

LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD ^a

Maria Consuelo Castrillón Agudelo ^b

Silvia Orrego Sierra ^c

Liria Pérez Peláez ^d

Maria Elena Ceballos Velasquez ^e

Gloria Stella Arenas C ^f

Resumen

Se analiza la práctica de la enfermería en Colombia por medio de una investigación cualitativa que busca comprender el valor social del cuidado de enfermería. La información se obtuvo mediante entrevistas a profesionales y auxiliares que trabajaban en instituciones de salud con mayor desarrollo en el proceso de implementación de la reforma. Se expone la experiencia de enfermería desde la subjetividad de los actores entrevistados frente a lo que hacen, lo que saben, las cosas que hacen y el contexto en que trabajan. La naturaleza del estudio no permite generalizaciones, pero sí identifica tendencias de la práctica de la enfermería.

Se constató que las condiciones de trabajo son precarias: existe distanciamiento del cuidador profesional con el sujeto de atención, idealización de roles, dilemas éticos, vacíos conceptuales para precisar la esencia de su quehacer, sufrimiento psíquico y burocratización de los servicios.

Constituye un estudio de caso dentro de un trabajo multicéntrico orientado por la OPS realizado en Argentina, Colombia, Brasil, México y Estados Unidos donde se estudia, además, la regulación y la educación en enfermería.

^a Estudio realizado con apoyo de Organización Sanitaria Panamericana -OPS-, Fundación W.K. Kellogg, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Universidad de Antioquia

^b Enfermera, Magister en Educación. E-mail: concastr@epm.net.co

^c Enfermera, Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. E-mail: activa@epm.net.co

^d Enfermera, Mg. en Méd. Gca. y en Orientación y Consejería

^e Enfermera, Magister en Salud Pública. E-mail: enferdec@quimbaya.udea.edu.co

Enfermera De la IPS León XIII, Seguro Social, Seccional Antioquia.

^f Enfermera Magister en Educación

Palabras clave

*Profesión de enfermería
Práctica de enfermería
Educación en enfermería
Reforma de los sistemas de salud*

NURSING IN COLOMBIA AND THE HEALTH REFORM

Summary

A qualitative research was conducted to analyze the practice of Nursing in Colombia. It seeks to understand the social value of nursing, by means of surveys to both professionals and assistants, who work in health institutions which have developed the process of reform implementation at a large scale. The nursing experience is presented from the interviewees' subjective point of view, regarding what they do in general, what they know, and what they do within the context in which they work. The nature of the project does not allow generalizations, but it does identify trends in nursing practice.

The research project verified that the working conditions are precarious, and that there is a distance between the professional care-taker and the subject of such attention, role idealization, ethical dilemmas, conceptual emptiness when the essence of the task has to be precised, psychological suffering, and service bureaucratization.

It is a multicentric work case study guided by the PAHO, carried out in Argentina, Colombia, Brazil, Mexico, and the United States, where Nursing regulations training were also studied.

Key words

*Nursing profession
Nursing practice
Nursing education
Health system reforms*

El sector salud de la mayoría de países de América Latina atraviesa por una profunda transformación en sus principios, organización y financiamiento, transformación denominada *reforma del sector salud*. Este proceso ha incidido no sólo en la actividad laboral, sino también en la educación y en las formas de regulación de los profesionales de la salud, los efectos producidos sobre los técnicos y profesionales que laboran en el sector, especialmente enfermería, han sido insuficientemente estudiados. Por otra parte, la reorganización del sistema de enfermería y la redistribución de responsabilidades y

funciones entre profesionales y auxiliares, ha generado controversia en torno a la definición de la práctica de enfermería y a su regulación. Además, la falta de información sistematizada limita la identificación de los efectos sobre la enfermería, y la búsqueda de respuestas apropiadas que permitan reorientar las acciones para alcanzar la eficiencia y la equidad en salud.

El estudio se realizó simultáneamente en cinco países:

1. Río Cuarto, Córdoba, Argentina
2. Harris County, Texas, Estados Unidos
3. Ribeirao Preto, São Pablo, Brasil
4. Chalko, México D.F. y Monterrey, Nuevo León, México
5. Rionegro, Antioquia y Medellín, Colombia

Los países y localidades fueron seleccionados por presentar procesos avanzados de reforma del sector salud; se encuentran grandes metrópolis, ciudades pequeñas; centros industriales y agrícolas; y localidades de distinta composición étnica.

El trabajo se llevó a cabo de acuerdo con un protocolo común, acordado por los equipos de investigación de cada país participante reunidos en Galveston, Texas, en abril de 1997; sin embargo, cada estudio nacional constituye por sí mismo, una investigación independiente. El acuerdo alcanzado sobre la utilización de variables, indicadores y fuentes de información comunes, permitió el análisis comparativo entre países e inferir tendencias para la región.

El estudio fue coordinado por el Centro Colaborador de la OMS de la Escuela de Enfermería en Galveston, Texas, con la colaboración de la Oficina de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. Ambas instituciones asumieron la tarea de apoyar técnicamente a los equipos nacionales hasta la publicación de sus estudios, y de compilar y analizar los datos nacionales para la conformación del estudio multicéntrico. En este artículo se presenta un resumen del marco general del estudio y los resultados que hacen referencia a las entrevistas realizadas a profesionales de enfermería, de acuerdo con los objetivos cuatro y seis que se enuncian más adelante.

El contexto del estudio

La reforma del sector salud y los cambios en enfermería se desencadenaron por factores comunes en la mayoría de países. Se destacan dentro de éstos: los sociodemográficos, técnicos, económicos, éticos, políticos, legales, ambientales y aquellos relacionados con el perfil epidemiológico de la población.

Demográficos

La mayor parte de los países incluidos en el estudio, atraviesan por una transformación acelerada del perfil demográfico, que tiende a una estructura similar a la que presentan

los países considerados desarrollados. En los próximos años, América Latina contará con un contingente amplio de población en edad productiva y reproductiva, es decir 15 a 45 años. Los cambios demográficos también se reflejan en el envejecimiento de la población y en el aumento de la demanda de servicios de salud para atender enfermedades crónicas y degenerativas.

