación"(17).

"La estructura consta de dos coordenadas, la horizontal y la vertical.

Estructura horizontal: Determinada por las unidades de organización y en el servicio de enfermería serán determinadas por los criterios de división y reagrupamiento de trabajo según el modelo adoptado por cada hospital de modo que éstas unidades de organización, puedan conformarse alrededor de criterios, usuarios, de actividades, de área geográfica, etc.

Cada unidad de organización debe tener claramente definidos sus propósitos y funciones, propósitos que deben contribuir a los fines generales del servicio, en el campo del cuidado de enfermería, de la docencia y de la investigación.

Estructura vertical: Refleja los niveles de administración y tenemos:

- a) Nivel normativo que corresponde a la jefatura del servicio.
- b) Nivel directivo compartido entre la jefatura y quien lo representa.
- c) Nivel de supervisión compartido entre las jefas de las unidades y las supervisoras.
- d) Nivel operativo que se da en los lugares donde se atiende el paciente"(18).

Esta organización de Enfermería Profesional se debe dar en cualquier Nivel de Atención y debe transgredir el ámbito de Enfermería para así poder alcanzar también al resto del equipo.

Esta última hipótesis está muy ligada a las otras dos analizadas anteriormente, entonces pueden repetirse indicadores, referencias y opiniones.

Referencias

1. Sonis Abraam; Atención de la salud, 1986.
2. Enf. Prof. Vassallo; 09/08/99.

3. Alvarez & Parentini; Planificación de un currículum para Enfermería Profesional, 1967.
4. Alvarez & Parentini; citado anteriormente.
5. Schurman & Pacheco; Historia del Uruguay, 1988.
6. Enf. Prof. Picción; 05/08/99.
7. Enf. Prof. Marcolini; 27/09/99.
8. OPS/OMS; El papel de la Enfermera en la APS, 1977.
9. Enf. Prof. García; 12/08/99.
10. OPS/OMS; citado anteriormente.
11. Enf. Prof. García; 12/08/99.
12. Enf. Prof. Magnani; 27/07/99.
13. Enf. Prof. Brandy; 05/10/99.
14. Enf. Prof. Magnani; 27/07/99.
15. Enf. Prof. García; 12/08/99.
16. Enf. Prof. Vasallo; 09/08/99.
17. OPS/OMS; citado anteriormente.
18. OPS/OMS; citado anteriormente.
19. Alvarez & Parentini; citado anteriormente.
20. Sonis, Abraam; citado anteriormente.

VIII. Conclusiones

Es de resaltar que el desempeño de Enfermería Profesional en el período de los años 1957 a 1973 estuvo influenciado por factores sociales, económicos y políticos, en el marco de la creación y puesta en funcionamiento del Departamento de Enfermería y categorización en Niveles de Atención que conlleva a la creación de un Primer Nivel. Son los dos sucesos a destacar en ésta investigación.

Se toma en cuenta éste período porque desde el año 1957 se destacan los esfuerzos de Enfermería por lograr una integración tanto nacional como internacional.

La A.N.U que ya estaba constituida previamente, es en este año que comienza a integrar el C.I.E. En el 58 ya se siente capaz de organizar un Curso de Supervisión de Enfermería y en el 60 organizar Jornadas de Enfermería de índole gremial.

En el año 1962 la E.U.E realiza Curso de Supervisión financiado por la Fundación Kellogs.

En el 63 M.S.P, O.M.S, A.N.U y A.P.U se reúnen para organizar un Seminario sobre recursos y necesidades de Enfermería y Obstetricia en el Uruguay.

La A.U.A.H en el mismo año crea el Comité de Enfermería; en el 66 el mismo realiza Jornadas de Administración de Servicios de Enfermería.

En el 65 se crea el Departamento a nivel Ministerial.

En el año 66 la A.N.U mediante reuniones sobre "Tendencias actuales de Enfermería" integra al interior de nuestro país y a colegas de Argentina y Paraguay.

Con esto se quiere demostrar que los intentos de la Enfermería Profesional de organizarse comenzaron quizás antes del año 1957, pero su auge fue en éste año ya que la integración a nivel internacional determinó un punto álgido de nuestra historia.

Este espíritu de avance duró hasta el año 1973, pero no existen documentos del año 67 hasta finalizar el período elegido más que las fuentes primarias que son Enfermeras Profesionales que vivieron como protagonistas de la historia de la Enfermería en los citados años. Como dijo la Prof. Lic. Gorrasi en una investigación que realizó: "hubo una destrucción prácticamente total de documentación, escrita de la E.U.E antes de la intervención" en la Universidad".

La creación del Departamento de Enfermería fue un proyecto idealizado durante 10 años, ya que si bien los Dptos. de Enfermería estaban establecidos en los diferentes servicios hospitalarios, por ejemplo en el Hospital de Clínicas que fue el primero, en el año 53 y en el 61 en los demás servicios de salud, con una Licenciada a cargo; esto no funcionaba por no existir normas administrativas, ni de funcionamiento.

Desde el punto de vista social tenemos que existía la necesidad de mejorar la calidad de servicios que se brindaba a la población. Lo cual era imposible sin una adecuada organización y clasificación de cargos, lo que conlleva a una determinación de roles.

A partir de esta creación, en los servicios asistenciales y Centros de Salud los integrantes del equipo de salud trabajan en coordinación y con un mismo objetivo.

En Primer Nivel Enfermería Profesional fue precursora en el programa de atención en el área Materno - infantil, con la dedicación que le otorgaba a la comunidad.

