

LA EDUCACION DE ENFERMERIA EN EL ECUADOR

*Patricia De La Torre**
*Margarita Velasco Abad***

RESUMEN

Este artículo es el resultado de un amplio trabajo de investigación sobre la educación de enfermería en el Ecuador. Distingue dos grandes etapas: la que corresponde al Estado liberal ecuatoriano desde principios de siglo hasta 1960, y la que corresponde al Estado capitalista ecuatoriano desde esa fecha hasta 1983.

En la primera parte estudia el comienzo de la educación formal de enfermería en el marco del proceso de desarrollo capitalista, la formación del Estado moderno y la hegemonía de la ideología liberal en el Ecuador. Muestra además la influencia extranjera y los intereses que determinaron la creación de las primeras escuelas de enfermería en este país.

En la segunda parte estudia el impacto que produjo sobre la educación de enfermería la transición al moderno Estado capitalista ecuatoriano. Para esto diferencia tres períodos: el primero, entre 1960 y 1970, es el período del Estado desarrollista en el que se adopta una política nacional de salud y enfermería pasa a ser una carrera universitaria. El segundo, entre 1970 y 1977, es el período de modernización del Estado en el que se consolida la profesionalización de enfermería a través de la primera política educativa diseñada por la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería (ASEDEE). Y el último, entre 1977 y 1983, es el período del Estado democrático en el que se impone la tendencia comunitaria en salud que influencia la segunda política de educación de enfermería.

* Profesora de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Coordinadora del Centro de Investigaciones y Tecnología de la Facultad (CITE).

** Profesora de la Escuela Nacional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central del Ecuador.

Primera Parte:
**LA EDUCACION DE ENFERMERIA EN EL ESTADO
LIBERAL ECUATORIANO. 1900-1960**

Abordar temas de enfermería constituye iniciar un verdadero desbroce de una tierra que ha permanecido muchas veces vedada por una serie de mitos y prejuicios que ha sufrido una profesión de la salud, ligada tradicionalmente al médico. Sin embargo, al advertir hoy la inquietud que motiva a las Escuelas y Facultad de Enfermería del Ecuador a replantearse nuevos diseños curriculares, toda reflexión que contribuya a analizar aspectos relevantes de esta carrera se constituye en una obligación.

La práctica de enfermería, diferenciada de la práctica médica, aparece en nuestro país en la época colonial con la llegada de los padres Bethlemitas (1704), orden religiosa que no sólo presta cuidado a los enfermos, sino que administra los hospitales y que, aplicando sus conocimientos farmacológicos, maneja las boticas.

La educación formal del recurso de enfermería tiene un origen diferente. Sus antecedentes son más recientes; comienza con este siglo y lleva en sí el aliento que la revolución liberal de 1895 trajera sobre muchos de los acontecimientos que se producen en el ámbito ideológico y político de la nueva sociedad.

Efectivamente, si la presencia del laicismo abrió las puertas a la mujer para que su arribo a la educación media sea posible, en el caso de enfermería, carrera eminentemente femenina, este impulso significó su nacimiento como profesión. Mas, este hecho es producto de un proceso histórico que se ligó de manera íntima a lo que fue aconteciendo con la misma transformación que se operó en el Estado ecuatoriano y su concepción de salud y la influencia extranjera en la educación de enfermería. Es por esto que, para poder comprender la evolución que se operó en la formación de este recurso, es necesario analizarlo bajo la óptica de estos dos parámetros.

El Estado liberal y su concepción de salud

La vinculación del Estado ecuatoriano al sistema capitalista mundial se inició a finales del siglo anterior a través de la agroexportación del cacao y posteriormente del banano, en la que se puede calificar como época del capitalismo mercantilista, a decir de algunos científicos sociales.

En el Ecuador se habla de Estado liberal, según Alejandro Moreano, cuando se han definido las bases monopólicas de la acumulación del capital agrocomercial integrando a este sistema de circulación y acumulación la producción agrícola para el mercado interno de las unidades latifundistas y cuando se han creado y consolidado los mecanismos para transformar la fuerza de trabajo en mercancía. Políticamente este Estado establece un esquema institucional y de ordenamiento jurídico propicio a su fortalecimiento, consolidando la integración nacional y la centralización estatal. Ideológicamente crea y robustece el nuevo aparato ideológico con el sistema educativo laico estatal para la reproducción de la nueva ideología dominante, liberal, positiva y humanista (Alejandro Moreano, 1977).

Sin embargo, para 1900 el Estado Ecuatoriano apenas ha iniciado su transformación y no se puede hablar aún de un afianzamiento de la ideología liberal en la sociedad, ya que ésta debe seguir un camino mucho más largo que el de la transformación de las relaciones de producción para convertirse en la forma de pensar que impera en la mayoría de grupos sociales. Esto explica por qué en los primeros 20 años (1940-1960) de desarrollo de la educación de enfermería en Ecuador, aún sea válido hacer referencias a lo que sucede con el Estado liberal y la concepción de salud que él tratará de plasmar en su política de asistencia.

El Estado liberal en lo que a salud se refiere, supera el aspecto caritativo-religioso predominante en la Colonia y en los primeros 65 años de la República. Desarrolla el sentido de beneficencia en las relaciones sociales de los grupos de artesano, profesionales y de los pocos obreros que han surgido. La Junta de Beneficencia creada por Eloy Alfaro en 1896 y que pudo tener eficacia desde mayo de 1901 (Velasco Ibarra; 1926: 346), fué constituida para "no descuidar de las instituciones llamadas a favorecer el desenvolvimiento de tipo social, fundada como órgano del Estado, para la realización de las funciones de éste en los más elevados grados de altruismo". (El Día, 24 de mayo de 1933, p. 1). Esta junta se encargaría entre otros aspectos de la previsión social y de la salud, que él ofrecía a través de los hospitales y la Sanidad y serviría para realizar el "cooperativismo demócrata, esto es resolver dentro de un ambiente de amor, las desigualdades en los resultados obtenidos por la conducta individual. A través de ésto, el Estado como regularizador de la forma jurídica y ordenador de los servicios sociales estaba llamado a resolver esta especie de antinomia entre lo individual y lo social" (Ibid. p. 1).

Esta cita encierra la esencia misma del pensamiento liberal que busca desarrollar un Estado de bienestar en el que "cada persona tiene igual derecho al más extenso esquema de libertades básicas compatible

con un esquema similar para todos. Frente a las desigualdades sociales y económicas deben ser atendidas dos condiciones: a) A los desfavorecidos un mayor beneficio. b) Los oficios profesionales deben ser brindados a todos bajo condiciones de una justa igualdad de oportunidades" (Vicente de Paula, 1980: 16).

Esto explica de alguna manera la creación de hospitales en todo el país, juntas de protección a la infancia, e incluso la fundación de Escuelas de Enfermería*.

La influencia extranjera en la educación de Enfermería

La concepción de salud del liberalismo obedecerá, por un lado, a una dinámica interna propia del Ecuador y, por otro lado, a la vinculación del Estado al sistema capitalista mundial cuyos lazos de dependencia económica también se verán en salud, dando a la política de salud un nuevo matiz. Para poder explicar esta relación debemos referirnos antes a algunos hechos:

En 1940 la influencia que la Segunda Guerra Mundial tiene para los países de América Latina es principalmente de orden económico. Las mismas causas de la guerra han sido, en última instancia, por el reparto de las zonas productoras de materia prima, que para los países capitalistas hegemónicos constituyen verdaderos baluartes para su supervivencia económica.

En el Ecuador la guerra ha incrementado significativamente la exportación de arroz, cacao, café, sombreros de paja toquilla, pero caracterizado por la "falta de un programa económico y financiero tendiente a aprovechar la oportunidad de incrementar la producción a la larga, que convierte esta situación en algo adverso" (Memoria del Banco Central).

Este fortalecimiento económico, que posteriormente gira alrededor de la exportación del banano, nos liga de manera más profunda al sistema capitalista internacional presidido por Estados Unidos. Esto

* A partir del Decreto Ejecutivo del 22 de junio de 1986, en que se crea la Junta de Beneficencia, se inicia paulatinamente una organización de esta instancia, que será la encargada de administrar y velar por el buen funcionamiento de los hospitales, lazaretos, cementerios etc. Esto se procede a efectivizar mediante la creación de Juntas de Beneficencia en casi todas las provincias del país al igual que la construcción de nuevos hospitales y la fundación de instituciones como el Instituto de Vacuna Animal. La Estación Sanitaria de Guayaquil, Institutos de Sanidad e Higiene en Guayaquil etc. (Samaniego; 1987: 302-357).

se refleja en la incorporación de tecnología al proceso productivo, "abonos, ayuda técnica externa, mejora de razas bovinas, irrigación" en lo que se refiere a la agricultura serrana (Velasco Fernando, 1981); en lo que se refiere a la industria, un mejoramiento de costos y calidades, especialmente en la producción textil, a través de la modernización de métodos y maquinaria (Velasco *Ibid.*). Situación que determina un afianzamiento del modo de producción capitalista.

Esta vinculación a Estados Unidos se realiza también por medio de la llegada de algunas agencias internacionales como una Misión internacional Basic Corporation, de Nelson Rockefeller y una Misión del Fondo Monetario Internacional para asesorar algunos aspectos de la economía nacional. A decir de Moreano, estas agencias recomendaron un incremento de la producción exportable, devaluación monetaria de 13.50 a 15 sucres por dólar, compra especial de los dólares arroceros a 17 sucres cada uno, la contratación de préstamos, garantías a la inversión extranjera, protección aduanera a la producción industrial especialmente azucarera y textil, que fueron seguidas al pie de la letra (Alejandro Moreano, *op. cit.*).

La vinculación creciente a Estados Unidos se va a reflejar también en salud, sector al cual llegarán coincidencialmente, misiones especiales como las de la Fundación Rockefeller una agencia del gobierno norteamericano: el Servicio Cooperativo Interamericano para la Salud Pública (SCISP).

Es de importancia explicar su ingerencia en el sector salud puesto que está estrechamente relacionado a razones de tipo económico.

Para el capitalismo es importante la protección de la mano de obra que se emplea en la extracción de la materia prima. Estas agencias norteamericanas de salud desarrollan programas preventivos en las regiones en las cuales se encuentran los centros productivos, especialmente en la Costa. Verbi gracia, la campaña antimalárica iniciada en 1942 por el SCISP cuyo impacto llegó "al 58% de la población que ocupaba el 56% del territorio nacional. En un solo año de 1954 a 1955, la incidencia de esta enfermedad decayó de 6.7 a 4.6% (A.I.D., 1972); años que coinciden con el auge bananero si tomamos en cuenta que alrededor de estos años el incremento del banano en cuanto a ex-

portación se eleva llegando en 1959 al 62.20% del total de exportaciones (Moreano, *op. cit.*)*. Además, para ejemplificar lo señalado, habría que recordar que los programas para erradicar el pian, el pinto y la malaria, que son verdaderos azotes epidémicos, son llevados en colaboración entre el Estado ecuatoriano y las agencias mencionadas.

La política de salud del país comienza así a tener una doble característica, por un lado mantiene el criterio ya señalado de la beneficencia en salud (dinámica interna del país) y por otro, se inscribe dentro de las políticas de salud internacionales que fortalecen sobre todo la salud pública, la protección de la fuerza de trabajo en las áreas de agroexportación.

