LA ENFERMERÍA COLOMBIANA. ENCUENTROS, DESENCUENTOS Y POSIBILIDADES EN EL CAMPO DE LA SALUD COLECTIVA

Dra. María Claudia Duque Páramo* *Profesora Titular de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

RESUMEN

Las Enfermeras Colombianas hemos ido ampliando nuestra perspectiva, de una mirada centrada en nosotras mismas, a pensar la Enfermería como una praxis del cuidado que centra su atención en la salud y la solución de los problemas de salud de las personas y los colectivos con quienes trabajamos en ámbitos hospitalarios y comunitarios. En un primer momento del texto utilizo algunos elementos de la investigación en Enfermería y de los procesos de conceptualización del cuidado de Enfermería que me sirven para mostrar cómo estos fenómenos nos han permitido movilizarnos de la dependencia y la imitación y de una mirada centrada en nosotras mismas, hacia procesos originales de conceptualización del cuidado y a un interés en el paciente, los colectivos y en general la salud de los Colombianos. En un segundo momento utilizo el concepto de Promoción de la Salud para pensar a la Salud Colectiva como un medio de transformación de la práctica y como una lente de mirada en la salud de los Colombianos, la cual analizo con un enfoque desde los determinantes de la salud. Finalmente, y a manera de conclusión, presento algunas propuestas prácticas que se derivan de la discusión previa.

Palabras clave: Enfermería Colombiana. Salud colectiva. Cuidado de Enfermería. Conceptualización de Enfermería. Situación de salud de los colombianos.

ABSTRACT

From a focus centered on ourselves, Colombian nurses have been widening our perspective towards thinking about nursing as a caring praxis, focusing on health and solving health problems of persons and collectives we work with in hospitals and community settings. Based on the analysis of some Colombian nursing research issues and the processes of nursing conceptualization, I discuss how such phenomena have allowed us to move from dependency and imitation towards original nursing care conceptualizations and towards an interest centered on patients, collectives and, more broadly, health of the Colombians. Then, based on the Health Promotion concept, I discuss about Collective Health as a mean to transform nursing practice, at the same time that analyze the Colombians' health situation using the Determinants of Health approach. Finally, I conclude the paper with some practical ideas derived from the previous discussion.

Keywords: Colombian nursing. Collective health. Nursing care. Nursing conceptualization. Colombians' health situation.

Cuando me encontraba preparando esta ponencia, como sucede al adentrarnos en la tarea de poner juntas algunas ideas para un escrito, terminé revisando algunos documentos diferentes a los que había pensado inicialmente. Fue así como me encontré con un artículo que escribí hace algunos años para la revista de Enfermería de la

Universidad Javeriana en Bogotá sobre la investigación en Enfermería en Colombia y con las memorias del Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería de 1999 organizado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Estos textos llevaron a otros y a repensar la ponencia nuevamente.

Asimismo, leyendo algunos documentos sobre *investigación, Enfermería, cuidado y salud colectiva* me encontré analizando tendencias de los modelos y teorías, señalando temas de relevancia e interés, y definiendo semejanzas y diferencias. Pensé entonces, que ya desde hace algunos años, hemos estado escuchando, leyendo y escribiendo sobre la salud colectiva y la Enfermería y que tal vez esta ponencia sea una buena oportunidad de empezar a recoger y a poner juntas algunas de las ideas que, desde diferentes orillas, hemos venido proponiendo algunas personas interesadas en estos campos. También me encontré que al pensar en estos temas no sólo surgían algunos textos, sino también memorias de diversas experiencias como estudiante, profesora e investigadora. Entonces, decidí acoger también el método autobiográfico como herramienta de exploración. Sin embargo, en este punto considero necesario precisar que no es mi propósito el escribir una historia de la Enfermería en Colombia, sino que los elementos conceptuales y autobiográficos los utilizaré como parte de la argumentación que me propongo alrededor de la Enfermería y la salud colectiva.

Ya desde hace un tiempo, algunas Enfermeras y Enfermeros¹ Colombianos hemos venido reconociendo y promulgando, que el cuidado de Enfermería es la finalidad y el sentido de nuestra praxis, y que este cuidado lo realizamos en dos ámbitos: el clínico u hospitalario y el colectivo o comunitario. A pesar de lo obvio que nos pueden sonar, estos conceptos no dejan de plantearnos muchas preguntas e inquietudes: Si, siguiendo a Foucault, la clínica es una forma de mirada sobre la enfermedad ⁽²⁾ y lo hospitalario se refiere más a una institución social y a un sitio, ¿no es acaso confuso, decir que lo clínico es sinónimo de lo hospitalario? En esta misma línea, ¿qué tan válido es decir que lo comunitario y lo colectivo son semejantes? Acaso lo comunitario, visto desde los modelos de desarrollo de los 1960s y 1970s en América Latina, no se refiere más a grupos marginales y a políticas sociales para pobres, y lo colectivo nos indica una idea más amplia de grupos sociales y no solamente las clases bajas? Puesto que en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, nuestros departamentos se denominan Enfermería Clínica y Enfermería en Salud Colectiva, estas discusiones las hemos tenido ya desde hace algunos años y, aunque sigo teniendo más preguntas que certezas, ya hay algunos elementos, particularmente en la salud colectiva que creo vale la pena presentar a un público más amplio.