De alguna manera, sin utilizar ese nombre, significaba lo que fue posteriormente Plan Aduana.

Políticamente se logró una estructura y normalización que ofrecía respaldo legal en el accionar de Enfermería, en la que se volvió un elemento primordial la A.N.U que funcionaba como nexo entre la creación del Departamento de Enfermería Central y las Enfermeras Profesionales que trabajaban en los diferentes servicios y ocupaban cargos en una escala de jerarquía dentro de cada institución.

Económicamente la conclusión es: debido a que conjuntamente con la creación del Departamento de Enfermería se dio la cooperación de la A.N.U, A.U.A.H, E.U.E con la implementación de cursos y jornadas que correspondían a Administración de servicios y Supervisión de personal y de que cada Dpto. comenzó a educar al personal, el resultado es la utilización eficaz de los diferentes recursos existentes.

A nivel social, los factores que llevaron a la formación de un nivel con enfoque preventivo fueron: la necesidad de brindar una atención a zonas más alejadas de los centros hospitalarios, a cuya población le generaba una inversión tanto económica como de tiempo el movilizarse para poder acceder a dicha atención.

Además de contemplar la necesidad existente en la población, de llevar a cabo programas mediante el estudio de las necesidades reales de la misma y en su propio medio, logrando por ejemplo: a través del control materno - infantil la prevención de las enfermedades propias de la infancia; así como también la detección precoz de las enfermedades infecto - contagiosas, llevando a la disminución de las grandes epidemias. Además de generar auto-responsabilidad con respecto a la salud del individuo y el cuidado del ambiente.

Para esto se contaba con el apoyo de Asignaciones Familiares que solicitaba el carnet de control vigente como requisito para el pago.

Se tuvo entonces la finalidad de llevar a cabo una atención integral, tomando en cuenta las necesidades, intereses y problemas de la comunidad y se sensibilizó a la misma, viendo reflejado el resultado con su participación en los diferentes programas.

Desde el punto de vista económico, uno de los objetivos fue disminuir el índice de internación en el Segundo Nivel. Evitar las internaciones prolongadas, por los individuos activos laboralmente, lo que repercutía en la economía de la familia y del estado.

La creación de los Centros de Salud y su andamiaje se vio favorecida por el impulso financiero que provenía del exterior y a nivel nacional de Instituciones Gubernamentales como: OSE e intendencias, entre otros.

Esta realidad se vio reflejada en la disminución de internaciones y el aumento de las consultas en Centros de Salud.

A nivel nacional se vislumbraba desde antes del 57 la necesidad de implementar servicios de salud que contemplaran la prevención, promoción y rehabilitación de salud, además de educar a la población usuaria, pero se debía contar para esto con un apoyo político, que se vio favorecido en este período por la influencia de estrategias que se implementaron a partir del Plan Decenal de las Américas.

El desempeño de Enfermería Profesional se vio fortalecido por su integración a los equipos multi disciplinarios y por su participación estrecha en la comunidad quien la reconoció como un integrante referencial en el equipo de salud.

IX. Bibliografía

Libros

Alvarez & Parentini, et al. Planificación de un currículum para Enfermería Profesional, Publicación núm. 4, Mdeo., 1967.

Arostegui, Julio. Investigación histórica. Teoría y Método. Grijalbo S.A. España, 1995,p. 314 – 398.

B. de Infante & Luzardo Alvarez. Sociedad y salud – Cap. Análisis de la Enfermería en la América Latina, Edit. Formas Precisas. 1º Edición Colombia. 1991, p. 300 – 302.

Belkis & Zubezarreta, Publicación científica de la OPS: Avances médicos de Cuba, Año V, núm. 14, 1998,p. 32.

Cardozo, Ciro. Introducción al trabajo de la Investigación Histórica. Edit. Grijalbo S.A. 3º Edición . Barcelona, España, 1985, p.134 – 195.

Cardozo, Ciro. Los métodos de la historia. Edit. Grijalbo S.A. 5º Edición Barcelona, España, 1984,p. 19 –57.

Casal, Juan Manuel. América Latina en el Siglo XX, Cap. Crónica Política Nacional. Edit. Talleres Gráficos Fimasa. Uruguay.1987, p. 28 – 38.

Cañedo, Luis.Investigación clínica. Editorial Interamericana. 3º Edición México.1987.

Eco, Umberto. Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. Edit. Gedisa S.A.. Muntaner. Barcelona, España, 1989.

Folguera, Pifar. Como se hace historia oral. Edit. Eudema. Madrid, España, 1994, p. 44- 53.

Fox,D. El Proceso de Investigación de Educación. Edic. de Universidad de Navarra, España, 1981.

García, J.C. Pensamiento social en salud de América Latina. Cap. Historia de las Instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880 – 1930. Edit. Interamericana, OPS.1994, p. 79 – 92 y 108 – 123.

Márquez, Miriam C. Planificación de un curriculum para Enfermería Profesional. Uruguay,1966, p. 115 –116.

Pineda & Canales. Metodología de la investigación.2º Ed. Washington D.C.,OPS/OMS,1994.

Polit, Denise & Ilungler. Investigación científica en ciencias de la Salud. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A., México, 1995, p. 210 – 215.

Sandoval & González. Publicación científica de la OPS: Antología de experiencias en servicios y docencia de enfermería en América Latina. Publicación núm 393,1980,p. 80 – 95.