A estas transformaciones demográficas deben agregarse aquellas derivadas de las migraciones dentro de los países y a través de fronteras, hecho que junto a la fluidez de las comunicaciones, ha condicionado cambios en los estilos de vida de distintas sociedades, que tienden a ser más compartidos, valga decir, globalizados.

Socioculturales

La globalización del estilo de vida y las rápidas comunicaciones son características comunes en los países participantes. Estos cambios afectan las formas de producción, y la estructura y papel de la familia. Sumado a esto, se observa un incremento en la violencia de todo tipo, aumento del embarazo en adolescentes, delincuencia juvenil y farmacodependencia. Las tendencias predominantes son al individualismo, a la competencia y al aislamiento, la pérdida del sentido de solidaridad, y el resurgimiento de fuertes inclinaciones místicas y religiosas.

Técnicos

La evolución tecnológica ha impuesto retos adicionales al sector salud. La disponibilidad de tecnología de punta induce la demanda en el sector público y privado con la consecuente alza de los costos de la atención. La sistematización de la información impone retos a la capacitación del personal y a la incorporación y renovación tecnológica en los servicios de salud.

El uso de la biotecnología, la importancia que la genética ha adquirido y el uso de la concepción asistida, son algunos ejemplos de la aplicación de la tecnología en la salud actualmente; así como también el uso de las telecomunicaciones en el diagnóstico, tratamiento y educación en salud.

Económicos

Las transformaciones económicas recientes de los países de América Latina están influidas por la política neoliberal que ha asignado nuevos roles a los actores públicos y privados. Progresivamente, al Estado se le asigna un papel más importante en la rectoría y regulación de las instituciones, pero bastante más modesto en la provisión de los servicios públicos, lo cual ha causado, junto a la crisis económica del decenio pasado, una restricción de los recursos financieros dedicados al sector público con la consecuente precarización de las condiciones de empleo.

La política neoliberal favorece la concentración del ingreso en los distintos países. El número de familias que viven por debajo de la línea de pobreza ha aumentado, y con patologías propias de estos grupos.

Finalmente, todos los países incluidos en el estudio, pero de manera particular México, han sido afectados por la globalización de la economía. Esto implica, no solamente el paso de fábricas y operarios a través de las fronteras, sino también el incremento del mercado internacional de bienes y servicios de salud, y la migración de proveedores y pacientes de un país a otro.

Políticos

El decenio de los noventa trajo consigo la virtual desaparición de los regímenes dictatoriales en la mayor parte de los países de América Latina. Hecho que ha promovido una mayor participación ciudadana en las decisiones públicas, y excede la participación formal y esporádica en las elecciones de las autoridades de los poderes del Estado. Se observa una tendencia a la disminución del poder político y al incremento del poder económico. Existe también un grupo cada vez mayor de dirigentes políticos menos informados de los problemas de salud de la población que representan.

Por otra parte, las decisiones políticas, cada vez más, están condicionadas por factores económicos. El sector salud no cuenta, casi siempre, con las herramientas para negociar sobre estas bases con las autoridades que asignan los recursos financieros.

Legales

Los referidos factores económicos y políticos han traído consigo modificaciones en el marco legal nacional e internacional. En varios de los países seleccionados para el presente estudio, se ha modificado la normativa que regula la prestación de los servicios de salud. Además, la descentralización de la administración pública ha demandado la modificación del marco legal, para respaldar, dentro de otras cosas, la selección, capacitación, promoción y remoción descentralizada del personal. La apertura de los mercados nacionales a economías globalizadas tiene como consecuencia la elaboración de legislación a escala internacional, que regule el paso de usuarios de servicios de salud, y de bienes y servicios, de un país a otro.

Ambientales

Una de las amenazas más serias a la salud de la población, la constituye el deterioro ambiental producto del uso desmesurado e irracional de los recursos naturales. La contaminación ambiental es causa directa de daños a la salud, y el uso no planificado de recursos como la tierra ha disminuido los medios de subsistencia de los grupos sociales más pobres.

Epidemiológicos

Uno de los factores más influyentes en el origen del movimiento de transformación de los servicios de salud es el rápido cambio en el perfil epidemiológico de los países de América Latina. En la mayoría de países incluidos en el presente estudio, las enfermedades infectocontagiosas coexisten con las crónicas y degenerativas como principal causa de enfermedad y muerte; además de las derivadas de la violencia, que en el caso de Colombia ocupa el primer lugar entre de las causas de mortalidad. Han resurgido viejas endemias - cólera, tuberculosis, malaria - y enfermedades nuevas por inmunodeficiencias. Por otra parte, el problema de salud mental es dramático - constituye el 8,1% de la enfermedad en el mundo -, el 34% corresponde a problemas derivados del comportamiento humano: alcoholismo, farmacodependencia, violencia y enfermedades de transmisión sexual¹. Esta compleja situación epidemiológica demanda abordajes distintos en las áreas curativas, promocionales y de formación.

El sistema de salud

El sistema de salud incluye: 1) los individuos, grupos, e instituciones que de una u otra forma contribuyen a la salud de la comunidad, 2) los servicios de salud y 3) los sectores sociales, especialmente los relacionados con la salud como la agricultura, la educación y las comunicaciones, entre otros. Otro componente importante del sistema de salud es el conocimiento y creencias acerca del proceso salud-enfermedad de los individuos, el cual facilita o limita la interacción del individuo con el sistema de salud. Al mismo tiempo, todo sistema es afectado por los cambios en otros sistemas o sectores; por ejemplo, los cambios demográficos, sociales, tecnológicos, económicos, políticos, legales, éticos, y ambientales - factores externos - no sólo cambian el perfil epidemiológico de la población, sino la disponibilidad del recurso.

Derivado de los factores antes mencionados, se ha desencadenado una profunda transformación de los sistemas de salud, los cuales demandan la reestructuración y la redistribución del recurso humano, con el objeto de ampliar coberturas y disminuir costos en la atención de salud. Es decir, los cambios en la estructura y financiación de los sistemas de salud ocasionan cambios en la estructura y distribución del personal.