En este contexto, me alegra tener la oportunidad de compartir con ustedes algunas ideas alrededor de estos temas. Sin embargo, no es mi propósito trabajar explícita-

mente las preguntas expuestas sobre lo colectivo y lo clínico. Mi interés está en algo más práctico: la salud de los Colombianos como un propósito central de nuestro quehacer. Así, la idea que articula mi ponencia es considerar que ya sea como Enfermeras, profesoras de Enfermería o investigadoras, en ámbitos hospitalarios o comunitarios, un propósito central es contribuir a pensar y a solucionar los problemas de salud y enfermedad y a mejorar la situación de salud y bienestar de las poblaciones, en nuestro caso, de los colombianos.

Una vez puesto este asunto, pasaré en un primer momento a explorar algunos elementos de la investigación en Enfermería y de los procesos de conceptualización del cuidado de Enfermería que me servirán para mostrar cómo estos fenómenos nos han permitido movilizarnos de la dependencia y la imitación y de una mirada centrada en nosotras mismas, hacia procesos originales de conceptualización del cuidado y a un interés en el paciente, los colectivos y en general la salud de los Colombianos. En un segundo momento plantearé algunos elementos sobre la salud colectiva como espacio de interés de las Enfermeras y lente de mirada en la salud de los Colombianos. Para ello utilizaré un análisis de la situación de salud de los colombianos con un enfoque desde los determinantes de la salud. Finalmente, y a manera de conclusión, presento algunas propuestas que se derivan de la discusión previa.

Entre la dependencia y la imitación hacia la construcción de Autonomía Disciplinar a través del Cuidado

En un capítulo que escribimos recientemente sobre la educación superior en Enfermería en Colombia, el cual será publicado en un libro sobre Enfermería y globalización en las Américas ⁽²⁾, con Martha López planteamos que desde mediados del siglo XX las Enfermeras profesionales en nuestro país han luchado por transformar una práctica que hasta entonces se caracterizó por una subordinación a la disciplina médica, bajos salarios y pobres condiciones de trabajo. Desde los 1970s las Enfermeras profesionales Colombianas nos hemos movificado hacia una práctica más independiente, hemos ganado reconocimiento como profesionales en el campo de la salud y poco a poco, en algunos campos, hemos ido obteniendo mejores salarios y condiciones de trabajo. Creemos que, además de otros factores, las facultades de Enfermería han sido actores y agentes de estos cambios a través de seis estrategias: el diseño de currículos basados en el perfil de salud de la población; el desarrollo de la investigación en Enfermería; los programas de postgrado; la

implementación del proceso de Enfermería y de los modelos y teorías de Enfermería desarrollados en Norteamérica; la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería -ACOFAEN, y los procesos de conceptualización en Enfermería desarrollados por profesoras de diversas facultades.

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, propongo que la investigación en Enfermería en Colombia, se inició como una práctica que copiaba los diseños ya probados por las Enfermeras en los Estados Unidos de Norteamérica e imitaba los modelos bioclínicos y epidemiológicos y poco a poco, la hemos ido transformando en una actividad que alimenta nuestra propia producción disciplinar. Con el propósito de apoyar esta propuesta, en un primer momento, quisiera retomar algunos elementos de un texto anterior ⁽⁵⁾.

Desde el nacimiento de la Enfermería moderna Florence Nightingale planteó realizar estudios sistemáticos, basados en la observación y el registro, de los pacientes y sus enfermedades. Sin embargo, esta tarea investigativa centrada en los pacientes, al parecer, no fue realizada por Enfermeras, durante un largo tiempo. Más aún, las primeras investigaciones realizadas en los Estados Unidos se enfocaron en las mismas Enfermeras, como un medio político para identificar problemas, llamar la atención y buscar soluciones a las condiciones de estudiantes y Enfermeras. Como lo plantean Abdellah y Levine ⁽⁶⁾, en 1920 en Estados Unidos se realizó un estudio en el que se identificaron las condiciones inadecuadas de las viviendas de las estudiantes de Enfermería. Investigaciones posteriores en ese mismo país, se enfocaron en temas como el manejo de tiempos, educación y demanda de servicios de Enfermería, análisis de las condiciones de trabajo y un censo nacional de Enfermería. El Reporte Brown, publicado en 1948 recomienda continuar con este tipo de estudios sobre: funciones de la Enfermera, educación en servicio, roles y actitudes, equipos de Enfermería, relación Enfermera-paciente y ambiente hospitalario.