San Martín, H. & Pastor V. Salud Comunitaria, teoría y práctica. Ediciones Díaz de los Santos S.A., Madrid, 1988 p.178.

Schinca, Milton. Serie: Bases de nuestro tiempo, Fascículo 15: América Latina, su historia, su presente. Ediciones de: “Las bases”. Montevideo, 1986, p. 26 –30.

Schurman & Pacheco. Historia del Uruguay.2º Edición. Mdeo.1988,p. 132 –152.

Sonnis, Abraam. Atención de la Salud. Tomo II, Cap.13, Servicios de Enfermería. Edit. El Ateneo. Bs. As. , Argentina. 1984, p. 645 -- 652.

Diarios

Enciclopedia de diario El País. Vol. 2. 1953 – 1997.

Revistas

E.U.E. Dir. Sanchez Puñales. Revista de Enfermería. Primeras Jornadas de Administración de los Servicios Hospitalarios. Montevideo. 1989, N° 2, año 1, pág. 9-10 y 31-36.

OPS, Publicación Científica: Evolución macro- económica y salud en Cuba, núm. 34, 1998, p. 3 5 y 13.

OPS/OMS. El papel de la enfermera en la APS. Washington D.C. EUA.,1977,p.23-48.

Ficha

I.N.D.E. Dpto. de Salud Pública y Ciencias Sociales. Ficha Atención Integral a la Salud. Montevideo, 1990.

Otros

Clasificación de Niveles de Atención. Teórico correspondiente al curso de Salud Pública II de gen. 92.

Internet nup://www.icn.cn/centenmaisp.nun. Conferencia del Centenario del CIE,p.1y2.

A N E X O S

Con respecto al cronograma y a la organización del equipo

Las actividades realizadas en esta investigación, representadas en el cronograma muestran la evolución de la presente investigación, contemplando así el tiempo que exige ésta como actividad curricular.

La organización grupal para cumplir con las etapas del proceso de dicho trabajo tuvo en cuenta la disposición horaria de cada integrante, lo que determinó que las tareas para su desarrollo hayan sido llevadas a cabo por todo el grupo sin división específica de las mismas, pero teniendo en cuenta la sistematización y secuencia de la investigación.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
agración del grupo											
visión bibliográfica											
orfas			 06-Abr	 28-May	 0-Jun	 1/15/29-Jul	 11/26-Ago	 17-Sep	 16-Oct		
inición del Area Problema											
mul de Ant. Hist. y M. T.						 26-Jul					
sentación del anteproyecto						 26-Jul					
itocolo									 27-Oct		
cución											
sentación del informe final										 18-Nov	
ienssa											 15-Dic

Título de encuesta: Encuesta de opinión a Enfermeras Profesionales.

Objetivo: Conocer la información y la experiencia que han adquirido las encuestadas con respecto al tema.

El proceso para identificar las personas a encuestar se realiza a través de referencias interpersonales.

Dicha encuesta va dirigida a Enfermeras Profesionales que en su trayectoria han estado vinculadas activamente en la organización del Departamento de Enfermería, y en la participación como pioneras en el surgimiento del Primer Nivel de Atención.

Características de la encuesta: Será de tipo descriptivo, retrospectivo, a través de una entrevista no estructurada y focalizada, la que contempla preguntas abiertas.

La información brindada será registrada con un grabador.

El tiempo será indeterminado.

Introducción de la encuesta: Somos un grupo de estudiantes de Licenciatura de Enfermería que desarrollamos el rol de investigadores en actividad curricular.

Encuesta:

1. ¿En base a qué necesidades del momento (año 57) que vivía el país cree Ud. que se crea el Departamento de Enfermería?
2. ¿Cuáles fueron los resultados identificados a partir de la creación de dicho Departamento?
3. ¿Porqué surge la necesidad en el Uruguay de implementar un nivel con enfoque preventivo en la salud?
4. ¿Qué cambios se generaron con respecto a la creación del Primer Nivel en:
a) la población; b) en el Segundo Nivel de Atención, y c) en la economía y política nacional?
5. ¿Qué otras personas cree Ud. que puedan estar vinculadas con ésta temática en éste período?

Entrevista a Enfermera Profesional Ema Magnani - 27/07/99

1) En esa época había una tendencia mundial a crear los Departamentos de Enfermería, ignoro los países tales como EE.UU, Inglaterra, en que año se crean los mismos. El objetivo del Dpto. de Enfermería es regir todas las actividades del personal de enfermería dirigido por un Enfermero Profesional.

2) Los resultados son: Se posee un control de todas las actividades de enfermería dentro del hospital, desde administración de servicios, evaluación del personal, programar y llevar a cabo cursos de capacitación.

Tenemos diferentes lineamientos, parte de las enfermeras se van a dedicar a administrar recursos materiales, otras a la administración de personal y otras se van a dedicar a la educación.

Por lo tanto el personal tiene escalones para todas sus actividades.

3) Se me plantea la duda, si éste enfoque preventivo fue algo elaborado por nuestro país o algo que trajo al país el Instituto Interamericano que fue el que brindó tecnología y personal preparado para abrir los primeros Centros de Salud (año 1950). Hasta el año 1957 estuvo ésta entidad ayudando a nuestro país con cinco centros sanitarios en Montevideo.

Reflexionando diría " Más vale prevenir que curar". Se cuenta así con la disminución de los costos de los servicios de salud ya que la crisis económicas empezaron mucho antes, apuntando al bienestar de la población.

