

**LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN
CARTAGENA- COLOMBIA**

EDNA MARGARITA GÓMEZ BUSTAMANTE

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

RUDECOLOMBIA- UNIVERSIDAD DE

CARTAGENA

CADE CARTAGENA

FEBRERO, 2016

LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN CARTAGENA-COLOMBIA

EDNA MARGARITA GÓMEZ BUSTAMANTE

**Tesis presentada como requisito para optar al título de:
Doctora en Ciencias de la Educación**

**Directora Nacional: MARIA EUGENIA NAVAS RIOS
Director Internacional: ÁNGEL DÍAZ BARRIGA**

**Línea de Investigación: Educación Superior: Currículo, Gestión y
Evaluación Currículo**

**Grupo de Investigación: RUECA-Red Universitaria Evaluación De La
Calidad - Capitulo Colombia**

Cartagena, Colombia

CADE -Cartagena

Febrero, 2016

Nota de aceptación

Firmas jurados

Gracias Laureano, Laura Daniela y Jesús David, por su amor, paciencia, comprensión y empuje; y sobre todo, por ser pilares importantes para el logro de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar esta tesis doctoral quiero manifestar mi reconocimiento a todas las personas que a lo largo del proceso de elaboración han colaborado, o han mostrado su interés y apoyo moral.

En primer lugar, a la doctora María Eugenia Navas y al doctor Ángel Díaz-Barriga, mis directores de tesis, por su inestimable ayuda, consejos, orientaciones y sabias opiniones. Le agradezco de una forma muy especial su conducción, comprensión y disponibilidad a lo largo de todo el proceso que se inició con el Trabajo de la Suficiencia Investigadora. Sus reflexiones me han ayudado a crecer en la tarea de investigar.

A la Directora del Doctorado, profesores, y equipo administrativo, por su compromiso, dedicación en el desarrollo y acompañamiento de este excelente proyecto de formación.

Al primer lector y a los jurados de tesis por sus aportes enriquecedores y valiosos para el perfeccionamiento del proceso de formación doctoral.

A las enfermeras y enfermeros, que generosamente me han dado su tiempo, al participar en las diferentes fases del proceso de investigación.

A la Universidad de Cartagena, por la confianza y respaldo en la consecución de este proyecto de vida.

A mi amiga y compañera de trabajo Zuleima Cogollo, por ayudarme a no desfallecer. Sus sabias opiniones y su apoyo han significado para mí un estímulo muy positivo.

A mi amiga Amparo Montalvo, quién creyó y confió desde el inicio en este proyecto, motivándome e incentivándome para permanecer en él.

A todo el personal administrativo y docente de la Facultad de Enfermería por los ánimos recibidos y la confianza que me han infundido en momentos decisivos.

A mi familia y en especial mis hermanos por el reconocimiento, el optimismo y su gran afecto, vitales para alcanzar cualquier meta.

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación de la profesión de Enfermería en Cartagena, desde su proceso de formación, reconocimiento y prestigio social, ejercicio laboral, organizaciones gremiales y autonomía profesional; la concepción que tienen las enfermeras (os) frente a éstos y sus propuestas para mejorarla.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo, desde la perspectiva teórica-metodológica de la Sociología de las Profesiones, siguiendo la técnica de análisis documental y trabajo de campo. La revisión documental, se realizó desde el rastreo de fuentes primarias, ubicadas en archivos históricos tanto locales como nacionales, de igual manera, fuentes en bibliotecas y bases de datos, que permitió realizar la contextualización de la evolución de la formación de la Enfermería en el ámbito internacional, nacional, regional y local (1903-2010). El trabajo de campo se realizó a través de entrevistas a profundidad a informantes claves, profesionales en Enfermería, lo que permitió comprender, los procesos y significados referentes a su profesión. Se tuvieron en cuenta los preceptos éticos contemplados para la investigación con seres humanos a nivel nacional.

Resultados: La profesión de Enfermería en Cartagena ha tenido avances importantes en materia de formación, continua en su lucha para ganar autonomía y reconocimiento profesional, experimenta crisis desde las condiciones laborales que se han visto impactada por las últimas reformas al sistema de salud nacional, una agremiación que a pesar de sus luchas y aportes a la profesión se encuentra debilitada por el número tan reducido de profesionales adscritos y por la falta de apropiación por parte de sus profesionales.

Conclusiones: En Cartagena la profesión de Enfermería requiere seguir fortaleciéndose en el aspecto de formación, condiciones laborales, reconocimiento e imagen social y autonomía profesional.

Palabras claves: Sociología, profesión, educación, enfermería (Fuente: DeCS).

ABSTRACT.

Objective: To analyze the situation of the nursing profession in Cartagena, since its formation , recognition and social prestige , work practice , labor organizations and professional autonomy ; the nurses conception against these and their proposals to improve it.

Methodology: A qualitative study was conducted from the theoretical and methodological perspective of sociology of professions, following the technique of documentary analysis and field work. The literature review was performed from the primary source tracking, located in both local and national historical sources, as well, sources in libraries and databases, which allowed for the contextualization of the evolution of the formation of Nursing on an international, national, regional and local level (1903-2010). Fieldwork was conducted through in-depth interviews with key informants, nurse practitioners, allowing the understanding of the processes and meanings related to their profession. National Human Research Ethical precepts were taken into consideration.

Results: The nursing profession in Cartagena has made a significant progress in training, continuing its struggle to gain autonomy and professional recognition and experiencing a crisis, since the working conditions have been impacted by the recent reforms of the National Health System. A Unionization, which despite their struggles and contributions to the profession, is weakened by the low number of affiliated professionals and the lack of their ownership.

Conclusions: The Nursing Profession in Cartagena requires further strengthening in the training aspect, working conditions, recognition and social image and professional autonomy.

Keywords: Sociology, profession, education, nursing (Source: MeSH).

CONTENIDO

| | |
|---|-------------|
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| Lista de cuadros | xi |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| CAPÍTULO 1 | 16 |
| 1. MARCO REFERENCIAL | 16 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 16 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 23 |
| 1.3 Objetivos | 24 |
| 1.3.1 Objetivo general | 24 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 24 |
| 1.4 Justificación | 25 |
| CAPÍTULO 2 | 28 |
| 2. REFERENTE EPISTEMOLÓGICO Y CONCEPTUAL | 28 |
| 2.1 Perspectiva teórica del enfoque Sociológico de las Profesiones | 28 |
| 2.1.1 Las corrientes que estudian la Sociología de las Profesiones | 31 |
| 2.1.2 Aproximación al concepto de profesión..... | 32 |
| 2.1.3 Evolución de la profesionalización..... | 38 |
| 2.1.4 Características que determinan una profesión | 40 |
| 2.2 La profesión de Enfermería | 49 |
| 2.2.1 La formación de los Profesionales de Enfermería..... | 50 |
| 2.2.2 Agremiaciones y/o Asociaciones profesionales en Enfermería..... | 57 |
| 2.2.3 Legislación en Enfermería | 59 |
| CAPÍTULO 3 | 63 |
| 3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS | 63 |
| 3.1 Diseño del estudio | 63 |
| 3.2 Técnicas y procedimientos | 65 |
| 3.2.1 Técnica de revisión documental..... | 66 |
| 3.2.2 Trabajo de campo: entrevistas a profundidad..... | 71 |
| 3.3. Procesamiento y análisis de la información | 78 |
| 3.3 El reto de la interpretación de la información..... | 84 |
| 3.4 Rigor metodológico..... | 85 |
| 3.5 Consideraciones éticas | 87 |
| CAPÍTULO 4 | 90 |
| 4. FORMACIÓN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA-COLOMBIA | 90 |
| 4.1 Origen de la formación en Enfermería a nivel mundial..... | 91 |

| | | |
|--|---|------------|
| 4.2 | La formación de Enfermeras en Colombia..... | 94 |
| 4.3 | La Formación de Enfermeras en Cartagena..... | 98 |
| 4.3.1 | La iniciación de la formación de Enfermeras (1900-1920) | 102 |
| 4.3.2 | Anclaje y cierre de la Escuela de Enfermeras y Parteras (1921-1953)..... | 107 |
| 4.3.3 | Renacer de la Escuela de Enfermeras en Cartagena (1954-1974) | 119 |
| 4.3.4 | Consolidación de la formación profesional (1975-2010)..... | 128 |
| CAPÍTULO 5..... | | 152 |
| 5. LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA MIRADA DE SUS ACTORES..... | | 152 |
| 5.1 | Formación en Enfermería..... | 154 |
| 5.1.1 | Formación profesional..... | 156 |
| 5.1.2 | Formación pos gradual | 161 |
| 5.2 | Ejercicio Laboral..... | 165 |
| 5.2.1 | Condiciones laborales | 168 |
| 5.2.2 | Roles profesionales | 170 |
| 5.3 | Autonomía Profesional | 172 |
| 5.3.1 | Factores que condicionan la autonomía profesional..... | 174 |
| 5.4 | Reconocimiento Profesional | 178 |
| 5.4.1 | Origen y evolución de la profesión..... | 181 |
| 5.4.2 | Límite y control del ejercicio profesional..... | 183 |
| 5.4.3 | Subestimación de la labor de los enfermeros por parte del colectivo social..... | 184 |
| 5.5 | Agremiación Profesional..... | 185 |
| 5.5.1 | Impactada por el sistema laboral y político..... | 188 |
| 5.5.2 | Falta de empoderamiento de la Asociación Gremial en Enfermería | 190 |
| 5.5.3 | Desmotivación para la vinculación a la asociación | 192 |
| CAPÍTULO 6..... | | 196 |
| 6. CONSIDERACIONES FINALES..... | | 196 |
| 6.1 | Conclusiones | 196 |
| 6.2 | Aportes de la Investigación | 200 |
| 6.2.1 | Aporte a la línea de investigación | 200 |
| 6.2.2 | Aportes a la profesión de Enfermería | 201 |
| 6.2.3 | Aportes a los Programas de Enfermería | 201 |
| 6.3 | Limitaciones del estudio..... | 201 |
| 6.4 | Recomendaciones..... | 202 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | | 203 |
| ANEXOS..... | | 221 |
| GUIÓN DE ENTREVISTAS | | 221 |

Lista de cuadros

| | |
|---|-----|
| Cuadro 1. Relación de Escuelas de Enfermería en Colombia, periodo 1900-1930 | 53 |
| Cuadro 2. Organización de la profesión de Enfermería finales del siglo XIX | 57 |
| Cuadro 3. Índice cronológico e inventario de documentos Archivo Histórico Cartagena..... | 67 |
| Cuadro 4. Índice cronológico e inventario de documentos Archivo Histórico Facultad de Enfermería-Universidad de Cartagena..... | 68 |
| Cuadro 5. Etapas de la formación en Enfermería. Programa de Enfermería- Universidad de Cartagena | 70 |
| Cuadro 6. Relación de participantes en el estudio de acuerdo a su desempeño laboral y nivel de formación posgradual | 76 |
| Cuadro 7. Códigos numéricos y fragmentos, ilustración codificación abierta | 80 |
| Cuadro 8. Códigos numéricos e iniciales ejemplos de codificación abierta | 81 |
| Cuadro 9. Relación códigos numéricos, códigos in vivo y texto narrativo, ilustración codificación abierta..... | 81 |
| Cuadro 10. Descripción de la creación de Programas de Enfermería en Colombia 1900-1980. | 97 |
| Cuadro 11. Pensum de la Escuela de Enfermeras y Parteras de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, 1919..... | 105 |
| Cuadro 12. Pensum de formación de Enfermeras de la Escuela de Enfermeras y Parteras. 1930 . | 112 |
| Cuadro 13. Pensum de formación de parteras de la Escuela de Enfermeras y Parteras. 1930 | 112 |
| Cuadro 14. Relación de cursos desarrollados a los estudiantes de la Escuela de Enfermeras por año de formación. 1943..... | 114 |
| Cuadro 15. Relación de cursos desarrollados a los estudiantes de la Escuela de Enfermeras por año de formación, 1944..... | 114 |
| Cuadro 16. Relación de cursos de la Escuela de Enfermeras de Cartagena. 1954. | 121 |
| Cuadro 17. Plan de estudios Programa de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Cartagena 1968..... | 125 |
| Cuadro 18. Relación de universidades Colombianas que ofrecían programas de Licenciatura en Enfermería. 1970..... | 128 |
| Cuadro 19. Plan de estudios programa de complementario para Enfermeras Generales. Facultad de Enfermería. 1978..... | 129 |
| Cuadro 20. Plan de estudios por semestre y áreas de formación. 1982..... | 132 |
| Cuadro 21. Plan de estudios por semestre y campos de formación. 1988. | 137 |
| Cuadro 22. Plan de Estudios por campos de formación, componentes y asignaturas. 1992..... | 140 |
| Cuadro 23. Plan de estudios por componentes de formación. 2000 | 144 |
| Cuadro 24. Plan de estudios Programa de Enfermería. 2003 | 149 |
| Cuadro 25. Plan de estudios Programa de Enfermería. 2008..... | 150 |
| Cuadro 26. Categoría y subcategorías que dan cuenta de la situación de la profesión de Enfermería en Cartagena..... | 153 |

Lista de Símbolos y abreviaturas

| | |
|--------------|---|
| ACOFAEN | Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería |
| ANEC | Asociación Nacional de Enfermeras Colombianas |
| CIE | Consejo Internacional de Enfermería |
| FAE | Federación Argentina de Enfermería |
| FEPPEN | Federación Panamericana de Enfermería |
| CADE | Comité Académico Doctorado en Educación |
| RUDECOLOMBIA | Red de Universidades de Colombia |
| TNEE | Tribunal Nacional de Ética |
| MEN | Ministerio de Educación Nacional |

INTRODUCCIÓN

El desarrollo evolutivo de la profesión de Enfermería ha estado ligado estrechamente con las condiciones históricas, sociales, políticas que la han acompañado en su proceso de constitución, que sin duda alguna, la han ubicado en situación de desventaja y de subordinación ante otras profesiones del ámbito de la salud. Es frecuente encontrar que no es proporcional el desempeño académico y laboral con el reconocimiento profesional, económico y social que ella ostenta. Esta condición es similar en muchos países del mundo y ha despertado el interés por estudiar la profesión de Enfermería desde múltiples enfoques, en España Hernández (1997), Raimó (2005) y Zapico (2005); en México, Martínez (1985), Cárdena (2005); en Colombia Velandia (1995), Castrillón (1997), Gómez (2002).

Lo anterior permite resaltar la preocupación, el interés que se ha suscitado por estudiar la profesión de Enfermería en diversos contextos y la preocupación que manifiestan los profesionales por reflexionar y profundizar sobre su condición histórica, social, laboral e interprofesional; en atención a que el proceso de profesionalización de la Enfermería se ha dado de manera diferente en cada país y en cada región, haciéndose necesario particularizar este análisis para poder proponer estrategias contextualizadas que impulsen el posicionamiento y el reconocimiento de la Enfermería. La Enfermería es una profesión joven, que necesita seguir fortaleciéndose y es a través del análisis crítico como se puede establecer el compromiso para esta consolidación.

El objetivo del presente estudio fue analizar la situación de la profesión de Enfermería en Cartagena, desde su proceso de formación, reconocimiento y prestigio social, ejercicio laboral, organizaciones gremiales y autonomía profesional; la concepción que tienen las enfermeras (os) frente a éstos y sus propuestas para mejorarla, siguiendo el referente epistemológico y metodológico de la Sociología de las Profesiones.

Los resultados obtenidos en la misma permitirán la fundamentación de propuestas serias, concretas desde los planes curriculares, políticas públicas y gremiales que apunten a fortalecer la situación de la profesión de la Enfermería desde la región.

El informe se encuentra dividido en seis capítulos. El primer capítulo, *Marco referencial*, se plantea el problema de investigación el cual se concreta en la pregunta de investigación, se presenta la justificación del estudio y se exponen los objetivos que direccionaron la realización de la misma.

Segundo capítulo *Referente epistemológico y conceptual* el cual describe el sustento teórico que orientó la investigación, la Sociología de las Profesiones, realizando una amplia descripción de las corrientes que lo sustentan, el concepto de profesión y lo que representa la profesionalización. De igual manera, se reflexiona sobre la Enfermería como profesión, su origen, evolución y desarrollo normativo.

El tercer capítulo, aborda el *Enfoque metodológico* que facilita el camino para lograr los objetivos de la investigación. Se inicia con el paradigma usado en la investigación para analizar y comprender la realidad de la profesión de Enfermería en Cartagena. Se describe el planeamiento teórico- metodológico que direccionó la investigación, luego se detalla el procedimiento de recolección y análisis de los datos, el reto asumido para la interpretación de la información; de igual manera, los criterios y rigor de calidad del proceso metodológico; y por último, las consideraciones éticas en el manejo de la información.

En el cuarto capítulo titulado *Formación de enfermeras y enfermeros en Cartagena*, desde la revisión documental, se hace referencia al proceso evolutivo de las escuelas de formación de enfermeras y enfermeros, partiendo de un análisis general de la evolución de la formación en enfermería a nivel mundial, seguido del proceso nacional y se finaliza con el contexto regional y local.

El quinto capítulo titulado *La profesión de enfermería desde la mirada de sus actores*, se hace un análisis de la información extraída de las entrevistas realizadas a las enfermeras y

enfermeros participantes en el estudio. Este capítulo muestra, desde las experiencias y formación de los enfermeros entrevistados, aportes al conocimiento de la problemática que hay en torno a la profesión.

Y por último, se presenta el capítulo, *Consideraciones finales*, el cual está integrado por las conclusiones, recomendaciones, limitaciones del estudio y aportes de la investigación.

CAPÍTULO 1

1. MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo muestra la contextualización del objeto de la investigación, partiendo de los antecedentes que derivaron la pregunta del estudio, su justificación e importancia y los propósitos del mismo.

1.1 Planteamiento del problema

La profesionalización de la Enfermería se ha caracterizado por ser un camino largo y duro hasta alcanzar su reconocimiento como profesión, lo cual le ha significado subsistir en el marco de un proceso de desarrollo que aún después de un siglo no ha finalizado.

Hablar de la profesión de enfermería implica mirar las etapas por los cuales ha pasado en la búsqueda de su estatus profesional; según Elliott (1975): “cada ocupación “construye procesos y traza caminos que van a depender del contexto ideológico, económico, político, social y cultural en el que surge y evoluciona” (p.24). La Enfermería como profesión nace de una actividad que por su naturaleza no fue propia de una ocupación, estuvo ligada al quehacer de la mujer, orientada a cuidar la vida y preservar la especie; vínculo natural enmarcados dentro del análisis de los sistemas de relaciones socialmente establecidos entre naturaleza y cultura, ámbito doméstico y trabajo productivo/ improductivo (Colliere, 1993). Durante años la actividad de cuidar fue poco valorada, poco visible y sin ningún poder social, condicionando socioculturalmente la evolución de la profesión.

Con la influencia del cristianismo los cuidados pasaron a un plano social, ligados a la caridad cristiana y al servicio vocacional. Los hospitales y centros asistenciales estuvieron bajo la dirección y prestación de comunidades religiosas, situación que perduró hasta

inicios del siglo XX, reforzándose un modelo vocacional al quehacer ocupacional de la enfermería (Celma, 2007).

Otro aspecto de gran trascendencia en el proceso evolutivo de la profesión de Enfermería, fue la subordinación del conocimiento a la hegemonía de la práctica médica. Desde los inicios como profesión la medicina condicionó y delimitó la formación de esta profesión. La medicalización de la sociedad generó necesidades y demandas que hicieron que estos profesionales entrenaran mujeres servidoras y disciplinadas, es decir, agentes ejecutores e informadores dependientes del cuerpo médico, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica (García, 2007). El desarrollo científico de la medicina ha sido protagónico y ha dominado el campo de la salud, regulando la práctica sanitaria, al igual que la práctica de ocupaciones más débiles, como el caso de la enfermería (Freidson, 1978). El modelo biomédico determinó los programas de formación desde que se inició su institucionalización como profesión, hecho que aún hoy le significa una severa dificultad a la hora de declarar la autonomía que requiere como toda profesión.