En cuanto a la educación de enfermería se refiere, después de la Primera Guerra Mundial, en América, el Movimiento de Salud Pública** adquirió un enorme impulso y las agencias oficiales iniciaron la promoción del empleo de enfermeras en salud pública a través de tres programas: el Programa Nacional e Internacional de la Cruz Roja Norteamericana, que en la época se torna en una de las mayores agencias empleadoras de enfermeras en el mundo; el Children's Bureau Program entre 1921 y 1922 y el Programa de Demostración de Salud patrocinado por la Fundación Rockefeller y otras agencias (De Almeida Souza, 1982: 70). Sin embargo, es durante la Segunda Guerra Mundial cuando las agencias internacionales nuevamente se hacen presentes.

En el Ecuador dentro de las agencias internacionales que trabajan en esta década (1940-1950) están, como ya lo mencionamos, la Fundación Rockefeller y el SCISP. Ambas influirán en el desarrollo de la educación de enfermería.

* Esta política fue avalada por la Conferencia Sanitaria Panamericana que en 1924 aprobó el Código Sanitario Panamericano y entró en rigor en 1936 en toda la América. Uno de sus artículos establece "estandarizar las medidas de protección contra la difusión de enfermedades transmisibles que se aplican en los Puertos de entrada". Acuña, Héctor. "75 años de Cooperación Internacional en Salud Pública" en *Crónicas de la OMS*, Ginebra 31: 535-541, No. 12, 1977.

** El Movimiento de Salud Pública se ubica a fines del siglo XIX comienzos del XX, se caracteriza para América Latina en actividades sanitarias de puertos, erradicación de enfermedades contagiosas (malaria) e higiene del individuo. Vale la pena recalcar que mientras en los países europeos y en Estados Unidos, en ese mismo momento histórico se tiende a dar énfasis a la práctica médica individualizante, moderna, para América Latina el Movimiento de Salud Pública cobra importancia. En el Ecuador éste impacta en las actividades de los servicios dados por el Estado mas no en la formación del recurso de salud y peor aún en la práctica médica particular.

El SCISP es una organización que viene al país en 1942, con el objetivo de proponer la creación de instituciones nacionales de salud para el mejoramiento de vida. En el documento "30 años de colaboración técnica y económica entre Ecuador y Estados Unidos", elaborado por la Agencia para el Desarrollo Internacional, AID, se lee:

Entre los años 1946 y 1964, año en el que finalizó sus funciones el SCISP, se destacaron ejecuciones de impresionantes actividades en el sector de salubridad que atestiguan que estos programas fueron los más productivos del esfuerzo ecuatoriano-norteamericano.

Durante el período de existencia del Servicio de Salud, la meta de la mayoría de sus proyectos, subproyectos a largo plazo fue la coordinación e integración de todos los servicios de salud en un solo ministerio. El Ecuador era el único país latinoamericano en ese entonces que no contaba con ministerio de salubridad y aunque éste no se estableció durante el funcionamiento del Servicio, su creación en el año 1966 se debió en gran parte a las actividades encaminadas por dicho organismo entre los años 1942 a 1965. . .

Otros logros incluyendo la erradicación del PIAN y PINTO, los primeros éxitos en el control de la malaria, la planeación y construcción de casi todos los hospitales y centros de salud (63-64 existentes); el diseño y construcción de casi todas las redes de agua potable y canalización de las ciudades de Quito y Guayaquil, y la creación de la Escuela Nacional de Enfermería. Hasta 1942 no se facilitó en el país el adiestramiento en el campo de enfermería (AID, 1972).

El SCISP además influye para que se cree el gremio que agrupa a las enfermeras del país, sumándose a la tendencia mundial promovida por el Consejo Internacional de Enfermería CIE de crear organizaciones de enfermería. Efectivamente, en 1958 se funda la Asociación de Enfermeras del Ecuador (AEE) (De La Torre; 1982: 30). Y es el SCISP que crea los primeros cursos de auxiliares de enfermería, que desde 1947 se imparten en los hospitales de Guayaquil (3 cursos) y a partir del 50 se dan en la Maternidad Isidro Ayora de Quito y en el Policlínico de Riobamba, creando así dos niveles de formación en enfermería, capacitación que más tarde sería de exclusividad de las escuelas de enfermería del país (Velasco A. Margarita; *et al*, 1982).

Las escuelas de enfermería

En 1906 Eloy Alfaro funda la primera escuela militar de enfermería, como consecuencia del conflicto militar con el Perú y más tarde, en 1917 el Doctor Isidro Acosta crea otra escuela civil ya adscrita a la Facultad de Medicina (Samaniego, Juan José, 1957: 381).

Los requisitos de ingreso a esta institución se limitan a la exigencia de educación primaria completa, resultadò tal vez de la propia situación de la mujer que apenas había comenzado a tener acceso a la educación media. Esta escuela es adscrita a la Universidad Central pero no mantiene el carácter académico que ello implica.

En 1941, el Dr. Carlos Andrade Marín solicita a la Fundación Rockefeller el envío de una enfermera norteamericana universitaria, para reorganizar la Escuela de Enfermeras fundada en 1917, que tomará el nombre de Escuela Nacional de Enfermeras. La motivación del Dr. Andre Marín es el cuadro dramático que ofrece el Ecuador. Según escritos de Pablo Arturo Suárez, que cita el Dr. Pío Jaramillo Alvarado en su libro *El Indio Ecuatoriano*, se lee:

Según los boletines de estadística tomando el promedio de los tres últimos años, nacen 8.328 al mes o sea 109.136 al año. Este porcentaje se clasifica así: población calculada, 2'500.000; gran natalidad, 100%. Mortalidad, el promedio análogo de los tres últimos años ha sido de 400 defunciones mensuales, o sea de 48.000 al año. Este porcentaje se lo clasifica así en lo relativo a la mortalidad infantil: primera y segunda infancia muy fuerte, 23.100 ⁰ 48% sobre la mortalidad general y 22.8% sobre la natalidad. La mortalidad entre 10 y 20 años... es sumamente intensa más que en ningún otro país europeo y americano: es de 12.2% sobre la mortalidad general (Jaramillo, Pío; 1954: 371-372).

Andrade Marín ha observado en Estados Unidos el papel que juegan las enfermeras de Salud Pública, cuya presencia logra disminuir las tasas de mortalidad y de morbilidad de la población (Velasco Margarita; 1981 y De Almeida Souza; 1983).

Mediante un concurso en los Estados Unidos seleccionada Ana Cacciopo, Master en Enfermería. Ella al reformar la Escuela propone como requisitos de ingreso el bachillerato, lo cual no es aceptado por los directivos de la Facultad de Medicina, quedando éste en 3 años de secundaria (Velasco, Margarita; 1981*. No sólo hace esta reforma sino que en 1946 ella es la primera directora de la Escuela San Vicente de Paúl creada por las Hermanas de la Caridad. Su objetivo, junto con el de otras enfermeras, será de preparar "para docencia a Hermanas seculares con el fin de seleccionar entre ellas las instructoras de la nueva escuela que se fundará en 1957 adscrita a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Compañía de las Hijas de la Caridad 350avo aniversario 1633-1983; 1982: 16).

* En 1952 se eleva a Bachillerato el requisito de ingreso a la Escuela Nacional de Enfermería (Revista ASEDEE; 1983).

La educación de enfermería con una orientación netamente hospitalaria conserva las características de una práctica nightingelena* y es el reflejo del Movimiento flexneriano**. No es extraño que de él se extraiga ciertos elementos como: formación dentro de internados con una disciplina militar como base fundamental, en un contexto en el que se asume y cumple rigurosamente las normas y procedimientos, priorizando siempre la atención al paciente como un sacrificio. Elementos que llevan a configurar una imagen de la enfermera sumisa, obediente, cumplidora del trabajo dispuesto por el médico, sin casi ninguna oportunidad de disentir.

El nivel académico, por tanto, pasa a segundo lugar; el cumplimiento óptimo de la tarea es el objetivo central. El mundo de la enfermera comienza y termina en el hospital; su práctica está totalmente desvinculada de la realidad social del país y del conocimiento de la problemática de salud del Ecuador.

La pauta de organización del Currículo son los esquemas de las escuelas norteamericanas de enfermería, el cual comienza con Cacciopo y se consolida con sus sucesoras.

En el caso de la señorita Ligia Gómezjurado*** las innovaciones que implementa son producto de sus observaciones a escuelas y hospitales norteamericanos (Boletín AEE, marzo 1983).

* Por este término conceptualizamos las características de la práctica de enfermería a raíz de la reforma planteada por Florence Nightingale en 1820. Las características de la práctica de enfermería a grandes rasgos son: atención hospitalaria, ayuda incondicional al médico, técnicas y procedimientos fundamentales de asepsia y antisepsia, organización de la prestación del cuidado del paciente y de las salas de los hospitales.

** El Movimiento Flexneriano marca a la educación médica, a partir del informe sobre análisis de las Escuelas Médicas de Estados Unidos y Canadá, realizado por Abraham Flexner. Este informe se publica en 1920 y su influencia en los Estados Unidos va hasta 1950, momento en el cual se pone en vigencia en América Latina, hasta casi nuestros días. Básicamente propone: vinculación de las Escuelas de Medicina a la Universidad; creación de departamento en lugar de cátedras; énfasis en la investigación como campo fundamental para adiestramiento clínico de los recursos humanos en salud (Rodríguez Eleuterio; 1979 y Carrillo Georgina; 1982: 1-2).

*** Una de las inmediatas sucesoras, la primera ecuatoriana, de la Señora Ana Cacciopo, como directora de la Escuela de Enfermeras, fue Ligia Gómezjurado. Ella ejerció un fuerte liderazgo en la enfermería ecuatoriana así: fue directora de la Escuela Nacional aproximadamente durante 20 años (1950-1970); presidenta de la Asociación Ecuatoriana de Enfermeras (AEE) durante 8 años, desde su fundación en 1958 hasta 1966; primera presidenta encargada de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería (ASEDEE) durante un año 1968-1969. Al inicio de la década del 70 emigró a Estados Unidos.

La práctica de enfermería, al igual que la médica, en este período está centralizada en el ámbito hospitalario. En lo que a la atención de enfermería se refiere, encontramos dos diferencias: por un lado está presente un estilo de práctica tradicional con fuerte influencia religiosa (Hermanas de la Caridad) y por otro, el inicio de nuevas modalidades del quehacer de enfermería con las innovaciones que genera el SCISP a través de la Escuela Nacional de Enfermería (ENE). Un ejemplo de esto se da en el hospital Eugenio Espejo, cuando por iniciativa de las instructoras norteamericanas de la ENE, se organiza el Departamento de Enfermería y se elabora de kárdex y otros procedimientos administrativos en la organización del trabajo (Velasco, Margarita; *et al.*; 1982).

Segunda Parte

LA EDUCACION DE ENFERMERIA EN EL ESTADO CAPITALISTA 1960-1983

La transición del Estado liberal al moderno Estado capitalista de hoy inicia una nueva etapa en 1963 cuando se ponen las bases para el desarrollismo. Para poder caracterizar esta transición y el impacto que ésta opera en las políticas de salud y educación de enfermería, hemos considerado tres períodos:

PRIMER PERIODO: 1960-1970

Para esta década el Ecuador se encuentra en una profunda crisis económica debido a la baja de exportaciones del banano. La salida adoptada es reforzar y viabilizar un proceso de industrialización, cuyos intereses están claramente diferenciados; así los exportadores tratan de encontrar un sector productivo al que puedan transferir sus inversiones y por lo tanto apoyar al modelo desarrollista, cuyo principal organismo técnico es la Junta Nacional de Planificación (Velasco Fernando; 1981: 205).