4) A partir de la creación del Primer Nivel de Atención el nivel hospitalario (Hospital de Clínicas) ya que éstos pasaron de ser depósitos de enfermos a verdaderos hospitales con diagnóstico y tratamiento, alta precoz para continuar su tratamiento en el hogar.

A mi modesto parecer no hubo fuerza en la política nacional en la creación del Primer Nivel, porque si bien fueron creados en los años 50, fueron desapareciendo, resurgiendo ahora nuevamente. Encontrándose los Centros sanitarios sin personal profesional, sin cargos a ocupar y con pocos recursos.

La economía estaría promocionando más lo hospitalario dado que éstos insumen más recursos, más ventas que se podrían obviar.

5) Sugerencias: Shirley García, Alejandrina Alejandro, María Gestak, Alba Romero, Wasi Sánchez y Selva Rodríguez.

Entrevista a Enfermera Profesional Alizeth Vasallo - 09/08/99

1) Con respecto a la pregunta, te puedo dar datos generales, los resultados tienen que ser muy importantes para la enfermería por formar un Departamento, partiendo de lineamientos de cómo trabajar con un mismo objetivo, trabajar de la misma manera, en línea jerárquica. No como antes que cada integrante del equipo de salud trabajaba independientemente.

3) Se crea éste nivel contemplando a la población más afejada demográficamente ya que ésta solo consultaba en hospitales en caso de padecer alguna enfermedad para lo que recibía solo asistencia.

Se necesitaba un lugar donde hubiera educación para la salud.

4) La política nacional debió estar de acuerdo con la formación de éste nivel de atención, sino no se podría trabajar de forma organizada, además se debió contar con el apoyo de la comunidad y el usuario. Estos componentes fueron necesarios para cumplir con los objetivos establecidos para éste nivel.

Con respecto a la economía el Primer Nivel es importante por ser más barato tomando en cuenta infra-estructura, recursos materiales, cantidad de recursos humanos, etc. La política nacional de salud para mantener una cobertura a la población debe tener recursos económicos que la respalde.

El Segundo Nivel de atención se vió favorecido por la referencia de usuarios desde el Primer Nivel. El objetivo más importante de éste es realizar prevención, lo que implica que si está bien realizada el usuario no necesitaría llegar al Segundo Nivel, esto se lograría mediante los controles de salud, la investigación y educación para la salud, actividades que también se realizan en el Segundo Nivel, lo importante es la coordinación entre ambos niveles (referencia - contrareferencia). La población se apropia del servicio debido a que es reconocido como tal en un entorno familiar, tomando en cuenta su condición socio-económica, demostrándolo con la participación en comisiones, charlas.

Entrevista a Enfermera Profesional Shirley García 12/08/99

1) En 1959 se crea el Departamento de Enfermería en el M.S.P contando con la jefatura de Lic. en Enfermería Mendieta.

En 1960 se crea el Dpto. de Enfermería en ASSE siendo la Jefa Lic. Navarro.

"Donde hay enfermera hay cabeza", la administración de recursos humanos debe ser propio de enfermería.

Las necesidades que se abordan dependen del gobierno, ya que se puede abarcar al Primer Nivel ó al nivel asistencial.

3) En 1959 los Centros de Salud se crearon con la necesidad de formar una unidad de atención integral del M.S.P. que se ubicaban en la periferia de la ciudad con un área determinada de influencia que lleva a cabo acciones planificadas, directas y con la comunidad, haciendo énfasis en prevención, protección educación, atención y rehabilitación. Se realizan coordinaciones con instituciones privadas, públicas u oficiales.

En 1960 el M.S.P. se plantea la necesidad de crear el Dpto. de Materno - Infantil el cual es: técnico, normativo y central. Incluye: diagnóstico situacional de la zona, capacitación del personal, elaboración de normas y programas, asesora e investiga donde las unidades ejecutoras son los centros periféricos. Además contaban con odontología, atención al adolescente, inmunización y control sanitario.

Las policlínicas incluían consultas, servicios a desnutridos, visita domiciliaria, investigación, exámenes clínicos de laboratorio (Hospital Filtro), exámenes periódicos para embarazadas y puerperas, exámenes periódicos de salud al niño, control de su desarrollo, inmunizaciones que se coordinaban con primaria, educación a madres sobre dietética e indicaciones médicas, visitas domiciliarias a las familias.

4) Los cambios en la economía y política nacional fueron dados por el bajo costo del Primer Nivel de Atención por no requerir alta tecnología, los recursos humanos no necesitan especialización.

Los cambios en el 2º Nivel están determinados por una disminución en la demanda de asistencia ya que el Primer Nivel de prevenir, controlar a personas sanas y educar.

Con el Primer Nivel de atención se logró descentralizar los servicios de atención, ya que la población se refiere al mismo para consulta médica, repetir medicamentos y controles, lo que beneficia la economía del país.

5) Se debería volver al modelo de conformación del equipo de salud de sus comienzos:

a) Un oficial en higiene ambiental que es el encargado de construir los mapas epidemiológicos, para captar los asentamientos nuevos además de los ya existentes y las carencias del ambiente.

b) Una visitadora sanitaria preparada en el área materno - infantil para hacer visitas domiciliarias y charlas a las madres.

c) Una enfermera integral, la cual nunca existió porque no hubo formación adecuada.

d) Una Asistente Social, para las que se deberían crear más cargo.

- e) Una Nutricionista.
- f) Un Dpto. de Educación.