Este escenario contextualizó a finales del siglo XIX, el surgimiento de la enfermería moderna, con Florence Nightingale, quien fundó el primer programa de formación, la *Nightingale training school for nurses* en el año 1860, motivada por la importancia de entrenar enfermeras poseedoras de conocimientos, pero manteniendo una conexión trascendental entre lo científico, lo religioso y lo vocacional desde una dependencia médica (Attewel, 1998). Este modelo de formación se extendió y direccionó la creación y organización de muchos programas a nivel mundial, entre ellos las escuelas de formación de América Latina.

En Colombia la institucionalización de la formación de la enfermería surge a principios del siglo XX, con programas de entrenamiento en instituciones hospitalarias, inicialmente en las ciudades de Cartagena y después en Bogotá, programas que continúan posteriormente bajo la tutela de las Facultades de Medicina de las Universidades de Cartagena y Nacional de Colombia. En ambos casos direccionados por modelos médicos de

formación, quienes definieron criterios y exigencias básicas a satisfacer en la formación de enfermeras a inicios de siglo XX (Gómez, 2002), (Gómez & Munar, 2009).

En el devenir histórico del proceso de profesionalización de la Enfermería en Colombia, se registran avances importantes en materia legislativa, que soportan y regulan el ejercicio profesional de la misma, asociaciones gremiales que desde inicios de siglo han impulsado, defendido el posicionamiento profesional, autorregulando y controlando su actuación. En cuanto a la formación, se ha transitado de modelos biomédicos a modelos centrados en el campo disciplinar, haciendo énfasis en el ser y hacer de la profesión, ejercicios necesarios para garantizar el científicismo de la práctica profesional y procurar por mejorar la autonomía y posicionamiento social.

A la fecha existen en Colombia 65 programas de pregrado distribuidos en todo el país. En la región Caribe colombiana actualmente hay cinco programas de carácter público y siete programas de carácter privado. (MEN, 2014). De igual manera, existen programas de formación en especializaciones, maestrías y doctorados en el área específica del saber disciplinar, lo que ha permitido una consolidación en el proceso de institucionalización y una cualificación del profesional de enfermería. Todo esto ha permitido contar con un profesional competente para desempeñar roles en diferentes contextos de actuación atendiendo a su perfil normativo.

A pesar de los avances en cuanto a legislación, formación y desarrollo disciplinar que favorecen la consolidación de la Enfermería como profesión en Colombia, la actual situación social y laboral para los profesionales de la enfermería no es la mejor, y no se corresponde con su función social; la profesión sufre una crisis de identidad, déficit de empoderamiento por parte de sus profesionales y goza de poco prestigio y posicionamiento, al igual que surca condiciones salariales bajas y no correspondientes con la cualificación de los profesionales. Situación que no dista mucho de la expuesta por el diagnóstico realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 1999 a nivel de Latinoamérica y que posteriormente se ratifica en el diagnóstico realizado en el año 2005, en la cual se hace un análisis de la situación de la Enfermería en la Región de las Américas, y se hace

evidente que la profesión de Enfermería atraviesa crisis por sus limitaciones en cuanto reconocimiento y condición laboral, enfatiza que la Enfermería como grupo profesional tiene muy bajo peso social, salarios reducidos. Asocian estas condiciones con la marcada subordinación que ha tenido la profesión a la práctica médica a través de la historia, la cual ha estimulado una actitud psicológica de servicio sumiso, carente de confianza y baja autoestima.

En Colombia, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC, 2010), evidencia los graves problemas que enfrenta la profesión en materia laboral y condición social; resalta, que los sistemas privilegian mano de obra barata, para aumentar las ganancias de las empresas prestadoras, no se reconoce la experiencia, experticia y formación especializada que han realizado las enfermeras, en la mayoría de veces por cuenta propia. De igual manera, destaca el bajo nivel de participación política, social y gremial, lo cual se ve reflejado en el reducido número de colegas que están afiliadas a la asociación, evidenciando la crisis que actualmente atraviesa este gremio profesional.

En el Caribe colombiano el comportamiento de la profesión no dista de lo identificado a nivel internacional y nacional, con la particularidad de que su desarrollo ha sido más lento que el de la Región Central, a pesar de que el primer programa de formación en Colombia para enfermeras surgió en Cartagena en 1903. Se puede ver en el recorrido histórico de la región, que solo después de siete décadas se crea el segundo Programa de Enfermería, la Escuela de Enfermería de la Corporación Metropolitana de Barranquilla (1974), de carácter privado. Posteriormente, en 1975 la Facultad de Enfermería de la Universidad de Córdoba, de carácter público; por otra parte, la formación posgraduada en cuanto a maestría en el área disciplinar, se inicia en Colombia en la década del ochenta y los programas de doctorado en el noventa (Gómez, 2002). Sólo hasta la primera década del siglo XXI en el Caribe colombiano, se empiezan a ofertar programas de maestría en convenio con la Universidad Nacional en las universidades de Cartagena y Magdalena; es de resaltar que solo hasta el año 2011 se crea el primer programa de maestría en Enfermería de la región (Universidad de Cartagena). Este retraso en la creación de programas de pre y posgrado, se ve reflejado en la baja producción científica en la Región, por el contrario el mayor

desarrollo disciplinar a través de la propulsión de la investigación y las publicaciones, se ha presentado en regiones donde han existido un mayor número de programas, como la zona Andina Centro y la Noroccidental (Jiménez, 2010).

Con relación a las condiciones laborales Cogollo & Gómez (2010), en estudios realizados en Cartagena, identificaron que la situación de trabajo de las enfermeras es deficiente en cuanto a retribución económica, toma de decisiones y condiciones propias del ejercicio profesional y que esta realidad responde en términos generales al contexto de la región. Información que no ha variado desde el estudio reportado por el Ministerio de la Protección Social (2004), sobre la situación del recurso humano en salud en Colombia, donde se evidencia que la situación laboral en cuanto a salarios y ejercicio de la enfermería a nivel de la Región Caribe, tiene desventajas con relación a otros profesionales de la salud.

La evolución de la enfermería como profesión y el análisis de su condición social y profesional, ha sido preocupación de estudio en diferentes países, por ejemplo en España, Hernández (1997), realizó una investigación, sobre el proceso de profesionalización de la enfermería desde el método histórico; en él, hace evidente como la enfermería de ser un oficio pasa a ser legalmente reconocida como profesión en los albores del Siglo XX. Resalta como va respondiendo a lo largo de su historia a las exigencias que conllevan las diferentes etapas de transformación en profesión, pero que aún como profesión tenían aspectos que le faltan por cubrir, siendo un reto trascendental para los profesionales.

De igual manera Ramió (2005), en el mismo país, estudió la comprensión de la práctica de la enfermería a través del análisis de los valores y actitudes profesionales, lo cual le permitió establecer como las enfermeras/os en el transcurso de las últimas décadas, obtienen con esfuerzo y tenacidad un nivel de profesionalidad sustancial en los diferentes ámbitos de la salud; pero aunque el avance profesional es significativo a partir de la década de los años ochenta, la Enfermería no ha conseguido como grupo profesional un reconocimiento social proporcional al servicio esencial y único que presta, haciéndose necesario seguir trabajando en estas condiciones sociales para impulsar su reconocimiento.

En México, Cárdenas (2005), analizó el proceso de profesionalización de la enfermería en su país, concluyendo que las particularidades que han caracterizado el origen y desarrollo de la enfermería, guardan un estrecho vínculo con las condiciones históricas, sociales y políticas que la acompañaron en su proceso de constitución. La enfermería se encuentra inserta en una estructura social y profesional adversa y complicada, lo que la posiciona como una profesión subordinada a instituciones, en donde en muchos casos no hay una relación directa entre la formación académica y el desempeño profesional. Desde el enfoque sociológico se considera como una profesión joven de baja estructuración por sus avances y que necesita seguir fortaleciendo las categorías que la tipifican como tal.

A nivel de Colombia, se han reportado estudios sobre la profesión de enfermería Velandia (1995), realizó un análisis sociológico, de corte histórico, sobre la génesis y evolución de la profesión de enfermería en Colombia, durante el siglo XX, dentro de sus reflexiones finales establece: “que el nivel de contribución individual de las enfermeras colombianas al proceso de construcción de la identidad de grupo es limitado, (...) lo cual se convierte en una invitación al autoexamen frente a los parámetros del quehacer científico, tecnológico y a la contribución de cada profesional al desarrollo de la identidad profesional” (p. 187). De igual manera Castrillón (1997), desde la mirada de la dimensión social de la práctica de enfermería, reflexiona sobre la imagen de la enfermería construida a partir de la sumisión al servicio del médico y desde lo vocacional, que le han impedido construir su propio discurso, reconstituirse como sujeto social y profesional con deberes y derechos, legitimando el control de otros sobre su profesión.

Por su parte Gómez (2002), realiza un análisis del proceso de profesionalización de la enfermería en el país hasta la actualidad, con el fin de plantear elementos contextuales como punto de partida para profundizar sobre los retos y las exigencias del ejercicio profesional. Este artículo plantea la necesidad de generar esfuerzos permanentes, persistentes y el compromiso en la consolidación de políticas, proyectos y acciones concretadas, colectivas y trascendentes que afirmen a la enfermería como profesión.

De acuerdo a lo planteado, se resalta la preocupación, el interés que se ha suscitado por estudiar y reflexionar sobre el proceso de profesionalización de la enfermería desde su condición social e interprofesional; de igual manera, se devela la necesidad de seguir profundizando sobre éste aspecto, atendiendo a que la enfermería es una profesión joven, que necesita seguir fortaleciéndose y es a través del análisis crítico como se puede establecer el compromiso para esta consolidación. El proceso de profesionalización de la Enfermería se ha dado de manera diferente en cada país y en cada región, haciendo necesario particularizar este análisis para poder proponer estrategias contextualizadas que impulsen el posicionamiento y el reconocimiento de la Enfermería. En el Caribe colombiano y en especial en Cartagena, no se han realizado investigaciones que aborden la situación de la profesión de enfermería, notándose vacíos en el conocimiento que requieren ser abordados.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la situación de la profesión de enfermería en la ciudad de Cartagena, en atención a su proceso de formación, reconocimiento y prestigio social, ejercicio laboral, organizaciones gremiales y autonomía profesional? ¿Cómo conciben las enfermeras (os) esta situación y qué propuestas tienen para mejorarla?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la situación de la profesión de enfermería en Cartagena, desde su proceso de formación, reconocimiento y prestigio social, ejercicio laboral, organizaciones gremiales y autonomía profesional; la concepción que tienen las enfermeras (os) frente a éstos y sus propuestas para mejorarla.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar cómo se ha dado el proceso de formación de la Enfermería en Cartagena, desde la evolución de los programas y planes de estudio, lo que opinan los profesionales acerca de este proceso y qué proponen para mejorarlo.
- Analizar la condición laboral de la enfermería como profesión desde la mirada de sus actores profesionales.
- Analizar la opinión que tienen las enfermeras (os), frente al prestigio y reconocimiento social que tiene la profesión.
- Indagar sobre la evolución que han tenido las agremiaciones de enfermería y la concepción que tienen las enfermeras (os) frente a las mismas.
- Analizar la concepción que tienen las enfermeras (os), sobre la autonomía profesional.

1.4 Justificación

El desarrollo evolutivo de la profesión de enfermería ha estado ligado estrechamente con las condiciones históricas, sociales, políticas que la han acompañado en su proceso de constitución (Raimó, 2005), que sin duda alguna, la han ubicado en situación de desventaja y de subordinación ante otras profesiones del ámbito de la salud; por otra parte, en muchas situaciones, es frecuente encontrar que no es proporcional su desempeño académico y laboral con el reconocimiento profesional, económico y social que ella ostenta, de ahí partió la motivación de analizar sobre la situación de la profesión de enfermería en Cartagena, partiendo desde el análisis de su proceso de institucionalización y desde la visión de los propios profesionales frente a su condición profesional y laboral.

La investigación se sustentó en el referente epistemológico de la Sociología de las Profesiones, lo cual direccionó el análisis de aspectos que influyen en la estimación social y el posicionamiento que como profesión debería tener la Enfermería, a pesar de los grandes desarrollos y avances que ostenta a nivel nacional, tal como lo expresa Duran de Villalobos (1988): “el estudio de la profesión, debe ser el punto de partida para facilitar la iniciación de cambios estructurales y de poder, que faciliten el avance profesional” (p. 56).

Por otra parte, es importante anotar que las profesiones responden a las necesidades del contexto, que ellas existen y evolucionan en la medida en que responden a él (Elliott, 1975). El proceso de profesionalización de la Enfermería es cambiante, cada país, cada región tiene procesos diferentes, lo cual necesita de análisis diverso para poder plantear orientaciones direccionadas a cada región. La evolución de la Enfermería como profesión en Cartagena ha tenido dinámicas distintas que han sido el reflejo de los propios desarrollos de esta zona, haciendo necesario indagar desde las particularidades que permitan orientar políticas que atiendan a los ámbitos de la vida de la región. Los resultados que se generaron de la investigación proporcionarán elementos conceptuales que serán insumos importantes para la toma de decisiones en la región y el país, y sin duda alguna redundará en el fortalecimiento de la Enfermería a nivel social e interprofesional.

En Colombia se había estudiado la profesión de Enfermería desde una perspectiva o mirada histórica, Velandía (1995), y desde el referente social Gómez (2002), Castrillón (1997), desde el enfoque metodológico propuesto ningún estudio reportado. Cabe destacar que en México, se ha estudiado la profesión de Enfermería desde esta metodología de análisis, aportando elementos enriquecedores para la comprensión de la realidad social de la profesión. Por lo anteriormente dicho, los resultados de la presente investigación se constituyen en posturas novedosas e innovadoras para la región Caribe y el país que aportaran desde los siguientes ámbitos, a la profesión de Enfermería:

- Al acervo teórico desde la evidencia científica del proceso de profesionalización de la enfermería y desde el referente teórico de la sociología de las profesiones, permitiendo llenar vacíos en el conocimiento que requirieron ser abordados
- Proponer lineamientos desde los planteamientos curriculares, organizaciones y agremiaciones para impulsar el reconocimiento, la valoración de sus saberes atendiendo la razón de ser profesional y el impulso hacia el prestigio social.
- En el caso de Colombia, se constituye en el primer estudio científico sobre la profesión de Enfermería, lo cual permite visibilizar el desarrollo que ha tenido la profesión en el País.
- Ser referente metodológico para otras áreas profesionales inquietas por analizarse desde su concierto social e interprofesional.
- Abrir caminos para nuevas líneas de investigación tanto para Enfermería como para otras áreas profesionales.

La investigación se inscribió en la línea de formación del doctorado en Ciencias de la Educación de RUDECOLOMBIA, CADE Universidad de Cartagena “Educación Superior: Currículo, Gestión, Evaluación”. Esta línea asume como misión teorizar sobre factores que intervienen en la Calidad de la Educación Superior, con una orientación hacia la producción de conocimiento que impacte la formación desde el Currículo, la Gestión y la Evaluación¹”.

¹Tomado del documento Presentación de la línea de formación doctoral “Educación Superior: Currículo, Gestión, Evaluación”. Febrero 2009, elaborado por la doctora Diana Lago de Vergara, Directora de la línea.

Los estudios sobre profesiones realizados desde el enfoque de la sociología, se convierten en un insumo importante en los procesos de diseño curricular de la educación superior, debido a que estudian las condiciones que dan identidad a un grupo profesional, sus procesos de formación y de certificación, así como los mecanismos de inclusión y exclusión de este servicio (Díaz-Barriga, 2010). Permitiendo miradas integrales de los desarrollos profesionales que validan y refuerzan las propuestas curriculares.

CAPÍTULO 2

2. REFERENTE EPISTEMOLÓGICO Y CONCEPTUAL

El presente capítulo aborda los referentes epistemológicos y conceptuales que delimitan la presente investigación. Se encuentran organizados en dos grandes dimensiones: inicialmente, se presenta el enfoque Sociológico de las Profesiones, sus corrientes, el concepto de profesión, profesionalización, las características que determinan una profesión, tales como profesión y autonomía; profesión y reconocimiento social; profesión y agremiaciones, y la formación profesional. Una segunda dimensión, que hace referencia a la Profesión de Enfermería, su origen, institucionalización, soporte normativo y agremiaciones.

2.1 Perspectiva teórica del enfoque Sociológico de las Profesiones

El estudio sistemático de las profesiones se inició prácticamente a principios del siglo pasado, a través de una rama de la sociología denominada Sociología de las Profesiones, que se conformó como rama de la Sociología a mediados de la década de los años treinta del siglo XX. Esta disciplina nace y se desarrolla en Gran Bretaña y posteriormente se extiende a los Estados Unidos, propende por identificar las funciones de las profesiones en la sociedad y establece las bases conceptuales y categorías de análisis que direccionan su estudio. (Díaz Barriga, 2005).

Este campo del conocimiento posibilita el estudio de las profesiones como una manifestación peculiar de la diferenciación social y de la división del trabajo, que se desarrolló esencialmente a partir de la sociedad industrial; de igual manera, posibilita a las profesiones mirarse desde su condición social e interprofesional, en este sentido, las profesiones constituyen mediaciones entre las necesidades individuales y las necesidades funcionales y contribuyen, por tanto, a la regulación y al control que posibilita el buen funcionamiento de la sociedad (Freidson, 1978). En este orden de ideas, las profesiones

existen y evolucionan en la medida que responden a las necesidades reales de las diversas sociedades.

Desde la perspectiva sociológica, el estudio de las profesiones puede entenderse en dos aspectos principales: por una parte, la influencia siempre creciente de parte de todo el complejo social hacia el surgimiento, desarrollo, evolución y perspectiva de la propia profesión y, la otra, como el impacto que la propia profesión ejerce sobre el individuo y el grupo social con el que se ve relacionado o inmerso (Fernández, 2007). Entre estas dos corrientes se encuentran inscritas las funciones sociales de una profesión.

Por su parte, Gallino (1995) considera que la Sociología de las Profesiones aporta al analizar los canales y modelos de movilidad social entre una y otra profesión, mide el prestigio de las diversas profesiones desde una perspectiva comparativa, intra y extra societaria e interpreta, con referencia a las estructuras sociales existentes dentro de una determinada formación económico-social, las distancias entre la escala de prestigio y las desigualdades de rédito, de poder y de otras dimensiones de la estratificación social que se observan entre una posición y otra.

La perspectiva sociológica de las profesiones, las entiende, por una parte, desde la influencia del complejo social hacia el surgimiento, desarrollo, evolución y perspectiva de la propia profesión; y por otra parte, desde el impacto que la propia profesión ejerce sobre el individuo y el grupo social con el que está relacionado o en el que está inmerso. Entre estas dos corrientes, se encuentran inscritas las funciones sociales de una profesión (Barron, 1996). En la actualidad el término profesión supone una demanda de posición y reconocimiento social.

El enfoque sociológico de las profesiones tiene como objetivos fundamentales analizar los fenómenos de socialización y de inclusión dentro de una determinada profesión, los procesos de asociación dentro de las categorías profesionales, los tipos de acción social que se generan con los roles profesionales, además de identificar y explicar los canales y modelos de movilidad social que una u otra profesión producen o incentivan (Elliott, 1975).

Se considera la década de los setenta del siglo XX como el período en el que se establece plenamente la sociología de las profesiones como área dentro de la sociología, con objeto de estudio, metodología de indagación y cuerpo categorial propio (Fernández, 2002).

Freidson (1978): “describe una teoría orientada al estudio de las profesiones y de la profesionalización, en atención a los procesos políticos por los cuales las ocupaciones obtienen del Estado, cierto derecho exclusivo para desempeñar algunas tareas, para reclutar y educar sus miembros, para dar órdenes a otras ocupaciones, y definir en qué consistirá su trabajo” (p.11). A partir de esta época, se hace visible la realización de muchos estudios orientados a vislumbrar la razón de ser de ciertas profesiones en diversos contextos sociales e interprofesionales.