La reforma del sector salud

En un grado menor o mayor, los países están implementando la *reforma de salud*, que se basa en los siguientes componentes:

1. La limitación de la prestación de servicios de salud por parte del Estado, y el reforzamiento, en contrapartida, de su papel regulatorio.
2. La introducción de mecanismos de mercado en la asignación y gestión de los recursos públicos.
3. Dirección del financiamiento del Estado a los bienes públicos, lo cual deja al mercado los bienes privados.

4. La priorización de las intervenciones con base en costo y efectividad.
5. La focalización de los recursos públicos con base en su costo y efectividad.
6. La descentralización administrativa y financiera de las instituciones públicas.

Definición del problema

En los cinco países se han implementado cambios en las políticas de salud como la aplicación del enfoque de mercado y de análisis de costo-beneficio a los servicios de salud. Se observa además, la disminución del papel del Estado como proveedor y el incremento de su papel regulador en la atención de salud. Las instituciones de salud han sufrido alteraciones en su estructura administrativa y financiera para responder al cambio del sistema, y pasar de proveedoras a vendedoras de servicios.

La transformación de los sistemas de servicios de salud incluye la reestructuración y redistribución del recurso de enfermería, con el objeto de disminuir costos de la atención en salud. Los cambios en la estructura y financiación de los sistemas de salud y de enfermería han llevado a cambios en el papel y función del profesional de enfermería, que incluyen el aumento o la disminución de espacios para su práctica, y cambios en la oferta, proceso y condiciones de trabajo para enfermería. Estos cambios se basan en la aplicación de análisis de tareas, búsqueda de alternativas para mejorar la productividad y la calidad de la atención, y la definición de productos terminales del cuidado de enfermería; además, en el establecimiento de mecanismos de regulación y control tanto de la práctica como de la formación.

Objetivo

Objetivo General

Analizar los cambios observados en la práctica, regulación y educación en enfermería enmarcados en el contexto sociodemográfico, económico, epidemiológico y del proceso de reforma del sector salud en los cinco países de la región.

Objetivos Específicos

1. Describir el contexto donde se desarrolla la reforma del sector salud, mediante la aplicación del instrumento de evaluación externa denominado STEEPLE - sigla en inglés que recoge las iniciales de las dimensiones del contexto analizadas.
2. Describir el avance en la implementación de los cinco componentes básicos de la reforma de salud: descentralización, autogestión, focalización, canasta básica y cambio de la mezcla público-privada.
3. Caracterizar las instituciones de salud de las áreas geográficas estudiadas, mediante la descripción de los sistemas de salud y de enfermería, y su disponibilidad de recursos

monetarios, humanos, materiales, equipos y facilidades locativas mediante el instrumento denominado MMMFE - sigla en inglés que reúne las iniciales de las variables institucionales estudiadas.

4. Caracterizar las funciones y responsabilidades de la enfermería mediante la identificación de las condiciones, perfil de trabajo y la estructura administrativa.
5. Identificar los mecanismos e instrumentos que regulan la práctica y la formación en enfermería.
6. Describir el valor social de la enfermería, a partir de lo expresado por el personal entrevistado.
7. Identificar los cambios en los niveles de formación del personal de enfermería.
8. Analizar, comparativamente las diferencias y similitudes en los procesos de reforma del sector salud y su influencia sobre la enfermería.

Metodología

El estudio en general es de carácter exploratorio y descriptivo y utiliza métodos de investigación documental. Para los objetivos cuarto y sexto, se realizó un estudio cualitativo; los datos se obtuvieron por medio de revisión de archivos, literatura gris producida por las instituciones, informes de investigaciones, boletines de organismos nacionales e internacionales y artículos de prensa. La población objeto fueron profesionales y auxiliares de enfermería. Se hizo entrevista semiestructurada aplicada a una muestra intencional definida por los investigadores. En el caso de Colombia, se realizaron 23 entrevistas, 10 a profesionales de enfermería y 13 a personal auxiliar. Las entrevistas se procesaron mediante un programa para análisis de texto - Etnograph - y se analizaron siguiendo el método etnográfico.

Para el logro de los objetivos uno y tres fueron diseñados, por la doctora Phyllips Goins de la Universidad de Texas, dos instrumentos: El STEEPLE, para contextualizar el país y la localidad en aspectos sociodemográficos, de tecnología, económicos, epidemiológico, políticos, legales y éticos; y el MMMFE para caracterizar las instituciones estudiadas en cuanto a: financiación, presupuesto, inversiones, recursos humanos y materiales, planta física, organización, sistemas de apoyo y comunicaciones. Con dichos instrumentos se desarrolla una metodología de interacción dinámica para el análisis.

La orientación teórica se basó en las propuestas de la sociología de las profesiones, específicamente los postulados de Eliot Fredson; en los aportes sobre la teoría de la regulación planteados por Moran y Wood, y los análisis de la socióloga María Helena Machado y el doctor Gustavo Nigenda.

Dada la extensión del trabajo frente a las normas de presentación de artículos para una publicación, solamente se refieren aquí los resultados de las entrevistas a profesionales de enfermería que se relacionan con los objetivos específicos cuatro y seis del proyecto.

Análisis de las entrevistas

Actividades del personal de enfermería

Los profesionales de enfermería se refieren a las funciones administrativas y asistenciales. La función docente no se expresa con una presencia importante, y frente a la investigativa, la consideran importante pero observan que no es posible de realizar por la sobrecarga laboral en los ámbitos clínico y comunitario en todos los niveles de atención. *La función administrativa* es descrita como una generalidad y se perfila como el epicentro del accionar del profesional de enfermería, por la forma como se refieren a este aspecto y porque al preguntarles por lo que no delegarían, lo administrativo está presente en todas las respuestas. Sin embargo, en la función administrativa refieren un sinnúmero de tareas que no siempre se relacionan con su perfil profesional y que tipifican el trabajo como una actividad burocrática. Tales tareas corresponden al diligenciamiento de formularios, censos, cuadros de turnos y facturaciones; trámites para dotación, suministro y mantenimiento; y llamadas telefónicas que buscan hacer funcionar servicios de apoyo como farmacia, lavandería, transporte, laboratorio e interconsultas. Ilustran lo anterior las siguientes respuestas:

"a la parte administrativa sí le dedicamos mucho tiempo y desgraciadamente mucho tiempo de nuestra casa, como por ejemplo en la elaboración de cuadros de turnos y la planeación de las actividades de las auxiliares, que es un tiempo de la casa que desgraciadamente no debía ser así"

"a veces hacemos tantas cosas que podríamos perder el perfil de la enfermera en el campo, pero básicamente esto es dado por los pocos recursos que se asignan o porque no justifican realmente otros cargos, nosotros hemos solicitado que tengamos una secretaria, pero eso no ha podido ser"

En el campo administrativo se describen actividades de planeación de la atención de enfermería y de la distribución del trabajo del personal auxiliar: en la delegación de actividades asistenciales de cuidado directo. Muy pobre es la referencia a la educación en servicio del personal de enfermería, al igual que a la evaluación del desempeño, y la supervisión y evaluación de los cuidados. En términos generales, la función administrativa se privilegia; se manifiesta que representa sobrecarga de trabajo por las tareas que deben realizar, que no son de su competencia, pero a la vez se muestran expresiones del gusto por ser jefes, tener el control del trabajo y ejercer un poder administrativo sobre otros; como lo muestran estas respuestas:

"de la parte administrativa que es mi favorita, toda la vida para mí ha sido la parte administrativa mi favorita. Puedo planear el recurso humano, planear las actividades que yo puedo realizar, que yo puedo hacer y puedo delegar, puedo hacer un control, una vigilancia"

"es la enfermera la que tiene la visión amplia del personal y la que por su experiencia y su contacto directo con el paciente puede liderar esas acciones"

En actividades asistenciales se refieren a la ronda, la planeación del cuidado y, en servicios especializados del segundo y tercer nivel de atención como cardiología, consulta externa y obstetricia, procedimientos diagnósticos y de tratamientos especiales o de riesgo. Se refieren a generalidades de lo asistencial sin concretar las actividades de cuidado directo, como las relacionadas con la comodidad del enfermo, el apoyo emocional, y la salud mental del paciente y su familia. Estas actividades emergen cuando los profesionales se refieren a las actividades que definen su quehacer y cuando se refieren a las actividades que delegan, que son justamente las asistenciales. por ejemplo estas respuestas:

"delegaría[...] algunas actividades asistenciales como glucometrías, toma de electrocardiogramas y curaciones de baja complejidad"

"delegaría procedimientos sencillos, por ejemplo hacer el glucomiter a un paciente, aplicar insulina y las nebulizaciones"

Las actividades administrativas concentran el tiempo de los profesionales, por ello el contacto real con los pacientes es esporádico:

"el contacto con el paciente es muy poco, en la ronda sí lo evalúo, pero la información inicial es muy poca para empezar a realizar un trabajo adecuado"

"muchos procedimientos de cuidado directo se deben delegar por el volumen de trabajo, entre ellos terapia respiratoria que es parte de mi especialidad, no lo he podido realizar por el problema de falta de personal"

Las enfermeras comunitarias describen como actividades asistenciales las de vacunación, visitas domiciliarias y la vigilancia epidemiológica.

Para las enfermeras clínicas la función docente es marginal, se hace poca alusión a la educación dirigida al personal, al paciente y a la familia. Por el contrario, esta función tiene especial relevancia para las enfermeras comunitarias, en esto relatan la asesoría a los promotores de salud y el trabajo en campañas educativas de salud que realizan en forma masiva o dirigida a grupos específicos.

La investigación se considera importante pero imposible de realizar en cargos clínicos y de trabajo con comunidades:

"lo máximo de investigación es estructurando protocolos de manejo de enfermería"

"la parte de investigación es muy importante[...]hay deficiencias críticas que estudiándolas podrían orientar el plan de acción institucional"

Al confrontar a los profesionales con las actividades que no están realizando y deberían hacer, las enfermeras asistenciales resaltan la investigación. En lo referente al cuidado: los cambios de frascos de drenaje, las curaciones complejas, el ingreso de pacientes, procedimientos especiales como nebulizaciones, y educación al personal y a la familia del paciente. En lo administrativo: la gerencia estratégica del servicio. Las enfermeras comunitarias se refieren a la investigación y la educación a la comunidad.

Los profesionales de enfermería, consideran que no deberían ser telefonistas, tramitadoras de exámenes y de transporte, ni ocuparse en asuntos referentes a mantenimiento de equipos, reservas de ropa y de suministros, hacer pedidos, elaborar censos, llevar controles en cuadernos tales como inventarios y censos, ni hacer trámites con la farmacia.

Estos hallazgos son consistentes con otras investigaciones realizadas en el país y que tienen relación con las funciones y actividades del personal de enfermería, los cuales en síntesis demuestran como los profesionales de enfermería deben hacer constantemente ajustes en sus roles para resolver necesidades institucionales. Por ejemplo en la investigación "calidad de la atención de enfermería en salas de trabajo de parto"² realizada antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993, en instituciones del segundo y tercer nivel de atención del departamento de Antioquia, se reportó que sólo un 28% de las enfermeras realizaban la admisión de las gestantes en las salas de trabajo de parto, y en el 92% no se encontraron protocolos o modelos de intervención de enfermería.

Las enfermeras reconocieron que los problemas psicológicos sólo se atendían cuando eran manifiestos, pero no realizaban indagación sistemática ni observación para detectarlos. El 40% de los auxiliares de enfermería realizaban control de trabajo de parto en áreas de alto riesgo obstétrico por carencia de planta de personal profesional suficiente y no se llevaban controles de las reacciones adversas de fármacos obstétricos. Es de anotar que entre las razones que llevaron a la realización del estudio están las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal: En Antioquia [...] las complicaciones del embarazo y del parto y las anomalías en la dinámica del trabajo de parto ocuparon las primeras cinco causas en la estructura de la mortalidad materna en el decenio de los ochenta. Y en la estructura de la mortalidad infantil, las afecciones anóxicas e hipóxicas del feto o del recién nacido y las del período perinatal ocuparon el primer lugar"³. Este estudio recomendó, entre otros: asignar a personal administrativo las actividades relacionadas con dotación y mantenimiento de equipos y materiales en estas salas, para liberar a los profesionales de enfermería de asuntos que no son de su competencia y crear así las condiciones adecuadas para la prestación de cuidados de salud de alta calidad y dotar los servicios con el recurso humano necesario².