Entrevista a Enfermera Profesional Gladys Piccion - 05/08/99

1) Yo fui una de las personas que participó mucho, hice el anteproyecto con otras dos personas, de la creación del Departamento de Enfermería (no fue en 1957, sino en 1967), fue en el momento que estaban los blancos en el gobierno, nosotras veníamos viendo la necesidad de tener una estructura formal dentro del M.S.P. porque entendíamos que no había nadie responsable dentro del departamento, en lo que tenía que ver con la conducción del servicio de enfermería y no había nadie que atendiera la problemática de enfermería, tanto en su función, ordenamiento, normalización, reglamentos y no existía nada estructurado al respecto de lo que era el servicio de enfermería, entonces nosotras hicimos un anteproyecto y nuestra propuesta históricamente fue muy importante, porque el M.S.P. tomó nuestra propuesta y la hizo suya. El anteproyecto se firmó el último día, en la última sesión del año 1966, sin que nosotras estuviéramos presentes. El único agregado fue la clásica formulación de decretos.

En esa organización básica del Departamento se incluía:

1. Área para la administración de servicios asistenciales.
2. Área de administración o asesoramiento, supervisión del Primer Nivel de Atención.
3. Educación del personal o formación continua de los servicios.

Tal cual lo presentamos se aprobó (se puede encontrar éste anteproyecto en la Asociación).

El M.S.P. a través de su Secretario, Dr. Barón, nos solicita que propusiéramos a las personas para formar ese Departamento, o sea la Asociación de Nurses pudo seleccionar a quien considerara más capacitado para asumir ese cargo y por supuesto vimos la necesidad de que fueran personas que estuvieran trabajando dentro del M.S.P. Porque consideramos primero un derecho y segundo nos cubríamos porque esas personas fueran pasadas a comisión, a trabajar ahí y pudieran tener un salario, ya que éste proyecto no tenía rubro en ese momento. Seleccionamos las personas, y propusimos a una enfermera que fue la única que obtuvo un contrato, porque ella no estaba trabajando ahí: Justa Mendieta que junto a Dora Ibarburu fueron las que fundaron la Escuela.

Justa Mendieta había estado como asesora en Ecuador a través de la O.P.S., e hizo un trabajo relacionado con organización hospitalaria, servicio docente y asesoria.

Después propusimos a otras personas que fueron: una Docente de la Escuela Dr. Carlos Nery, una Supervisora de los Centros de Salud que había tenido una beca en Canadá con experiencia en los Centros de Salud en Montevideo e interior, y una Enfermera para Administración de Servicios que en ese momento estaba en Salto, que había tenido una buena formación y experiencia en los Centros de Salud.

2) Se comenzó a tener una estructura formal, a definir normas y directivas, a reestructurar servicios que estaban con enfermeras, pero que ya casi no funcionaban, por ejemplo las Políclínicas barriales, que inicialmente se dedicaban al control de tuberculosis (en Montevideo habían ocho).

Con los recursos que ya existían comenzaron a funcionar Centros de Salud, se realizaba asesoramiento a hospitales, esto conlleva a centralizar la enfermería que tenía un lugar en el Departamento.

3) Fue una propuesta hecha por el Servicio Interamericano de apoyo (el servicio cooperativo interamericano), era un programa de los E.E.UU. que posguerra empezó a ayudar a los países de América Latina, enfocado a la salud, sus propuestas fueron:

A. Formación de los Centros de Salud con enfoque preventivo.

B. La creación de la Escuela de Enfermería de formación profesional.

Aquí se sentía la necesidad del enfoque preventivo, pero no existió la estructura hasta ese entonces. El Primer Nivel de Atención comenzó a funcionar con el apoyo económico, se crearon Centros de Salud en el interior, uno en Treinta y Tres, otro en San José, Yung y Montevideo. En el de Treinta y Tres fue donde Dora Ibarburu comenzó a trabajar junto con Suna.

La necesidad era sentida porque aquí no habían programas preventivos desde el M.S.P., salvo vacunación y profilaxis de enfermedades venéreas en el hospital Maciel.

Para la prevención de enfermedades transmisibles se creó el Instituto de Higiene.

También se creó la Lucha Antituberculosa, el control de dicha enfermedad se hacía en los Hospitales Saint Bois y Fermín Ferreira.

Estos eran los programas de prevención que existían en ese momento.

4) Hubieron cambios en el área Materno - Infantil, se comenzaron a hacer controles en Centros de Salud, (que antes eran solo en el Pereira Rosell) y seguimiento a embarazadas a cargo de enfermería, eso fue para mí lo trascendente. Había un gran número de Enfermeras Profesionales trabajando en los Centros de Salud. Si la embarazada no concurría se le hacía una visita domiciliaria, abarcando al núcleo familiar.

La Enfermera Profesional realizaba seguimiento al recién nacido a domicilio, como también lo hacía en caso de pre y post parto.

Los Centros de Salud trabajaban con el control prenatal.

El gobierno no apoyó ni desde el punto de vista político ni económico, así que los Centros de Salud cerraron después que se fueron los americanos.

5) Sugerencias: Eva Suna en lo preventivo y Mendieta en los Dptos. de Enfermería.

Entrevista a Enfermera Profesional Selva Rodríguez - 11/08/99

1) La primera institución que participó fue DUS (Dpto. de Unidades Sanitarias), con los primeros Centros de Salud a nivel nacional.