Desde la perspectiva sociológica se establece una clara diferenciación entre el concepto profesión y ocupación. Elliott (1975) considera la ocupación como actividad que realizan un conjunto de personas, desarrollan métodos comunes que son transmitidos a los nuevos miembros, en ocasiones, de generación en generación; tal proceso lleva a la constitución de un grupo ocupacional, u ocupación; mientras que las profesiones son formadas dentro de un ambiente especializado y con rigor científico, éstas tienen implícito las ocupaciones. Por su parte Freidson (1978) establece tal diferenciación en el sentido de la autonomía organizada, una profesión es diferente de una ocupación porque a las profesiones se les da el derecho de controlar su propio trabajo, incluyendo el derecho para determinar quiénes legítimamente pueden ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse éste. Las ocupaciones por su parte su trabajo y sus roles normalmente son determinados de grupo a grupo.

2.1.1 Las corrientes que estudian la Sociología de las Profesiones

El estudio sociológico de las profesiones se ha direccionado a través de varias corrientes o escuelas de pensamiento. Entre ellas se encuentra la escuela Funcionalista y la Interaccionista.

El Funcionalismo se considera la primera escuela que se interesa de manera sistemática por estudiar las profesiones, dominando el campo de la sociología hasta los años 1950. Según Champy (2009) ésta corriente teórica produce una visión de las sociedades en donde el orden y la armonía dominan las entidades que las componen, los grupos sociales, entre ellos el caso de las profesiones, regulan el comportamiento de sus miembros, para que sus acciones contribuyan al mantenimiento del sistema social al cual pertenecen.

Autores como Abbott (1988) expresan que esta corriente valora a las profesiones como adalides de la modernidad, garantes de cohesión social e impulsoras privilegiadas del proceso de racionalización, altruistas por definición. Las profesiones ejercerían, para esta corriente, importantes mediaciones sociales y ayudarían a evitar los excesos del colectivo social. Es decir, las profesiones se constituirían en garantes para la cohesión de la sociedad, libre por definición y por tanto adversa a la burocracia y a las ataduras del Estado. Su principal exponente fue Durkheim, el cual consideraba que las organizaciones profesionales eran una precondition para el logro del consenso en la sociedad industrializada, dado que la desintegración del orden social solo podía ser atemperado por agrupaciones auténticas o comunidades morales (González, 1999).

Desde esta perspectiva, la moralidad es entendida como el desarrollo de grupos al margen de la influencia del Estado. Esta corriente orienta su objeto de estudio en las características del rol que desempeñan las profesiones en los cuerpos sociales. Otro de sus exponentes fue Goode (1960), quién en esta misma línea de análisis reconoce la posición de los grupos profesionales, en la medida que posean un alto nivel de cultura sistemática, vocación de servicio y orientación fundamental hacia la comunidad y no hacia la propia

persona, formación de comunidades autorreguladas por códigos deontológicos y un sistema de retribuciones, conocidos ante todo como un conjunto de símbolos de reconocimiento, que en su fin último alcanzan un interés personal.

La corriente Interaccionista, según Champy (2009), nace en el contexto social y político de los Estados Unidos, a partir de los años 1950-1960. La crítica al funcionalismo es el punto de partida de este nuevo enfoque sociológico; se considera una teoría de acción colectiva, que se desarrolla apoyándose principalmente en los trabajos de George Mead, sobre identidad. La sociología interaccionista insiste en el cambio, tal como se produce localmente; su fundamento principal es la transformación permanente de los fenómenos sociales, los cuales por su naturaleza no pueden reducirse a estructuras, o a una combinación de fuerzas o de factores que la sociología tendría como meta describir. Estos cambios son derivados por la dinámica de los conflictos interprofesionales y establece la diversidad como uno de los obstáculos de la estabilidad de la identidad profesional. Esta corriente dio origen a nuevos movimientos gestados principalmente en Francia, la denominada sociología crítica, que data de los años 80, la cual hace referencia a la realidad de las profesiones como grupo, su diversidad y los diferentes componentes de una profesión.

2.1.2 Aproximación al concepto de profesión

Hoy día, el concepto de profesión surca un proceso de renovación y evolución, a tal punto que las profesiones están intrínsecamente relacionadas con el contexto en el que surgen, situación que lleva a que adopten algunas de las características sociales de dicho contexto. En los estudios sobre evolución histórica de las profesiones aparecen diferentes posturas, por ejemplo, el pensamiento de Spencer (1909) muestra claramente la concepción político-eclesiástica que lo permeó y establece su Hacer ligado a la vocación, es decir, el Ser profesional está relacionado con la voluntad de entrega y sufrimiento. En la misma línea de ideas, Weber (1998) planteó que la profesión es concebida como aquello que el hombre ha de aceptar porque la providencia se lo asigna, algo a lo que tiene que allanarse,

estableciéndose el trabajo profesional como misión, es decir, un medio por excelencia al servicio de Dios. Estas concepciones permanecieron y predominaron por mucho tiempo, y profesiones como la medicina, la enfermería, el derecho, la arquitectura, entre otras, fundamentaron su Hacer basados en estas posturas.

Por su parte, Pearson (1979) estudia las profesiones como grupos sociales singulares, es decir, como comunidades autónomas y homogéneas, cuyos miembros se cohesionan a través de una identidad. Esta postura planteó dos categorías de organización, una categoría por erudición y otra denominada liberal; esta clasificación aportó elementos importantes para la organización de las profesiones en la época moderna, y permitió diferenciar cuáles de ellas se denominan profesiones de consulta y cuáles de práctica social. Las primeras profesiones liberales, como se sabe, concentraron sus esfuerzos en la reglamentación del orden en la sociedad (Derecho) y la atención a la salud (Medicina).

A su vez, Collins (1971) las caracterizó de acuerdo al control y jurisdicción exclusiva para practicar una habilidad o destreza en particular, para regular el acceso y entrenamiento de nuevos miembros y para juzgar si las habilidades y destrezas adquiridas se realizan de manera apropiada, es decir, son conjuntos ocupacionales formados por grupos altamente conscientes y autorregulados. El autor planteó la existencia de profesiones fuertes, determinadas por la capacidad del grupo profesional para validar la pericia o competencias a causa de algunas propiedades intrínsecas de las funciones que desempeñan. Este grupo de profesiones posee una alta aceptación pública, mayor prestigio y mejores ingresos, debido a su alto desempeño autónomo y control de su trabajo. Introduce en el análisis de las profesiones aspectos que amplían su interpretación, las concibe como redes internas que, dentro las estructuras formales de estratificación, establecen ritos de interacción que les permiten arribar a ideas comunes acerca de su identidad, de sus propósitos, de su honor y prestigio. Concibe a las profesiones como una combinación de clausura social y honor y prestigio, por lo tanto las profesiones más exitosas han sido y son, aquellas que no solo han logrado monopolizar sus respectivas áreas de actividad, sino que han transformado su trabajo mismo en honor y prestigio.

Autores como Goode (1960), se preocupan por diferenciar los rasgos distintivos entre las profesiones y las ocupaciones, estableciendo una serie de atributos que las delimitan: un cuerpo de conocimientos abstractos; una orientación de servicio y un entrenamiento especializado prolongado. Aportaciones de Freidson (1978) permiten analizar que las profesiones son organizaciones ocupacionales, en las cuales prosperan ciertos esquemas mentales en virtud de su rol dominante en la sociedad; son capaces de transformar y crear la esencia de su propio trabajo, siendo la autonomía la característica más estratégica y apreciada. Expone que tanto la estructura mental de un profesional como la organización de su trabajo influyen en la naturaleza de sus opiniones y contribuyen a la construcción de la realidad social. En la misma línea, Elliott (1975) las considera grupos únicos, caracterizados por ser una cultura con patrones de comportamientos distintos, que surgen y responden a las necesidades sociales. En este sentido, las profesiones constituyen mediaciones entre las necesidades individuales y las necesidades funcionales y contribuyen, por tanto, a la regulación y al control que posibilita el buen funcionamiento de la sociedad (Baron., Rojas & Sandoval, 1996).

Desde la postura funcionalista, se contribuye a explicar que las profesiones actúan como fuerzas positivas en el progreso social, representan la condición necesaria para el avance y el consenso de la sociedad industrial; de esta manera, atienden a la ruptura del orden moral, derivada de la fragmentación y la división del trabajo, producto de este desarrollo (Rodríguez, 2008).

En la década de los noventa autores como Pacheco (1997) estudian las profesiones como estructuras sociales formalmente establecidas y legitimadas, no solo por su conjunto de normas y sistemas de organización social históricamente constituidas, sino por el sector social que las establece; de tal forma, que ellas surgen de la división del trabajo que aporta desde la organización del conocimiento la necesidad de crear ocupaciones en respuesta a esos contextos. En este orden de ideas, se puede decir, que las necesidades sociales generan nuevas formas de institucionalización y crean tendencias de especialización del conocimiento cada vez más exigentes, que conllevan a replantear y a evaluar a las profesiones ya conformadas para atender a un contexto pluralista y riguroso.

En la sociedad moderna la ocupación ha adquirido en sí misma un nuevo significado como indicador clave de la posición social en general, estudios sobre el sistema de status de las sociedades industriales se han concentrado en medir el relativo prestigio de las ocupaciones. La ocupación se ubica entonces como un indicador de status en la clase social, los diferentes tipos de ocupaciones representan diferentes formas del poder laboral, lo cual ha considerado el profesionalismo como una característica fundamental de la organización social moderna. En gran parte las profesiones no fueron afectadas por el proceso inicial de la reorganización industrial, el cambio de las profesiones se desarrolló independientemente mediante cambios en la estructura del conocimiento y en la organización de otras instituciones sociales con las que estaban asociadas. (Salt, 1972).

Para Fernández (2007):

El desarrollo de las sociedades industriales modernas, las profesiones, aun conservando sus rasgos básicos, han tendido a perder en parte su autonomía y a verse cada vez más integradas a los sistemas de producción de masas. Así, a la vez que ha aumentado el número de profesionistas directamente asalariados, se han incrementado el sector de profesionales libres subordinados al proceso social de producción. El desenvolvimiento de las profesiones se ha dado como resultado del proceso de estratificación social mediante la monopolización de oportunidades para el trabajo (p. 21).

De este modo, los límites que encuadraban a los profesionales como categoría socioeconómica, se han hecho más fluidos y la especificidad de las profesiones libres ha pasado a depender más que del carácter de las profesiones libres, del mantenimiento de un espíritu de cuerpo y de la defensa de unos intereses a través de la organización corporativa.

Autores contemporáneos como Hernández (2002), comparten la idea o coinciden en que el énfasis de las profesiones radica en la prestación de servicios para satisfacer las necesidades sociales, relaciona la denominación de profesión con el trabajo interdisciplinario e interinstitucional, lo que obliga cada vez más a reflexionar sobre sus

fundamentos y a ampliar el marco de conocimientos previamente adquiridos, esto lleva a los profesionales a discutir sobre el impacto y su actuación en el entorno social. De igual manera, establece que las prácticas en las profesiones varían según sus vínculos con las investigaciones, tanto duras como blandas. Es así como el ejercicio profesional puede orientarse hacia la satisfacción de demandas sociales que solamente ocupan la aplicación de procedimientos previamente aprendidos (comunidades profesionales), comunidades especializadas en campos profesionales especializados que manejan lenguajes muy elaborados y abstractos, y que se ocupan esencialmente de la producción de conocimiento, indispensables para el desarrollo de la profesión (comunidades disciplinarias).

En la actualidad la profesión se define como un grupo de individuos pertenecientes a una disciplina, que se adhieren a patrones éticos establecidos por ellos mismos y que son aceptados por la sociedad como los poseedores de un conocimiento y habilidades especiales, los cuales han sido obtenidos en un proceso de aprendizaje muy reconocido y derivados de la investigación desde diferentes ejes. (Fernández, 2007).

Lo anteriormente planteado permite precisar que el concepto de profesión es el resultado de la conjunción de factores históricos que afectan y determinan sus condiciones y características. Las profesiones perduran en el tiempo, en la medida de su respuesta y satisfacción a las necesidades reales de conocimiento del contexto donde evolucionan.

Específicamente, en el caso de la enfermería, esta ha incrementado su formación y requerimientos de certificación y ha persistido en la búsqueda de una independencia mayor, su profesionalización (Freidson, 1990); esto despertó el interés desde algunas enfermeras por establecer criterios internos de profesionalización que permitieran reflexionar sobre las características del surgimiento, su evolución, y por consiguiente, el desarrollo de la profesión. Enfermeras como Hall (1973), identificaron 12 características principales de una profesión:

- Constituye un servicio a la comunidad.
- Posee un cuerpo de conocimientos que busca acrecentar de continuo.

- Prepara a las personas que van a desempeñar esta profesión.
- Establece sus propias normas.
- Adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando.
- Acepta la responsabilidad de proteger al público al cual sirve.
- Trata de utilizar, de manera económica, a las personas que la ejercen.
- Busca el bienestar y la felicidad de quienes la ejercen.
- Está motivada más por el compromiso con la causa a la cual sirve, que por consideraciones de tipo económico.
- Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos.
- Convoca a la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar sus fines.
- Se gobierna así misma.

Por su parte Laddy-Pepper (1989) plantea que las categorías para evaluar la calidad de la profesión están dadas por:

- Características intelectuales: compuestas por tres elementos diferentes: un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión, educación especializada para transmitir el conjunto de conocimientos y el empleo de los mismos en el pensamiento crítico y creativo.
- Elementos prácticos: están relacionados con las habilidades especializadas que son esenciales para el desempeño de una función profesional única.
- Servicio a la comunidad: exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso de toda la vida, que implica no considerar a la enfermería como un trabajo, como una manera de ganar el pan, sino como una profesión.
- Autonomía: significa que los practicantes de una profesión controlan sus propias funciones en el ambiente de trabajo; implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidad de los propios actos, así como autodeterminación y autorregulación.

Marie Françoise Collière (1993) expone que la profesión la constituye un grupo de personas que han conseguido un título, un status, mediante una formación, con el fin de ejercer una actividad. Ella utiliza una serie de categorías que le permiten establecer un

sistema de análisis para la profesión: razón de ser de la práctica de enfermería; naturaleza del trabajo y características del servicio que se ofrece; conocimientos empleados; tecnología utilizada; investigación (enfoque); publicaciones: prensa profesional; repercusiones sociales: imagen social; repercusiones económicas (salarios).

2.1.3 Evolución de la profesionalización

La profesionalización es entendida como la serie de etapas y pautas necesarias que deben cumplir las ocupaciones en la búsqueda de un status profesional, y que correlativamente permite o posibilita la elevación del status de quienes la ejercen (Elliott, 1975). Para ello, cada ocupación construye procesos y traza caminos que dependen del contexto ideológico, económico, político, social y cultural en el que surge y evoluciona (Fernández, 2001).

Al construir históricamente su propia perspectiva, las profesiones reformulan las experiencias de los legos, resignificando la realidad social y originando una nueva; esta última es posible gracias a la posición autónoma que tales grupos logran adquirir en el transcurso de este proceso de reformulación. Tal como lo afirma Freidson (2001): “las profesiones representan retos y están inscritas en trayectorias históricas” (p.84).

De acuerdo a lo expuesto por Pacheco (1997), la conformación histórica de los campos profesionales ha obedecido a una diversidad de condiciones y coyunturas sociales en las que han intervenido factores económicos, políticos y culturales, y en consecuencia, debe establecerse que el origen de las profesiones, como se conocen actualmente, está ligado con los procesos de industrialización.

A finales del siglo XIX e inicios del XX, la profesionalización se consolidó como proceso estructurador de la nueva sociedad industrial, aspectos como la expansión de los conocimientos técnicos, la explosión demográfica y el crecimiento de los centros urbanos de la época, contribuyeron a modificar la organización social existente, propiciando la

creación de tareas profesionales especializadas que generaron la necesidad de maduración de los grupos ocupacionales, (Dettmer, 2009).

La Revolución Industrial supuso un impacto directo sobre el mercado de los servicios profesionales; los sistemas educativos y ocupacionales se adaptaron a las necesidades del conocimiento y al ejercicio económico del momento (Rodríguez, 1992); la reforma aceleró el proceso de separación Iglesia-Estado y, paralelo a ello, ocurrió un cambio gradual en relación al conocimiento apropiado al ejercicio profesional. El ideal profesional empieza a poner el énfasis en la figura de experto, que adquiere tal condición mediante el entrenamiento prolongado y la selección por méritos, llevada a cabo no por el mercado, sino por el juicio de sus pares; éste factor es considerado como uno de los aspectos más característicos de las estrategias de profesionalización (González, 1999).

Con el tiempo, la nueva clase media, que surge de las nuevas fuentes de riqueza industrial, ejerció gran presión para cambiar los sistemas educativos y ocupacionales y adaptarlos a las necesidades. La creciente importancia de la ocupación como un poder laboral comerciable se reflejó en las profesiones mediante una tendencia hacia la especialización de los conocimientos y de las tareas. (Elliott, 1975).

Abbott (1988), analiza los modelos de profesionalización de las ocupaciones desde el análisis de los elementos formales e informales de la estructura social, y cómo la interfase existente entre las diferentes uniones jurisdiccionales determina la historia de cada una de las profesiones. La estructura social de las profesiones reside en su capacidad de mantener su jurisdicción, en un sistema de profesiones competitivo. La demanda de jurisdicción, y por ende de estatus de una profesión, es más elevada cuanto mayor es la cohesión interna y la capacidad de movilización de sus miembros. Está en función de las características de su organización interna, el apoyo académico que posee, y su influencia en los medios de comunicación masiva. El desarrollo de una estrategia monopolista de jurisdicción lleva asociado la creación de organizaciones profesionales con repercusión nacional.

El control del número de profesionales y de las compensaciones económicas de las actividades que ejercen, la capacidad de determinar y garantizar un mínimo de estándares profesionales, y la creación y control del sistema educativo, supone la existencia de barreras de entrada en la educación, formación y en el ejercicio profesional. El proceso de profesionalización presenta dos características básicas: la búsqueda del estatus de profesional y el desarrollo de una actividad monopolista.

La búsqueda del estatus profesional se centra en el reconocimiento social de la exclusividad en una determinada área de conocimiento. Este reconocimiento viene determinado por la posesión de un conocimiento especializado y faculta a los trabajadores para controlar el contenido y la organización de su trabajo. Este conocimiento se convierte en una fuente de poder.

La profesionalización se convierte en un proceso de reafirmación ideológica, que determina una serie de actividades destinadas a elevar el estatus de los miembros de la jurisdicción dentro de la estructura social. La agrupación de los profesionales en el seno de organizaciones específicas es una estrategia destinada a aumentar y mantener el estatus del colectivo, y protegerse frente a posibles competidores, garantizando la continuada racionalización y especialización del trabajo. El control ejercido por las profesiones es del conocimiento abstracto y sobre las técnicas que genera dicho conocimiento, que permite su aplicación. El nivel de abstracción es lo que permite la supervivencia de una determinada profesión dentro del sistema competitivo de profesiones. En síntesis, a finales del siglo XIX se establecen ya las dos características centrales de las profesiones modernas o de mercado: una relacionada con el monopolio sobre un corpus de conocimiento, susceptible de ser aplicado a la práctica; y la segunda, el monopolio sobre un mercado de servicios.

2.1.4 Características que determinan una profesión

La conformación histórica de los campos profesionales ha obedecido a una diversidad de condiciones y coyunturas sociales en las que han intervenido diferentes factores, por lo tanto, su estudio responde y obedece a esos momentos. Son varios los autores que han

estudiado las características que determinan o particularizan una ocupación de una profesión. Goode en el año 1960, citado por Dettmer (2009), intenta explicar sociológicamente las condiciones o características de una profesión, para diferenciarla de otras ocupaciones. La caracteriza a través de dos atributos fundamentales: un entrenamiento especializado prolongado y un cuerpo de conocimientos abstractos y orientación de servicio. En atención a estos atributos establece unos parámetros diferenciadores: la capacidad de una profesión para delimitar sus propios estándares; la necesidad de un largo proceso de socialización y de aprendizaje dentro de una profesión; reconocimiento a través de licencia; capacidad para formular sus propias reglas; regulación del acceso a la misma; identificación y filiación con la profesión; compromiso con la profesión.