Durante los 1960s y hasta los 1980s la investigación en Colombia siguió la misma tendencia de los Estados Unidos, con estudios centrados en las Enfermeras y en las condiciones laborales. En este sentido, durante el *II Coloquio Nacional de Enfermería*, Lucila Niño de Peña ⁽⁵⁾ afirmaba que la investigación de la Enfermería colombiana había seguido el mismo camino de la investigación en los Estados Unidos, con veinte años de diferencia. Asimismo agrupaba las investigaciones realizadas en la Enfermería Colombiana, hasta ese momento, en cuatro grandes tendencias: autoconocimiento como grupo pro-

fesional, reafirmación del status de la Enfermera en la sociedad, resaltar el desempeño de la Enfermera y nuevos roles y ampliación del campo de la Enfermería.

Interpreto que este énfasis en estudios centrados en las Enfermeras corresponde, en Colombia, a un contexto histórico y político en el que la joven profesión de Enfermería necesitaba apoyarse en elementos científicos para validar su papel en la sociedad como profesional de la salud, con iguales derechos y deberes a otros como médicos y odontólogos.

Sin embargo, esta tendencia empezó a cambiar desde los 1980s. Aunque un estudio sistemático de la producción de la investigación, permitiría identificar otros factores contextuales e intrínsecos. Como parte de este ejercicio analítico, quisiera vincular este cambio de mirada a tres fenómenos que se han dado de manera integrada y han actuado de manera sinérgica, con mayor énfasis en las facultades de Enfermería: los procesos conceptualización de Enfermería, la adopción del concepto de cuidado de Enfermería como la acción que define nuestro quehacer profesional y la formación de profesionales de Enfermería en programas de postgrado en salud pública, y en ciencias sociales. Pasemos entonces a hablar un poco sobre estos fenómenos.

El Cuidado de Enfermería: Acción y Concepto de la Identidad

Desde el surgimiento en Colombia de la Enfermería profesional en los 1960s ha habido una pregunta que aún se sigue planteando de manera implícita: ¿Qué hace a la Enfermería un campo profesional? En una sociedad como la Colombiana, marcadamente jerarquizada por clases sociales, otra forma en que se ha planteado esta pregunta ha sido: si todas somos Enfermeras, ¿cuál es la diferencia entre las auxiliares, las tecnólogas y las profesionales? Una respuesta inicial a estas preguntas las encontramos tanto en los requisitos de entrada para cada uno de los programas como en los currículos y planes de estudio y obviamente en los títulos. Aunque ciertas investigaciones sobre análisis funcional de tareas muestran que en la práctica de los servicios de salud, los tres niveles realizan actividades semejantes o iguales ⁽⁶⁻⁸⁾, también es cierto que más allá de los elementos académicos mencionados se dan diferencias en el ejercicio profesional.

En este contexto, quiero plantear que en Colombia, dos razones que han motivado el estudio del cuidado de Enfermería y los procesos de conceptualización de la práctica, han sido: uno, el interés por definir una

identidad profesional científica y dos, demarcar diferencias con otros niveles de formación, particularmente con las Auxiliares de Enfermería. En este sentido, por ejemplo una motivación inicial de algunos procesos de conceptualización desarrollados en algunas universidades Colombianas, ha sido el darle un sentido a la práctica de Enfermería más allá de lo puramente instrumental, al mismo tiempo que se construye una base teórica que nos da el pasaporte para actuar y ser reconocidas como profesionales con un campo disciplinar propio. No es mi intención sistematizar estos procesos de conceptualización, ni profundizar en un campo que vienen desarrollando de manera entusiasta colegas acá en la Javeriana y en otras facultades como las de la Universidad Nacional y la Universidad de la Sabana. Más bien, quiero a continuación retomar algunos elementos autobiográficos para ilustrar cómo, nuevamente a partir de un interés centrado en nosotras mismas, pensando y trabajando el concepto de cuidado de Enfermería, hemos movilizado la mirada hacia las personas con las que trabajamos, individuos y colectivos sujetos del cuidado de Enfermería.

Como estudiante de Enfermería de la Universidad Javeriana a finales de los 1970s, recuerdo los interminables trabajos sobre Procesos de Enfermería que debíamos escribir en cuadernos especiales. Nuestra nota final de práctica, y en gran medida el semestre dependían de esos trabajos en los que cuidadosamente registrábamos no sólo una completa síntesis de la historia clínica del paciente y de sus patologías, sino lo que mejor recordábamos de nuestras conversaciones informales y entrevistas de cada día tanto con el paciente, como con sus familiares y con otros miembros del equipo de salud. Con estos insumos y utilizando el modelo de Maslow, debíamos luego identificar las necesidades insatisfechas del paciente, para luego diseñar, ejecutar y evaluar un plan de cuidado de Enfermería en el que cada cuidado debía ir sustentado en uno o varios principios científicos.