Al DUS venían Nurses especializadas y además se reclutaban a estudiantes de 4º año.

El mismo funcionó de año 57 a 82.

3) Porque había una alta mortalidad infantil, enfermedades transmisibles enfermedades respiratorias, fiebre tifoidea, tuberculosis. Todas enfermedades que podían prevenir, modificando comportamientos, ayudando a los cambios y promoviendo la higiene ambiental.

4) Se consiguió bajar los índices de morbi- mortalidad, se controlaban los embarazos, la población comenzó a sentirse responsable de su salud. Para las visitas domiciliarias se contaba con el recurso humano de una "visitadora sanitarista", quién luego se sustituyó por Auxiliar de Enfermería.

5) Iris González de Burgoa (Dpto. de Enfermería del M.S.P.) .

Entrevista a Enfermeras Profesionales Pierina Marcolini e Irma Bentacur - 27/09/99

1) Por el año 57 era estudiante, me recibí en 1959, el enfoque que puedo decir es como estudiante (Marcolini), era la época en la que había fiebre tifoidea. Cuando hacía la práctica de cuarto año se atacaba toda la parte de higiene ambiental, moscas, basurales, disenterías, tuberculosis, se iba a visitar familias para incentivar el cumplimiento del tratamiento en su domicilio. También se abordaba el problema materno infantil, ya había en aquella época madres que no daban pecho, por eso se radicaron los Centros de Salud en Montevideo, el primero fue el de Cerrito de la Victoria, en donde había mucho alcoholismo.

El Departamento de Enfermería se crea en el año 65 y empezó a funcionar en el 66, lo crea lo que era la Asociación de Nurses del Uruguay, porque en el Ministerio no había Departamento. Hubo un movimiento de enfermería, en esa instancia la A.N.U. creó el Dpto. con Nurses en cada una de las cuatro áreas:

A. Nurse Brandy que trabajaba para la parte asistencial (el Ministerio se divide en asistencial y preventivo).

B. Nurse Ana María Díaz para prevención a nivel del M.S.P., porque la prevención era prevención, no se controlaba ningún enfermo, se trabajaba con factores de riesgo aunque no los llamaran así, lo único con lo que se trabajaba como patología era la sífilis, se hacía epidemiología, se ubicaba el foco como se ubica el de cualquier enfermedad infecto contagiosa. Había también hepatitis, polio, difteria.

C. Nurse Ascona en Educación

La población creía que las enfermedades de la primera infancia, como la diarrea, eran necesarias tenerlas para un mejor crecimiento, venían con la infancia y era algo natural.

D. Nurse Mendieta como Jefe del Dpto. de Enfermería en M.S.P.

Del Departamento dependía la División de Asistencia con funciones de participación en el desarrollo y crecimiento, planificación y evaluación de programas, etc.

El M.S.P. establece los diagnósticos, las políticas de salud, y las normativas generales.

ASSE que se creó luego es operativa, o sea, el brazo ejecutor de lo que dice el Ministerio.

Cuando se crea ASSE el Dpto. de Enfermería plantea una propuesta (no estábamos todas de acuerdo) que era: un dpto. de M.S.P. y otro de ASSE, en ese momento se divide el Departamento (la directora se va para ASSE). El M.S.P. se divide en: planificación, epidemiología y la de normativas de factores de riesgo: Unidad Asesora de Enfermería; luego ésta división se disuelve con el cambio de gobierno y pasa a dividirse por programas.

2) Los Dptos. de Enfermería de cualquier institución dependen del Departamento Central de Enfermería, de ASSE, los establecimientos son alrededor de 68.

El resultado del Dpto. depende sobre todo de lo político, lo técnico que asesora a la parte política.

En ese momento no existía la política médica de tener un Departamento debido a la carencia de las Enfermeras Profesionales, era preferible tener a una enfermera trabajando en los hospitales y no con una actividad meramente administrativa en la cual si hay que resolver problemas dentro de determinados grupos no necesariamente tener una Enfermera Profesional

actuando allí. Siempre se alega carencias de Enfermeras Profesionales y que las pocas que hay están trabajando en la parte operativa, éste es uno de los argumentos.

3) El Primer Nivel se crea con la iniciativa del Sistema Cooperativo Interamericano.

En la parte preventiva se creía que estaba el que no era muy bueno o como médico o como enfermera, se valoraba todo lo que era medicina, cirugía, y el médico que se dedicaba a esto era como que no se animaba a ejercer la práctica.

A las Nurse en aquel tiempo se les pagaba mejor a las que iban a hacer atención domiciliaria, eran seleccionadas, había un criterio de formación, había una dotación que daba la cobertura.

El Centro de Salud del Cerrito contaba dos áreas: había una Nurse de terreno, no existía la supervisora, era quien elaboraba el diagnóstico de salud del sector y hacía captación precoz de la embarazada.

El Programa Plan Aduana fue posterior, pero fue creado por Enfermería Profesional y después fue dejado. Enfermería veía ese espacio entre el niño que se iba a la casa desde el Pereira Rossel y luego como fue captado en la comunidad.

Cada Centro de Salud tenía una carpeta familiar o una Historia Clínica con los registros, que era la Ficha de Servicio Social y otra de Higiene Ambiental. Entre clínica y clínica, entre cada consulta médica, enfermería debía ir a visitar a la casa y se designaba de acuerdo a la edad del niño, cuanto más pequeño se debía ir más seguido y ya estaba normatizado y la Enfermera Profesional por día debía realizar cinco visitas domiciliarias. Se asignaba una camioneta para los lugares más alejados.