A su vez, Wilensky (1964) señaló que la profesión es una forma especial de organización ocupacional, basado en un cuerpo de conocimientos sistemáticos adquiridos a través de una formación escolar, estableció que para que una ocupación pueda ser considerada profesión debe atravesar una serie de condiciones que deben cumplirse de forma sucesiva, estas son:

- Presentación de un grupo ocupacional en una actividad que exige dedicación exclusiva sobre un conjunto de problemas determinados.
- Establecimiento de procedimientos de instrucción y selección, normalmente en instituciones especializadas (universidades), donde se formalizan las vías de acceso.
- Constitución de una asociación profesional, normalmente de ámbito nacional. Esta etapa establece y define su función ocupacional, además de instituir modelos y normas. Sirve además para demarcar las relaciones con otros grupos, especialmente los competitivos.
- Movimientos de la profesión para obtener protección legal, concretada en el reconocimiento público y en el apoyo legal para controlar, en régimen de monopolio, su ejercicio, así como el acceso a ella.
- Dotación de un código deontológico.

Freidson (1978), por su parte, establece unas consideraciones que particularizan o privilegian una profesión: el grado de pericia y conocimiento implícito en el trabajo profesional; la responsabilidad de sus actuaciones; los profesionales se hacen cargo de sus correspondientes acciones regulatorias en las acciones que los individuos no ejerzan su trabajo competente o éticamente. Su autonomía es probada o justificada por su autorregulación. Se plantea algunas ideas centrales para definir una profesión, entre ellas destaca: ser una ocupación de tiempo integral, caracterizada por la presencia de profesionales en una organización que permite la mutua identificación de intereses, con adquisición de conocimientos formales, autónomos; con reconocimiento social por su labor, que ofrezca un amplio servicio a los clientes y a la sociedad. Y, adiciona, además, que la característica más importante de una profesión está dada por la diversidad de formas en que ésta puede ser ejercida, con importantes diferencias entre quienes la ejercen en forma privada (liberal) y aquellos que lo hacen dentro de diferentes tipos de organización.

De igual manera, Cleaves (1985) expresa como condiciones indispensables el tener un conocimiento especializado, capacitación de alto nivel, control sobre el contenido de trabajo, organización, autorregulación, altruismo, elevado prestigio, espíritu de servicio a la comunidad y normas éticas.

Los anteriores autores coinciden en explicar las características de la profesión como el resultado de un conjunto de conocimientos especializados, formación profesional, autorregulación, prestigio y reconocimiento social, autonomía, responsabilidad ética, lo cual le confiere a las profesiones responsabilidad social sobre sus acciones.

2.1.4.1 Profesión y formación

El establecimiento de procedimientos de institucionalización de la formación y selección de candidatos para una profesión es considerada una de las etapas contempladas por Wilensky (1964), para que una ocupación pueda ser considerada profesión. La difusión del cuerpo teórico de conocimientos debe ser hecha por pares con experiencia y son

básicamente las universidades las que sirven de base, mediante sus escuelas y facultades, para formar y entrenar a las nuevas generaciones de profesionales.

La conformación del término profesión ha estado vinculada en forma directa al concepto de formación profesional. La formación profesional es definida por Fernández (2007): “como el conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, con fines precisos para su posterior desempeño en el ámbito laboral” (p.26). El autor establece que un aspecto importante para considerar es que la formación profesional es el proceso que se da en las instituciones de educación superior, orientado a la obtención por parte de los educandos del conocimiento, habilidades, actitudes, valores culturales, éticos correspondientes y necesarios para el determinado ejercicio de la profesión, en atención a las condiciones socio culturales, y políticas del contexto donde surge. Estos datos son concordantes con lo expuesto por Barajas (2005), quién establece que el concepto de formación está ligado al referente de campo de conocimiento y de la realidad, por cuanto la educación de los seres humanos debe conducir a la formación de todas sus facultades y debe hacerse a través de la propia ejercitación del educando.

Autores como Díaz Barriga (1990) plantean que la formación está ligada a la cultura y al trabajo. A la cultura, en tanto que el hombre es el único ente que tiene conciencia de sí mismo, y el trabajo por cuanto sintetiza diferentes relaciones y procesos sociales. Por tanto, para estudiar la formación se debe hacer un análisis desde estas dos orientaciones.

En la misma línea de ideas, Pacheco (1997) analiza que la Institucionalización de la formación para los grupos profesionales ha dependido históricamente de la capacidad de determinados grupos y sectores sociales para establecer normas y esquemas institucionales que, a su vez, se encuentran íntimamente relacionados con el control de la posición y los recursos institucionales básicos; establece la importancia del estudio de la formación profesional, planteando la necesidad del estudio de las profesiones desde la profesión vista como unidad estructural de la actual sociedad moderna, la cual condensa procesos y elementos de la realidad social, política, ideológica en la que se circunscribe. Las profesiones son consideradas estructuras sociales autónomas, en el sentido que se

encuentran formalmente establecidas y legitimadas, no solo por el conjunto de formas y sistemas de organización social históricamente constituidas, sino por el sector social que las constituye como tal. Si bien estas condiciones son elementos definitivos para el estudio de su naturaleza y desarrollo, también lo son sus respectivas dimensiones culturales, científicas, ideológicas, propias de su dinámica de formación.

Para Pacheco (1997), la génesis de los procesos de institucionalización de los campos profesionales cobra sentido a partir de las condiciones que social e históricamente prevalecen en una coyuntura histórica, y cobra sentido en la medida que represente una directriz de análisis que permita identificar la diversidad de posturas en torno a una actividad determinada. De este modo, el predominio de ciertas condiciones sociales, así como intereses y posiciones con relación a determinado campo profesional, favorecen la permanencia de una determinada estructura profesional.

Según planteamientos de Díaz Barriga (1997) el campo profesional surge en la estructuración del sistema escolar como una forma de regular el acceso al conocimiento y a la vez ordenar, esto es, incluir y excluir a las personas en un ejercicio ocupacional. Las profesiones se estructuraron con base en una segmentación de la producción del conocimiento y de su propio ejercicio. Las diversas expresiones del ideal humanista sucumbieron ante la necesidad de regular y reglamentar las formas del ejercicio de las habilidades profesionales, de tal manera que para poder realizar una profesión, no solo se necesitó del conocimiento específico, sino que se buscó regular y legalizar lo escolar como única forma válida de tener acceso a este conocimiento. Para el autor los modelos de formación responden a los modelos económicos característicos del momento. Es así como en la antigüedad el gremio medieval se caracterizó por una formación fundamentada en el ideal religioso: estructura maestro-oficial-aprendiz. La regulación escolar originó una escisión entre conocimiento y práctica, con lo cual se llega a que las instituciones educativas certifiquen la cualificación y el ejercicio de los profesionales. Lo anterior dio origen a los sistemas universitarios y a las escuelas técnicas.

Otro aporte importante sobre la formación profesional lo hace González (1999), quien habla sobre la naturaleza misma de la educación profesional, y expone que la formación cumple una función importante en el establecimiento del status y honor de quienes forma. De igual manera, la educación influye en la consolidación de un grupo profesional, lo cual permite deducir que el prestigio social de los profesionales depende del prestigio de las organizaciones.

El surgimiento de la profesión, en términos generales, parte de las prácticas que se van institucionalizando hasta alcanzar que un grupo de individuos se comprometa con éstas, sistematice sus experiencias, y logre el reconocimiento y la legitimidad social. Las instituciones formadoras en la sociedad, y especialmente las universidades, hacen ejercicios de formación que les permiten canalizar los saberes prácticos y teóricos para que sean transmitidos a los profesionales en formación en un área determinada. Esta transmisión adquiere sentido cuando se articula a un contexto social, político, económico, cultural e ideológico de actuación. Tratar la formación de los profesionales en los campos reconocidos obliga a estudiar la forma y criterios asumidos por las instituciones formadoras para alcanzar los propósitos fijados en sus perfiles de formación. En este orden de ideas estudiar la profesionalización implica un análisis desde su formación.

2.1.4.2 Profesión y prestigio social-reconocimiento social

La obtención y mantenimiento de prestigio social es un elemento clave en la evolución histórica de los sectores profesionales (González, 1999). Las profesiones se consideran figuras relevantes en el sistema de estratificación social, en la medida en que otorgan reconocimiento, prestigio y posición social. En este orden de ideas, la profesionalización es concebida como un proceso colectivo de movilidad ascendente, en el cual los grupos ocupacionales establecen una pugna para definir y controlar el área de la división social del trabajo. Éste, a su vez, se transmite a sus miembros y es condicionado de manera absoluta por el éxito del esfuerzo organizativo de la profesión.

Collins (1971) ubica a las profesiones dentro de un sistema de redes internas que dentro de las estructuras formales de estratificación establecen ritos de interacción que les permite arribar a ideas comunes acerca de su identidad, sus propósitos y, de manera fundamental, de su honor y prestigio; es decir, concibe a las profesiones entre una combinación de clausura social, honor y prestigio. Por tanto, las profesiones más exitosas han sido, y son, aquellas que no solo han logrado monopolizar sus respectivas áreas o actividad, sino que han transformado su trabajo mismo en honor y prestigio.

Las características del surgimiento de una profesión son determinantes para que ésta sea reconocida y valorada en una sociedad. Así, hay profesiones consideradas como antiguas, como es el caso de la medicina, el derecho y el sacerdocio, calificadas como las profesiones de reconocimiento más elevado; y otras más nuevas como el caso de la nutrición, trabajo social y enfermería consideradas de baja constitución y etiquetadas como de bajo reconocimiento (Cárdenas, 2005).

2.1.4.3 Profesión y autonomía

La autonomía es considerada por Freidson (1978) como una de las características distintivas para que una ocupación pueda ser considerada como profesión. Es decir, una profesión se diferencia de una ocupación porque es capaz de controlar su propio trabajo, se les concede el derecho de determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse; implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidad de los propios actos. El autor establece una diferenciación importante entre las profesiones eruditas y las profesiones de consulta, las primeras pueden alcanzar el monopolio al cual aspiran recurriendo al apoyo del Estado o de grandes mecenas, en cambio las profesiones de consulta solo llegan a él gracias a amplias clientelas y/o forma práctica de intervención.

Aunque se presupone que las profesiones son consideradas estructuras sociales autónomas, en el sentido que se encuentran formalmente establecidas y legitimadas por un conjunto de formas y sistemas de organización social, cabe reconocer que el grado y

características de la autonomía en una profesión están determinados principalmente por dos factores; el primero lo determina su historicidad, pues las profesiones no nacen de una historia natural, sino de un proceso social. El segundo lo constituye el papel político-ideológico del Estado en la influencia e intervención en la estructuración de las profesiones (Machado, 1995).

La autonomía profesional que asumen los diversos profesionales en su ámbito laboral presenta algunas características que tipifican a su propia profesión en la interacción con otros campos profesionales, asignándoles un estatus y prestigio, el cual generalmente se refleja en su ingreso económico. Uno de los elementos que se considera de mayor importancia es la posesión de un conjunto de conocimientos propios no referidos a la práctica manual. Lo que se traduce en la especialización técnica o disciplinaria, convirtiéndose éste en un factor decisivo para mantener e incrementar la autonomía. (Cárdenas, 2009).

Autores como Torralba (1998) consideran que la autonomía no se opone radicalmente a la heteronomía, pues se debe comprender de un plano relativo y contextual. Una realidad autónoma es precisamente una realidad que tiene una ley propia, es decir, que se regula desde sí misma y no de modo externo, en este sentido, una profesión es autónoma cuando tiene su propia metodología, su propia legalidad y no depende de otra. Es heterónoma o dependiente cuando depende fundamentalmente de otra, sea en el orden de los fines o en el orden metodológico. Todas las profesiones de la esfera de la salud están intrínsecamente relacionadas entre sí y dependen fundamentalmente una de otras, pero no significa que no tengan autonomía disciplinar entre ellas. Por lo tanto, el análisis de la autonomía debe moverse en el campo de la relatividad, de acuerdo al grado de interrelación.

2.1.4.4 Profesión y asociaciones – agremiaciones

La asociación profesional constituye un elemento táctico dentro de la lucha que sostienen las profesiones para obtener mayor autonomía y reconocimiento social. La

importancia de asociarse representa para cualquier gremio tener la posibilidad de levantar la voz para formular sus metas, ejercer presión como grupo, proteger sus intereses y encontrar planteamientos y/o soluciones a sus problemas determinados. La organización gremial está ligada con el desarrollo de las profesiones actuales. (Fernández, 2004).

Para González (1999), las estrategias asociacionistas fueron de tanta relevancia para el éxito de los grupos ocupacionales, deseosos de convertirse en profesiones, que muchos autores han tendido a identificarlas con el mismo proceso de profesionalización. El tipo y grado de asociaciones producidos por un grupo ocupacional en su trayecto hacia la profesionalización es un importante indicio de su grado de madurez, medido precisamente a través de su capacidad de establecer lazos institucionales.

En el análisis realizado por González (1999) destaca la postura de Habermas en torno al asociacionismo, lo considera con una fuerte centralidad social; las asociaciones profesionales ocupan un lugar relevante, son elementos decisivos para la conformación de sociedad civil, dado que producen transformaciones profundas en la sociabilidad y en las prácticas comunicativas, las cuales se traducen en el incremento de densidad y complejidad de los lazos sociales, tanto a nivel de grupos élite, como de las clases populares. El autor las establece como fuente misma de la formación de ciudadanía.

El nacimiento de las asociaciones y colegios profesionales se llevó a cabo bajo las consignas populares de modernización y de reforma de la sociedad auspiciadas por el Estado (Collins, 1989). Según Fernández (2007), los colegios nacieron cuando grupos de individuos se dedicaron a una misma actividad, es decir, su origen se pierde en el tiempo, pero su existencia ha permanecido y se ha fortalecido por ser una asociación de utilidad colectiva y pública, ya que establece deberes de sus agremiados para con la sociedad y el Estado.

Hoy en día la forma de organización de las profesiones es muy variada, aparecen los gremios, asociaciones, sociedades, colegios y consejos. *Gremio* significa seno, regazo o el interior de cualquier lugar, y ha servido para designar los sujetos de la misma clase, calidad

o actividad. *Asociación* se remonta al siglo XIX y se refiere al conjunto de asociados y al grupo jurídico que forman. Los colegios de profesionales son asociaciones civiles formadas por individuos agrupados voluntariamente, que comparten la característica de ostentar un título reconocido oficialmente y que avala un conocimiento adquirido, útil para la práctica específica y que tiene el interés por trabajar por la profesión. (Fernández, 2007)

Para Fernández (2004), las motivaciones que llevan a los individuos para formar agrupaciones profesionales, son:

- La definición de una línea de demostración entre personas calificadas y no calificadas.
- El mantenimiento de altos niveles de carácter profesional o práctica honorable.
- La elevación del status del grupo profesional.
- El deseo de la profesión de ser reconocida por la sociedad como única y plenamente competente para realizar sus tareas particulares.

2.2 La profesión de Enfermería

La Enfermería como profesión nace de una actividad que por su naturaleza no fue propia de una ocupación, históricamente estuvo ligada al quehacer de la mujer, orientada a cuidar la vida y preservar la especie; vínculo natural enmarcados dentro del análisis de los sistemas de relaciones socialmente establecidos entre naturaleza y cultura, ámbito doméstico y trabajo productivo/ improductivo (Colliere, 1993). Con la influencia del cristianismo los cuidados pasaron a un plano social, ligados a la caridad cristiana y al servicio vocacional. Los hospitales y centros asistenciales estuvieron bajo la dirección y prestación de comunidades religiosas, situación que perduró hasta inicios del siglo XX (Celma, 2007). Luego la medicalización de la sociedad, generó necesidades y demandas que hicieron que estos profesionales entrenaran mujeres servidoras, disciplinadas y con corazón sensible, es decir, agentes ejecutores e informadores dependientes del cuerpo médico, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica (García, 2007).

El modelo biomédico esculpió los programas de formación desde que se inició su institucionalización como profesión, determinando pautas en la enseñanza y criterios de selección. Desde sus inicios la enfermería se estructuró como una práctica paramédica (Freidson, 1978), es decir, creció a la sombra de una profesión tan fuerte y dominante culturalmente como la medicina, por lo que durante años la actividad de cuidar fue poco valorada, poco visible y sin ningún poder social, situación que condicionó socioculturalmente la evolución de la profesión.

2.2.1 La formación de los Profesionales de Enfermería

Con la creación en 1836 del Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth en Alemania, es Europa quien cuenta con las primeras anotaciones sobre la iniciación de la enfermería como ocupación a inicios del siglo XIX. El Instituto fue la primera experiencia de una Escuela de Enfermería laica, cuyo programa de estudios contaba con amplio abordaje del aprendizaje teórico/práctico del cuidado de los enfermos. Además, se implementó la rotación por los servicios hospitalarios, la formación en enfermería domiciliaria, conocimiento de ética y doctrina religiosa protestante y preparación en farmacia (Donahue, 1985). Para la época se destaca la inadecuada preparación de las enfermeras para enfrentar los requerimientos que la insalubridad, producto de las guerras, generaba en la sociedad. Se despierta así el interés por la enfermería y la necesidad de desarrollar programas de formación (Donahue, 1985).

En respuesta a esta necesidad Florence Nightingale desarrolla en Londres el primer programa de formación para enfermeras, la “Nightingale training school for nurses”, con el objetivo de preparar enfermeras de hospitales para el cuidado de los enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar a otras (Attewel, 1998). Nightingale, entonces, satisface las exigencias que, en cuanto a atención en salud, requería el contexto y formaba mujeres líderes de la enfermería que replicaban el modelo de formación en otras latitudes (países como Alemania, Suecia, Canadá, Estados Unidos y Brasil), dándole importancia al

conocimiento femenino y permitiendo, a su vez, su participación en el contexto social y laboral.

En América, la profesionalización de enfermería se gesta, en primera instancia, en Norteamérica, influenciada por corrientes francesas e inglesas. Con una fuerte orientación secular, la formación de las enfermeras en este hemisferio permitió la organización de una formación en enfermería aislada de las instituciones de salud. Es en Norteamérica donde se desarrollan, a finales del siglo XIX e inicios del XX, las bases conceptuales que direccionan la formación de la enfermería y se convierten en referentes para la creación de escuelas en varios países latinoamericanos (Donahue, 1985).

En 1890 se crea en Argentina la primera Escuela de Enfermería, en Cuba en 1900, en Chile en 1905, en México en 1907, y en Uruguay en 1912. En 1923 se crea la primera escuela en Brasil, por iniciativa del Ministerio de Salud y los auspicios de la Fundación Rockefeller; en Chile se funda en 1927 una Escuela de Enfermeras Sanitarias y más adelante, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, se crea la primera Unidad Sanitaria Modelo, como centro de demostración y enseñanza, organizándose en él un curso para enfermeras nacionales y extranjeras (Verderese, 1979).

Para la misma época (1900-1930) se relaciona la apertura, en Colombia, de las dos primeras escuelas de entrenamiento de enfermeras. La primera en Cartagena en el año 1903, por iniciativa del doctor Rafael Calvo, quién influenciado por corrientes de formación extranjeras (por su experiencia observada en la formación de enfermeras en Francia) se motiva a entrenar a un grupo de mujeres para la atención en el área de obstetricia del Hospital Santa Clara de la ciudad (Ferreira, 2006); ésta escuela gradúa sus primeras egresadas en el año 1906, y se considera la base para que en el año 1919 sea declarada como Escuela Oficial, anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, en atención a la utilidad y notorios servicios que prestaban a la ciudad y fuera de ella las enfermeras graduadas de dicha escuela (Decreto 258 de enero 24 de 1919). Posteriormente, en el año 1920, el Congreso de la República expidió la Ley 39, por la cual se estableció la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de

Medicina de la Universidad Nacional, con el objetivo de preparar enfermeras para desempeñarse en los hospitales de la capital.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena aún se conserva el diploma de una de las egresadas de la primera escuela de enfermería de Colombia, la Señora Eugenia Lafont Vda. de Sierra, en donde consta el diploma de grado con el título de Enfermera, con fecha de 7 de febrero de 1906; se evidencia en el mismo que los diplomas fueron firmados por el director Rafael Calvo y los profesores Manuel Pájaro, Lascanio Barbosa, Antonio Blanco, Camilo Delgado y T. Tatis. En la misma ceremonia se graduaron las señoras Carmen de Arco de Torres y Manuela Abad de Guzmán.