En el estudio sobre "atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones de segundo nivel de atención en salud"⁵ se encontró escasez de personal

profesional y auxiliar de enfermería y se concluye que:

Debido a las múltiples actividades administrativas que realiza el profesional de enfermería, el cuidado del paciente en las dos instituciones lo brinda el auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional⁵.

En el año 1995, el Ministerio de salud de Colombia, dado su interés de implementar y aplicar la *reforma de la seguridad social* en el sector Salud, contrató la asesoría y cooperación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, iniciando un proyecto que incluyó, entre otros componentes, el del recurso humano. Se utilizó como metodología el análisis funcional de tareas - Método del Análisis de las Funciones del Trabajo: AFT -, en la cual la tarea se constituye en la unidad de análisis, correspondiendo ésta a la unidad mínima del trabajo desempeñada por un trabajador.⁶

La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y evaluativa y respondió a dos objetivos fundamentales. El primero, identificar las tareas que en el ejercicio de su cargo desempeñan actualmente el profesional y el auxiliar de enfermería en asistencia, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de primero, segundo y tercer nivel de atención, de las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali, Medellín y Villavicencio. El segundo, proponer una reasignación de tareas y desde allí una descripción más precisa de cada uno de estos cargos, con miras a optimizar la utilización de este recurso de salud en Colombia.

El primer objetivo se logró mediante la aplicación de una encuesta que indagó por la frecuencia (diaria, semanal, mensual, anual o nunca), con que era realizada cada una de las 434 tareas previamente seleccionadas y agrupadas en cuatro funciones: *administración de recurso humano*, *gestión organizacional*, *oferta de servicios* - referida al cuidado del paciente y al control de la calidad del cuidado - y *apoyo logístico* - en preparación de ayudas y materiales necesarios para la prestación del servicio -.

Entre los hallazgos principales de dicho estudio se destaca que: es alto el grado de sobreposición de tareas entre profesionales y auxiliares de enfermería, en los tres niveles de atención. De las cuatro funciones analizadas se encontró que dos, *gestión organizacional* y *administración del recurso humano*, son ejecutadas en mayor porcentaje por el grupo profesional.

Por otra parte, el análisis de resultados desde las funciones hizo evidente que:

1. La función *administración de recurso humano* fue la más claramente asumida por el profesional.
2. Aunque cuando en las funciones *oferta de servicios* y *apoyo logístico* se encontró un mayor porcentaje de ejecución por parte del recurso auxiliar, los resultados también mostraron la mayor sobreposición; situación que permite recomendar un análisis cuidadoso de las tareas y del perfil de formación, para reasignarlas al recurso que garantice su ejecución con calidad y eficiencia.

3. La función gestión organizacional, aunque con mayores porcentajes de ejecución por parte del recurso profesional, fue la que tuvo los más bajos reportes por parte de ambos grupos.

Algunas de las conclusiones fueron:

1. No existe distribución equitativa de médicos y enfermeras en el país.
2. Existe distribución inadecuada del recurso de enfermería entre el sector privado y público.
3. La remuneración por la carencia de sistemas de evaluación es solo inflacionaria.
4. Las enfermeras informan que desempeñan 71% más tareas de las que les reconocen sus supervisores.
5. La supervisión es remota o intermitente y depende más de la revisión de registros que de la observación directa del desempeño.
6. Los estándares de desempeño son vagos y subjetivos.
7. Los supervisores no reciben capacitación especializada para desempeñar su función.

En síntesis los estudios realizados en el país muestran que hay escasez de personal, indefinición de funciones en algunos casos y superposición en otros, e inadecuada utilización del personal profesional en tareas que son competencia de la administración general de las instituciones. El personal auxiliar se identifica claramente con actividades referidas al cuidado directo de enfermería y el personal profesional con la administración de los servicios de enfermería. Quienes manifiestan mayor disposición al cuidado asistencial se ven presionadas por las responsabilidades que les imponen los modelos organizacionales de las instituciones de salud.

La calidad de la atención, que es uno de los principios de la reforma en salud, está en riesgo de no lograrse si no se realizan cambios, especialmente en los modelos de cuidado y en la calidad del prestador de dicho servicio. Para que el cuidado sea de calidad y bajo riesgo debe ser continuo, integrado y comprensivo. Continuo se refiere a que el enfermo debe tener un seguimiento por el mismo personal - profesional y auxiliar - por lo menos en los mismos turnos y no sufrir cambios permanentes que le generan inseguridad. Integrado porque incorpora las complejidades biopsicosociales de las personas y considera las necesidades en su mundo único, lo cual exige un profesional con conocimiento de la dimensión de lo humano. Comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando.

La necesidad de desarrollar al personal de enfermería es mayor a medida que se desarrollan los sistemas de salud, porque los desarrollos tecnológicos podrán agilizar los procesos diagnósticos y terapéuticos, pero no podrán suplir el cuidado humano y el cuidado de enfermería

¿Cómo definen enfermería para el público?

Los profesionales se refieren a una persona con formación para dar atención asistencial, liderar el equipo de enfermería y con una serie de características como la vocación, el amor y la entrega. Como ejemplo se presentan las siguientes entrevistas:

"persona que tiene sus funciones muy definidas. Que le brinda toda la atención al paciente y a su familia. Persona que tiene su vocación. Hace su trabajo con amor, con entrega en el trabajo y en la casa"

"es disciplina, es profesión, es tener vocación"

En general, se presenta mucha dificultad para articular una definición de enfermería, así lo expresaron los entrevistados. Las actividades, las tecnologías y las cualidades no pueden ser la base de una definición de enfermería. La confusión es conceptual y no de comunicación, y radica en que el personal de enfermería, en especial los profesionales, construyeron su rol como sumatoria de actividades, de tareas y funciones sin referentes teóricos ni filosóficos que permitiera trascender al dominio conceptual.