No estoy muy segura de haber sido conciente de ello en esa época, pero el proceso de Enfermería así pensado, al igual que el librito de los principios científicos de Nordmark⁽⁹⁾ provenían de Norteamérica. La influencia de los Estados Unidos en la formación y práctica de las Enfermeras Colombianas ha sido evidente no sólo por la influencia de los modelos de formación biomédica Flexnerianos, como lo plantea Ana Luisa Velandia⁽¹⁰⁾, sino que para mí como estudiante de esa época, era el lugar de donde provenía Sister Mary Lea Schulte quien fue varios años decana de nuestra facultad y a donde habían ido a estudiar la licenciatura las primeras Enfermeras que iniciaron el primer programa de Licenciatura en

Enfermería de la Universidad Nacional y a donde también fueron a estudiar postgrados otras Enfermeras de la Universidad del Valle.

A pesar de nuestras quejas estudiantiles al Proceso de Enfermería y de las críticas de Enfermeras de otras facultades a una estrategia de enseñanza basada en la comunicación y la interacción, creo que mucho de lo que aprendimos haciendo estos trabajos lo seguimos considerando, ya no sólo en nuestra facultad, sino en otros ámbitos de la Enfermería Colombiana, componentes centrales de la enseñanza y la práctica de Enfermería actual. Me refiero específicamente a tres elementos: la necesidad de basar nuestras acciones en un proceso sistemático y amplio de recolección de información; el valor insustituible que tienen la interacción y la comunicación en la práctica de Enfermería, y la gran importancia de individualizar el cuidado de Enfermería con base en la realidad de cada paciente y en sus propias necesidades y problemas.

Luego a finales de los 1980s como profesora de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, en un curso con Grace Morgan y si mal no recuerdo, con otras profesoras de la Universidad Nacional, tuve mi primer encuentro juicioso con las teorías y modelos desarrollados por Enfermeras norteamericanas. Autores como Gordon y sus patrones funcionales y Dorotea Orem y su teoría de autocuidado, iluminaron con sus conceptos, teorías, modelos y nueva forma de enunciar los diagnósticos, un campo que hasta el momento no tenía, para mí, palabras para ser nombrado. Claro, como Enfermera sabía por experiencia que el cuidado lo hacemos en interacciones, pero con el lenguaje médico que conocía no tenía cómo expresar muchas cosas que sabía y sentía que me sucedían en la relación con el paciente o con personas en las comunidades. A partir de ese momento, las necesidades de Maslow que me habían acompañado por algo más de una década, dieron paso a los patrones funcionales, que además de las conocidas categorías fisiológicas, como nutrición o eliminación, incluía otras como actividad y descanso, percepción de sí mismo, percepción de la salud, adaptación y manejo del estrés, rol y relaciones interpersonales y creencias y valores.

Este primer encuentro ciertamente me sirvió para iluminar y abrir nuevas puertas. A comienzos de los 1990s ahora como profesora de pediatría en la Javeriana, junto con Silvia Cabrera nos dimos a la tarea de diseñar un instrumento de valoración basados en los patrones funcionales de Gordon, pero adecuados para la niñez en los ámbitos hospitalario y comunitario. Es un formato de ocho páginas titulado *Guía para definir la situación de*

salud del niño e identificar problemas⁽¹¹⁾ que incluye indicaciones y preguntas específicas para valorar 16 patrones. Promovimos el uso de esta guía porque le reconocíamos bondades al modelo de Gordon (como integrar patrones fisiológicos con otros sociales, culturales y psicológicos) y le veíamos beneficios para el estudiante al seguir un método sistemático usando el proceso de Enfermería. Fue importante tener presentes estos beneficios en los momentos en que nos encontrábamos con la cara de incredulidad de algunas estudiantes al ver el tamaño del instrumento que les pedíamos trabajar como parte de sus prácticas.

Recuerdo que nuestro interés en los diagnósticos de Enfermería de la NANDA y en los patrones funcionales de Gordon, fue visto inicialmente con dudas por otras personas. Desde mediados de los 1980s algunas las profesoras de Enfermería de la Javeriana venían participando, junto con profesores de la facultad de filosofía, en seminarios de conceptualización de la práctica de Enfermería. Pienso ahora que, frente al proceso original de investigación fenomenológica⁽¹²⁻¹⁴⁾ que venían haciendo, y en el que participé después durante un tiempo, nuestra tarea de adaptar y diseñar instrumentos, se debía ver como simple imitación de modelos extranjeros. Después de algunas conversaciones sobre el tema creo que comprendimos que las dos opciones no eran excluyentes. Asimismo, pienso que las preguntas sobre si imitar, adaptar o producir conceptualizaciones originales, nos las hemos planteado en muchas facultades de Enfermería. Mientras algunas adoptamos caminos intermedios de producción original y adaptación flexible de diversos materiales extranjeros, otras se enfocaron en la adopción y adaptación de los modelos y teorías, llegando en algunos casos a escoger una teoría como modelo de formación. Personalmente considero de gran valor todos estos procesos porque son evidencia de ese movimiento de la mirada centrada en nosotras mismas, hacia las personas con las que trabajamos y porque a pesar de las limitaciones y de las imitaciones que podamos encontrar, son procesos en los que también hay originalidad y esfuerzos por definir a la Enfermería colombiana. Me pregunto si alguna estudiante del doctorado, o alguna investigadora de los grupos de las diferentes facultades de Enfermería nos contarán algún día los resultados de una investigación sobre cómo se han dado y qué hemos producido de manera colectiva a través de los procesos de conceptualización.