Obviamente la crisis económica desencadena conflictos políticos y sociales internos que son coadyuvados por presiones de trascendencia para los pueblos latinoamericanos: el uno la influencia de la revolución cubana de 1959 y el otro la concomitante acción de los Estados Unidos mediante el Programa de Alianza para el Progreso en 1961, en el que el ideario reformista, desarrollista se convierte para el continente en el evangelio económico-político de los grupos dominantes (Báez René; 1977: 250). Sus acciones más importantes se encaminarán al mejoramiento de los servicios al sector rural y la Ley de Reforma Agraria será uno de los argumentos para obtener justicia social que, si bien no transforma la tenencia de la tierra, elimina ciertas formas feudales de supervivencia (Velasco, Fernando; 1981: 202).

La dependencia económica con los Estados Unidos tiene otras características:

- acentuamiento de la brecha tecnológica
- penetración del capital extranjero a través del sector industrial.

Para el sector salud, este período es dinámico por cuanto se sigue con los programas de erradicación de la malaria, que, luego de la finalización de los servicios del SCISP en 1964, prosigue bajo auspicios del gobierno nacional y de los Estados Unidos, que dan una contribución económica de 631 mil dólares para el programa en esta década (AID, 1972).

Por otro lado, la Misión Andina, impulsada desde 1963 como programa nacional, viene a ser coherente con lo que sucede en el agro serrano en esos años. El carácter desarrollista del Estado, en cuyo modelo la Reforma Agraria viene a viabilizar la incorporación del campo serrano al sistema capitalista, encuentra en la Misión Andina un camino para apoyar esta iniciativa. La Misión Andina viene a ser un programa de desarrollo rural integral, que abarca aspectos de agricultura, vivienda, educación, caminos vecinales, mejoramiento del agua y de la salud. Financiado por un convenio suscrito entre el gobierno del Ecuador y el Banco de Desarrollo llamado "Integración del campesinado" en 1963 (Barsky, Osvaldo *et al.*; 1982: 21), permite la creación de infraestructura para el desarrollo de las comunidades a las que va dirigido. Las comunidades beneficiadas son exclusivamente las del Callejón Interandino a las que nunca antes había llegado ningún servicio; comunidades no ligadas al sistema hacendario en las que los rasgos feudales y precapitalistas están presentes.

De esta manera el Estado, con el apoyo de Estados Unidos, emprenderá con la Reforma Agraria y con este programa la incorporación de ese campesino marginado al sistema, para lograr cumplir sus objetivos de desarrollo del capitalismo en las regiones más atrasadas. Parecería que el papel más importante de la Misión Andina fue penetrar en comunidades indígenas cerradas y viabilizar sus vinculaciones a las formas de producción capitalista a través de los servicios que ofrecía y que iban a modernizar su forma de vida.

La prestación de servicios de salud bajo este contexto es concebida como parte del desarrollo general, hecho que por primera vez se da en el país.

Además el Estado, que debe consolidarse como una institución planificadora y ejecutora de una política, crea no sólo la Junta de Planificación ya mencionada, sino un Ministerio de Salud Pública en 1967.

La mayoría de los servicios de salud continúan siendo los hospitales que dan asistencia curativa, con algunas modificaciones que son concomitantes a la modernización del Estado a través de la especialización médica, lo que significa adquisición de equipamiento sofisticado, adopción de nuevas técnicas curativas quirúrgicas (operación de corazón abierto) etc.

La OPS reemplaza con su presencia e influencia al SCISP que parte en 1964 y a la Fundación Rockefeller, y es la encargada de fortalecer en nuestro país, la política emitida a nivel regional, en la Primera Reunión de Ministros de Salud Pública para las Américas.

La educación de enfermería

Este período para enfermería se lo puede calificar como "transitorio" porque ocurren hechos que modifican la educación de enfermería del siguiente período. En él se gestan algunas de las instituciones cuya relación será significativa para la definición de la primera política de educación de Enfermería del país promulgada en 1972.

Tal vez, como nunca antes, la relación entre las condiciones económicas-sociales del país, la influencia internacional a través de las agencias norteamericanas y el desarrollo de enfermería se ven íntimamente ligados.

Para ejemplificar esta afirmación, detengámonos a analizar el principal acontecimiento sucedido en estos 10 años y que a nuestro modo de ver es la creación de una Facultad de Enfermería que ofrece la licenciatura.

Alianza para el Progreso a través de la USAID y el punto IV, la Universidad de Saint Louis de Missouri y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador abren la Facultad de Enfermería en 1965, siendo ésta organizada por 6 Hermanas de la Caridad bajo la dirección de Sister Virginia Kingsbury, las mismas que luego son reemplazadas paulatinamente por personal ecuatoriano debidamente capacitado en los Estados Unidos.

¿Qué motiva a la Universidad Católica a abrir una Facultad de Enfermería? La evaluación que realiza Sister Kingsbury en 1962 cuando, por encargo de la Universidad de Saint Louis, visita el Ecuador y en su informe explica las razones para abrir dicha Facultad: "1) mal prestigio de la Enfermería en el país; 2) condiciones de trabajo pobres; 3) salarios bajos y migración de enfermeras a otros países". Este hecho preparará el terreno para que enfermería sea una carrera reconocida como universitaria y no sólo profesinal. Algunas escuelas dejan de ser "ads-

critas'' a las universidades en la década siguiente para ser ser escuelas de una Facultad de Ciencias Médicas con lo que comienzan a ser parte de los organismos universitarios.

La tendencia en la educación no sufre un cambio sustancial. A nuestro modo de ver permanece siendo nightingeleana, a pesar del gran desarrollo de la salud pública al que arribaron otros países latinoamericanos como Chile y de que se fundan varias escuelas de salud pública, aquella influencia no se deja sentir en la formación de nuestro recurso.

Es necesario destacar que si bien el sentido del currículo persiste en lo curativo, incorpora un nuevo elemento: brinda atención al paciente como ser integral*.

Para el desarrollo de la educación en enfermería acontece otro hecho que también nace a finales de la década y provoca nuevas situaciones de 1970 a 1980; es la creación de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería, ASEDEE, con la colaboración de las asesoras de la OPS/OMS.

Esta creación no es un hecho fortuito; dos son los antecedentes. Por un lado, hay una corriente latinoamericana impulsada desde el Primer Seminario de Educación Médica en Colombia en 1955, para formar instituciones que agrupen a las distintas facultades y escuelas del área de salud. Jorge Andrade lo menciona en su trabajo "Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina"**. Es, pues, una orientación de esos años. Por otro lado, en nuestro país ya se ha formado la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador, AFEME, cuyo secretario ejecutivo, Miguel Márquez, juega un papel importante como motivador de las enfermeras para la creación de ASEDEE, que inició sus actividades el 24 de agosto de 1969 y alcanzó su personería jurídica en 1972.

* Según los lineamientos de la OPS en sus documentos para salud, el hombre se lo conceptualiza como un ser bio-sico-social y se maneja un concepto de salud-enfermedad biológica, no social. Posteriormente se profundiza este planteamiento.

** Andrade dice: "Esta recomendación fue generalizada a los demás países latinoamericanos en la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina reunida en México —UDUAL—. Posteriormente en 1960 en Montevideo se recomienda el establecimiento de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, lo cual se hace en la Tercera Conferencia de Viña del Mar. La fundación de FEPAFEN ha estado durante años sujeta a la polémica ya señalada como un caso de influencia de los Estados Unidos en la solución de los problemas educativos latinoamericanos" (Vol. 12, M2, 1978: 151-152).

Para fines de la década cada escuela y facultad tiene las conclusiones y recomendaciones emanadas del Primer Seminario de Educación realizado el 24 de agosto de 1969, las que de manera sintética gravitan en torno a las necesidades cuantitativas y cualitativas actuales y futuras del personal, a los niveles profesionales de enfermería que deben ser preparados y a las decisiones a tomarse en relación con el papel que corresponde al personal de enfermería y a las funciones de cada nivel. Los tres temas que preocupan a las escuelas tiene total relación con lo que está sucediendo en la prestación de servicios.

La escasa producción de recursos de enfermería puesto en evidencia en un estudio efectuado en 1953 por la Asociación Ecuatoriana de Enfermeras con la asesoría de la OPS/OMS y denominado "Estudio de oferta y demanda del personal de enfermería" demuestra la necesidad de incrementar el número de auxiliares de enfermería cuya formación sea de exclusiva competencia de enfermeras, lo cual se efectiviza mediante un decreto en 1974.

Para hablar de lo que sucede en la prestación de servicios de enfermería es necesario hacer referencia a algunos acontecimientos que se van dando desde comienzos de la década. Así:

1. De la Primera Reunión de Ministros de Salud de Latinoamérica se deriva el compromiso del país para implementar un Plan Decenal de Salud Pública que sirva de modelo para la formación de proyectos nacionales en el período 1962 a 1971. Es por ello que en 1960 se elabora en el Ecuador el Primer Plan Decenal de Salud Pública*.

2. El SCISP deja el país, pero salud no se queda huérfana de asesoría internacional. USAID en el documento por los "30 años de colaboración económica entre Ecuador y Estados Unidos" señala que existen varios organismos nacionales que colaboran y estarán colaborando en salud con el gobierno ecuatoriano"; predicción que efectivamente se cumple con más énfasis a partir de 1970.

* En la Carta de Punta del Este los gobiernos de las Américas programaron el desarrollo económico y social; de tal manera que se convirtió en "un instrumento jurídico para toda esta empresa continental". El Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este sirvió de norma para la formulación de programas y proyectos nacionales en el período 1962-1971. Su análisis fue objeto de las dos primeras Reuniones Especiales de Ministros de Salud de las Américas, que tuvieron lugar, respectivamente, en abril de 1963 (Washington D.C.) y en octubre de 1968 (Buenos Aires, Argentina). Los informes finales (4.5) de estas reuniones contienen recomendaciones, las que se incorporan a la política de la OPS y de la OMS" (Plan Decenal de Salud para las Américas, OPS/OMS, Documento Oficial No. 118; 73;3).

3. En 1967 se crea el MSP siendo Ecuador el último país de la América en fundarlo. Hasta ese entonces fue el Ministerio de Previsión Social el que se responsabilizó de la salud a través de una subsecretaría. Los hospitales existentes pertenecían en su totalidad, a excepción de los de la Seguridad Social, a la Asistencia Social, creada por Decreto Supremo a comienzos de siglo por Eloy Alfaro; esto trajo como consecuencia la falta de una política de salud francamente explícita. Para la década existían preponderantemente el Plan Decenal al que hicimos referencia.

4. La política latinoamericana en salud es la extensión de cobertura hacia el campo. Para cumplirla surge la necesidad de elaborar un Plan Nacional de Salud Rural, cuya programación es una de las primeras actividades del flamante Ministerio. De 1969 se lo formula con la colaboración de la OPS/OMS y la Junta Nacional de Planificación. Este lo aprueba el Congreso del año 1969 y a partir de la siguiente década comienza a ser aplicado (Castillo, *et al*; 1983).