Uno de los problemas que enfrenta la enfermería como profesión es que aún no se puede articular con claridad la definición de cuidado, que algunos califican como una ciencia y un arte y que es una profesión. Enfermería profesional es mucho más que una lista de actividades efectuada por los profesionales. Esta imagen de enfermería es incompleta y no contribuye a clarificar el verdadero sentido de la profesión. Se observa una proyección de la idealización de roles y características de lo femenino en las ideas expresadas por los entrevistados, pues no se encontraron diferencias en la calidad de las definiciones entre hombres y mujeres. Tales representaciones han sido construidas y mantenidas históricamente hasta adquirir el valor de norma social. Resulta evidente que la división sexual del trabajo que impera en el hogar sigue reproduciéndose fielmente en las instituciones de salud.

La femineidad, lo femenino, son modos de ser, estar, tener y hacer, formas de representación, ethos en el mundo construidos al interior de una lógica patriarcal. La identidad tanto femenina como masculina, se construye en el juego de las relaciones sociales, en el ir y venir de las representaciones simbólicas y de los imaginarios colectivos que hablan del ser mujer y del ser hombre. Las significaciones sociales, por supuesto, se traducen en materialidades, tales como conductas, prácticas, concepciones, expectativas, ceñidas a los cuerpos masculinos o femeninos de los sujetos sociales.⁷

El desafío ahora es el de trascender el rol de víctima, de minusvalía y alienación que subyace a las nociones descritas, y que el valor del cuidado trascienda el ámbito de lo privado para constituirse en principio organizativo de lo público, lo cual implica que la sociedad se organice en torno a los intereses de lo humano y no a los del mercado y la competencia que son los intereses supremos de los sistemas de salud actuales.

La participación y la autonomía en la toma de decisiones

Los profesionales de enfermería manifiestan su interés en participar en la definición de los lineamientos generales para las políticas de salud y en hacer propuestas desde el conocimiento y la experiencia que tienen en la adaptación de las políticas a las necesidades de las comunidades. El profesional de enfermería también se interesa en la gerencia, la capacitación del talento humano, los procesos de suministros y las acciones nuevas que se piense implementar. Tanto profesionales como auxiliares de enfermería consideran que todas las decisiones referentes a enfermería deben ser tomadas por ellos, por ejemplo la definición de normas y protocolos. Consideran que deben participar en los diferentes comités institucionales, en los comités académicos de las instituciones formadoras y en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Algunos consideran que están participando efectivamente, pero lo que sobresaíe es la marginalidad del personal de enfermería en la toma de decisiones y en la definición de políticas.

A pesar de que el personal de enfermería constituye un grupo básico en las instituciones de salud, tienen escasa participación en la vida de la empresa, es el grupo más silencioso socialmente y de menor incidencia en las decisiones políticas, de gestión y económicas. Esto conlleva a insatisfacción en su situación como empleados y como profesionales, parcela el campo de trabajo y dificulta el actuar en equipo; además, obstaculiza la innovación en una empresa de servicios porque los cambios necesitan el compromiso del personal con los objetivos de la institución.

Cambios observados en las instituciones a partir de la reforma al sistema general de seguridad social

Se refieren a muchos cambios que caracterizan condiciones imposibles o muy difíciles para un desempeño profesional de calidad; como al aumento de la carga laboral por concentración de pacientes, consecuencia de la ampliación de cobertura. Donde se amplió la planta física, todos coinciden en que continuó insuficiente, porque la ocupación de camas es superior a la capacidad instalada. Se deterioraron las condiciones de trabajo y la calidad de la atención. Cambió el perfil de los usuarios y con esto se diversificaron las enfermedades, y la tecnología en medios de diagnóstico y tratamiento, sin programas de educación permanente ni entrenamiento en servicio, lo cual generó angustia, estrés, inseguridad y muchos miedos en el personal de enfermería.

Aumentaron las formas de contratación civil con pérdida de derechos laborales, inestabilidad y deterioro en la seguridad social. En algunos lugares se ha hecho recorte de personal. Se generó una gran movilidad de personal de unos niveles a otros y del ámbito comunitario - centros de salud - al clínico.

Se introdujeron conceptos como los de costos y la facturación, y la idea de competir con otras instituciones; se burocratizó el sistema de salud y los modelos de atención y se introdujeron las prácticas de manipulación política en las formas de afiliación al sistema. La descentralización sin presupuesto generó serios problemas financieros en las

instituciones, muchas de las cuales quebraron o se encuentran a punto de ser intervenidas o cerradas. Los encuestados consideran que la reglamentación de la ley 100 ha sido anárquica, con exceso de disposiciones y contradicciones. La Ley exige la puesta en marcha de sistemas de control de calidad, para ese fin se ha establecido una organización más burocrática que operativa y por ello no se ha logrado el impacto deseado.

En estas condiciones, se realiza un trabajo a la defensiva por temor al paciente que es un cliente más exigente y dispuesto a demandar legalmente. Cambió el modelo de administración en la institución, los hospitales del sistema anterior pasaron a ser Empresas Sociales del Estado con serios problemas para autofinanciarse y que disminuyeron las actividades de promoción y de prevención. Se asigna una responsabilidad muy directa al Municipio en asuntos referidos a la salud pública.

Influencia de la reforma en la práctica de enfermería

La reforma general a la seguridad social en salud en Colombia, fue identificada como responsable de los cambios en la práctica de la enfermería que se manifiestan en: insatisfacción del personal con la institución, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento en la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración. Además, la responsabilidad civil se ha hecho más evidente con la reforma:

"me encuentro sometida al temor de la responsabilidad civil. Anteriormente uno hacía o tomaba una decisión al hacer un procedimiento a conciencia de que lo estaba haciendo en beneficio del paciente, pero actualmente uno tiene que medirse en hacer el procedimiento porque eso le puede generar una demanda [...] La responsabilidad siempre ha existido pero nunca se había demarcado tanto como hoy, cómo es posible que a usted la demanden porque no tiene una habitación con baño privado y el paciente y la familia exigen que él tiene derecho a su privacidad, que eso es cierto y todos lo conocemos pero la infraestructura de nuestras instituciones no permite ofrecer este servicio a todos [...]. Otra cosa que tensiona mucho son los comités disciplinarios. Todos estos factores limitan para el desarrollo de las acciones."