Además de estos procesos, la formación de Enfermeras, muchas de ellas profesoras, en postgrados interdisciplinarios, también ha contribuido de manera importante a movilizar la mirada hacia las necesidades y problemas de

salud de la población. Sin hacer una revisión exhaustiva, hice un análisis de algunos textos de Enfermeras con formación en postgrados de ciencias sociales sobre cuidado y práctica de Enfermería (15-18), de los que quiero resaltar algunas tendencias:

- Se encuentra una crítica a los modelos biomédicos y al positivismo.
- La argumentación busca integrar las dimensiones sociales y/o culturales del cuidado de Enfermería.
- Se plantea el concepto de determinantes de la salud, particularmente la idea proveniente del materialismo histórico de determinantes socio-históricos.
- Hay una crítica a los modelos médicos y patriarcales hegemónicos
- Frente a estos modelos hegemónicos el cuidado se propone como una alternativa de construcción desde la interacción y la comunicación.

Un elemento final que también nos ha llevado a movilizar la mirada hacia las personas y los colectivos, es la dimensión cultural. Aunque hasta mediados de los 1990s ya teníamos en Colombia publicaciones de Enfermeras en el campo de la antropología médica (19, 20), creo que en nuestro país el tema de dimensión cultural del cuidado de Enfermería adquiere mayor relevancia bajo la influencia de Enfermeras norteamericanas como Madeleine Leininger y Juliene Lipson (21). Lipson además de participar como ponente central en el XIV Coloquio de Investigación realizado en Tunja, ha venido en otras ocasiones. Como lo muestran algunas ponencias presentadas en los coloquios de los últimos años, las investigaciones con minorías étnicas y el tema de la diversidad cultural del cuidado de la salud forman parte ya de los intereses de las Enfermeras.

La Salud Colectiva: Espacio de interés de las Enfermeras y lente de mirada de la salud de los Colombianos

La Salud Colectiva (SC) es uno de esos conceptos de los que mucha gente habla, pero cuando alguien pregunta por sus orígenes o delimitaciones, esas mismas personas prefieren permanecer calladas. Tengo entendido por ejemplo, que el concepto surge en Brasil, que ha hecho cierta carrera en varios países de América Latina, siendo Colombia uno de ellos, pero también lo he escuchado en algunos contextos de los Estados Unidos, como un fenó-

meno de connotaciones socialistas. De hecho, aunque no es fácil encontrar bibliografía sobre el tema, sí creo que es posible definir algunas tendencias con respecto al uso. Por ejemplo, entenderlo como un sinónimo de salud pública, o considerarlo como una postura transformadora de la salud pública.

Sin embargo, con el fin de continuar tejiendo esta ponencia, más que entrar en una revisión histórica conceptual sobre la salud colectiva, quiero mejor plantear mi postura. Me encuentro entre las que entienden a la SC como una mirada renovada de la Salud pública. Al mismo tiempo, entiendo que la SC implica una postura conceptual y política que asume a la salud como un fenómeno sociocultural determinado por diversos factores económicos, biológicos, políticos, y culturales. Con el propósito de ilustrar estas ideas, demos una mirada a la situación de salud de los colombianos, desde el concepto de determinantes de la salud.

Situación de salud de los Colombianos

La situación de salud de los Colombianos muestra un perfil epidemiológico que combina predominantemente enfermedades crónicas con eventos asociados a las diferentes formas de violencia y accidentes, y enfermedades transmisibles. Con base en informes del antiguo Ministerio de Salud ⁽²²⁾ y de la representación Colombia de la Organización Panamericana de la Salud ⁽²³⁾, he definido los 10 principales problemas de salud de los Colombianos así:

1. Enfermedades cardiovasculares: primera causa de muerte (122.1 por 100.000 hab.)
2. Lesiones y muertes por causas externas: (108.8 por 100.000 hab.) Incluyen homicidios, suicidios y accidentes por diversas causas: automotriz, ahogamientos, entre los de mayor incidencia.
3. Tumores: (65.7 por 100.000 hab.)
4. Enfermedades transmisibles (29.7 por 100.000 hab.). Dentro de las de mayor incidencia e impacto se encuentran: enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis), cólera y otras infecciones intestinales, enfermedades transmisibles crónicas (tuberculosis, lepra), rabia y otras zoonosis, infecciones respiratorias agudas, SIDA, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis B.
5. Afecciones del período perinatal (19.6 por 100.000 hab.). Incluyen trastornos respiratorios, malformacio-

nes congénitas, lesiones fetales y del neonato por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, y complicaciones de embarazo, parto y puerperio.