Estas situaciones también de transición, son las que marcan la práctica de enfermería, que continúa encerrada en los hospitales en su generalidad. A ellos comienzan a llegar aquellas enfermeras preparadas en las escuelas y que tienen sobre todo la influencia del SCISP. En el caso de Quito; su hospital popular, el Eugenio Espejo, es donde se nota dicha influencia reflejada en: aumento de personal de enfermeras seglares (el 50% es todavía personal religioso sin títulos universitarios), cambios en el Departamento de Enfermería con inicios de integración docente asistencial, conformación del Comité de Areas Clínicas. De esta manera se puede apreciar las innovaciones que produce el SCISP en dicho hospital sin que se generalice para todos los hospitales del país, pues en ellos la atención de enfermería está en manos de las religiosas y mantienen la práctica las características nightingeleanas.

SEGUNDO PERIODO: 1970-1977

La década del 70 evidencia la consolidación del moderno Estado ecuatoriano que, a través de la producción, explotación y comercialización del petróleo, se convertirá en receptor de la masa de capital-dinero proveniente de él, dejando así de depender de la tributación de los productos agrícolas tradicionales controlados por la oligarquía.

El Estado pasa así a una fase de mayor intervencionismo, acentuándose su papel de dispositivo regulador y orientador de los distintos sectores de la economía en favor de la acumulación vía industrialización.

A partir de 1972 una dictadura militar de corte desarrollista y a veces con ciertos matices progresistas promueve una política petrolera

nacionalista, la efectivización de la Reforma Agraria y el fortalecimiento de instituciones estatales que llevan a la par el aumento desmesurado de la burocracia.

La penetración del capital extranjero es notoria; éste invierte en la industria y trae importación de tecnología. El desarrollo técnico y científico conlleva una creciente división del trabajo, que en el área de salud se refleja en un incremento de la especialización de la atención médica y el surgimiento de las empresas médicas en contraposición del tradicional consultorio privado.

Para esta época el Estado cuenta con más recursos que en la década precedente para impulsar planes, ya que la renta proveniente del petróleo nos habla de bonanza a diferencia de la crisis económica que aparejaba el desarrollismo de los años 60.

Es así como las obras de infraestructura emprendidas por el Estado reportan para salud la creación de 25 hospitales y centros de salud y 300 subcentros de salud, en cabeceras cantonales y parroquiales respectivamente (Suárez, José; 1982).

Asimismo, el tinte centralizador del Estado en salud se refleja a través de medidas concretas como la supresión de algunas entidades autónomas de salud, la Liga Antitubércula (LEA), Solca, gran parte de los hospitales de la asistencia pública, centros de salud municipales y la Misión Andina que pasa a ser parte de los programas del MSP.

La planificación a la que hemos hecho referencia, también está presente en salud con planes quinquenales, evaluaciones y reformulaciones que se producen en este período: el Plan Nacional de Salud Rural, en vigencia desde 1970; el Plan Quinquenal 1973-1977; el Plan País 1974-1977.

Sin embargo, la evaluación de algunos de estos planes, efectuada por el mismo Estado, no arroja mayor modificación en los cuadros de salud de la población (Suárez, José y López, Raúl. *Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural*, p. 35).

La educación de enfermería

También en el ámbito de la Universidad se van a operar modificaciones del producto como la Segunda Reforma Universitaria impulsada por el Dr. Manuel Agustín Aguirre a finales de la década precedente.

Dos elementos se deben destacar de los postulados de esa nueva Universidad que se trata de construir y que impactarán en enfermería:

por un lado, se trata de la apertura de la entidad a través del libre ingreso, que hecha al olvido el elitismo de algunas escuelas de enfermería tales como la Nacional* y, por otro lado, el reconocimiento de todas las escuelas como partes integrantes de la Universidad, dejando de ser tan sólo adscritas**.

De esta manera, enfermería, a mediados de la década del 70, completa lo que podríamos llamar la profesionalización universitaria de la carrera al ser parte de la Universidad ecuatoriana y al tener bajo su responsabilidad la formación de todo el recurso de enfermería, sea éste profesional universitario o auxiliar de enfermería.

La influencia de la OPS en la educación de enfermería

La OPS estará presente en estos 7 años, no sólo en enfermería sino en salud, asesorando los planes y programas del MSP. "La OPS teniendo como base las directrices del Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este, ha comenzado a formular su política, programas y proyectos para el período 1962-1971" (Plan Decenal; 1972). De esta manera, si en los años anteriores determinadas Misiones llegaron al país, hoy la OPS es la agencia que de manera distinta orienta la política

* Las aspirantes a la ENE eran seleccionadas tras un examen que tomaba en cuenta no sólo los requisitos educativos sino modales, costumbres, buena presencia. No hay que olvidar que dentro de la educación de la ENE era muy importante enseñar a: comer, vestirse, caminar, dirigirse a los superiores, hablar correctamente, ser puntuales, es decir dar la imagen de una "legión de ángeles blancos" dentro de un régimen de internado tipo norteamericano flexneriano.

** Es clave el proceso que sufren las escuelas de enfermería para formar parte de unidades académicas (Facultades de Ciencias Médicas o de Salud).

En las Universidades Estatales, si hacemos una cronología, las escuelas se insertan a comienzos de la década del 70. El orden cronológico sería el siguiente:

1970: ENE

1973: Escuela de Enfermería San Vicente de Paúl de la Universidad Católica de Santiago.

1973: Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil.

1977: Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí. Esta nació adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales y Educación, en junio de 1977. Tres meses después es parte de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Las siguientes escuelas nacieron como entidades universitarias:

1965: Facultad de Enfermería de la PUCE.

1968: Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

1976: Escuela de Enfermería de la Universidad de Loja.

1980: Escuela de Enfermería de Manta, extensión de la Universidad Laica de Guayaquil.

1982: Escuela de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala.

de salud (no sólo del Ecuador, sino de los países de América Latina comprometidos en las reuniones de Ministros de Salud de las Américas) a desplegar lineamientos uniformes para elevar el nivel de vida y de salud para las Américas. De esta forma el Primer Plan Decenal de Salud, por ejemplo, enfatiza en la programación y planeamiento de salud en cada país (1962-1972). En enfermería se promueve el planeamiento nacional para lo cual se hace un levantamiento de recursos existentes. Esto ya se había realizado antes en 1963 cuando se efectúa el primer estudio auspiciado por la OPS.

El Segundo Plan Decenal (1972-1982) se plantea como meta elevar la esperanza de vida mediante la extensión de cobertura de servicios de salud a la población no atendida. En cuanto a enfermería busca acelerar la producción del recurso y la integración docente-asistencial.

De igual manera, en la educación de enfermería, la presencia de las asesorías de la OPS es de relevancia para las reformas que se introducen. En consecuencia, dichas reformas también incluyen nuevas conceptualizaciones de salud y de práctica de enfermería aunque dentro del marco curativo, pero de acuerdo con las políticas de los Planes Decenales.

La OPS trabajando en íntima relación con el organismo que agrupa a todas las escuelas y facultades de enfermería, ASEDEE, a través de los seminarios de educación que promueve, dará un gran apoyo y vertirá su influencia en la educación de estos años. La temática de los seminarios nos van a ejemplificar esta relación, que por cierto también es estrecha con los lineamientos del MSP:

- Necesidades cuantitativas presentes y futuras del personal de enfermería para los servicios de salud del Ecuador, 1969.
- Oferta y demanda del personal de enfermería del Ecuador, 1971.
- Formación de auxiliares de enfermería del Ecuador, 1972.
- Integración docencia-servicio para la formación de la enfermera que el Ecuador necesita, 1973.
- Evaluación del Año de Salud Rural de las egresadas de enfermería en el Ecuador: 1973-1974.

Todos ellos fueron efectuados de 1969 a 1974 con el auspicio, financiamiento y asesoría de la OPS/OMS.

Cuadro 1

**CONCENTRADO DE LA ASESORIA OFRECIDA POR LA OPS/OMS A
ASEDEE EN LOS 14 AÑOS DE VIDA DEL ORGANISMO 1969-1983**

Período Directorio ASEDEE	No. de asesorías	As. cortas	As largas
1969-1971	4	4	
1971-1973	4	3	1
1973-1975	1	1	
1975-1977	4	4	
1977-1979	1*	—	
1979-1981	3	2	2
1981-1983	3	3	
Total	19	17	2

*En este período aún permanece Rosa Pedrós hasta 1978.

Fuente: Archivos ASEDEE, 1969-1983.
Elaboración: Autoras.

De las 19 asesoras que llegan en los 14 años de vida de ASEDEE, 13 lo hacen en los primeros años de la década del 70, época en la cual se puede hablar de una tréada de relación entre ASEDEE, la OPS y el MSP. Esto lo afirmamos porque enfermería en el MSP se fortalece cuando en 1972, a raíz de la organización del Ministerio, se crea el Departamento Nacional de Enfermería con una estructura técnico-administrativa concordante con el sistema regionalizado de servicios contemplado en el Plan Nacional de Salud. Años más tarde, como reconocimiento de este subsistema, mediante acuerdo ministerial se conformaría la División Nacional de Enfermería. Esta División promulga una Política Nacional de Enfermería que recoge los planteamientos del Estado respecto a salud. Es ASEDEE quien está directamente involucrada en la organización de estas instancias que son de relevancia para enfermería.

Al terminar el período las asesoras de la OPS llegan para impulsar un Centro de Tecnología Educativa que va a funcionar en la ENE. La OPS ha generado la creación de un Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa en Río de Janeiro llamado NUTES/CLATES, el mismo que en 1974 invita a la ENE a participar en el Proyecto.

La Primera Política de Educación de Enfermería

ASEDEE en su tercera reunión de Junta Directiva de 1972 se plantea la realización de una Política de Educación que oriente la formación del recurso, ésta entrará en vigencia a finales de año.

Lo más relevante de esta política es la unificación de planes de estudio que propone y que logran plasmarse en las cinco escuelas de enfermería que en ese momento funcionan en el país. En el Cuadro 2, podemos apreciar un consolidado que demuestra cómo las diferencias entre los planes de las cinco escuelas son poco relevantes y se refieren en cuanto a cargas horarias, manteniendo todas el mismo esquema de materias y contenidos.

Por otro lado, en cuanto a la formación de recursos, la política responderá a las necesidades del Estado ecuatoriano en lo que a extensión de cobertura se refiere, a través del incremento del número de auxiliares de enfermería sobre el de enfermeras. Basta citar que a partir de esta política la relación entre metas propuestas y alcanzadas en cuanto al número de enfermeras formadas, no logra pasar el 80%; mientras que en lo que se refiere al personal auxiliar de enfermería, la meta es rebasada, llegando al 140% (propuestas: 2.780; alcanzado: 3.897) (datos de: De La Torre, Patricia y Velasco A., Margarita; *op. cit.*).

esto reflejará el interés del propio MSP de incrementar el número de personal, a menor costo, sin importar la calidad, buscando únicamente cubrir con personal las instancias creadas dentro de la política de extensión de cobertura. A instancias del MSP las escuelas y facultad también dejarán de formar enfermeras en 4 años para hacerlo en 3. Cabe señalar, que a pesar de este apoyo de las escuelas y facultad, el personal formado continuó trabajando en la zona urbana en hospitales sin llegar a la población rural dispersa.