El contexto de la violencia en Colombia y sus efectos sobre la práctica de la enfermería

Los riesgos para la integridad personal producto de las diversas formas de violencia y la amenaza por demandas, producen estrés, angustia e inseguridad en el personal de salud:

"lo que nos da un poco de temor son los pacientes de la violencia, los sicarios y los heridos de los atentados que llegan aquí y no sabemos si vienen con policía, con guardianes o con fiscalía. Entonces uno siente qué voy a hacer aquí?, no en cuanto a la atención de enfermería sino en cuanto al manejo de este tipo de pacientes [de la situación], con la familia, la policía [...], son muy agresivos, el paciente está temeroso y los otros también

cuando están en piezas colectivas. Uno no sabe cómo actuar, le faltan herramientas, el paciente dice no me deje solo con este señor, yo tengo miedo de que me hagan algo [...], entonces uno que hace?".

Por estas situaciones, además del aumento abrupto de cobertura sin ajustes en infraestructura, en recursos ni en capacitación del personal, señalan que se ha generado un escaso contacto con el paciente, el usuario está insatisfecho y se ha disminuido la calidad en la atención.

El exceso de trámites para el usuario y el personal de enfermería

El pensamiento financiero y la racionalización del gasto son los ordenadores de toda la actividad en los servicios de salud. El gran número de trámites al cual son sometidos los usuarios y el volumen de papeles que se deben diligenciar, burocratizó el sistema y el modelo de atención:

"no nos preparamos para los cambios y la Ley nos dejó un gran vacío. Hemos visto exceso de trabajo, se ha disminuido la calidad del servicio, no se tienen determinadas las funciones, hay falta de direccionalidad en los procesos, exceso de tramitología"

Las EPS, según las personas entrevistadas, compiten por cantidad y no por calidad, el afán es el de afiliar cada día a más personas y a la vez contener las plantas de personal.

Reingeniería en las instituciones de salud

La reingeniería a la que fueron sometidos los hospitales, que llevó a trasladar personal de unos niveles de atención a otros, y en especial del ámbito de trabajo comunitario a las Empresas Sociales del Estado, generó cambios de contratación, de empleador y de perfil laboral en el personal de enfermería. Los grupos de trabajo comunitario, y de programas de prevención y de promoción de la salud desaparecieron, lo cual dificultará el cumplimiento de las metas de salud pública:

"al implementar la Ley 100 hicimos un divorcio con los equipos comunitarios y el hospital local que era de primer nivel de atención, lo que llevó a una desarticulación en la coordinación de las actividades de salud que realizábamos en las comunidades.[...] Tuvimos que implementar la facturación para las actividades comunitarias con el fin de conseguir recursos"

Consideraciones finales

Los resultados del estudio pueden considerarse como tendencias, dada la heterogeneidad del país y la diversidad en el desarrollo y organización de las instituciones

de salud. Los referentes de la IPS León XIII y la localidad de Rionegro constituyen lugares con mejores condiciones para el trabajo y para la atención. Colombia cuenta con hospitales que carecen de la mínima dotación, donde se deben salarios al personal y las cuentas por pago a los acreedores son altas.

Los principales cambios para enfermería se observan en el mercado de trabajo, donde surgen nuevos escenarios laborales, nuevas formas de contratación y pago de servicios, diferentes formas de gestión del cuidado de enfermería, migración laboral y dilemas éticos.

Nuevos escenarios

Para el ejercicio profesional la creación de Empresas Promotoras de Salud encargadas de la afiliación al sistema de salud y de asegurar la prestación de los servicios que contempla el Plan Obligatorio de Salud, ha abierto un campo de inserción laboral para profesionales de enfermería con funciones encaminadas al mercadeo y diseños de portafolios de servicios, procesos evaluativos de la calidad, acreditación de IPS y programas especiales. Este nuevo escenario exige un profesional especializado en áreas de gerencia, gestión y administración de programas de salud y proyectos de desarrollo social, mercadeo y acreditación.

La responsabilidad del Plan de Atención Básica asignada a los municipios genera un nuevo escenario de trabajo para profesionales de enfermería en el ámbito de los servicios locales de salud, con proyección intersectorial para la orientación, planeación, diseño y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Dicho escenario requiere profesionales de enfermería con formación en salud pública, conocimientos fundamentales de las relaciones salud-sociedad, ambiente y salud, participación ciudadana, gestión municipal, diseño, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo social.

Reordenamiento de los modelos de atención

Hoy es necesario trabajar en equipos o grupos con base en la protocolización del cuidado y de guías de intervención que garanticen continuidad y calidad. Es indispensable capacitar el mínimo de profesionales según áreas y niveles de complejidad del cuidado, y mayor participación en los ámbitos de decisión de políticas institucionales en dotación de recursos, inversión y servicios. Los departamentos de enfermería tienden a desaparecer y se exigen nuevas formas organizativas de enfermería en el ámbito institucional, que mantengan la autonomía del grupo pero permitan la participación interdisciplinaria en formas matriciales.

Nuevos escenarios

Se abren nuevos escenarios para el ejercicio liberal de la profesión en cuidados domiciliarios y paliativos, y en el trabajo por proyectos de promoción y prevención que

pueden ofrecer a los servicios locales de salud, a las Empresas Sociales del Estado y a las EPS. Esto se debe no sólo a la reforma del sistema, sino también a los cambios demográficos y epidemiológicos.

Migración

Se observa una migración de los ámbitos comunitarios a los clínicos con una preocupante desprotección de programas especiales que, de alguna manera, funcionaban en el sistema de salud anterior, por ejemplo los programas de prevención y control de la malaria, la tuberculosis, la hipertensión y las enfermedades de transmisión sexual. Se presenta, además, alta migración de profesionales jóvenes entre instituciones según las convocatorias y los salarios que se ofrecen. En este aspecto, aumenta la forma de contrataciones civiles, contratos administrativos y a término fijo que conllevan inestabilidad laboral e inseguridad social en materia de prestaciones laborales, seguros y pensiones en el futuro.