6. Enfermedades nutricionales y hambre en aumento, particularmente en las poblaciones de menores ingresos y en los niños y ancianos.
7. Enfermedades emergentes y reemergentes. El VIH/SIDA es un problema que sigue aumentando como causa de enfermedad y muerte (1.713 muertes por 100.000 hab. En 1999). La tuberculosis, después de muchos años de haber sido relativamente controlada, en 1993 empezó nuevamente a aumentar hasta alcanzar una tasa de 28 por 100.000 hab. en 1995.
8. Problemas del sistema de salud: incluyen limitada capacidad de respuesta del sistema de salud pública; en 2004, 42.34% de la población carecía de aseguramiento en salud; el sistema de salud continúa centrado en la atención de la enfermedad y los recursos para prevención y promoción son todavía insuficientes. Las coberturas de vacunación nacionales descendieron a niveles no útiles como consecuencia de diversos factores, entre los que se reconoce que ha sido muy importante la ruptura de la integralidad de la salud pública que produjo la reforma de salud.
9. Problemas ambientales. Aunque ha habido aumento de la cobertura, sólo el 21.7% de los municipios tienen un sistema adecuado de tratamiento de aguas residuales, y la cobertura del servicio de acueducto sólo llega al 53.1% de los hogares del área rural.
10. La mayoría de la población colombiana (59.8% vivía bajo la línea de pobreza en el 2000) carece de las condiciones mínimas de vida que se requieren para la salud y muy seguramente una mayor proporción carecen de los prerequisites para la salud definidos en la Carta de Ottawa: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad.

Las diversas fuentes consultadas muestran que varios de los problemas de salud enunciados guardan una relación con desigualdades e inequidades. Como consecuencia del sistema político Colombiano, que hasta 1991 fue altamente centralizado, y además de una sociedad marcadamente jerarquizada y estratificada socialmente, y de políticas sociales y económicas que han centralizado los recursos en las zonas urbanas más grandes, las personas que viven en áreas rurales y en ciertas zonas geográficas,

sufren de inequidades. Estas inequidades se expresan, entre otras, en menor acceso a servicios de salud y servicios públicos, mayor incidencia de enfermedades transmisibles y mayores Tasas de Mortalidad Infantil (TMI). Otras inequidades se ven en relación al nivel de ingresos y al estrato socioeconómico: la TMI (cuyas muertes corresponden en su mayoría a problemas perinatales y enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias) es mayor en zonas rurales, en los municipios más pequeños y aislados de las regiones de Colombia con menores recursos, y también es mayor en las localidades de Bogotá en las que viven personas de estratos socioeconómicos más bajos (en el 2000 en la localidad de Santa Fe donde el 95.6% de las personas son de estrato 1, 2 y 3 la TMI fue de 21.6 por 1000 nacidos vivos, y en la localidad de Teusaquillo donde el 81.8% de la población son de estrato 4, 5 y 6, la TMI fue de 11.4). Estos problemas se ven agravados porque, desde comienzos de los 1990s (cuando adquirieron fuerza las reformas sociales y políticas de corte neoliberal) las inequidades económicas han aumentado y el conflicto social ha condicionado el desplazamiento masivo de poblaciones rurales que se enfrentan a aún peores condiciones de vida y de salud.

Otras desigualdades e inequidades se encuentran en relación a la etnia, el género y la edad. Las minorías étnicas, como indígenas, afrocolombianos, raizales y gitanos, tienden a tener también mayores TMI, menor Esperanza de Vida al Nacer, mayor incidencia de enfermedades transmisibles, y menor acceso a servicios públicos. Aunque la violencia en sus diferentes dimensiones marca la vida de los Colombianos, las muertes y lesiones relacionadas con los diversos tipos de violencia, maltrato y descuido están afectando mucho más a los hombres jóvenes. Ya en el grupo de 1 a 4 años, el ahogamiento accidental es la segunda causa de muerte y los accidentes de transporte la quinta causa de muerte. El problema se agrava en los hombres de 5 a 14 años y en los de 15 a 44 años, en quienes las cuatro primeras causas de muerte resultan de accidentes, homicidios y ahogamientos. Esta situación es tan grave que ya se encuentra una dramática disminución de los grupos de 15 a 35 años. Sin embargo, en relación a la violencia doméstica, el maltrato y la negligencia, la mayoría de las víctimas son niños, niñas, mujeres y ancianas y ancianos.

Políticas y Estrategias

Desafortunadamente, las políticas y estrategias funcionando actualmente todavía no logran responder de manera efectiva a la compleja problemática de salud de los

Colombianos y en la mayoría de las ocasiones son programas aislados que adolecen de fallas en continuidad, diseño y evaluación y que muchas veces se centran sólo en aspectos curativos. Adicionalmente, en general los programas de prevención y promoción de la salud han sido diseñados siguiendo el modelo de Leavell y Clark que se encuentra centrado en el control de las enfermedades y no en las propuestas de promoción de la salud que se han venido desarrollando desde la Carta de Ottawa. En este sentido, los programas son en general actividades de educación en salud, que buscan —generalmente sin resultados positivos, cambiar las conductas de las personas a través de estrategias educativas. Asimismo la mayoría de los programas mantienen el control en el sector sanitario, negando el valor de la participación comunitaria propuesta ya desde la estrategia de Atención Primaria en Salud en la Declaración de Alma Ata en 1988⁽²⁴⁾, y reconocida una y otra vez en las diferentes reuniones sobre Promoción de la Salud desde la realizada en Ottawa en 1986^(25, 26).