La planificación era tal que la Enfermera Profesional debía poner que día estaba en la clínica, que día hacía charlas educativas. Estaba el club de madres y adolescentes.

El Centro no tenía la participación de la familia, era la época en que se atendía a la madre y al padre lo rechazaban, algunos padres llegaban con los niños en brazos porque las madres comenzaban a trabajar.

En la Escuelita Maternal del INAME, se reunían las madres pero como agente pasivo, donde se les orientaba sobre lo que debían hacer, pero la situación social llevaba a la interrogante de "¿para que le voy a enseñar?" si no puede conseguir determinada leche, pero si no enseñábamos la madre no sabía.

El equipo contaba con: Asistente Social, Nutricionista, Educadora Sanitaria, Enfermeras Profesionales, Oficiales Sanitarios; en los Centros de Salud se trabajaba planificando, en equipo y no se trabajaba a demanda, esto no ocurría en la asistencia.

La Enfermera Profesional era la que abría la clínica, la que hacía el primer contacto con la madre.

En la tarjeta que se utilizaba estaba todo estructurado, se registraba el motivo de consulta y alimentación del niño, de haber problemas, se anotaba, de aquí pasaba a la clínica antropométrica, donde había Auxiliares de Enfermería, que eran pocas. Las mismas eran controladas por la Nurse que estaba todo el examen de enfermería valorando. Recién aquí pasaba al Médico, y luego volvía a la Nurse, quien realizaba educación sobre las indicaciones médicas.

Hubo influencia mundial, norteamericana, en la prevención y promoción.

La influencia francesa se dio en lo práctico - asistencial.

En el área Materno Infantil se otorgaban becas de uno a dos años en EE.UU, Chile, Puerto Rico, luego hubo capacitación aquí. En este momento la política de peso era la educación y la salud.

4) Los cambios fueron: mayor protagonismo de la población, más educación. Se crearon los Agentes Sanitarios, los Promotores de Salud, que también son modelos de EE.UU, y habían líderes naturales comunitarios, orientados a la consulta médica.

Había un equipo multi disciplinario pero centrado en el Médico, también se incluía a los Psicólogos.

Aparece el Médico de familia, viene del modelo de Israel, pero acá hay una concepción uruguaya porque allá no es un médico que trabaja solo, sino con todo un equipo técnico.

El M.S.P. contrata a un Médico de familia y le daba un dinero para que contratara a sus vez diferentes técnicos, pero como ese dinero era escaso, ocurría que no se contrataba a nadie y quedaban solos.

5) Les recomiendo hablar con: Lic. Brandy, Olivieri, Mendicta, Cienciarulo, Frabasile.

Entrevista a Enfermeras Profesionales Brandy y Mendieta - 05/10/99

1) Los Departamentos de Enfermería en los hospitales ya existían cuando se crea el Dpto. Central del M.S.P. Este se creó en el año 1965; y el de Salto por ejemplo ya funcionaba desde el año 1959.

La necesidad era la de organizarse. No había una repartición rectora de la Enfermería dentro del M.S.P. Las decisiones las tomaba cada uno desde su cargo, no existía la idea de que "una cabeza" debía tomar éstas decisiones, era totalmente desorganizado.

No existían las funciones y las normas para Enfermería, porque mucha gente se oponía a éstas funciones, o sea, gente importante dentro de Enfermería. Esta rivalidad se daba generalmente entre enfermeras pertenecientes a las dos escuelas (Dr. Carlos Nery y E.U.E).

A raíz de la creación de éstos Dptos. La O.P.S proporcionó varias becas para capacitar al personal (1966) y lograr que los Dptos. funcionaran. Este fue uno de los grandes logros.

2) Se lograron bastantes cosas a partir de la creación, por ejemplo, mejorar la calidad de atención en el interior del país. Este Dpto. Central actuaba como nexo entre los hospitales y el M.S.P. El personal tenía un lugar donde plantear sus problemas. Pero también tuvo sus contras ya que comenzaron los conflictos con la Asociación de Administradores de Hospitales, éstos entendían que les sacaba poder.

El Departamento se encargaba de acercarle al Ministro la situación problema y la posible resolución.

3) Cuando se crean los Centros de Salud se les denominaba Centro de Salud Pública Rural y se trabajaba en base a programas. Luego de creado el Programa Materno - infantil fueron surgiendo otros Centros, el primero fue el de Cerrito de la Victoria, por medio de un convenio con el Centro Cooperativo.

Existía la necesidad de descentralizar la atención y así poder captar más población.

Los programas prioritarios eran: inmunizaciones y materno - infantil.

Se trabajaba con prevención, promoción y rehabilitación de la salud, lo que se lograba mediante una buena coordinación con los Centros asistenciales. Antes la estructura del Centro era diferente; había personal dedicado y capacitado para las visitas domiciliarias: Visitadoras Sanitaristas, que era personal seleccionado. Ya en ésta época existía el Plan Aduana que comprendía de cero año hasta los seis años de vida. Se logró controlar al 90 % de las embarazadas, ya que se legalizó que el cobro de Asignaciones Familiares era posible presentando el carné de control vigente.

Otra de las grandes necesidades del momento era el gran porcentaje de enfermedades infecto - contagiosas, las cuales se podrían prevenir.