Estas experiencias de formación, consolidadas en el transcurso de las primeras décadas, aportaron al proceso de institucionalización de la enseñanza de enfermería en el ámbito universitario. De esta manera se supera el empirismo que caracterizó al entrenamiento en instituciones asistenciales de salud, que condicionó la práctica de la enfermería por muchos años atrás (Gómez & Munar 2009).



Ilustración 1. Diploma Escuela de Enfermeras de Cartagena. Tomado de: “Área del recuerdo”
Fuente: Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. 2015.

En este orden de ideas, hasta 1936 la formación de las enfermeras en Colombia fue asumida por instituciones hospitalarias y/o conventos, ligado a la iniciativa de médicos, religiosas y personas filantrópicas en situaciones de coyuntura social, como las epidemias o campañas sanitarias, todo ello ligado a la influencia Europea. Velandia (1995) señala esta influencia como una de las herencias recibidas por tradición, que se remontan desde 1617 con las misiones realizadas por el padre jesuita Pedro Claver en el Nuevo Reino de Granada, relacionadas con el cuidado de los enfermos.

El trabajo del religioso permitió que fuera denominado el padre de la enfermería en Colombia. Más adelante también pueden reseñarse las actividades que desarrollaron las comunidades religiosas (Hermanas de la presentación, entre otras), quienes asumieron dentro de los hospitales el cuidado de los enfermos. La influencia religiosa no solo se quedó como herencia, sino que permeó la formación de las enfermeras durante la primera mitad del siglo XX, época en la que se seguía creyendo que la educación de la mujer debía ceñirse al desempeño de sus funciones naturales de madre y esposa, siendo suficiente una instrucción en religión, lectura y escritura a un escaso sector de las mujeres que tenía acceso a la educación (Arroyo, Esteve, &Hernández, 1995).

Cuadro 1. Relación de Escuelas de Enfermería en Colombia, periodo 1900-1930

| Escuelas de Enfermería periodo 1900-1930 | | | | |
|--|-----------------------|-----------|---------------------|--|
| Periodo | Escuela | Ciudad | Carácter | Dependiente De |
| 1903 | Escuela de Enfermeras | Cartagena | Privado | Hospital Santa Clara |
| 1912 | Curso de Enfermeras | Bogotá | Privado | Taller Municipal de Artes y Labores Manuales |
| 1914 | Escuela de Enfermeras | Bogotá | Privado | Escuela profesional de señoritas |
| 1914 | Curso de enfermería | Medellín | Privado | Colegio Departamental de Antioquia |
| 1914 | Curso de enfermería | Medellín | Público - Educativo | Universidad de Antioquia |
| 1917 | Escuela de Enfermeras | Bogotá | Privado | Escuela de Comercio y profesorado |
| 1925- 1937 | Escuela de Enfermeras | Bogotá | Público – Educativo | Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia (Unal) |

| Escuelas de Enfermería periodo 1900-1930 | | | | |
|--|--|--------|---------------------|--|
| 1927 | Escuela de Enfermeras de las Hermanas de la Presentación | Bogotá | Privado | Escuela de la Presentación |
| 1930-1936 | Escuela de Enfermeras Visitadoras | Bogotá | Público – Educativo | Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública |

Fuente: Castrillón A (1986). Formación Universitaria de Enfermeras. Colombia 1937-1980.

En el periodo de 1930-1960 se afianza el reconocimiento de la importancia de los servicios de enfermería técnicamente competentes para la prestación de servicios de salud, tanto en el área hospitalaria como en medicina preventiva. Esta época se reconoce por el auge de las escuelas de enfermería; es un período caracterizado por el gran interés de superar las barreras de la ignorancia y atraso del país; predominan los contactos internacionales con el fin de procurar un impulso mutuo en materia de educación entre todos los países. Se crean para la época la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle en el año 1945, cuya primera promoción se graduó como enfermeras hospitalarias en 1948.

Mediante el Decreto 3451 del 19 de octubre de 1949, del Ministerio de Educación Nacional, se creó la Escuela de Enfermeras de la Pontificia Universidad Javeriana. En la Universidad de Antioquia la escuela de Enfermería se fundó por Resolución número 30 del 29 de septiembre de 1950 e inició labores el 27 de octubre del mismo año, bajo la dirección de la Hna. Lucía de la Pasión. Los primeros programas ofertados en esta época tenían una duración de tres años y otorgaban el título de enfermera general, sus enfoques curriculares estaban cargados de la influencia norteamericana y europea cuya finalidad era preparar a la mujer para el cuidado de los enfermos y ayuda del médico. (Velandia, 1995).

Finalizado este periodo, la formación de enfermeras se incorpora al sistema Universitario con la creación de los programas de Licenciaturas en 1960, generando un incremento del período de formación de tres a cuatro años, al igual que los requerimientos de admisión y graduación; así mismo, cambia los perfiles tanto de formación y docente, lo

cual, genera un gran impacto en los planes de estudio de los programas (al realizar énfasis en el perfil administrativo, planificador y programador); se incorpora la práctica rural como requisito para el ejercicio laboral, como respuesta al déficit de profesionales de enfermería a nivel nacional y a la necesidad de cubrir en atención de salud a las poblaciones más necesitadas (Velandia 2005).

Con los avances logrados en los anteriores decenios, en la época de 1960 en adelante se inicia un proceso de cambios en la formación y la práctica de la profesión; la práctica de enfermería sigue centrada en los hospitales, pero surge una tendencia a cambiar su enfoque administrativo por uno clínico. Aparecen los cursos de Especialización en Enfermería Maternoinfantil, Medicoquirúrgica y Psiquiátrica. Entonces la enfermera especialista empieza a asumir mayores responsabilidades en el área de tratamiento y control de la salud. Un aspecto de gran trascendencia para la formación es la inclusión de hombres en los programas de formación; en el año 1966 se admite por primera vez un hombre en la Universidad Nacional, el cual adquiere su título en el año 1972 como Licenciado en Enfermería (Velandia, 2005).

Entre 1970-1974, se creó el 56.5% de los programas de enfermería profesional existentes hoy en el país, producto de los Planes de Desarrollo del gobierno como estrategias en el desenvolvimiento de los sectores de la salud y educación mediante el impulso y creación de programas de formación en salud que satisficieran la demanda a las necesidades nacionales en esta materia (Duran de Villalobos, 1988).

A partir de la década de los 80 hasta los actuales días, en enfermería se despierta un período de progreso investigador que se solapa con el inicio de un avance teórico. Se inicia una lucha por el fortalecimiento de la disciplina a través del impulso y reconocimiento del cuerpo de saberes propios, haciendo distintivo el objeto de estudio de la profesión, el cuidado de la salud y la vida. Estas son épocas de reconocimiento e identificación de una serie de conceptos centrales que fundamentaron el marco epistemológico de la disciplina profesional y que modificaron las estructuras curriculares y los modelos de formación, se pasa de modelos médicos a modelos centrados en el campo disciplinar, haciendo énfasis en

el Ser y Hacer de la profesión. Se comprendió, pues, que la profesión de enfermería requiere de conocimientos profundos, flexibles y cualificados del contenido disciplinar, y debe estar compuesta por teorías, modelos y constructos que apoyen su desarrollo; estos conocimientos se sustentan en la investigación de los fenómenos que se presentan durante el ejercicio, así como del cuidado como objeto de estudio de la profesión (Duran de Villalobos, 2000, 1988).

Además de lo anteriormente mencionado, en la década del 80, se realiza una conversión paulatina de los programas de nivel tecnológico a programas de licenciatura y a comienzos de los noventa, todos los programas en funcionamiento eran de nivel universitario (Velandia, 2011). En Colombia, a diferencia de otros países Latinoamericanos, la diversificación de la formación fue controlada quedando muy pocos programas de tipo técnico y tecnológico. Se empieza a hablar de la especialización del conocimiento de la enfermería, en respuesta a los avances tecnológicos y a las exigencias de formación específicas; se crean los programas de posgrado a nivel de especialización y maestría y posteriormente los doctorados. En la Universidad Nacional de Colombia, en el año 1972, se oferta la primera maestría en Enfermería y 31 años más tarde, en el año 2003, se oferta el primer doctorado en Enfermería en Colombia.

Actualmente la formación de las Enfermeras en Colombia cuenta con 64 programas de pregrado distribuidos en todo el país, 23 de ellos con Acreditación de Alta calidad, 36 especializaciones, 6 maestrías y 2 doctorados (Ministerio de Educación, 2014). Los perfiles de formación atienden a la diversidad de enfoques laborales en los cuales se puede desempeñar el profesional de enfermería, haciendo énfasis en sus desarrollos disciplinares y complementados con otras áreas que le permiten al profesional brindar un cuidado integral, lo que ha permitido una consolidación en el proceso de institucionalización y una cualificación del profesional de enfermería. Dentro de los cambios y transformaciones que han sufrido los modelos de formación en enfermería, continúa existiendo el interés de impulsar el desarrollo disciplinar y afianzar el acervo conceptual de la profesión.

2.2.2 Agremiaciones y/o Asociaciones profesionales en Enfermería

La función de las asociaciones profesionales de Enfermería tiene como objetivo colaborar para mantener la calidad de la educación, de igual forma en el servicio que se brinda a la sociedad y regular la profesión. Ethel Fenwich, reconocida por argumentar que la preparación para cuidar podía dar a la profesión un estatus en la sociedad, se esfuerza en el año 1919 por formalizar el Registro Estatal para el ejercicio de la profesión en Gran Bretaña, lo cual origina nuevas exigencias en el proceso de formación y le da un reconocimiento estatal a la práctica ocupacional de la Enfermería (Griffon, 1995). Estos hechos promueven en otros países la organización de escuelas de formación e impulsan la evolución de un oficio vocacional a una profesión.

Cuadro 2. Organización de la profesión de Enfermería finales del siglo XIX

| Año | Suceso | Observación |
|-----------|---|--|
| 1857 | Asociación Nacional de señoras para la difusión del conocimiento sanitario – Inglaterra | Mujeres clase media – alta filantropía. |
| 1859 | District Nursing Association – Liverpool | Florence Nightingale |
| 1893-1894 | Creación del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) – Primer Congreso. | Movimiento internacional por los derechos de las mujeres. |
| 1922 | Reunión en Copenhague, para oposición a la unión propuesta por la Cruz Roja. | La cruz roja quería dirigir la enfermería después de la 1° guerra mundial. |
| 1947 | 2do Congreso del CIE – 6500 enfermeras | New Jersey |
| 1957-1997 | 46 asociaciones – 118 asociaciones respectivamente. | Crecimiento de las asociaciones de enfermería en el mundo. |

Fuente: Cuadro tomado de: Marshall-Burnett & Harson, 1990

En el ámbito gremial, las décadas del 60 y 70 fueron tiempos de gran desarrollo de las relaciones internacionales, lo cual favoreció avances en la conformación de agremiaciones de enfermeros a nivel regional y mundial. Por ejemplo, en el caso de Argentina en 1965 se fundó la Federación Argentina de Enfermería (FAE), la cual ha venido representando los

intereses profesionales a nivel nacional; a nivel regional es miembro de la Federación Panamericana de Enfermería (FEPPEN) y del Consejo Regional de Enfermería Mercosur (CREM) y a nivel internacional del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La FAE agrupa a las asociaciones, gremios y colegios de enfermeras del país. Por su parte, en Brasil, la primera Asociación Brasileña de Enfermería data de 1926, originalmente llamada Asociación Brasileña de Enfermeras Graduadas y más temporáneos el Sistema de Consejo Federal de Enfermería y Consejos Regionales de Enfermería (COFEN / COREN), creados en 1973, y los sindicatos de enfermería creados en la década de 1980, como organizaciones diferenciadas por Estados. Es la Asociación Brasileña de Enfermería (Associação Brasileira de Enfermagem ABEn), la cual representa a la profesión en instancias políticas superiores; también cuenta con afiliación al FEPPEN. Por su parte, en Chile las enfermeras están agremiadas en el Colegio de Enfermeras creado por Ley No. 11.161, que tiene a su vez delegaciones en las distintas Regiones del país.

En Colombia, al igual que en los anteriores y otros países latinoamericanos, inicialmente (época de 1900 en adelante) no existía ninguna organización gremial relacionada con los aspectos legales de la práctica de enfermería. Los primeros indicios de organización gremial en Colombia datan de 1931 cuando, según Pedraza (1954), paralelamente con la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras, se promulgó una resolución por la cual se establecía que los nombramientos oficiales de enfermeras para dispensarios, consultorios, sala cunas y demás instituciones o empresas de asistencia social, solo podría realizarse a aquellas enfermeras que presentaran el título expedido por esta Escuela. En 1935 el director Municipal de Higiene de Bogotá trajo al país la comunidad de las hijas de la Caridad, para que a su cargo ocuparan 80 vacantes como enfermeras visitadoras. Esta situación promovió la creación de la Asociación Nacional de Enfermeras Visitadoras de Colombia, siendo así la primera asociación de mujeres profesionales constituida en Colombia. Luego en 1949 el Ministerio de Trabajo concedió la personería jurídica que consagró a la Asociación de Enfermeras Visitadoras como sindicato, pasando a llamarse Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC.

En 1957 la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia -ANEC, entra a formar parte del Consejo Internacional de Enfermeras – CIE. También es miembro estatutario de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN, creada en 1968 y trabaja mancomunadamente con ella, en el mejoramiento de la formación de enfermeras en el país.

Los gremios, asociaciones y organismos no-gubernamentales son un elemento fundamental para el desarrollo de enfermería. Los primeros reconociendo el valor inherente de la diversidad y la importancia de un cambio en la orientación de la práctica individualista a la de una colectiva y colaborativa, trabajando en ofrecer poder a las enfermeras, creando ambientes favorables para el trabajo y promoviendo legislaciones equitativas (Hall, 1973).

2.2.3 Legislación en Enfermería

La historia muestra que a principios del Siglo XX en Estados Unidos se admitía que la legislación sobre la aprobación estatal de la enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un rango profesional, mediante el establecimientos de normas educativas mínimas para las escuelas de enfermería, igualmente el Consejo Internacional de Enfermeras señaló la necesidad de que la enfermería participe en todos los ámbitos decisorios y normativos que afectan al sector de la salud y el bienestar de las personas (Marshall-Burnett & Harson,1990)

En Argentina, la sanción de la Ley del Ejercicio de la Enfermería No. 24.004 en 1991 y su Decreto Reglamentario No. 2497/93, reconoce a la enfermería el carácter de profesión y otorga a los enfermeros el derecho de ejercicio libre y autónomo. El ejercicio de la enfermería en Brasil se encuentra regulado por la Ley No. 7.498 del 25 de junio de 1986, Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería y su Decreto Reglamentario No. 94.406 de 1987. El Consejo Federal de Enfermería (COFEN), los Consejos Regionales de Enfermería (CORENs) y sus órganos, establecidos por la Ley No. 5 .905 de 12 de julio de 1973, son

los encargados de la vigilancia de la práctica profesional de enfermería en Brasil. (CIE, 2014)

Así mismo, la regulación de la enfermería en Chile se ha abordado a través del código sanitario y laboral, leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad. Pero es a partir de la reforma del Código Sanitario, efectuada en diciembre de 1997, mediante la Ley No. 19.536 que se define la profesión de enfermería, redefine la de matrona, y concede una bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en establecimientos de los Servicios de Salud, en sistema de turnos rotativos, nocturnos y en días sábados, domingos y festivos; en unidades de emergencia, unidades de cuidados intensivos, neonatología y maternidades de establecimientos asistenciales dependientes de los Servicios de Salud. En el anexo 3, se describe y amplían la normatividad.

En Colombia, la regulación legal de la práctica enfermera, se encuentra dentro de los antecedentes de la regulación del ejercicio de las comadronas, es un artículo en el decreto 592 de 1905, donde el Estado tempranamente aprobó el ejercicio de las comadronas, condicionándolas a la certificación por parte de médicos. Posteriormente, la Ley de 83 de 1914 que reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas, en su artículo 11, dice: “Podrán ejercer como comadronas las enfermeras que presenten un certificado de idoneidad expedido por médicos diplomados”. Con la expedición del Decreto 592 en 1905 y la Ley 83 de 1914, se reconoció legalmente la labor que desempeña la comadrona, siempre y cuando fuera ejecutada por una enfermera cuyo ejercicio y formación estuviera avalado por el criterio médico.

En 1946 se inicia en Colombia un proceso de reglamentación de la profesión, por esta época se promulgó la Ley 87/1946, que orientó durante medio siglo la profesión de enfermería en el país, y más adelante el Decreto 3550 del 20 de Octubre de 1948 clasificó el personal de enfermería y creó la Junta de Títulos de Enfermería, autorizada para expedir el correspondiente Carné de Identificación Profesional. También por esta época se decreta que el día 12 de mayo es oficialmente el Día de la Enfermera.

Posteriormente, en 1996, tras la gestión de un grupo de enfermeras en coordinación con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y después de 20 años de intentos fallidos, el Congreso de la República sancionó la Ley 266 de 1996, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, establece sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional; así como las obligaciones y los derechos que se derivan de su aplicación) (ANEC, 1999).

La Ley No. 266/96, en su artículo 3, define la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Se creó con esta ley, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, como un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del gobierno nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería. De igual forma, se estableció el Tribunal Nacional de Ética de Enfermería (TNEE), con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia y se autorizó a éste para adoptar el Código de Ética de Enfermería, pasando esta prerrogativa a manos del gremio y quitándola de personas ajenas a la profesión (ANEC, 2000).

El TNEE, que inició labores en enero de 1997, emprendió la tarea de conseguir la aprobación del Código de ética de Enfermería en el Congreso de Colombia, proceso que duró cerca de cinco años y que culminó con la expedición de la Ley 911 de 2004, o Código Deontológico de Enfermería. (Echeverri, 2003).

En el año 2007 se sancionó la Ley No. 1.164 de 2007 sobre Talento Humano en Salud, que regula el ejercicio de todas las profesiones y ocupaciones de la salud y que en cierta forma reformula los requisitos para su ejercicio estableciendo que para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas, o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley, que además tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes.

Esta norma dispone la obligatoriedad de contar con título, inscripción en un registro único, establece una identificación única, crea un sistema de recertificación, la organización colegial con funciones públicas y un servicio social obligatorio (Congreso de Colombia, 2007).

CAPÍTULO 3

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

A continuación se presenta el recorrido metodológico que se llevó a cabo para alcanzar los objetivos propuestos. Se inicia con el paradigma que se utilizó en la investigación para analizar y comprender la realidad de la profesión de Enfermería en Cartagena. Se describe el planeamiento desde la lógica teórico- metodológico Sociología de las Profesiones que direccionó la investigación, luego se detalla el procedimiento de recolección de información documental y empírica, para esta última se entrevistaron 22 enfermeras (os) de diferentes áreas de desempeño profesional con más de cinco años de experiencia laboral. Se continúa con la forma como se analizaron los datos, el reto asumido para la interpretación de la información; de igual manera, los criterios y rigor de calidad del proceso metodológico; y por último, pero no menos importante, las consideraciones éticas en el manejo de la información.

3.1 Diseño del estudio

La investigación se aborda desde el paradigma cualitativo, por cuanto su orientación principal buscó analizar el significado de una experiencia que implica el examen intenso y profundo de diversos aspectos de un fenómeno dado (Galeano, 2009), en este caso comprender la realidad de la profesión de Enfermería, dentro de un contexto social focalizado. Autores como Lenise, Quelopana, Compean & Reséndiz (2008) aseguran: “que el enfoque cualitativo se caracteriza por la visión holística del fenómeno de interés, se mira el asunto como un todo y las distintas relaciones que se establecen, es decir, es visto en su contexto de forma naturalística como este ocurre en la realidad” (p.88).

El estudio siguió una lógica desde la perspectiva teórica-metodológica de la Sociología de las Profesiones, referente que permite a las profesiones mirarse desde su contexto, es

decir, analizarse desde el concierto social e interprofesional. Al respecto, Fernández (2007) y Díaz- Barriga (1997) coinciden al exponer que la Sociología de las Profesiones es un enfoque que da cuenta del proceso de consolidación de las profesiones, analiza el proceso de socialización, su inserción laboral en la estructura socioeconómica y su movilidad social; mide el prestigio desde una perspectiva comparativa y analiza los problemas profesionales como procesos de un grupo específico en el seno de la sociedad. Las profesiones, según Pacheco & Barriga (1997):“son organizaciones estructurales autónomas de la sociedad (...), formalmente establecidas y legitimadas” (p.20). Las condiciones socio histórico que marcan el desarrollo de las profesiones, generan particularidades que requieren ser estudiadas de manera específica.