La crítica principal que se puede hacer a esta política es la ausencia de referenciales teóricos explícitos que clarifiquen el papel de ese recurso a formarse dentro del ámbito de una sociedad concreta, la ecuatoriana dividida en clases sociales, con una población pobre, marginal, que cada vez es mayor, con un perfil epidemiológico típico de país subdesarrollado. Es decir de país sujeto a una dependencia económica externa, con una economía insegura, que a ratos provoca crisis social; con un sistema de salud endeble y que no es único; con un presupuesto para salud que alcanza para pagar salarios y no para desarrollar programas, etc., etc. No parte del piso sobre el cual estamos parados, tal vez como reflejo de la influencia de los Planes Decenales, en lo que se conceptualiza y se uniforma políticas de salud a nivel latinoamericano, y a las

cuales se encuentran muy ligadas las escuelas y facultad de enfermería. El marco teórico que se maneja implícitamente en la Primera Política se deriva de esto, no de nuestra realidad, y más adelante nos centraremos a analizar la tendencia en la educación que esto trae implícito.

Nuestra segunda afirmación se refiere al momento del desarrollo de una práctica de enfermería, en la que el componente del Estado es preponderante. Esto amerita una reflexión: el cuerpo doctrinario de la educación de enfermería no nace de un pensamiento universitario que, independientemente del Estado, sea la conciencia crítica de la sociedad, como lo manifiesta la Segunda Reforma Universitaria. No. Para 1972, las escuelas apenas han sido trasplantadas del seno del Estado ecuatoriano, que las acunó desde su fundación, con la ayuda de las organizaciones internacionales: Rockefeller, SCI y AID, a una nueva tierra en la que deben sentar raíces, haciéndose un lugar; este espacio es la universidad.

A partir de esta nueva instancia, las respuestas que la educación de Enfermería debe dar, no son las de número de recursos humanos únicamente, sino de tipo profesional, coherente con las necesidades de salud de la población. La Primera Política no asume este desafío, le contesta al Estado, le es funcional a sus necesidades, que muchas veces no son el reflejo de lo que requiere la población. La política no aclara lo que entiende por Estado, ni por "sistema de salud", del cual dice ser parte, sin declarar su pertenencia a la universidad, y por ende, su autonomía con respecto al Estado. Hecho que en el análisis de la Primera Política, que hacen las escuelas y facultad en 1979, es uno de los puntos primordiales. La mayoría de ellas critica que la política es atentatoria a la autonomía universitaria. El paso del tiempo, el cambio en la relación ASEDEE-MSP, irá demostrando a la educación de enfermería que esa participación se va modificando y en momentos se vuelve contradictoria*. Hasta que la educación de enfermería asuma ese nuevo punto de partida, pasarán años, los necesarios para convertir sus objetivos en los de la universidad. Mas, sería injusto y parcial dejar algunos aspectos sueltos en nuestro análisis. La educación de enfermería en 1972 comenzó otra etapa en su vida dentro de la universidad, pero su influencia no podía darse inmediatamente. Debemos partir del principio que los fenómenos en la realidad se dan como procesos y no como fórmulas o recetas y eso nos permitirá analizar de una manera objetiva, no bajo la óptica del bien o del mal. Eso permite apreciar en la medida justa lo que sucedió en el pasado y obtener sabiduría para el futuro.

* Ante la política de Atención Primaria que el MSP planteará en 1979, las Escuelas de Enfermería se pronuncian desfavorablemente.

Cuadro No. 2

Relación porcentual entre el Plan de Estudios de la primera política educativa y el Plan de Estudios de las Escuelas y Facultad de Enfermería, 1972-1975

Áreas de formación	1a. política o/o	Esc. Cuenca o/o	ENE o/o	Est. Guayaq. o/o	Cat. Guayaq. o/o	Fac. Enf. Puce o/o
1. Materias profesionales: Enfermería básica Salud comunitaria	60	79.26 22.00 16.03	74.84 20.54 14.15	73.22 34.27 17.71	76.22 40.92 18.18	70.59 39.07 13.87
2. Ciencias biológicas y físicas	20	12.41	12.67	16.99	12.10	13.83
3. Ciencias humanísticas	10	2.98	8.03	4.28	1.67	8.82
4. Ciencias de la conducta	10	5.35	4.45	5.56	10.01	6.72
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fuente: Castillo, Gloria y Monge, Delia. *Análisis de la Práctica de la enfermera egresada de las estatal y católica de Guayaquil, dentro del Plan Nacional de Salud Rural*, Quito, Fac. Enf. PUCE, Tesis de Grado, 1983.

Arias Lilián y Ayala, Nelly. *Análisis de la Práctica de la enfermera egresada de la Facultad de Enfermería de la PUCE, dentro del Plan Nacional de Salud Rural*, Quito, Fac. Enf. PUCE, Tesis de Grado, 1983.

Morillo, Rocío y Ríos, Nelly. *Análisis de la Práctica de la enfermera egresada de la escuela estatal de Cuenca, dentro del Plan Nacional de Salud Rural*, Quito, Fac. Enf. PUCE, Tesis de Grado, 1983.

Montalvo, Martha y Suárez, Alkinza. *Análisis de la Práctica de la enfermera egresada de la ENE de Quito, dentro del Plan Nacional de Salud Rural*, Quito, Fac. Enf. PUCE, Tesis de Grado, 1983.

Elaboración: Autoras.

La educación de enfermería pasa por ese momento que se refleja en la Primera Política, porque era coherente y necesaria para su crecimiento. No se podía pedir más, cuando el mismo desarrollo de las ciencias sociales y la interpretación socio-política-antropológica y económica del país, estaba comenzando a dar sus primeros productos (Alejandro, Moreano; 1981: 1-20).

Por tanto, las docentes que participan en su formulación traen un bagaje que es producto de su práctica hospitalaria o de salud pública, inmersa siempre en el marco del Estado, de donde se generaría entonces una visión más global y crítica de lo que había que hacer; sus efectos, sus repercusiones a largo plazo. Algunas de estas docentes, en los años siguientes, pudieron desarrollar su formación hacia otras líneas de pensamiento.

La tendencia de la educación de enfermería

Como hemos señalado, una nueva tendencia se hace presente en la política de salud y, naturalmente, en la formación del recurso de enfermería. Dentro de ella enfermería crea un sistema de valores que no es producto de la enfermería ecuatoriana, sino que se convierte en una corriente latinoamericana difundida a través de seminarios patrocinados por la OPS/OMS. Este sistema al que hacemos referencia tiene como base la consideración de la enfermedad como un episodio de la vida del hombre como ser bio-sico-social "en equilibrio dinámico con su medio ambiente y considerando las modificaciones del medio, tanto interno como externo, que pueden alterar dicho equilibrio. Las acciones de salud en las etapas de prevención primaria, secundaria y terciaria en las que interviene la enfermera mediante la aplicación de sus conocimientos científicos y los de su profesión, ayudarán al hombre a mantener o a establecer su equilibrio" (OPS/OMS); 1971).

Esta cita es el marco conceptual sobre el cual se desarrolla la formación de recursos de enfermería a partir de 1972, cuando se promulga la Primera Política de Educación. La referencia que presentamos es del informe final del seminario sobre Enseñanza de Enfermería a nivel universitario de la OPS realizado entre marzo y agosto de 1971.

Cómo se liga esto a la Primera Política de Educación, si ella no explica las corrientes del pensamiento que van a orientarla. Cuando ella enuncia las funciones de la enfermera y la auxiliar, éstas son las mismas que el Comité de Expertos de la OPS/OMS recomienda, luego del seminario de educación de enfermería de Lima, auspiciado por la OPS/OMS y que sirve como fuente de referencia a la Primera Política. En éste aparece además de lo ya citado, la metodología de trabajo de enfermería que recibe el nombre de "Proceso de Enfermería".

Lo interesante es descubrir qué subyace detrás de este concepto de salud-enfermedad del proceso de enfermería.

El hombre, tal como lo describe el planteamiento que hemos traído aquí, tiene un comienzo y un fin biológico. Cumple un ciclo vital y punto. No se percibe su ser social, ni su relación con el conglomerado humano y su reflejo en su salud. Esta es una concepción propia del positivismo. Es una captación fenomenológica, ecologista e individualista. En el fondo, lo que se esgrime es una visión idealista del mundo. Es decir, de aquel punto de vista que sostiene que las cosas son estáticas. Los hechos del universo, sus formas y sus especies, son aislados unos de otros y eternamente inmutables.

Esto se liga efectivamente a la práctica hospitalaria en la que el mundo se desenvuelve fuera de las paredes del hospital. Adentro de él no existe el problema trabajo-enfermedad, desigual distribución del ingreso, desocupación, diferencias étnicas y culturales, problemas de saneamiento ambiental. En el hospital se trata el desequilibrio-enfermedad, se trata de "ayudar al hombre a restaurar éste, acelerando su retorno al bienestar físico y emocional". Porque la salud, bajo esta óptica, es un hecho aislado, no es consecuencia de un proceso dinámico, sino de una causa con un solo efecto. Es lo contrario a comprender a la salud como parte y consecuencia de la problemática social, cultural, económica y política de los pueblos. No es nada más que ese desequilibrio que tiene causas físicas o emocionales, pero no sociales.

En cuanto a la práctica de salud comunitaria, ese conceptualizar a la enfermedad como la ruptura de un equilibrio, se quedará buscando soluciones inmediatas, unilaterales, que pronto son absorbidas por una realidad que es mucho más compleja y a la que los paliativos hacen poca ingerencia, y a la final no la terminan cambiando.

En cuanto al proceso de enfermería, al igual que el método de resolución de problemas, recogido también por la Primera Política de Educación, es asumido como un método propio, característico de enfermería y que es la aplicación del método científico. Esto merece una crítica, respecto a las diferencias de procedimientos que hay entre uno y otro, y que sería lo que precisamente los diferencian.

Hemos dicho que el proceso de enfermería se asienta sobre una concepción fenomenológica de la realidad. Un idealista como Mario Bunge, que comparte esa misma ideología, plantea diferencias sustanciales para el método científico que se rige de las siguientes reglas:

"1) Formular el problema con precisión y al principio, específicamente.

2) Proponer conjeturas bien definidas y fundadas de algún modo y no suposiciones que no comprometen en concreto ni tampoco ocurrencias sin fundamento visible. Estas son las hipótesis.

3) Someter la hipótesis a constatación dura y no laxa.

4) No declarar verdadera una hipótesis satisfactoriamente confirmada, considerarla en el mejor de los casos como parcialmente verdadera.

5) Preguntarse por qué la respuesta es como es y no de otra manera.

Estas reglas son universales... La aplicación del método científico son aplicaciones a la verdad... Las reglas deben estar basadas o compatibles con las leyes de la lógica y las leyes de las ciencias.

El método científico es único, si sabemos que la ciencia es una disciplina que utiliza el método científico con la finalidad de hallar estructuras generales (leyes)... El método científico es modo de tratar problemas intelectuales, no cosas, instrumentos ni hombres, se usa para el campo del conocimiento" (Bunge, Mario; 1963: 25-27).