Dilemas éticos

Cada vez el profesional de enfermería se enfrenta más a un usuario con acceso a mayor información referente a su enfermedad y a los medios diagnósticos y terapéuticos, por tanto con mayor conciencia de sus derechos como ciudadano. Por lo cual, el profesional debe poseer mayor formación científica, técnica y ética para aplicar los principios de calidad, justicia, equidad, beneficencia y respeto por el otro. Las situaciones que conllevan a enfrentar dilemas éticos y de mala práctica obligarán el aseguramiento individual e institucional, una mayor reflexión sobre los actos y comportamientos individuales, y a tener en cuenta los derechos del moribundo, los derechos del paciente y los derechos del ciudadano.

Necesidad de profesionales

Aumenta la demanda cuantitativa de profesionales de enfermería en el país debido al proceso de ampliación de la cobertura de servicios de salud, a las exigencias en calidad de la atención y a la necesidad de bajar costos en hospitalización. Esto último implica atención con mínimo de complicaciones y a su vez, como consecuencia de la Ley 30 de 1993, surgen nuevos técnicos y tecnólogos en enfermería sin un perfil ocupacional claro. Paradójicamente la necesidades cuantitativas de personal se acompaña de repentino recorte de personal en las instituciones.

Por último, se tiene la necesidad de diseñar programas de educación continua, educación en servicio, inducción y reinducción del personal activo para apoyar los procesos de adaptación a las realidades que hoy deben enfrentar.

Referencias bibliográficas

- 1 MALVARES, Silvina. Tercer Milenio y Salud. En V Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Ponencia. Trujillo, Perú, 1998.
- 2 CASTRILLÓN, pulido y escobar. Calidad del cuidado de enfermería en salas de trabajo de parto. En: Investigación y Educación en Enfermería. Medellín: Vol.X (2): 65-78 de sept. De 1992.
- 3 ANTIOQUÍA, SERVICIO SECCIONAL DE SALUD. Boletín Epidemiológico . Año 13(4):469-540. De 1988.
- 4 CASTRILLÓN. Op. Cit. P. 76.
- 5 CASTRILLÓN Et. Al. Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones de salud del segundo nivel de atención en salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol XV(1): 13-33. Marzo de 1997.
- 6 Cañón, María Hilda y Col. Análisis funcional de tareas. Informe presentado al XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Medellín: Acofaen, 1997.
- 7 LONDOÑO, Argelia. Una aproximación a la categoría de género. En: Memorias Seminario "Mujer, historia, desarrollo y vida". Medellín: Facultad de Enfermería, UdeA. 1992. Pp 6-7.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA. Informe a la XXXIII asamblea general. Santafé de Bogotá: ACOFAEN, 1996.
- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA. Informe de la XXXV asamblea general. Santafé de Bogotá: ACOFAEN, 1998.
- BELMARTINO S. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina. EN: Cuadernos médicos sociales. (20): 10, junio, 1986.
- CASTRILLÓN C. La Formación universitaria de enfermeras. Colombia 1937 - 1980. Revista Investigación y Educación en Enfermería vol.IV, N° 1, 1986.
- CASTRILLÓN C. El trabajo en Enfermería. EN: Machado M, *Profissoes em Sude: uma abordagem sociológica*. Río de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- CASTRILLÓN C. *La dimensión social de la enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.
- CIFUENTES E. Derechos fundamentales e interpretación constitucional. Revista Foro; 1993; 21:15.
- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. La carga de la enfermedad en Colombia. Santafé de Bogotá: 1994.
- COLOMBIA, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. El talento humano de la salud en Colombia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1997.
- CORNARE - INER. Rionegro: Estudio de localidades. Medellín: INER, Universidad de Antioquia. 1990 p 83-90.
- DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE RIONEGRO. La salud como componente del plan integral del Desarrollo de Rionegro 1994-1995. Cuadernos de planeación. Rionegro: Dirección Local de Salud, 1992.
- FRANCO S. Sentir, pensar y enfrentar la violencia. En: Colombia, Ministerio de Salud, A Vivir, edición 1, diciembre de 1992
- FREIDSON, Elio. La profesión médica. Barcelona: península, 1978.
- LOPEZ H. El mercado laboral de los profesionales en Colombia. En: *Cuadernos del CIDE* No 2. Medellín: 1995.
- MORAN M, WOOD S. *States, Regulation and the Medical profession*. Buckingham: Open University Press, 1993.

MUNICIPIO DE MEDELLÍN. Gaceta Oficial. Acuerdo 14 de 1988: Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio de Medellín 1998-2000. Medellín: Alcaldía de Medellín, julio 8 de 1998. 48 p.

MUNICIPIO DE RIONEGRO. *Anuario Estadístico 1993*. Medellín: Editorial Colina, 1994.

MUNICIPIO DE MEDELLÍN, Metrosalud, Oficina de Estadística. Cronología de la atención en salud 1986-1996. Medellín: 1998.

NIGENDA G, MACHADO MH. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: Elementos teóricos para su análisis. En: Cuadernos de Salud Pública. 13 (14): 685-692. Out-diez. 1997. OPS. Investigación sobre fuerza de trabajo en enfermería en seis países. En: Educación médica y salud. 1988;22(1): 64 - 90.

OPS. Análisis prospectivo de la enfermería. Educación Médica y Salud. 1989 Vol. 23 (2): 127-128.

PERÍODICOS ASOCIADOS LTDA. Nuevo Atlas de Colombia. Cali: Prensa Moderna, 1997: 12-127.

QUEVEDO ET AL. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. En: Estudio Sectorial de Salud. Bogotá. Ministerio de Salud, Departamento de Planeación, 1990: 24-41.

VASCO A. *Estado y Enfermedad en Colombia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1988.

VELANDIA AL. *Historia de la Enfermería en Colombia*. Santafé de Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 1998. Life in the 21st Century: A Vision for all. Ginebra, OMS, 1998: 220-224.

YEPES A. La salud en la reforma de la seguridad social: Revista Universidad de Antioquia. 1994; 237: 61.

Fecha de recepción: Diciembre de 1998