En el contexto de la SC, la *Promoción de la Salud*, como fue propuesta en la ciudad Canadiense es una estrategia claramente distinta a la promoción de la salud que forma parte del primer nivel de prevención propuestos por Leavell y Clark. En el modelo de la historia natural de la enfermedad el papel de los servicios de salud continúa siendo protagónico y la participación social alrededor de la salud sólo tiene validez en su función de colaboradores o controladores —como en el caso de la legislación vigente en Colombia sobre los Comités de Participación Comunitaria en Salud— de unos servicios de salud que poseen el saber y el poder para la planeación, ejecución y la evaluación de acciones, planes y políticas.

Como lo he planteado anteriormente⁽²⁷⁾, en el modelo de Promoción de la Salud, la salud como ausencia de enfermedad deja de ser el fin último y se convierte en un medio para obtener bienestar, calidad de vida y desarrollo humano y social; asimismo en esta propuesta se reconoce que la salud de los colectivos y los individuos requiere de unos prerrequisitos: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad, sin los cuales la salud no puede lograrse. La salud entonces ya no se concibe como carencia en su versión ausencia de enfermedad, sino que adquiere su status positivo y se entiende como bienestar. En este contexto, la salud sale definitivamente del estrecho marco biomédico y clínico y entra en un mundo social en el que se la concibe como resultante de factores globales, nacionales y locales, y se amplían las dimensiones que la definen y las que la salud afecta: cultura, economía, política, organiza-

Los Maestros Escriben

ción social. Asimismo las acciones, planes y políticas en salud dejan de ser propiedad exclusiva de los servicios de salud y entran a formar parte del mundo social más amplio con diversidad de actores sociales: políticos, planificadores, líderes comunitarios, madres, maestros, entre muchos otros, adquieren voz y protagonismo en las decisiones sobre su bienestar y el de los colectivos.

Algunas Propuestas Finales

He planteado a través de este texto que las Enfermeras Colombianas hemos ido ampliando nuestra perspectiva, de una mirada centrada en nosotras mismas, a pensar la Enfermería como una praxis del cuidado que centra su atención en la salud y la solución de los problemas de salud de las personas y los colectivos con quienes trabajamos en ámbitos hospitalarios y comunitarios. En este contexto, desde el concepto de Promoción de la Salud, he propuesto algunos elementos para pensar a la Salud Colectiva como un medio de transformación de la práctica.

Aunque la tarea de contribuir a la solución de la compleja situación de salud de los Colombianos, no es una responsabilidad exclusiva del sector sanitario, ciertamente los profesionales de Enfermería seguimos teniendo posibilidades y recursos que aportar. En este sentido, el campo de la salud colectiva, construido, entre otros, con elementos provenientes de la Promoción de la Salud, nos ofrece interesantes posibilidades. Si aceptamos como válidas las ideas propuestas, es posible repensar y cambiar algunas prácticas que nos son conocidas, por ejemplo podríamos:

- Realizar investigaciones que documenten el papel de las relaciones jerárquicas en la formación y práctica de Enfermería, buscando comprender y transformar las formas verticales de poder existentes todavía dentro de las facultades y los servicios de Enfermería.
- Orientar la formación de estudiantes hacia la formación ciudadana, donde valores escritos en nuestra Constitución, como la diversidad y la participación sean parte real de su vida como estudiantes. Eso implica que las profesoras nos imaginemos también como ciudadanas con igualdad de derechos y deberes que las estudiantes.
- Pensar formas diferentes de docencia que propicien el aprendizaje de la participación y la democracia. No es posible esperar que los estudiantes aprendan sobre estos temas, si las metodologías y

las formas de evaluación siguen fomentando la autoridad y el control centrado en las profesoras.

- Incluir contenidos que propicien el análisis de los determinantes de la salud, una lectura crítica de la situación de salud de los diferentes grupos poblacionales y que hagan evidente las inequidades en salud.
- Propiciar el aprendizaje de herramientas que faciliten la comunicación, la interacción y relaciones horizontales de poder.
- Transformar algunos modelos de trabajo intradisciplinar basados en la rivalidad y la competencia, en estilos cooperativos de trabajo en grupo que al mismo tiempo que reconocen las competencias y logros individuales, nos permitan producir avances colectivos.
- Promocionar relaciones de solidaridad y corresponsabilidad entre Enfermeras, profesoras y estudiantes. También fomentar la función respetuosa y protectora para con las personas y los colectivos con quienes trabajamos. Para ello es necesario, entre otras, conocer y difundir de manera amplia la legislación vigente sobre derechos de autor, particularmente la parte que habla de los derechos de los estudiantes. Asimismo, los derechos de los pacientes y la legislación sobre ética de la investigación contenida en la resolución 13437 de 1991, la resolución 008430 de 1993 y la Declaración de Helsinki.