Vemos pues, que ni siquiera comparado con pensadores de la misma línea de pensamiento idealista, los dos procesos son iguales, ya que el proceso de enfermería trata de seguir los pasos del método científico aplicándolo a una práctica en la que se utiliza precisamente hombres e instrumentos y no problemas del pensamiento en el sentido filosófico-abstracto. Es decir que este proceso que se lo llama "propio" de enfermería, al integrarlo de manera incompleta a su práctica, lo aleja del método científico. El método científico es único para la ciencia, no se puede crear uno exclusivo para enfermería, a riesgo de que sea un seudométodo o una negación de él.

Y si traemos a colación otras partes del documento de la OPS/OMS, concluiremos que cada vez más éste se aleja de lo que es el método científico.

"... el proceso de enfermería es el método científico, pero aplicado con menos rigor" (OPS/OMS, 1980: 87).

Una de las características de la ciencia es la utilización del método con absoluto rigor.

En el proceso de enfermería *se aplica* conocimientos científicos mas no se genera conocimientos científicos. El método científico es

específico de la ciencia. El proceso de enfermería es "un método" específico para organizar una práctica. En el proceso de enfermería se supone que "la obtención de impresiones, presentimientos y definiciones de enfermería de problemas concretos a base de hechos y lo que puede significar" (OPS/OMS, *ibid.*) son equivalentes a las hipótesis del método científico, el cual niega las especulaciones, y se basa en supuestos objetivos, es decir, todo lo contrario de lo que son las impresiones y presentimientos. "El método científico defiende, que los hechos registrables a través de los órganos de los sentidos o sus datos, no son sino el nivel *aparencial*, fenoménico de la realidad, no son más que efectos de procesos, determinantes profundamente interrelacionados" (CEAS, 1984: 7). Esto es todo lo contrario a la concepción fenomenológica que aísla hechos: como que "ellos hablaran por su propia boca. Bajo semejante planteamiento, el método se transforma en una especie de recetario para la mezcla de ingredientes y la realidad no viene a ser sino la suma de combinaciones de "hechos" aparenciales o fenoménicos que se presentan en la superficie a simple vista. El método científico afirma que no se trata únicamente de medir o registrar un fenómeno, sino que tiene, además, que buscarse expresión formal de su contenido esencial." Esta profundización está regida por las leyes que rigen el devenir del objeto estudio inmerso en la globalidad social" (CEAS, *ibid.*).

Estos dos aspectos: la concepción idealista y el proceso de enfermería como método científico, que hemos analizado aquí, probablemente sean una de las causas para que el recurso de enfermería no haya podido caracterizarse por su dinamismo, su criticismo y su posición de lucha.

Para enfermería, que es una profesión como las otras, la aplicación del método científico, no de un método específico, que no es el científico, le servirá para entender no sólo el desarrollo técnico de sus funciones sino el papel de la salud en la sociedad, de sus leyes y de esta manera podrá entender la realidad del país, no para verla a través de una vitrina, sino para dar soluciones, para transformarla. Sólo allí hablaremos de que formamos enfermeras críticas, sin conocimientos fraccionados y tecnicistas.

Con la vinculación entre una nueva concepción de la salud-enfermedad y la adopción de una metodología de trabajo, la educación de enfermería podrá redefinir su compromiso social como carrera universitaria, lo que impactará no sólo en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, sino en el cambio sustancial de las condiciones de vida de la población.

TERCER PERIODO: 1977-1983

Estos 6 años coinciden con hechos fundamentales para la sociedad ecuatoriana. A partir de 1979 se inaugura el período democrático, luego de 7 años de dictadura militar, Jaime Roldós Aguilera y Osvaldo Hurtado Larrea asumen el poder con el compromiso de crear "un nuevo Ecuador democrático, justo, humano y libre" (Plan Nacional de Desarrollo, 1979). Pero, al poco tiempo, el gobierno de marcado tinte populista empieza a soportar los síntomas de una de las más graves crisis económicas de la historia. A decir de Sohel Riffka, "la más aguda, sólo comparable a la gran depresión de los años 30" (Sohel, Riffka; 1983).

La aguda crisis se desencadena paulatinamente con déficit de la balanza de pagos, baja de las exportaciones de petróleo, devaluación de la moneda, elevación del cambio del dólar, acrecentamiento del endeudamiento externo al Fondo Monetario Internacional y crisis en la pequeña industria.

Para añadir un elemento más a este cuadro, el país soporta en el período 1982-1983 el más agudo y avasallador invierno en la Costa que provoca inundaciones, pérdida de cosechas y miseria. La política económica del gobierno no encuentra salida a esta situación en la que el descontento social es común, con el consiguiente agravamiento de las condiciones de vida y de seguridad de las masas.

El Estado ecuatoriano, a pesar de la crisis se mantiene en su proceso de modificación apoyando al sector industrial. Las acciones del gobierno continúan enfocándose al agro. Así se crea una Secretaría de Desarrollo Rural Integral (SEDRI), encargada de ejecutar 17 proyectos en todo el Ecuador, que abarca a las 4 regiones naturales del país; Costa, Sierra, Oriente y Archipiélago de Galápagos. De éstos, 5 están en ejecución; se incorporan más comunidades al seguro social campesino del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

La dependencia económica se evidencia a través de la deuda externa, y la crisis al interior del país es también reflejo de la crisis que sufre todo el sistema capitalista mundial.

El Estado pretende recuperar una imagen nacional en la que no calzan ya los asesores que como en el caso de salud y en los primeros años, asumen directamente la orientación de los programas (verbi gracia el norteamericano Lloyd director de la Sanidad), sino que hoy los programas de cooperación técnica se manejan a través de las instituciones ya consolidadas con las que cuenta el Estado. El Ecuador ade-

más, y coherente con la seguridad que parece imprimir el Estado nacional, busca alternativas al problema económico conjuntamente con otras naciones latinoamericanas, para hacer frente de manera distinta que en las décadas precedentes, a la dependencia y a la misma crisis del capital.

Es palpable el empobrecimiento que sufre el Estado lo que para salud significa reducción de presupuesto y un freno a los programas de desarrollo. Es así como la asignación del Estado, alcanza para pagar salarios a una burocracia que desde la creación del MSP se ha acrecentado.

Los problemas de salud de la población se abordan desde el punto de vista curativo y desde el punto de vista preventivo, emprendiendo programas que bajen las tasas de morbi-mortalidad, dando prioridad al binomio madre-niño.

Sin embargo, la recesión económica que hemos mencionado, convierte a ese servicio del Estado en un hecho poco impactante.

La nueva tendencia en salud

Si bien el Estado ecuatoriano inicia desde los años 60 y con más ímpetu en los 70 programas que tienen que ver con la recuperación, promoción y protección de la salud de vastos sectores de la población sobre todo campesina, no es sino a partir de la Conferencia Internacional de Alma Ata, de 1978, cuando la salud comunitaria va a adquirir mayor preponderancia sobre todo en el plano de la discusión teórica y del discurso que el MSP maneja para definir sus acciones. Esto naturalmente influirá en la formación del recurso limitándose, sin embargo, al ámbito de enfermería.

La estrategia de Atención Primaria de Salud promovida por la OMS pretenderá lograr salud para todos en el año dos mil, y será parte de una política implementada a nivel mundial. De esa manera el país se verá envuelto en ella, ya no como en los años anteriores con orientaciones regionales a través de la OPS, sino con una consigna que a rebasado latinoamérica y que se ha convertido, a la larga, en una respuesta de los países centrales a la problemática de los países tercermundistas.

El MSP pues, continuará su política de Extensión de Cobertura emanada de los Planes Decenales de Salud para las Américas, con la nueva estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), la misma que pasará por una serie de modificaciones hasta tratar de plasmarla a la realidad ecuatoriana.

Así, el enunciado de APS emitido en la conferencia de Alma Ata irá siendo cuestionado, adaptado y ajustado. El concepto que dice textualmente:

"Atención Primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Informe de la Conferencia Internacional sobre APS, 1978).

Entre las críticas de que ha sido objeto este concepto se menciona el hecho de partir de la sociedad como un fenómeno ahistórico, inamovible, porque sus caracteres, sus problemas, en fin ella misma, siempre ha sido así y por lo tanto siempre seguirá siendo así en mayor o menor grado. Esta no toma a la salud como producto de las condiciones de vida, como expresión de la estructura social, sino como una situación ajena, que se impone desde afuera, como algo aislado, desligado del hecho social. Esto descubre el sustrato de fondo del enunciado de APS: mejorar, no cambiar la sociedad, para lo cual uno de los aspectos paliativos es salud, o se sostendrá ingenuamente la premisa de que la situación de salud cambiará y mejorará la economía, esto lleva a plantear soluciones superestructurales a problemas estructurales que no son atendidos en el texto de la declaración.

En esa medida el programa de APS se vuelve inorgánico ya que no está en conexión con otros aspectos de fondo. Se generaliza el problema de salud a todas las sociedades y países sin discriminar diferencias radicales. No discrimina el problema de salud tomando en cuenta diferencias económicas, políticas, culturales fundamentalmente geográficas, étnicas; inclusive conlleva intrínsecamente el supuesto falaz de querer convertirse en un programa modelo, único, aplicable y realizable por igual y por encima de las diferencias en todas partes: esto lo convierte en un proyecto abstracto. El propio documento hace depender el éxito del programa a la situación económica del lugar y de la comunidad con lo cual justifica con anterioridad el fracaso para aquellas zonas donde no se puede llevar adelante por falta de recursos, con lo cual se man-

tendrá vigente la situación actual: desigualdad con respecto a la salud. (Nelson Reascos; 1982: 1-2).

A) Ecuador parece que la política en mención, le produjo algunas dificultades en su aplicabilidad, esto lo demuestra la evolución que sufre su conceptualización y por ende su operacionalización.

Para 1977 el MSP ya toma en cuenta la Atención Primaria en sus programas, estrategia que un año más tarde será oficializada a nivel mundial en la Conferencia ya mencionada. Y en este año se entiende a la APS como:

“Una estrategia para la extensión de cobertura, que se basa en la utilización de tecnologías eficientes, simples, sencillas o combinación de tecnologías para la solución de las necesidades básicas de salud que son las más frecuentes en la comunidad (MSP; 1977: 11).

Para ese momento, la APS aparece como una necesidad imperiosa de readecuar tecnologías, considerándola como uno de los aspectos importantes en la solución de la problemática de salud.

En 1980 el concepto sufre una notable variación. Esto es lo que se lee en uno de los Manuales de uso institucional del MSP:

“Atención Primaria de Salud con participación comunitaria, significa la satisfacción de las necesidades prioritarias de salud de las familias más expuestas a riesgos, utilizando sus propios recursos, reconociendo como ejecutor de las acciones a un miembro de la comunidad, bajo condiciones que permitan la integración del sistema informal al desarrollo de acciones integrales de salud debidamente apoyadas por el sistema formal dentro de la adecuada regionalización de servicios” (MSP-FODERUMA; 1980: 16).

En el informe final del Seminario de Revisión de los Manuales de APS realizado en 1981, la definición es:

“Atención Primaria de Salud es la acción que busca la satisfacción de las necesidades de salud más frecuentes y prioritarias de toda la población y promueve su desarrollo integral mediante la participación conjunta y coordinada del equipo de salud institucional, de otras instituciones de desarrollo y de la comunidad organizada y capacitada” (MSP; 1981: 2).

Bajo la luz de estos conceptos es posible reflexionar sobre cómo se ha implementado APS en nuestro país. Los tres conceptos evidencian la

evolución operada por el MSP en el afán de adecuarla a la realidad ecuatoriana.