Esta corriente se establece plenamente en la década de los setenta del siglo XX, como área de la sociología con objeto de estudio, metodología de indagación y cuerpo categorial propio (Fernández, 2002). A partir de esta época, se hace visible la realización de muchos estudios orientados a vislumbrar la razón de ser de ciertas profesiones en diversos contextos sociales e interprofesionales, como es el caso de Freídson (1978), Fernández (2002) y Cárdenas (2005).

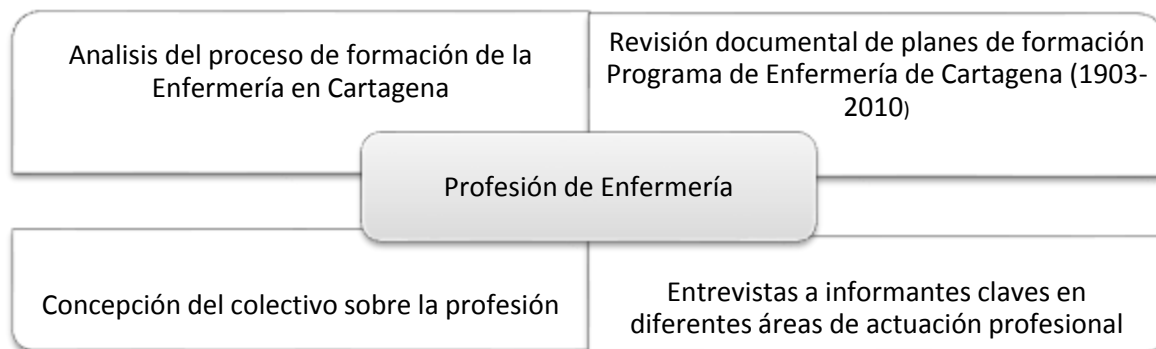
Se escogió como objeto de estudio el Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena y sus egresadas, por ser este el primer y único programa formador de enfermeras en el Caribe colombiano durante más de 70 años. Desde su creación, en el año 1903, se convirtió en referente de formación del recurso humano en Enfermería para el departamento de Bolívar y la región Caribe. Sólo hasta 1974 se oficializa el segundo Programa de Enfermería, la Escuela de Enfermería de la Corporación Metropolitana de Barranquilla, de carácter privado. Posteriormente, en 1975 se crea la Facultad de Enfermería de la Universidad de Córdoba, de carácter público. Es decir, que el programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, en su existencia de 114 años con interrupciones por periodos de muy corta duración, fue durante la gran parte del siglo XX, la única institución oficial que formó enfermeras en el Caribe Colombiano. Otro aspecto a considerar, es el liderazgo de la Universidad de Cartagena en la región, por cuanto desde su fundación en el año 1827, hasta la década del 50 del siglo XX, se constituyó en el único

Centro de Educación Superior de la Costa Atlántica. El avance de la educación superior en la región Caribe fue lento, hasta 1950, cuando surge en Barranquilla, la Universidad del Atlántico, institución de carácter público. (Viloria, 2006).

3.2 Técnicas y procedimientos

Los estudios revisados desde el referente de la Sociología de las Profesiones, dan cuenta de un proceso metodológico fundamentado en la técnica de revisión documental y trabajo de campo. La técnicas de revisión documental, permite el análisis de la evolución de los grupos profesionales una vez constituidos y el trabajo de campo explora la opinión experta de los miembros del grupo profesional (Cárdenas, 2005). En la presente investigación se utilizó la técnica de revisión documental y se realizó un trabajo de campo con entrevistas a profundidad. A continuación se esquematizan las técnicas empleadas para dar respuesta a los objetivos propuestos:

Figura 1. Técnica empleada para el logro de objetivos



Fuente: diseño de la investigadora. 2014

3.2.1 Técnica de revisión documental

Para la investigación cualitativa, la investigación documental, se constituye en una estrategia con particularidades propias en el diseño de la investigación, que incluye una serie de etapas como la obtención de la información, el análisis y la interpretación, siempre direccionados desde la misma intencionalidad como se analiza cualquier evento u hecho social; en este sentido, la lectura de documentos es una mezcla de entrevista y observación, éstos son unidades que se pueden leer y descifrar sobre algún aspecto del mundo social. Hace de sus fuentes (primarias o secundarias) su materia prima básica y la revisión de archivos y el análisis de contenido se convierten en técnicas fundamentales de su trabajo; estos se agrupan de acuerdo con diversos criterios (Galeano, 2009):

Según intencionalidad: documentos escritos o contruidos con el objetivo de registrar hechos o acontecimientos sociales, o documentos que si bien no fueron hechos con estos propósitos pueden ser usados para análisis de la vida social.

Según su naturaleza: se clasifican en documentos escritos como los oficiales de la administración pública (anales del Congreso, estadísticas oficiales, procesos judiciales, documentos privados, la prensa escrita, los textos literarios. Otros son los visuales y audiovisuales (...) (p.114).

Con la presente técnica se buscó develar, cómo se dio el proceso de formación en Enfermería en Cartagena, desde el Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, creado en 1903 y que continua aun formando enfermeras y enfermeros para la región y el país y como esta formación contribuyó al proceso de consolidación de la profesión.

3.2.1.1 Técnicas de búsqueda documental

La búsqueda de la información se realizó a través de la revisión de documentos, con el propósito de rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes tanto primarias como secundarias. Las fuentes primarias fueron identificadas en archivos públicos de Instituciones como el Archivo Histórico de Cartagena, Archivo de la Universidad de Cartagena (Claustro de San Agustín), archivo de las Facultades de Enfermería y Medicina de la Universidad de Cartagena (Campus de Zaragocilla), archivo de la Asociación Colombiana de Enfermería (ANEC) Seccional Bolívar. De igual manera, se revisaron fuentes secundarias, que hacen referencia a informes de investigación u otro tipo de libros y artículos que guardó interés en el objeto de indagación, estas fueron revisadas en bibliotecas, bases de datos de la Universidad de Cartagena y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Cada fuente tanto primaria como secundaria, conllevó a la elaboración de un inventario por fuente y lugar de búsqueda, que contenía nombre del documento, fecha de elaboración, autores, descripción del documento, datos del sitio donde reposaba la información. Estas fichas fueron elaboradas en el computador en un programa en Word, en los cuadros siguientes se muestra, un ejemplo de la forma de almacenamiento e inventario de documentos identificados en el Archivo Histórico de Cartagena y uno del Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Cuadro 3. Índice cronológico e inventario de documentos Archivo Histórico Cartagena

| Fecha | Institución expide el documento | Tipo de documento | Ubicación | Descripción |
|-------|-----------------------------------|--|--|---|
| 1894 | Asamblea Departamental de Bolívar | Ordenanzas expedidas por la Asamblea Departamental de Bolívar en su sesión ordinarias 07 de 1894. Cartagena. | AHC. Biblioteca auxiliar. Caja 204. Tomo 1388. | Contrato sobre las Hermanas de la Caridad para el Hospital de Cartagena. El contrato se celebra entre la Gobernación del Departamento de Bolívar y las Hermanas de la Caridad de la Presentación, para que atiendan a los enfermos del Hospital de Cartagena. |

| | | | | |
|------|-----------------------------------|---|---|--|
| 1903 | Asamblea Departamental de Bolívar | Ordenanzas expedida por la Asamblea Departamental de Bolívar en su sesión ordinaria 015 de 1903 | AHC. Biblioteca auxiliar. Caja 204. Tomo 1393. Decreto Número 714 de 1889 | Por el cual se funda una Sala de Maternidad en el Hospital de esta ciudad. Cartagena. Se funda la sala de Maternidad en éste hospital a falta de una sala en la Facultad de Medicina del Colegio de Fernández de Madrid, para facilitar la enseñanza del curso de Clínica Obstetricia e Infantil |
| 1919 | Asamblea Departamental de Bolívar | Decreto Número 258. | Biblioteca auxiliar. Caja 247. Tomo 1706. Nombres de los catedráticos de la Facultad de Medicina en 1918) | Por el cual se reconoce oficialmente una Escuela y se le anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena. Gaceta Departamental de Bolívar, |

Fuente. Cuadro diseñado por la investigadora, de acuerdo a la información documental registrada en el Archivo Histórico de Cartagena (1894-1919). 2014

Cuadro 4. Índice cronológico e inventario de documentos Archivo Histórico Facultad de Enfermería-Universidad de Cartagena.

| Fecha | Institución expide el documento | Tipo de documento | Ubicación | Descripción |
|-------|---|-------------------|---|--|
| 1954 | Honorable Consejo Directivo de la Escuela de Enfermeras | Actas.. | . Archivo Histórico Facultad de Enfermería (Ff.105-108 | El Rector de la Universidad Eduardo Lemaître considera adecuada la creación de un Patronato de la Escuela de Enfermeras con las mismas funciones de director, cuya dirección debe llevarse a cabo por tres señoras respetables que ayudaran a mejorar el desarrollo de la Escuela |
| 1958 | Honorable Consejo Directivo de la Escuela de Enfermeras | Actas.. | Archivo Histórico Facultad de Enfermería. F.216. (Acta nº23) | Se plantea el tema de la reorganización que se la dará a la Escuela de Enfermeras y se proponen varias soluciones que eviten su cierre inminente: el cierre temporal d la Escuela y su reapertura luego de dos o tres años cuando esté bien organizada; que las alumnas actuales que se encuentran estudiando en la Escuela terminen su proceso de formación en algunas de la Escuelas de Enfermería del país. En el debate se resalta la colaboración de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, la directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Antioquia y la sección de Enfermería del Ministerio de Salud Pública en la reorganización de la Escuela |
| 1965 | Honorable Consejo Directivo Facultad de Enfermería. | Actas. | Archivo Histórico Facultad de Enfermería. Ff.226-228. (Acta nº1. 1966 | Se aprueba el plan de estudios 1966-1970, con las siguientes cursos: Psicopedagogía, Principios Fundamentales y Ecología Humana –I semestre, primer año–; Anatomía, Fisiología y Microbiología –II semestre, primer año–; Ética Profesional y Desarrollo de la Comunidad –II semestre, primer año–; Ciencias Básicas y Nutrición –II semestre, segundo año–. Se modifican los requisitos para obtener el grado: ser Bachiller o Normalista Superior; haber cursado y aprobado los cuatro años de estudios; presentar un trabajo de investigación; presentar un certificado de profesional en Inglés u otro idioma extranjero expedido por el Departamento de Humanidades de la Universidad de Cartagena) |

Fuente. Cuadro diseñado por la investigadora, de acuerdo a la información documental registrada en el Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería 1952-1969.

Con relación a los archivos históricos de la ciudad de Cartagena, Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería y de Medicina se seleccionaron todos los documentos (actas, acuerdos, resoluciones, proyectos, programas) que contenían aspectos relacionados con planes de estudio del Programa de Enfermería desde el periodo 1903-2010. De igual manera, se revisó la normatividad que sobre Educación Superior se ha expedido en Colombia, estudios realizados sobre la profesión de la Enfermería en Colombia y a nivel internacional.

3.2.1.2. Técnicas de análisis de la información documental

Para realizar el análisis de la información, se tuvo en cuenta aspectos considerados en las técnicas de análisis contenido (Galeano, 2009; Valles, 1999), la cual permitió aproximarse a la estructura interna de cada documento analizado y contrastarlo con el contexto en el cual se producía la información, permitiendo una interpretación social del fenómeno estudiado.

La aplicación del análisis de contenido conllevó a la ejecución de una serie de reglas y procedimientos metódicos como a continuación se explican:

Identificada la información, se realizó la clasificación, la valoración y el análisis de los documentos, estableciendo una periodicidad por hechos históricos que representaron e impactaron el proceso de formación, para lo cual se realizó un índice cronológico de la información encontrada, que guardara relación con las categorías de exploración (planes de estudio, normatividad sobre formación y modelos de formación). El procesamiento de la información implicó la toma de fotografías, realización de memos analíticos como paso previo a su almacenamiento y sistematización. Posterior a ello, se realizó la revisión e interpretación de la información recolectada y almacenada en programas informáticos tipo Excel. Finalmente, se procedió a la organización de la información analizada para así llegar a la presentación de los resultados finales.

La organización de los resultados se realizó en cuatro grandes categorías, debidamente contextualizadas y definidas, que dimensionan los cambios en el proceso de formación en el programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, para lo cual se tomó como referente la periodización establecida por Montalvo & Gómez (2012), en su libro “Historia de la Enfermería en Cartagena 1903 – 1974”. Cada una de las etapas estuvo marcada por hitos importantes que influyeron en el desarrollo de la profesión en la región. Para la presente investigación, se organiza un nuevo periodo para abarcar toda la trayectoria de la formación hasta el periodo actual.

Los periodos comprendidos son: primer periodo entre 1900-1920; segundo periodo desde 1921 a 1953; tercer periodo de 1954 a 1974 y cuarto periodo de 1975 a la fecha.

A continuación se presenta en el Cuadro 5 la descripción general de cada una de las categorías identificadas:

Cuadro 5. Etapas de la formación en Enfermería. Programa de Enfermería- Universidad de Cartagena

| Categoría | Descripción |
|--|--|
| Iniciación de la formación en Enfermería (1900-1920) | Creación de la Escuela de entrenamiento para Enfermeras y Parteras en el hospital Santa Clara en el año 1903, hasta el reconocimiento de la Escuela Oficial anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena en el año 1919 por parte de la Gobernación del Departamento de Bolívar (Gobernación de Bolívar, 1919). |
| Anclaje y cierre de la Escuela de Enfermeras y Parteras (1921-1953). | Proceso de organización de la Escuela de Enfermeras y Parteras, como anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y transformaciones de los planes de estudio, por la legislación que reguló los programas de formación en Enfermería a nivel nacional. Lo cual incidió en el cierre temporal de la Escuela. |

| Categoría | Descripción |
|---|--|
| Renacer de la Escuela de Enfermeras (1954-1974) | Reapertura de la Escuela en el año 1954 con acompañamiento desde lo académico-financiero por parte de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá y administrativa y técnicamente por la Universidad de Cartagena (Universidad de Cartagena, 1954). Hasta la propuesta de creación de Facultad de Enfermería. |
| Consolidación de la formación profesional (1975-2010) | La connotación como Facultad de Enfermería empodera de la formación, generándose autonomía en la definición y organización de su estructura de formación. |

Fuente: Categorización derivada de la revisión documental. 2015

3.2.2 Trabajo de campo: entrevistas a profundidad

El trabajo de campo se realizó a través de entrevistas a profundidad a informantes claves, profesionales en Enfermería, lo que permitió indagar y comprender, desde sus puntos de vista, los procesos y significados referentes a su profesión.

La entrevista a profundidad es un diálogo o interacción que se establece entre el investigador y los participantes y, como tal, constituye una herramienta fundamental para la investigación cualitativa (Valles, 1999). Las entrevistas a profundidad tienen las siguientes características (Valles, 1999):

- Los entrevistadores no son considerados actores neutrales, sino partícipes activos en la relación con el entrevistado; por ello, no se obvia que la cultura, la sensibilidad y el conocimiento que tienen acerca del fenómeno de estudio, influya en la forma de comprender e interpretar la información. Estas características del investigador llevan a que cada entrevista sea diferente.

- La riqueza informativa, fruto de las palabras y enfoques de los entrevistados, permite recoger diferentes puntos de vista, y generar múltiples hipótesis. Además, ofrecen la oportunidad de clarificar y hacer seguimiento a los datos en un marco de interacción directo, personalizado, flexible y espontáneo y, de esta manera, se favorece el análisis de los significados.
- Las preguntas que guían la entrevista surgen del análisis de contenido; se centran en la experiencia subjetiva de los participantes, tal y como cada uno de ellos la han asimilado.

Como se mencionó, para la realización de las entrevistas se seleccionaron enfermeras y enfermeros claves, que cumplieran los criterios de inclusión, que aportaron información de calidad desde su experiencia, vivencias y sentires durante el proceso de formación y su ejercicio laboral. Para el desarrollo de las entrevistas se garantizó un ambiente de privacidad. La duración de la entrevista fue entre una y dos horas, con la aprobación del participante; esto con el fin de lograr una descripción densa que terminó cuando los participantes expresaron no tener nada más que decir o cuando decidieron suspender la entrevista, prerrogativa que por supuesto fue concedida a cada participante. No se cohibió la expresión voluntaria de pensamientos y sentimientos, que no se relacionaban mucho con el interés de la investigación, pero se retomaron los objetivos de ésta para hacer énfasis en el análisis de los datos pertinentes (Martínez, 2006).

Se diseñó inicialmente un guion de entrevista como disparador, que posibilitó que el entrevistado empezara a expresar con la intensidad que deseara sus puntos de vista, conocimientos, experiencias y valoraciones sobre el tema. Este modelo de entrevista según Sandoval (2002), busca que sean los entrevistados quienes marquen las pautas y la profundidad del trabajo. De igual forma, según Valles (1997), “la formulación de las preguntas que abarcara temas generales relacionados con los objetivos del estudio, permite lograr recoger una información amplia sobre el fenómeno y captar todos sus aspectos, desde la perspectiva de los participantes” (p. 180).

Para el diseño inicial del guion de entrevista se tuvo como referente los elementos que inciden en la determinación de una actividad como una profesión, tales como, el proceso de formación de alto nivel, la estructura organizativa, reconocimiento y estatus, la búsqueda de autonomía, organizaciones (Freidson, 1978). El periodo en el que se realizaron las entrevistas fue desde octubre de 2014 a junio de 2015. (Anexo guion de entrevistas)

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas fielmente por la investigadora (Morse, 2003), para asegurarse de tomar en cuenta la totalidad de los detalles expresados en forma oral. Un código numérico fue establecido con el fin de identificar las entrevistas y evitar el uso de nombres para salvaguardar la confidencialidad.

La siguiente fue la forma de codificación de la información:

| Orden de la entrevista | Número de párrafo | Número de página |
|------------------------|-------------------|------------------|
| 01 | 02 | 5 |

3.2.2.1 Muestra del estudio

Para el caso de los estudios cualitativos, la muestra está determinada por los datos que se obtienen a través de la información que brindan los participantes del estudio y por su análisis posterior, por lo cual se recomienda que haya heterogeneidad, no solo en términos de personas sino también de ámbitos, para garantizar una mayor variabilidad y amplitud de los datos y poder lograr así una mayor comprensión del fenómeno (Sanadoval, 2002).

Para la presente investigación inicialmente se realizó una selección de los participantes de tipo intencional. Posterior a ello, la recolección fue guiada por los conceptos de la teoría que estuvo emergiendo, fundamentada en el concepto de hacer comparaciones, cuyo propósito, según lo plantean Strauss y Corbin, (2002) es: “acudir a lugares, personas que maximicen las oportunidades de describir variaciones entre conceptos y que hagan más

densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones” (p. 219). Para estos últimos autores la saturación de las categorías se alcanza cuando no emergen nuevas categorías o temas relevantes y están desarrolladas con profundidad, de acuerdo con sus propiedades y dimensiones, incluyendo la variación y relación con otras categorías. El muestreo teórico entonces, se refirió a completar todos los niveles de códigos y se dio cuando no había nueva información conceptual. Delimitó la cantidad de datos y de información necesaria, y permitió el análisis de la profesión.

De acuerdo a los anteriores planteamientos, se buscó incluir informantes, que teniendo las condiciones, mostraran variaciones respecto a las percepciones de la vivencia estudiada, que pudieran modificar la información obtenida. Otro aspecto considerado fue la representatividad de todas las áreas de actuación del profesional de Enfermería en el campo laboral, con el fin de lograr una visión general de la profesión.