4) Con los programas de prevención y rehabilitación se consiguió disminuir los días de internación ya que la población se refería a la Policlínica desde el centro asistencial y ésta realizaba el seguimiento ambulatoriamente, a lo que se sumaban las visitas domiciliarias

donde se veía la evolución del paciente, su entorno social y familiar y haciendo prevención conjuntamente.

Se sensibilizó más a la gente ya que se les proporcionaba educación para la salud, o sea, se hacía sentir a la comunidad que había gente que se preocupaba por su salud y que podían ir a plantear sus problemas.

También disminuyeron los reingresos a centros hospitalarios ya que la Visitadora explicaba al paciente el tratamiento indicado por el médico, el cual al no ser entendido llevaba al no cumplimiento del mismo.

El M.S.P se sub- dividía en División Asistencia (hospitales) y División de Higiene (Centros de Salud).

Pero todo esto se ve influenciado de acuerdo al gobierno que existe. Para algunos Ministros es más importante el Segundo Nivel que el primero, es él quién decide en que se va a poner énfasis durante su mandato.

5) Sugerencias: Licenciadas en Enfermería Eva Suna, Porta, Selva Rodríguez y Hernández.

Entrevista a Enfermeras Profesionales Jovita Sarmiento y Cecilia Cienciarulo - 02/10/99

1) La Ley sobre la creación de los Dptos. de Enfermería fue aprobada en 1944 (Ley n° 10526), en el año 1946 se aprobada la promulgación del convenio y en el año 1957 de los Centros de Salud.

2) Se logró organización a nivel nacional y a nivel local : coordinación, unión y normatización, determinó un reconocimiento a la enfermería.

3) Surge en base de la necesidad de disminuir la tasa de morbi- mortalidad, en ese momento las principales enfermedades causantes de muerte son la difteria y tétanos. También se trabaja en base a las enfermedades de países vecinos para evitar pandemias. Se hacía mediante la visita domiciliaria, que estaba muy bien implementada y en base a programas educativos que se llevaban a cabo en los centros, en los domicilios y en actos sociales, como familias, etc. Todos con el objetivo principal la mortalidad infantil.

La captación de enfermedades en adultos muchas veces se hacía mediante el niño por entorno domiciliario.

El Centro de Salud de Treinta y Tres fue inaugurado en 1946, el de Cerrito de la Victoria en 1947, Fray Bentos en 1946, San José en 1953. Los Centros de Salud de Artigas, Salto y Rivera fueron creados en las mediaciones de 1959, luego Durazno y Tacuarembó, posteriormente Paysandú, se crearon sub- centros.

Los primeros Centros de Salud se llamaban "Departamento de Salud Pública Rural".

Para que el Primer Nivel funcionara se dieron convenios con organizaciones como: OSE, intendencias, Infectología, se llevaban a cabo tareas como la recolección de basura, levantamiento de basurales, aperturas de pozos, uso de letrinas, según la necesidad de cada grupo.

4) Uno de los datos más significativos de la atención preventiva fue la baja de la tasa de la morbi - mortalidad en los niños.

Disminuyó el número de internaciones con lo que generó disminución del gasto público.

Se logró el pleno reconocimiento de la sociedad a la enfermería.

6) Referencia: Licenciadas Nelly Olivera y Mendieta.

Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR.

O R D E N A N Z A N° 624.-

Decreto del Poder Ejecutivo N° 53.267 - Diario Oficial N° 17.263
de fecha 10 de enero de 1966 - Decreto 615/965).

Montevideo, 30 de diciembre de 1965.-

SE CREA ADSCRITO A LA DIVISION ASISTENCIA
DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EL DEPAR-
TAMENTO DE ENFERMERIA.-

ARTICULO 1°.- Créase adscrito a la División Asistencia del Ministerio de Salud Pública el Departamento de Enfermería con la finalidad de contribuir al mejoramiento del Servicio que se presta en esa disciplina.-

ARTICULO 2°.- Serán funciones principales del Departamento de Enfermería:

- a) Estudiar periódicamente la situación de enfermería en el país e interpretar las necesidades ante las autoridades pertinentes.-
- b) Definir las funciones que debe asumir Enfermería.-
- c) Elaborar y proponer normas en materia de Enfermería.-
- d) Inspeccionar, asesorar y controlar el cumplimiento de las funciones de enfermería de acuerdo a las normas establecidas.-
- e) Elaborar el Programa de Enfermería como parte del Plan Nacional de Salud.-
- f) Evaluar y revisar periódicamente el Programa de Enfermería.-
- g) Estudiar y proponer los métodos de selección y promoción del personal de enfermería del Ministerio de Salud Pública.-
- h) Obtener la participación del Departamento en la tramitación de los problemas de enfermería para llegar a la uniformidad de criterio en la solución de los mismos.-
- i) Participar en las actividades docentes de Enfermería de Ministerio.-
- j) Proponer las normas legislativas y reglamentarias que tengan relación con la enseñanza y el ejercicio de la enfermería profesional y auxiliar.-

ARTICULO 3°.- El Departamento de Enfermería iniciará sus actividades con un personal mínimo de cuatro unidades una de las cuales actuará como Encargado del Departamento y tres como adjuntos.- Oportunamente y en la medida que las necesidades lo establezcan se asignará mayor número de personal.-

ARTICULO 4°.- En la etapa inicial las actividades se centrarán en la organización y puesta en funcionamiento del Departamento y en consecuencia las funciones relativas a éstas tendrán prioridad:

- a) Definir claramente la ubicación del Departamento dentro de la División correspondiente.-