Estas son algunas ideas, entre las muchas que podemos seguir trabajando de manera individual y colectiva. Les agradezco su atención y confío en que con el paso del tiempo, sigamos trabajando con modelos y miradas conceptuales basadas en la comunicación y la interacción que nos acerquen al trabajo colectivo no sólo con otras colegas y personal del sector sanitario, sino con pacientes y comunidades. Tal vez así, y dejando un poco de lado el afán protagonístico y posesivo de quien sólo puede pensar con angustia en sus carencias, tengamos mayores posibilidades de contribuir a construir una Enfermería sensible y con capacidad de dar respuesta efectiva a los problemas y las necesidades de salud de los Colombianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. Bogotá: Siglo XXI de Colombia; 1986.

2. Duque-Páramo MC, López Maldonado MC. *Nursing higher education in Colombia*. En: Breda K, Barbee E, editores. *Nursing and Globalization in the Americas*. Hartford: Baywood Publishers.
3. Duque MC. *Una Mirada al Desarrollo de la Investigación en Enfermería*. Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo 1999;1(1):25-32.
4. Abdellah FG, Levine E. *Better patient care through nursing research*. New York: Macmillan; 1969.
5. Niño de Peña L. *La investigación en la práctica de Enfermería en Colombia*. En: II Coloquio Nacional de Ciencia e Investigación en Enfermería; Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 1981.
6. Cañón A. HM, Cortes de Téllez R, Rubio Y, Zuluaga LS. *Análisis funcional de tareas para el recurso de Enfermería en cinco ciudades del país*. Bogotá: ACOFAEN. SENA; 1996.
7. Ministerio de Salud. *Aplicación del Análisis Funcional de tareas para el recurso de salud en primer nivel y trauma. Estudio Piloto*. Bogotá: Ministerio de Salud. División de Recursos Humanos; 1995.
8. CENDEX, Health Family Foundation, Fedesarrollo, Ministerio de Salud. *Plan a largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
9. Nordmark MT. *Principios científicos aplicados a la Enfermería*. México: Prensa Médica Mexicana; 1967.
10. Velandia Mora AL. *Historia de la Enfermería en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1995.
11. Duque MC. *Manual sobre temas de cuidado primario al niño*. Bogotá: Javegraf; 1995.
12. Grupo de Conceptualización. *Experiencia de conceptualización en Enfermería*. Bogotá: Ceja; 2001.
13. Gutiérrez Bonilla ML, Torres de Sueñún AM. *Una experiencia de conceptualización en Enfermería*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 1992.
14. Rueda Montenegro P. *Aproximación a una conceptualización de Enfermería*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 1989.
15. Castrillón Agudelo MC. *La dimensión social de la práctica de Enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
16. Duque Cardona S. *Dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento*. En: XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1999.
17. Restrepo Vélez MO. *Elementos de reflexión para el arte y oficio de cuidar la salud*. En: XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1999.
18. Duque Páramo MC. *Dimensión cultural del cuidado de Enfermería*. En: XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1999.
19. Arias V. MM, Galvez A. AC, Alcaraz M. GM. *Situación de salud materno infantil asentamientos Embera. Dabeiba - Antioquia - Colombia 1985 - 1986*. Revista Investigación y Educación en Enfermería 1988;6(2):13-33.
20. Duque MC, Salazar E. *Cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras aisladas de Colombia*. Bogotá: Javegraf; 1994.
21. Lipson JG. *Cultura y cuidados de Enfermería*. En: XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1999.
22. Ministerio de Salud. *Situación de salud en Colombia*. Indicadores básicos 2002. Bogotá: Ministerio de Salud; 2002.
23. OPS/OMS, Representación Colombia. *Definición de la estrategia de cooperación con el país (ECP) 2006-2010*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Representación Colombia; 2005.
24. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. *Declaración de Alma Ata*. Génova; 1988.
25. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa; 1986.
26. González J, del Bosque S, del Bosque M. *Manos a la salud*. México: Centro (CIESS) y OPS; 1998.
27. Duque Páramo MC. *Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil*. En: Córdoba Sánchez CI, Duque Páramo MC, editores. *Cuidado de la Salud en la Niñez*. Bogotá: Javegraf; 2000.

NOTAS

- I Al decir Enfermeras, estoy también incluyendo a los Enfermeros. Puesto que la lectura de los dos géneros puede hacerse un poco pesada, de aquí en adelante sólo usaré un género para referirme a ambos.
- II Todos los problemas que enuncio son importantes y el orden corresponde de una parte a datos de incidencia y de otra, a la necesidad de escribir en algún orden.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Lic. María Claudia Duque Páramo: mcduque@javeriana.edu.co