El programa de APS es en la práctica centralizada en la formación de promotores de salud, que en la mayoría de casos son líderes de las comunidades reclutados por el MSP de acuerdo a una serie de pautas. Los promotores se capacitan en cursos de un mes dictados por enfermeras.

El MSP, a través de las auxiliares de enfermería de los puestos mínimos supervisa las acciones de los promotores. El se convierte en el miembro de la comunidad que enlaza el sistema de salud formal-regionalizado, a los pacientes que requieren de atención más compleja que la aportada por dicho promotor en el primer nivel.

En la práctica este criterio de interpretación de APS, trae algunas consecuencias que no benefician a la política, sino más bien la cuestionan:

La supervisión no se da por la escasez del recurso de enfermería en las áreas rurales. El promotor capacitado para fomentar acciones de prevención, en muchos casos pone más énfasis en lo curativo, con exagerado manejo de medicamentos*. El promotor recibe una bonificación del Estado (MSP-FODERUMA), se convierte así en un asalariado, connotación no observada en la declaración de APS y que provoca algunos conflictos al trastocarse el sentido de trabajo comunitario de reciprocidad al de trabajo asalariado y a la postre él termina de personaje híbrido al no ser parte ni del sistema formal de salud ni de su misma comunidad.

Por último, la referencia no se logra al no existir en la práctica un sistema regionalizado de servicios. La regionalización recién se está tratando de consolidar para acabar con la irracionalidad de un sistema cuya característica es el desperdicio del recurso humano y económico por la falta de organización. Este elemento costo beneficio, planteado también por la política de APS, quizás es el menos llevado a la práctica.

En 1978 se impulsa otro programa por parte de la OPS/OMS, es el American Programa Evaluation Systems (AMPES). Este trata de cana-

* En la investigación sobre APS de las Agencias no Gubernamentales de Salud, realizado por el ININMS en 1980, se destacó que la mayoría de promotores hacían uso indiscriminado de medicamentos. A manera de ejemplo: se constató que en la parroquia Columbe, Provincia del Chimborazo, algunos de los promotores de salud del Subcentro habían colocado pequeños botiquines en sus casas, cuyos medicamentos fueron adquiridos en las boticas de Riobamba.

lizar todos los programas que los países tienen en el área para la consecución de las metas que se han trazado. Así es como la relación entre las Escuelas, por medio de ASEDEE y la OPS sufrirá una modificación. A partir del AMPES ninguna relación será directa entre las instituciones educativas y la OPS. Todo deberá ser canalizado con el visto bueno de este programa, que en muchas ocasiones no dará fácil acceso a los proyectos educativos por priorizar otros aspectos considerados como los más relevantes para el logro de las metas propuestas.

La educación y la práctica de enfermería frente a la nueva tendencia de Salud.

En los últimos años en la educación de enfermería se observa un cambio con respecto a los años precedentes. A partir de 1978 se modifica la relación con la OPS/OMS, un distanciamiento se hace presente.

Además del AMPES, hay otro elemento más a mencionarse y es que la nueva asesora de enfermería de la OPS no es aceptada por las escuelas y facultades de enfermería como ocurrió en épocas pasadas; ellas aducen no haberla solicitado. La causa indirecta de este impase posiblemente tiene relación con el cambio de objetivos suscitado a nivel de la OPS/OMS, que en Ecuador llega más tarde que a otros países. A decir de Almeida Souza la OPS/OMS en los años 60 había comenzado a cambiar su eje de acción en enfermería, de la educación a la prestación de servicios. Esto es lo que sucede con la nueva asesora, que llega para la División de Enfermería del MSP y no para educación.

Se crean nuevas escuelas: Loja, Portoviejo, Machala y en Manta se abre una extensión. Esto es consecuencia de la política de Extensión de Cobertura e incremento de personal. En este caso se logra abrir unidades universitarias para capacitación del recurso en contraposición a lo acontecido en los inicios de los 70 cuando la proliferación de cursos de auxiliares de enfermería se prioriza a la creación de escuelas.

Se formula una Segunda Política de Educación, para lo cual se desarrolla un taller de discusión de la Primera. En él la educación de enfermería comienza a ser cuestionada y los cambios que las escuelas y facultades inician en sus currículas no quieren ser tan solo reajustes. Se busca una transformación de fondo en la que fundamentalmente la nueva profesional tenga una formación con visión comunitaria y no exclusivamente hospitalaria y conciba a su quehacer profesional en una práctica social, comprometida con una realidad social.

La Segunda Política de Educación, sin temor a equivocarnos, no está explícitamente inserta dentro de APS, sino dentro de la tendencia

no sólo de la salud comunitaria, sino también de la tendencia que está presente en la sociedad: atención a las zonas más desprotegidas de la población, fortalecimiento de un sentido crítico a partir de las necesidades de la población más pobre.

Pero esto en definitiva no es una contradicción ni para APS ni para la política de Extensión de Cobertura, ni para el discurso desarrollista del Estado.

Es importante anotar que las facultades de ciencias médicas de las universidades estatales se oponen a la implementación de APS, por las siguientes razones:

1. APS viene a ser una prestación de servicios de mala calidad para una población que siempre ha sido marginada.
2. El MSP va a asumir la formación de recursos: auxiliares de enfermería y promotores de salud, siendo ésta responsabilidad de las universidades.
3. Resta mercado de trabajo a los profesionales que la universidad forma.
4. Se promueve el empirismo.
5. En el país no hay sistema regionalizado de servicios, aún se pone en duda la existencia de una real sistema de salud.

Las escuelas de enfermería, a través de ASEDEE tampoco aceptan la APS, básicamente por las mismas causas, a excepción de la Facultad de Enfermería. Dice en un documento:

Expresión del trabajo unilateral del MSP, basado en modelos internacionales y experimentados en situaciones de salud y realidades socio-económicas, políticas distintas a las de la sociedad ecuatoriana. Representa una estrategia encaminada a realizar prestaciones oficiales de salud dirigidas a grupos poblacionales rurales y urbano marginales a través de actividades simplificadas y de bajo costo con la intervención de promotores de salud (ASEDEE; 1980: 1).

El gremio de enfermería, la Asociación Ecuatoriana de Enfermeras no se pronuncia y las enfermeras de servicio desconocen en su gran mayoría lo que es la APS.

La OPS, por su parte está permanentemente insistiendo en el papel que la enfermería juega en APS, desde el momento en que surge la Confe-

rencia de Alma Ata. Así: la resolución XIX de la OMS del Consejo Directivo de la OPS aprobada en la 13o. Sesión Plenaria celebrada el 1o. de octubre de 1980 sobre "Metas en Materia de Enfermería para el decenio 80/90" considera que "los programas de Extensión de Cobertura y la aplicación del concepto de APS, como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año dos mil, demanda cambios en la estructuración, preparación y utilización del personal de salud; reconocimiento que el personal de enfermería constituye el mayor potencial de recursos humanos para la provisión de atención primaria...".

Recomienda, por tanto, entre otras cosas ampliar el rol de la enfermera y definir sus funciones, incrementar el número de enfermeras y auxiliares creando nuevos puestos, que se reformulen los planes de estudio con énfasis en epidemiología, ciencias sociales, salud comunitaria, atención primaria de salud, evaluación e investigación" (OMS; 1980: 28-29).

En la 36a. Asamblea Mundial de la Salud, enfermería es nuevamente rescatada para APS como personal clave, no sólo por su función sino como elemento que influye en la movilización de la opinión pública en favor del desarrollo eficaz de la Atención Primaria de Salud (OMS; 1983: 12).

Esto significa que enfermería puede ser potencialmente una pieza clave dentro del juego de estrategias para la salud y que el crecimiento de la profesión tiene una puerta abierta, que dentro de un trabajo multidisciplinario tenga poder de decisión, un status, un carácter científico, un reconocimiento económico, que ha estado buscando desde que nació.

El MSP en Ecuador, aún no integra el papel de enfermería en la nueva política en la que está envuelto. En la prestación de servicios en estos 6 años, enfermería continúa el mismo proceso de modernización y tecnologización que se opera en el resto de la sociedad. La división del trabajo en las unidades de salud, en general se acentúa más, la que se refleja en la especialización. Así en Quito y Guayaquil, los dos polos de desarrollo del país, en los hospitales más grandes se abren servicios y se reciben médicos especializados. La facultad de Ciencias Médicas de Quito, ofrece cursos de postgrado en las áreas de pediatría, ginecología, psiquiatría, salud pública, administración e investigación. Sin embargo, enfermería continúa en los hospitales afrontando el efecto de la especialización, sin que se le de oportunidades de perfeccionamiento académico.

Así, mientras la prestación de servicios prioriza la atención curativa, la política de APS trata de ser presentada y llevada a cabo bajo la

atención preventiva con promotores de salud, en cuyo programa la enfermera realiza la formación y en mínima escala la supervisión de dicho recurso, y no cumple con acciones integrales de prestación de servicios.

De esta manera, el nuevo rol que los organismos internos le quieren dar a enfermería, aún no tiene cabida en la disposición de servicios del MSP. A corto plazo se verá enfrentada a un problema: el recurso se está formando dentro de una connotación comunitaria, así lo atestiguan los tres currículos de las escuelas y facultad de enfermería, sobre todo el de la ENE que está integrando los lineamientos de la APS. A este punto cabe un interrogante y es: qué práctica es la que las egresadas desarrollarán en los próximos 2 años cuando comiencen a salir las primeras promociones de enfermeras, si el MSP no transforma la prestación de servicios, haciéndolos más idóneos para incidir en los problemas de salud de la población?

Todo el proceso descrito y analizado, evidencia una preocupación en la salud comunitaria por parte del Estado, la Universidad y las Agencias Internacionales. Las dificultades para encontrar la solución definitiva de salud de las masas radica en la estructura misma de la sociedad, en la ideología del Estado ecuatoriano, en el proceso histórico de conformación del Ecuador, en la crisis del capitalismo.

BIBLIOGRAFIA

1. ACUÑA, Héctor. "75 años de cooperación internacional en Salud Pública". Crónica de la OMS. Ginebra, 31 (12) 1977.
2. AGUIRRE MANUEL AGUSTIN. La Segunda Reforma Universitaria. Quito, Ed. Universitaria, 1973.
3. AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (AID). Alianza para el Progreso. 30 años de colaboración técnica y económica entre Ecuador y Estados Unidos; 1942-1972. Quito, Departamento de Publicaciones Fecose, 1972.
4. ALIANZA PARA EL PROGRESO. Carta de Punta del Este. 1961.
5. ANDRADE JORGE. "Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina", en Educación Médica y Salud, OPS. Vol. 12 No. 2, Washington, OPS, 1978.
6. ASEDEE. Necesidades Cuantitativas presentes y futuras del personal de enfermería para los servicios de Salud del Ecuador, Primer Seminario Nacional de Educación de Enfermería. Cuenca, Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, 1969.