3.2.2.2 Selección de los informantes y criterios

Los criterios que guiaron la selección de los informantes fueron:

- Hombres y mujeres profesionales de Enfermería, egresados de la Universidad de Cartagena.
- Que tuvieran más de 5 años de egreso y 5 años de desempeño profesional.
- Que laboraran en una de las áreas de actuación del profesional de enfermería (administrativa - gerencial, investigativa, asistencial, docente)².
- Que desearan participar de manera voluntaria en la investigación.

² De acuerdo a lo contemplado en el capítulo VI, de la Ley 266 de 1996, que reglamenta la profesión de enfermería en Colombia.

3.2.2.3 Vinculación al estudio de los participantes

Los participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de selección descritos, estos se contactaron directamente en sus ambientes de trabajo. Para la ubicación de los participantes, se solicitó la base de datos de egresados disponible en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena previo aval de las directivas Institucionales, posterior a ello, se realizó un listado de los egresados que cumplieran los requisitos descritos, para lo cual se tuvo en cuenta la fecha de egreso y ubicación laboral registrada en las bases de datos, seleccionando un profesional por cada área de actuación laboral (asistencia, administración, docencia, investigativa). Más tarde, de acuerdo a las necesidades de información se fueron vinculando los otros profesionales, hasta alcanzar la saturación de las categorías.

A cada entrevistada se le realizó un primer acercamiento para socializar los objetivos de la investigación vía telefónica o presencial, posteriormente se estableció una cita, respetando la selección del horario de los participantes. Las entrevistas se realizaron en los entornos laborales, en horarios donde no se tuviese interrupción con las actividades propias del cargo.

Es importante resaltar, que antes de iniciar con la primera entrevista del estudio, se realizó un pilotaje con 2 enfermeras diferentes a las relacionadas en la investigación con el propósito de verificar la pertinencia de las preguntas en relación con el fenómeno de estudio, y fortalecer la capacidad de abstracción del investigador.

Cada entrevista se desarrolló en una forma diferente, según las características particulares de los entrevistados por lo cual los temas centrales se abordaron de una manera distinta, y las preguntas se fueron modificando en la medida en que se inició el proceso de análisis de la información, se empezaron a delinear las primeras subcategorías, y surgieron nuevas áreas de contenido, hasta que no emergieron nuevas categorías o temas relevantes.

Al terminar cada una, el investigador registró, como memorandos, sus pensamientos, interpretaciones, análisis y preguntas, para la recolección de nuevos datos, siguiendo la propuesta de Strauss & Corbin, (2002). Este proceso fue indispensable para comprender la información obtenida, definir qué estaba sucediendo y otorgarle un nuevo significado.

3.2.2.4 Características socio demográfica de los participantes

Participaron en el estudio 22 enfermeras y enfermeros, de distintas áreas de actuación laboral, en su mayoría mujeres, en un 83% (18) y 17% (4) hombres. Las edades comprendidas están entre los 29 y los 58 años. Con relación al área de desempeño, el 25% (6) se dedica a la docencia; el 52% (12) a la asistencia, tanto clínica como ambulatoria, y el 23% (4) al área administrativa y/o gerencial. En lo referente al nivel académico, el 8.3% (2) de las participantes tienen formación doctoral, además de formación de maestría, el 31.5% (6) formación de maestría, el 29% (7) especialización y un 21% (7) no tienen formación posgradual. Es importante destacar que los niveles de formación más altos se corresponden con el campo laboral de docencia y los más bajos con el área asistencial. Ver Cuadro 6.

Cuadro 6. Relación de participantes en el estudio de acuerdo a su desempeño laboral y nivel de formación posgradual

| Participante | Área de desempeño laboral | Nivel de formación postgradual | Tiempo de experiencia laboral |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 01 | Docencia | Maestría | 12 años |
| 02 | Docencia | Especialización | 25 años |
| 03 | Docencia | Magister. | 26 años |
| 04 | Docencia | Magister -Doctorado | 25 años |
| 05 | Asistencial | Especialización. | 10 años |

| Participante | Área de desempeño laboral | Nivel de formación postgradual | Tiempo de experiencia laboral |
|--------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| 06 | Asistencia | Magister | 9 años |
| 07 | Docencia | Magister | 11 años |
| 08 | Administrativo área de Salud Pública | Especialización | 21 años |
| 09 | Asistencial Clínica | Especialización | 28 años |
| 10 | Asistencia | Especialización | 14 años |
| 11 | Asistencia Clínica | General | 28 años |
| 12 | Gerencial | Magister | 27 años |
| 13 | Docencia | Magister-Doctor | 25 años |
| 14 | Gerencial | Asistencia | 26 años |
| 15 | Asistencia Clínica | General | 9 años |
| 16 | Gerencial | Magister | 23 años |
| 17 | Asistencia | Especialización | 23 años |
| 18 | Asistencia Clínica | General | 12 años |
| 19 | Asistencia Ambulatoria | General | 7 años |
| 20 | Asistencia | General | 16 |
| 21 | Asistencia | Especialización | 18 |

| Participante | Área de desempeño laboral | Nivel de formación postgradual | Tiempo de experiencia laboral |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 22 | Asistencia | General | 13 |

Fuente: Entrevistas realizadas por la investigadora. 2015

3.3. Procesamiento y análisis de la información

El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta las herramientas o técnicas analíticas planteadas por Strauss & Corbin (2012), en el contexto de la Teoría Fundamentada. Este tipo de análisis da gran valor al sentido y al significado que otorgan los actores sociales al fenómeno. Ya no se trata de la sociedad condicionando al individuo, sino, de éste interactuando con la sociedad mediante procesos dinámicos y plenos de significados. “El ser humano actúa para expresar el sentido que da a las cosas, a los procesos y a su interacción con otros (...). La realidad ya no es externa, sino interna al investigador, y los eventos no tienen vida propia, no existen fuera de la relación formada por quién investiga y quienes experimentaron el evento estudiado. Por tanto, la relación sujeto e investigador, es de una interrelación que permite estudiar un fenómeno donde la propia subjetividad del investigador y las subjetividades de los participantes se entremezclan y destilan sus colores, tiñendo la teoría emergente” (Delgado, 2012, p.24)

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, se consideró esta técnica de análisis clave para lograr los objetivos propuestos, en atención a que permitió obtener unos hallazgos importantes para elaborar un planteamiento que describiera y explicara los procesos y significados sobre el ser y hacer profesional, desde la perspectiva de las enfermeras y enfermeros participantes. Así, se develan aspectos importantes para entender la situación que atraviesa la profesión en Cartagena-Colombia, de tal manera, que se generen propuestas a futuro tendientes a mejorar la situación profesional.

El anclaje desde la técnica propuesta procura reconocer los significados simbólicos dados a una experiencia o una vivencia, que en este caso contempla la de los profesionales de Enfermería, desde su ejercicio práctico en diferentes contextos de actuación (Strauss & Corbin; 2012).

Corbin & Strauss (2012) recomendaron un procedimiento dinámico y fluido para el análisis de los datos, que además se acompaña de un proceso específico de muestreo dentro del proceso de codificación. A continuación se expone las etapas por las cuales se realizó el análisis de los datos obtenidos de las 22 entrevistas realizadas a los participantes.

1. Codificación abierta
2. Codificación axial

Es importante destacar que esta estrategia de análisis contempla una tercera etapa de codificación, denominada codificación selectiva. Para el caso de la presente investigación no se contempló dicha estrategia, por cuanto la intención de la investigadora no era realizar la integración final de las categorías en búsqueda de develar una teoría referente al objeto de estudio. El propósito era obtener un conjunto de hallazgos importantes alrededor de la situación de la Enfermería como profesión en la ciudad de Cartagena, generando saberes en torno a ella que van a permitir intervenir en el futuro de manera asertiva, con propuestas basadas en la realidad de la profesión, orientadas a mejorar sus condiciones laborales, sociales y de formación.

La codificación abierta:

El objetivo de esta codificación fue desarrollar el proceso analítico por medio del cual se identificaron los conceptos y se descubrieron los datos con sus propiedades y dimensiones. En esta codificación los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similares y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado, se agrupan bajo conceptos más abstractos

denominados “categorías”. Las categorías son los conceptos derivados de los datos (Corbin & Strauss, 2012).

Una vez transcrita la entrevista en su totalidad, se procedió a identificar los códigos sustantivos o iniciales, separando incidente por incidente y luego frase por frase, para determinar el mayor número de códigos posibles en cada una. A cada fragmento y frase se le asignó un número de codificación dado por el de identificación de la entrevista, el del incidente y el de la frase. De modo que (01.04. 9) indica que es el participante uno, párrafo cuatro, página nueve. Este método ayudó a mantener la información organizada.

Los datos de cada entrevista fueron examinados línea por línea de manera manual, fragmentando la narración, y se señalaron los incidentes que se presentaran. Como ejemplo del proceso que se realizó se presenta el siguiente fragmento de la entrevista realizada al participante (04.13.04-03.75.20). Se muestra el texto subrayado para dividir los diferentes incidentes o acontecimientos que expresan los participantes en la entrevista. Esta estrategia ayudó a realizar una clasificación inicial de los códigos, (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Códigos numéricos y fragmentos, ilustración codificación abierta

| Códigos numéricos | Fragmentos iniciales |
|-------------------|--|
| 04.13.04 | <u>Me preocupa que en la parte asistencial, de pronto no se reconoce todavía, sobre todo en este contexto, no se reconoce la capacitación, todavía, el salario de nuestras enfermeras, no refleja lo que el entrenamiento, la experiencia que ya tienen en las áreas donde están trabajando y creo que ese es un factor que desmotiva y bastante.</u> |
| 03.75.20 | <u>Infortunadamente el sistema hace que vivamos en función de la economía, los estudios pos graduales son costosos, entonces se piensa siempre en la inversión, en la relación costo – beneficio, es lo que generalmente uno saca, y el que lo hace es porque le gusta este cuento, está enamorado de lo que hace y también porque tiene proyecciones sobre otras cosas. Pero en estos días precisamente hablaba con un colega y me decía, como voy yo a hacer especialización si no me lo van a reconocer en la institución</u> |

| | |
|--|--|
| | <u>donde trabajo y mucho menos maestría. Es una limitante también lo de la remuneración que no podemos desconocerla.</u> |
|--|--|

Fuente: Entrevistas realizadas por la investigadora. 2015

Posteriormente, se etiquetaron o nombraron cada uno de los incidentes con códigos nominales, iniciando el primer paso de la conceptualización, que constituye una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/ interacción que la investigadora identificó como significativo en los datos (Strauss & Corbin, 2012).

Cuadro 8. Códigos numéricos e iniciales ejemplos de codificación abierta

| Códigos numéricos | Códigos iniciales |
|-------------------|---|
| 04.13.04 | Desmotivación por la formación pos gradual, por la falta de reconocimiento laboral. |
| 03.75.20 | Costo/beneficio limitante en la formación pos gradual |

Fuente: Entrevistas realizadas por la investigadora. 2015

En el Cuadro 9, se relacionan algunos ejemplos de códigos vivos o palabras textuales de los participantes, que se tuvieron en cuenta para describir categorías, por cuanto aportaron, desde el sentir de los entrevistados, códigos valiosos para hacer el análisis de la información.

Cuadro 9. Relación códigos numéricos, códigos in vivo y texto narrativo, ilustración codificación abierta

| Código numérico | Código in vivo | Texto narrativo |
|-----------------|--|---|
| 03.41.12 | “Apabullada de trabajo administrativo” | La enfermera, está mucho más absorta en trabajo administrativo que no alcanza humanamente, no porque profesionalmente no pueda, sino porque humanamente se ve <u>apabullada de trabajo administrativo</u> que se le da. |

| | | |
|----------|--------------------------------|--|
| 03.31.10 | “Desprendidas de la profesión” | La actitud depende mucho de lo que representa la profesión, porque hay personas que hacen lo que no quieren hacer, no les gusta, entonces esas persona están <u>desprendidas de la profesión</u> , no tienen identidad. Lo hacen porque le toco hacerlo. |
|----------|--------------------------------|--|

Fuente: Entrevistas realizadas por la investigadora. 2015

Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos denominados “categorías”. Las categorías son los conceptos derivados de los datos (Strauss & Corbin, 2012).

Luego del listado nutrido de códigos descriptores y nominales plenamente identificables, estos se analizaron y compararon entre sí; así surgieron las categorías, al mismo tiempo que se volvían a refinar los códigos nominales. El proceso de construcción de las categorías, al igual que en los códigos, se desarrolló en dos etapas. En la primera, se describieron las categorías con los códigos descriptores y nominales iniciales. En la segunda, luego del refinamiento de los códigos, se definieron las precategorias, que posteriormente se reagruparon en las categorías finales. La saturación teórica ocurrió cuando no hubo datos importantes en una categoría, cuando la categoría estuvo bien desarrollada en términos de sus propiedades y cuando las relaciones entre las categorías se establecieron y validaron (Strauss & Corbin, 2012).

La codificación axial:

Strauss & Corbin (2012) utilizaron el término axial porque la codificación se produce alrededor del eje de una categoría y el proceso de análisis de las necesidades de vincular las categorías a nivel de propiedades y dimensiones. Para esta etapa fue necesario desarrollar de manera sistemática dos tareas complejas, como lo fueron, entender y relacionar categorías y sus subcategorías. Este proceso es central para la categorización.

Las propiedades y dimensiones de las categorías permiten identificar los patrones y variaciones en cada una de ellas. Estas categorías se descomponen en subcategorías. Los componentes básicos de la codificación axial, según Strauss & Corbin (2012) son:

Las condiciones: “Son las circunstancias o situaciones que forman la estructura del fenómeno estudiado. Responden a las preguntas: ¿Por qué? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Cuándo?”

Las acciones/interacciones: “Son las rutinas de los participantes o respuestas estratégicas a los asuntos, eventos o problemas”. Responden a las preguntas: ¿Quién? ¿Cómo?

Las consecuencias: Resultado de las acciones. Responden a la pregunta ¿Qué sucede?

Con base en lo anterior, se retomó el proceso de codificación y se identificaron las propiedades en cada uno de los códigos identificados en las entrevistas de los participantes, para así identificar las condiciones, las acciones/ interacciones y las consecuencias en las categorías que se habían establecido. Este proceso, junto con la comparación constante y la articulación de las categorías, llevó a una reducción de las mismas para conformar categorías generales.

Estas categorías generales, en su mayoría, tomaron denominaciones derivadas del contexto en que se ubicó el acontecimiento, es decir, el estudio de la profesión de Enfermería desde el referente epistemológico de la Sociología de las Profesiones. Conceptos como autonomía, reconocimiento social, ejercicio laboral, formación y agremiaciones fueron relevantes en el discurso de los participantes para el análisis de la situación de la enfermería como colectivo profesional. Para Strauss & Corbin (2012): “una fuente de conceptos para denominar categorías, es la literatura (...), conceptos sólidos que ya tienen significado analítico establecido, pueden usarse en lugar de acuñar nuevo nombre, para ampliar el desarrollo del concepto que pueden ya ser importantes en su disciplina o profesión” (p. 126)

Al iniciar la codificación axial se identificaron 11 categorías, pero en el proceso de reducción y comparación alguna de estas categorías se integró a otras más generales, quedando 5 categorías. En el capítulo IV, se realiza el análisis de cada una de ellas

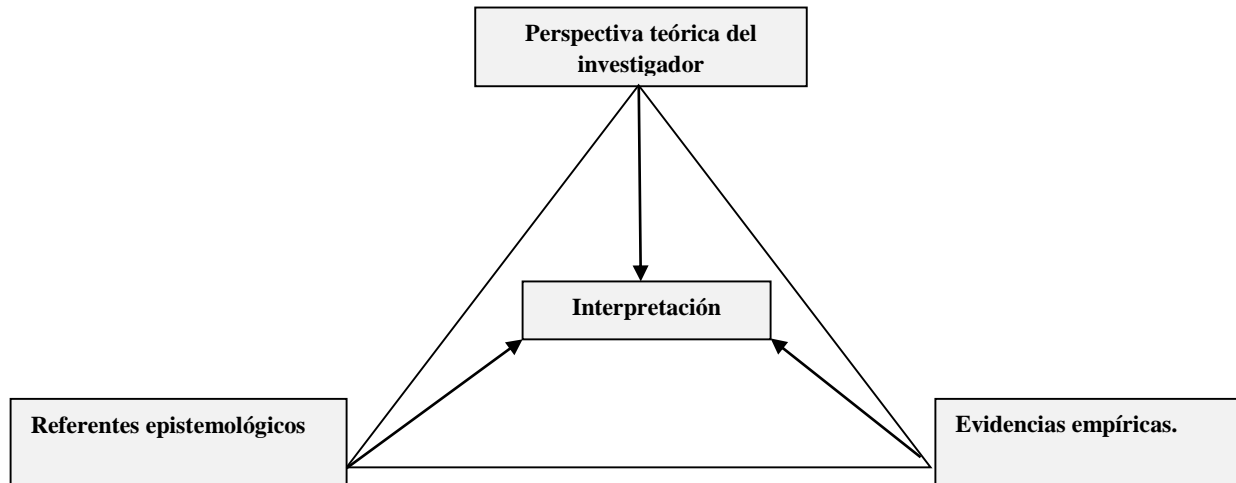
3.3 El reto de la interpretación de la información

De acuerdo a lo planteado por Díaz-Barriga (2014), la originalidad en las investigaciones se centra en la construcción de los resultados, para lo cual, a través de la interpretación el investigador genera un entrecruzamiento entre sus preguntas iniciales, la conceptualización asumida, las evidencias recabadas y las perspectivas de los sujetos que participaron en ellas, reconociendo una dialéctica en la que todos estos elementos se encuentran imbricados entre sí, afectándose mutuamente para dar sentido a los datos.

Desde lo anteriormente citado, la interpretación de los resultados se fundamenta en un análisis riguroso de los resultados obtenidos desde las diferentes técnicas empleadas, que permitieron desde heterogéneas facetas acumular una imagen coherente y completa de la realidad estudiada (Coffey & Atkinson, 2003). En el análisis se hace evidente las posturas epistemológicas en las que se sustenta la investigación, los resultados obtenidos desde las diferentes fuentes y la postura conceptual, creatividad y originalidad de la investigadora.

La Figura 2 detalla los rasgos esenciales que caracterizan la diversidad de perspectivas, en donde hay un especial interés en demarcar la información que emerge de los participantes de la presente investigación y de los datos obtenidos por la revisión y análisis documental del proceso de evolución de la formación en enfermería; sumado a ello, la postura teórica del investigador, quien asume con criterios propios apreciaciones particulares acerca del tema, producto de su formación, experiencia, y los dominios teóricos entorno a las profesiones desde el enfoque sociológico.

Figura 2. Perspectivas de interpretación y análisis de la información.



Fuente: diseñado por la Investigadora, 2015

3.4 Rigor metodológico

En toda investigación empírica se deben presentar los criterios que demuestren el rigor metodológico para alcanzar la calidad de la misma, este es considerado un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar para poder socializar y utilizar los resultados de los estudios (Colina, 2014). De tal manera, que la calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con que se realizó. Para la presente investigación, se tuvieron en cuenta los criterios sugeridos por Castillo & Vásquez (2003), para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo, los cuales son: credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad.

Credibilidad: esta se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en él y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. En el presente estudio la obtención de datos y evidencias se realizó a través de fuentes confiables, que condujeron a develar la situación de la profesión de enfermería en la región, para lo cual, se realizó una

combinación de técnicas (documental y entrevistas a profundidad). Los informantes claves se ajustaron a los criterios de inclusión contemplados, fueron seleccionados de diversas áreas de actuación del profesional de Enfermería para tener una mayor profundidad de la situación estudiada. Se preservaron los criterios éticos para garantizar su confidencialidad y participación voluntaria en el proceso, de igual manera, luego de hacer la transcripción de la información, se permitió la lectura del borrador de las entrevistas a los informantes para permitir ratificar lo allí planteado, o ampliar en los casos que fuese pertinente.

La revisión documental se realizó desde las fuentes primarias, solicitando las autorizaciones pertinentes en los diferentes reservorios de la información. Se preservan las cadenas de evidencia para cada caso, la implementación y utilización de base de datos completa que permita rastrear en un momento dado las variaciones, y regresar a cada fuente si se necesita ajustar la información o ampliar.