7. ASEDEE. Oferta y demanda del personal de enfermería del Ecuador. Segundo Seminario Nacional de Educación de Enfermería, Guayaquil, Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Guayaquil, 1971.
8. ASEDEE. Aspectos de la problemática de la educación de enfermería en el país y sus posibles soluciones. Quito, (mimeo), 1971.
9. ASEDEE. Formación de auxiliares de enfermería del Ecuador. Tercer Seminario Nacional de Educación de Enfermería. Quito, Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, 1972.
10. ASEDEE. Políticas de educación de enfermería en el Ecuador y normas mínimas para la organización y desarrollo de organismos universitarios de educación de enfermería. Guayaquil, (mimeo) 1972.
10. ASEDEE. Integración docencia para la formación de la enfermera que el Ecuador necesita. Cuarto Seminario Nacional de Educación de Enfermería, Cuenca, Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, 1973.
11. ASEDEE. Integración docencia servicio para la formación de la enfermera que el Ecuador necesita. Cuarto Seminario Nacional de Educación de Enfermería, Cuenca, Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, 1973.
12. ASEDEE. Evaluación del año de salud rural de las egresadas de enfermería en el Ecuador: promociones 1973-1974. Cuarto Seminario Nacional de Educación de Enfermería, Quito, Facultad de Enfermería de Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 1975.
13. ASEDEE. Política de Educación de Enfermeras del Ecuador. Quito, (mimeo) 1979.
14. ASEDEE. Posición de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas e Enfermería frente al proyecto de Educación Integral de Cobertura: servicios de atención familiar e investigación del Ministerio de Salud Pública. Quito, 1980.
15. ASEDEE. MSP, IESS, "Oferta y demanda del personal de enfermería en la década 1972-1981 y las proyecciones hasta 1985". Ponencia al 11 Congreso Nacional de Enfermeras, Guayaquil, 1982.
16. ASEDEE. Comunicaciones recibidas y enviadas 1969 a 1982. Quito, Archivos ASEDEE, 1983.
17. ASEDEE. Informes de las presidentas, 1969 a 1972. Quito, Archivos ASEDEE, 1983.
18. ASEDEE. Cronogramas de trabajo del Directorio de los años 1973 a 1979. Quito, Archivos de ASEDEE, 1983.
19. ASEDEE. Libro de Actas de reuniones de Directorio de los años 1979 a 1982. Quito, Archivos ASEDEE, 1983.

20. ASEDEE. Libro de Actas de las juntas directivas y de asambleas de los años 1979 a 1982. Quito, Archivos ASDEE, 1983.
21. ASOCIACION DE ESCUELAS DE ENFERMERIA DEL ECUADOR (ASE-DEE). Revista No. 1. Quito, Ediciones Culturales, UNP, 1983.
22. BARSKY, Osvaldo, et. al. Políticas agrarias, colonización y desarrollo rural en el Ecuador. Quito, OEA/CEPLAES, 1982.

BOCCO, A. Fernández, I., MONCAYP, P., et. al. Ecuador: el Mito del Desarrollo. Quito, Ed. El Conejo /ILDIS, 1982.
23. BUNGE, MARIO. La investigación científica. 2ed., Barcelona, Ed. Ariel, 1983.
24. CARRILLO, GEORGINA. La integración Docente-Asistencial: movimientos en salud que le precedieron. La problemática actual de enfermería. Quito, mimeo, 1982.
25. CASTILLO, GLORIA y MONGE, DELIA. Análisis de la práctica de la enfermera egresada de las escuelas estatales y Católica de Guayaquil dentro del Plan Nacional de Salud Rural teniendo como base la formación universitaria. Tesis de Grado, Quito, Facultad de Enfermería PUCE, 1983.
26. COMPAÑIA DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD. Trescientos cincuenta Aniversario de la fundación 1633-1983, Quito, nov. 1982.
27. CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO (CONADE). Plan Nacional de Desarrollo 1980-1984 del Gobierno Democrático, II Parte. Tomo III, Políticas y Programas Sectoriales: desarrollo social, empleo, salarios, capacitación de recursos humanos, promoción popular y vivienda. Otavalo, Ed. Gallo Capitán, sn. f.
28. CUEVA, AGUSTIN. El Proceso de Dominación Política en el Ecuador. Quito, Ed. Alberto Crespo, 1981.
29. DE ALMEIDA SOUZA, ALINA. Desenvolvimento dos Serviços de Assessoria de Enfermagem da Organizacao Pan-Americana da Salud: Impacto na Educacao de Enfermagem Latino Americana (1940-1980). Brasil, Bureau Gráfica Ed. Tesis de Grado en la Universidad de Ohio, 1983.
30. DE LA TORRE, PATRICIA. La participación gremial de Enfermería: La Asociación Ecuatoriana de Enfermeras, 1958-1982. Quito, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 1982.
31. DE LA TORRE, PATRICIA. El Estado y Salud; situación y alternativas: el caso Columbe, Chimborazo. Quito, mimeo, 1982.
32. DE LA TORRE, PATRICIA y VELASCO, MARGARITA. La Educación de Enfermería en Ecuador: Notas para su análisis. Quito, ASEDEE, 1984.

33. DIARIO "EL DIA", 24 de mayo de 1933.
34. ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. Evaluación de los Programas Educativos de Enfermería. Guayaquil (mimeo), 1970.
35. ESCUELA SAN VICENTE DE PAUL. Algunas consideraciones para la reformulación de la política educativa de enfermería en el Ecuador. Guayaquil, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 1979.
36. ESCUELA DE ENFERMERIA DE GUAYAQUIL. "Análisis de la Política de Educación de Enfermería". Guayaquil, Universidad de Guayaquil, 1979.
37. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA. Análisis y recomendaciones de la política educativa de enfermería y normas mínimas para la organización y desarrollo de organismos universitarios de educación en enfermería. Quito, Universidad Central del Ecuador, 1979.
38. ESCUELA DE ENFERMERIA. Evaluación y replanteamiento de la política de educación de enfermería del Ecuador. Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 1979.
39. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA. Plan curricular. Quito, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, 1961.
40. FALEIROS, VICENTE DE PAULA. A Política Social do Estado Capitalista: As Funções da Previdência e da Assitencia Socialis. Brasil, Cortez, Editora, 1980.
41. FACULTAD DE ENFERMERIA-PUCE. Historia de la Facultad de Enfermería. Quito, Archivos, Facultad Enfermería, 1969.
42. FACULTAD DE ENFERMERIA. Evaluación de política de educación de enfermería y las normas mínimas para la organización y desarrollo de organismos universitarios de educación de enfermería. Quito, PUCE, 1979.
43. GUERRERO, ANDRES. Los oligarcas del cacao. Quito. Ed. El Conejo, 1982.
44. JARAMILLO ALVARADO, PIO. El indio ecuatoriano. Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1954.
45. MAHLER, HALJDAN. El sentido de "la salud para todos en el año 2.000". Foro Mundial de la salud, 2 (1), Ginebra, OMS, 1981.
46. MALO, HERNAN. Historia del renacimiento universitario ecuatoriano. Vol. I, Corporation Editora Nacional, Sn. f.

47. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud. Ponencia del Ecuador en IV reunión especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington D. C. 26-27 de septiembre, Quito, Editora Mantilla, 1977.
48. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, MSP. Informe de labores 1972-1977. Quito, 1977.
49. MSP/FODERUMA. Atención primaria de salud con participación comunitaria. Programa de Extensión de Cobertura, Manual de uso institucional, Vol. I. Quito, Ecuador, Gráficas San Pablo Cía. Ltda., 1979.
50. MSP. "Política, propósitos y objetivos de la atención primaria de salud, funciones y tareas del Promotor de Salud" en informe final de Seminario de revisión de los manuales de atención primaria de salud. Quito, MSP mimeo, 1981.
51. MONTALVO, MARTHA y SUAREZ, ALKINZA. Análisis de la práctica de la egresada de la Escuela Nacional de Enfermería de Quito, dentro del Plan Nacional de Salud Rural. Quito, Facultad de Enfermería PUCE, Tesis de Grado, 1983.
51. MORILLO, ROCIO y RIOS, NELLY. Análisis de la práctica de la enfermera egresada de Salud Rural. Quito, Facultad de Enfermería PUCE, Tesis de Grado, 1983.
- MOREANO, ALEJANDRO et. al. Ecuador: pasado y presente. Quito, Universidad Central del Ecuador, Instituto de Investigaciones Económicas, 1976.
53. OMS/OPS. Metas en materia de enfermería, Ginebra, Resolución XIX, 13a. Sesión Plenaria, 1980.
54. OMS/OPS. "Función del personal de enfermería y de las parteras en la estrategia de salud para todos". Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 36 Asamblea Mundial de la Salud, 12a. Sesión Plenaria, 1983.
55. OPS/OMS. Comité de Expertos de la OPS/OMS en la enseñanza de enfermería médica quirúrgica en las escuelas de enfermería de América Latina, primer informe. Publicación científica No. 242, Washington, OPS, 1972.
56. OPS/OMS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Documentos oficial No. 118, Washington, OPS/OMS, 1973.
57. OPS/OMS. Seminario sobre enseñanza de enfermería a nivel universitario, informe final. Lima-Perú, 22 de noviembre-3 de diciembre de 1971, publicación científica No. 259, Washington, OPS, 1973.
58. OPS/OMS. Enseñanza de enfermería integrada a la educación media: consideraciones generales sobre planificación y desarrollo de programas. Publicación científica No. 274, Washington, 1973.

59. OPS/OMS. Informe del Comité del programa de textos de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Washington D.C. 21 de julio-8 de agosto de 1975, publicación científica No. 332, Washington, 1976.
60. OPS/OMS. Informe del Comité del programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la introducción a la enfermería. Washington D.C., 5 al 9 de noviembre de 1973, publicación científica No. 303, Washington, 1975.
61. OPS/OMS. Boletín informativo. Enero, 1977.
62. OPS/OMS. Atención primaria de salud, informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma Ata, URSS. Septiembre 1978, Ginebra, OMS, 1978.
63. OPS/OMS. Informe del Comité del programa de textos de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud mental y psiquiatría. Washington D. C. 23 de septiembre-1 de octubre de 1976, publicación No. 363, Washington, 1978.
64. RIFFKA, SOHEL, comp. Los modelos de la crisis. Quito, Ed. El Conejo/ILDIS, 1983.
65. ROJAS, PIEDAD H. DE LA C., Papel de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería: la política de educación de enfermería Ecuador. Quinquenio 1979-1984. Quito, Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería, 1983.
66. RODRIGUEZ NITO, ELEUTERIO. Integração Docente-Assistencial em Saude. Disertacao de Maestrado Apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo Departamento de Medicina Preventiva, Sao Paulo mimeo, 1979.
67. SAMANIEGO, Juan José. Cronología médica ecuatoriana. Quito, Casa de la Cultura, 1957.
68. SUAREZ, JOSE y LOPEZ, RAUL. Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural. Instituto de Investigaciones Nutricionales Médico Sociales del MSP (ININMS), Quito, 1982.
69. VELASCO, FERNANDO. Ecuador: subdesarrollo y dependencia. Quito, Ed. El Conejo, 1981.
70. VELASCO, MARGARITA. Enfermería: luchas y organización gremial. Quito, 1981.
71. VELASCO, MARGARITA, et. al. Determinantes históricos de la práctica de enfermería en el Hospital Eugenio Espejo. Quito, Hospital Eugenio Espejo, 1982.

72. VELASCO, JOSE MARIA. Revista jurídica. Quito, 1934.
73. VERDERESE, OLGA y PLANT, RENATA. Informe del estudio de las escuelas universitarias de enfermería en América Latina. Informe de enfermería, Washington, OPS, No. 18, 1976.