Auditabilidad o confirmabilidad: se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información. Los resultados obtenidos desde las diferentes fuentes fueron confrontados, analizados y discutidos con los diferentes referentes epistemológicos que sustentan el estudio y la postura conceptual, creatividad y originalidad de la investigadora, de tal manera que se presentan conclusiones que dan cuenta de la situación real de la profesión de Enfermería en Cartagena.

Transferibilidad o aplicabilidad: consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos. Los referentes epistemológicos, metodológicos fundamentados en esta investigación se podrán utilizar en otros contextos para estudiar el comportamiento de la profesión de Enfermería en otras ciudades y regiones; los resultados obtenidos servirán de referente de estudio para nuevas investigaciones, permitiendo tener la realidad social en todo el país.

3.5 Consideraciones éticas

En el presente estudio cada uno de los participantes fue considerado como un ser humano, con respuestas, sentimientos, gustos y preferencias propias, que en ningún momento fueron intervenidos o variados por el investigador (Prado, Souza & Carraro. 2008). Para garantizar lo anterior se rigió por lo normado en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Colombia. De igual manera, se contemplaron los requerimientos básicos para evaluar los aspectos éticos en el marco de las investigaciones propuestos por Ezekiel Emanuel (2000).

La ejecución de este proyecto se inició tan pronto fue aprobado por el CADE de la Universidad de Cartagena, cumpliendo previamente los avales por parte del Director de tesis y Tutor internacional, posteriormente, el proyecto fue aprobado a través de una sustentación escrita y oral ante un tribunal conformado por tres doctores (2 nacionales y uno internacional), quienes conceptuaron entorno a la pertinencia, coherencia, viabilidad y relevancia del mismo (Examen de suficiencia investigativa calificado como Excelente). Una vez aprobado, se procedió a dar continuidad a las fases requeridas para finalizar la tesis doctoral.

En atención al soporte normativo, los principios éticos que guiaron el desarrollo de este estudio fueron el respeto por la autonomía, la privacidad y la intimidad, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. En la ejecución de esta investigación, todos los participantes tomaron la decisión libre de participar, por lo tanto, dicha participación fue voluntaria, no se ejerció ningún tipo de presión o coacción sobre los participantes para asegurar la obtención de datos y no se ofreció remuneraciones económicas ni de otro tipo. No se consideraron personas en posición de subordinación en ninguna grado con relación al investigador; no se seleccionaron participantes con impedimentos mentales y limitaciones para la comprensión, el mantenimiento del diálogo y para dar su consentimiento.

Para contactar a los participantes del estudio, inicialmente se realizó un primer acercamiento vía telefónica y se explicaban los objetivos del mismo, si la persona aceptaba participar, se proseguía un segundo momento de acercamiento, siempre respetando la voluntad de fecha, hora y lugar para la realización de las entrevistas. Antes de la realización de las entrevistas se dieron todas las explicaciones que los participantes consideraran necesarias y cada uno de ellos ofreció su consentimiento para participar. Los resultados del análisis fueron dados a conocer a todos con el fin de constatar el reflejo de la realidad y la fidelidad de la interpretación del investigador con el punto de vista de los participantes.

Cada participante firmó un consentimiento informado, (Anexo 2), que incluye tres aspectos principales: información completa acerca de los riesgos, beneficios y alternativas de la investigación, comprensión de todo lo anterior por parte del participante, y la decisión voluntaria sin coerción de participar. Se les explicó que la investigación se desarrolló exclusivamente con fines académicos, la participación no implica remuneración económica o de otro tipo.

Los resultados de este estudio, se socializarán sólo en eventos académico- científicos y serán publicados en revistas científicas, para dar a conocer la realidad de la situación de la profesión de Enfermería en la ciudad de Cartagena, con el fin se promuevan acciones desde los entes académicos, asociaciones, agremiaciones y por qué no, ante la política pública de tal manera se mejoren las condiciones de un profesional tan valioso para el sector salud y la comunidad en general, en respuesta al principio de responsabilidad social que posee la academia.

Producto de esta investigación se han realizado 2 presentaciones orales en eventos internacionales relacionadas con la revisión documental y la aproximación al estado del arte de la misma. Una publicación escrita en revista nacional categorizada en A1 sobre la aproximación al referente teórico soporte de la investigación y un capítulo de libro que se encuentra en prensa.

Por su parte, la investigadora responsable del estudio atendiendo a los lineamientos del Decreto 1377 de 2013 y la Ley 1581 de 2012 actuó como veedora de las consideraciones sobre privacidad y limite al uso de la información que se derivó de la misma, para lo cual respetó y mantuvo la información bajo condiciones de seguridad y privacidad e impedirá la adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso a terceros a los mismos (Congreso de la República, 2012; Ministerio del Comercio, 2013). De igual manera garantiza que la información recolectada y transcrita es veraz, completa, exacta, comprobable y comprensible y cuidará y evitará la transferencia de los datos suministrados.

CAPÍTULO 4

4. FORMACIÓN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA-COLOMBIA.

El presente capítulo hace referencia al proceso evolutivo de la formación de enfermeras y enfermeros en la ciudad de Cartagena, partiendo de un análisis general donde se contextualiza la evolución de la formación en Enfermería a nivel mundial, seguido del proceso nacional y se finaliza con el contexto regional.

El presente capítulo se construyó desde la técnica de revisión documental, para lo cual se realizó recopilación y análisis tanto de fuentes documentales primarias, como actas, notas de prensa, revistas, leyes, decretos, memorias y ordenanzas ubicadas en archivos históricos, tanto locales como nacionales. Esta revisión se orientó a la búsqueda de información sobre la evolución de planes de estudios, normatividad subyacente en educación, modelos de formación del Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena. Se realizó también rastreo de fuentes en bibliotecas, bases de datos de la Universidad de Cartagena y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los resultados del análisis de la información se encuentran organizados de la siguiente manera:

- Origen de la formación en Enfermería a nivel mundial
- La formación de enfermeras en Colombia
- La formación de enfermeras en Cartagena.

4.1 Origen de la formación en Enfermería a nivel mundial

Para comprender la evolución de la formación de la Enfermería como grupo profesional, se hace necesario retomar aspectos históricos que precedieron y delinearon la institucionalización de la formación, en atención a que sus inicios están ligados a una práctica, cuyo sustrato es una actividad propia del quehacer personal, promovido para dar continuidad a la vida, es decir, su naturaleza está íntimamente ligada a la condición humana, no a una actividad proveniente de un oficio (Domínguez, 1986).

El cuidado, según Collier (1993): “se ha visto alterado entre los hombres, a medida que las grandes mutaciones tecnológicas, socioeconómicas y culturales dan lugar a la fragmentación y disección de la aplicación en una multitud de tareas y actividades diversas, lo cual ha representado para el devenir histórico de la enfermería aspectos trascendentales en su manera de entender su proceso de evolución” (p.10). Para la autora, los cuidados transmitidos y vividos por las mujeres en diferentes contextos se identifican hoy con la denominación de cuidados de enfermería. Estos cuidados a través de la historia se han tipificado en momentos diferentes en relación al rol y funciones desempeñados por las mujeres: la práctica de cuidados ofrecidos por las mujeres; la práctica de los cuidados ofrecidos por la mujer consagrada y la identificación de los cuidados de la mujer enfermera-auxiliar del médico. A continuación se presenta una breve descripción de cada una de estas etapas:

- La práctica de cuidado ofrecidas por las mujeres tuvo una primacía evidente desde los tiempos más remotos de la creación de la humanidad hasta la edad media. Su función fue la expresión de los cuidados elaborados desde la fecundidad, el nacimiento, el crecimiento, la enfermedad y la muerte, modelados por la herencia cultural (Collier, 1993). El cuidado desde siempre estuvo ligado a la imagen de la mujer, en atención a la capacidad de engendrar y parir la humanidad, por la capacidad de apropiación y representación mental del mundo, por su sensibilidad y conocimiento de la naturaleza, por su capacidad de hacerla trascender para el cuidado de la vida (Romero 2000).

“Desde el origen se marcó la diferenciación en función del rol masculino y delinea aspectos ligados a su condición y reconocimiento social” (Martín M, Pérez P & Tomás Sábado, 2033, p. 1).

- La práctica de los cuidados ofrecidos por la mujer consagrada, establecida desde la edad media hasta mediados del siglo XIX. En la baja edad media el dominio de la iglesia fue prácticamente indiscutible, el cuerpo separado del espíritu se entendía como fuente de impureza y de fornicación, la relación que se instauraba entre el enfermo y el que cuidaba se centraba en valores religiosos y morales, es decir, en reglas conventuales (Collier, 1993). Con la influencia del cristianismo los cuidados pasaron a un plano social, ligados a la caridad cristiana y al servicio vocacional. Las tareas desempeñadas por las religiosas se constituían en una continuación de los tratamientos domésticos que las mujeres prodigaban en sus propios hogares (Gómez, 2006). Los hospitales y centros asistenciales estuvieron bajo la dirección y prestación de comunidades religiosas, situación que perduró hasta inicios del siglo XX, reforzándose un modelo vocacional al quehacer ocupacional de la enfermería (Celma, 2007).
- La identificación de los cuidados de la mujer enfermera-auxiliar del médico (desde mediados del siglo XX hasta inicios del siglo XXI). Con la desacralización progresiva del poder político que dio lugar a la separación Iglesia-Estado y los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y la química, la medicina se vio enfrentada a un desarrollo considerable, lo que le significó apropiarse de elementos tecnológicos complejos para el diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades. El campo de actuación de la medicina se amplía con la tecnificación de la ciencia, teniendo que delegar funciones rutinarias a un personal auxiliar bajo su estricta responsabilidad. Este escenario hizo evidente el requerimiento de personal de ayuda encargado de preparar material y realizar tratamientos curativos prescritos por el médico, accediendo poco a poco a fragmentos de conocimientos que éste dispersaba para realizar las tareas, generándose una nueva modalidad de ofrecer cuidados desde la filiación o dependencia médica y filiación conventual (Gómez, 2006).

Solo hasta el año 1860 en Inglaterra, Florencia Nightingale crea la primera escuela de enseñanzas de Enfermería en el Hospital Santo Tomás de Londres, financiada por el Fondo Nightingale. La Escuela tenía como objetivos preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras, matronas y enfermeras que luego fueran dirigentes de enfermería a nivel internacional. El modelo de formación se fundamentó en aprender-haciendo, incluía conferencias dadas por los médicos y por enfermeras, además de prácticas; el tiempo de preparación era de un año y los principios se orientaron hacia el entrenamiento de enfermeras en hospitales para vigilar su preparación práctica, moralidad y disciplina (Castrillón, 1997).

Nightingale sienta las bases de la primera teoría de Enfermería y esboza aspectos sobre la filosofía de la profesión. Consideraba la Enfermería cómo el arte de mantener el estado de salud previniendo la enfermedad o recuperador de ella, como un conocimiento que toda mujer debe tener, reconociendo la necesidad de formar y entrenar personal especializado en dar atención al enfermo hospitalizado o del que requiera cuidados. La propuesta de Nightingale se consideró visionaria para la época, permitió comprender la necesidad de conocimiento para la práctica de la enfermería e impulsar la participación de la mujer en el contexto social y laboral (Hanzeliková, 2005); pero a su vez, por su fuerte filiación conventual y médica, condicionó el quehacer de la enfermería a la división y supervisión técnica del trabajo médico (Freidson, 1978). Este modelo se extendió a diferentes países, direccionando la creación de nuevas escuelas de formación.

En América la formación en Enfermería se gesta, en primera instancia, en Norteamérica, a finales del siglo XIX, con una gran influencia inglesa y caracterizada en gran medida por su orientación secular (Donahue, 1985). Las primeras escuelas de enfermeras se iniciaron en los hospitales de Nueva York, New Haven y Boston, en el año 1.873 (Pedraza, 1954).

Posteriormente, se irradia a Latinoamérica, donde las primeras escuelas datan de inicios del siglo XX, influida en gran parte por la colonización española (Gómez & Munar, 2009). En estos países latinos, la formación de enfermería estuvo siempre más ligado al desarrollo

de los hospitales (medicina curativa), que a cualquiera otra práctica del sector salud, la cual se encontraba en manos de congregaciones religiosas que cumplían más una función social que propiamente médica: cuidar de los parias y desamparados, procurando la conversión religiosa, la moralización y la disciplina de estos grupos de la población. Los primeros esfuerzos para la preparación formal de enfermeras se inician en hospitales privados y, posteriormente, se expanden a otras instituciones al intensificarse las prácticas de salud pública, las campañas sanitarias y el saneamiento urbano y rural (Verderese, 1979).

4.2 La formación de Enfermeras en Colombia

Los primeros intentos de entrenamiento de enfermeras en Colombia datan del año 1635, con la llegada al país de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, para prestar sus servicios en el Hospital San Pedro de Santa Fe, el cual había sido fundado en el año 1564, por iniciativa de Fray Juan de los Barrios y Toledo, Arzobispo de Santa Fe. Esta experiencia se constituyó en la primera casa de enfermos en el Nuevo Reino de Granadas (Niño & Vergara, 1976). De acuerdo a lo planteado por Gómez & Munar (2009): “esta práctica hospitalaria estuvo íntimamente ligada a las políticas de los gobiernos coloniales sobre los menos favorecidos, velaba por los pobres de solemnidad, al tiempo que servía para salvar el alma de los fundadores (...), la enfermería del convento-hospital era el lugar de espera donde los dolientes, buscaban la salud del cuerpo o se preparaban pacientemente para entregar su alma al creador” (p.3). De acuerdo a las autoras, estos religiosos dejaron su impronta a través de prácticas y manuales que trajeron desde su comunidad en España y dado el carácter de esta congregación la atención de los hombres estaba a cargo de hombres religiosos y laicos, mientras que la atención de las mujeres, a cargo de mujeres seglares.

En el año 1850, bajo el gobierno de Tomás Cipriano de Mosquera, las congregaciones religiosas fueron expulsadas del país. El hospital es asumido por un grupo de damas Santaferianas quienes, dirigidas por Vicente Gutiérrez, organizaron una congregación de tipo filantrópica llamada Hermanas de la Caridad. Estas se encargaron de prestar los

servicios a los enfermos y entrenar mujeres para prestar servicios de enfermería y oficios domésticos (Pedraza, 1954). Las hermanas de la caridad aportaban sus conocimientos de enfermería de manera concordante con la cosmovisión de la caridad cristiana, propias de las beneficencias y de las comunidades religiosas católicas, que hicieron enriquecedor el cuidado de los pacientes y el funcionamiento del hospital. A partir de la experiencia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, las Hermanas de la caridad expandieron su presencia en hospitales de varios lugares del país, donde asumieron labores propias del ámbito de la salud (Gómez & Munar, 2009).

En atención a las necesidades de recurso humano para encargarse de los enfermos, en el año 1873, llegaron, del Instituto de la Presentación de la Santa Virgen de Tours-Francia al hospital San Juan de Dios, hermanas de la Presentación. Numerosas directivas de hospitales solicitaron la colaboración de esta congregación, haciéndose cargo, en el año 1876, del Hospital San Vicente de Paul de Medellín y Hospital de Barranquilla; en el año 1881 de los hospitales de Santa Marta y Sogamozo; y en 1882, del hospital de Neiva.

Para Gómez & Munar (2009), con la influencia de las comunidades religiosas de la Caridad y la Presentación en las instituciones hospitalarias, la enfermería colombiana transita a ser una enfermería eminentemente femenina, a la usanza de la enfermería francesa y del proyecto de Florence Nightingale, el cual concebía a la enfermería como una vocación propia de las mujeres.

En la revisión histórica sobre las primeras escuelas formales de entrenamiento de enfermeras en Colombia se reporta, a inicios del siglo XX, programas de entrenamiento en instituciones hospitalarias bajo la orientación de profesionales médicos, que por muchos años direccionaron la formación de este recurso humano en salud. Según lo descrito por Gómez & Munar C (2009): “el origen de la formación de enfermeras en Colombia se cimentó en la doble filiación médica y conventual, es decir, la enfermera era considerada una servidora humilde del paciente y una colaboradora valiosa del médico” (p. 9). Para las autoras la apertura de cursos de entrenamiento en enfermería, por parte de los médicos en el país, estuvo influenciado por las experiencias profesionales de estos galenos, adquiridas en

Francia e Inglaterra, y respondían al deseo y determinación personal de quién hubiese tenido el liderazgo, con poca intervención del estado, a través de sus autoridades municipales.

De acuerdo a lo descrito en párrafos anteriores, hasta la primera década del siglo XX habían existido en Colombia procesos de entrenamiento de enfermería ligados a las instituciones hospitalarias con una fuerte orientación religiosa, en aras de preparar mujeres que apoyaran el cuidado de los enfermos en los hospitales.

A inicios de siglo XX la normatividad pública de educación limitaba la formación a una instrucción primaria, secundaria, de escuelas de artes y oficios y profesional, siendo la profesional restringida a la población femenina. Esta normatividad daba facultades a las Asambleas Departamentales para fundar y sostener en la capital de cada departamento escuelas de oficios, según las necesidades de la respectiva localidad, bajo el control y auspicio de los departamentos. Las escuelas de arte y oficio de la capital de la República serían costeados o subvencionados por el Gobierno y bajo su dirección e inspección (Congreso de Colombia, 1903). En este contexto normativo en educación, y con el antecedente de dominación religiosa sobre las instituciones hospitalarias, se crea en el año 1903 la Escuela de entrenamiento de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara de Cartagena, la cual se formaliza como Escuela de Enfermería y Parteras, anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena en el año 1919, a través del Decreto 258 de 1919 de la Gobernación de Bolívar y la Escuela de Comadronas y Enfermeras de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá, por la Ley 39 de 1920, sancionada por la Presidencia de la República (Velandia, 1995), la cual según Pedraza (1954): “fue puesta en marcha en el año 1924” (p. 21). Estas dos primeras experiencias de formación representan el inicio de la institucionalización de la enseñanza de la enfermería en Colombia (Gómez & Munar, 2009).

La Escuela de Comadronas y Enfermeras de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá funcionó durante 13 años (1925-1938), es reorganizada a través del Acuerdo N° 5 de 1937 del Consejo Directivo de la Universidad y transformada en la

Escuela Nacional de Enfermeras. El Acuerdo contemplaba el otorgar título de Enfermera Hospitalaria o de Visitadora Social, un plan de formación de tres años, con requisitos de ingresos de haber cursado y aprobado castellano, ortografía, aritmética, geografía e historia de Colombia. No olvidemos que en la estructura jerárquica de la instrucción en educación las escuelas establecidas en Bogotá contaban con el respaldo y supervisión de la presidencia de la República. Este factor, ligado al carácter que le imprimió la universidad a la escuela desde sus inicios, el cual fue del mismo talante del que se otorgaba a las demás escuelas, considerada como una facultad menor, le significó autonomía relativa y le daba autoridad para reglamentar y proponer sus propias normas (Gómez & Vargas, 2011). Esta condición, desde sus inicios, le ha permitido independencia académica y social para ejercer el liderazgo y la vanguardia de la enfermería en Colombia.

Posterior a la conformación de estas dos experiencias de formación, para la década del treinta del mismo siglo, se crea la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional de Bogotá, mediante Acuerdo N° 2 de marzo 16 de 1938 del Comité Central, teniendo como referente escuelas de Norte América y un plan de formación de tres años, teórico-práctico (Pedraza, 1954. Velandia, 1995).

En el Cuadro 10, se presenta una relación por año de fundación de las Escuelas y Programas de Enfermería creados en el país.

Cuadro 10. Descripción de la creación de Programas de Enfermería en Colombia 1900-1980.

| Programa | Año de Fundación | Ciudad |
|---|-------------------------|---------------|
| Escuela de Enfermeras y parteras de Cartagena | 1903 | Cartagena |
| Taller Municipal de Artes y Labores Manuales | 1912 | Bogotá |
| Escuela de Comadronas y Enfermeras | 1920 | Bogotá |
| Escuela de Enfermeras Visitadoras del Departamento Municipal de Higiene | 1929 | Bogotá |
| Cruz Roja | 1938 | Bogotá |

| Programa | Año de Fundación | Ciudad |
|--|-------------------------|---------------|
| Escuela de enfermeras-Universidad Javeriana | 1941 | Bogotá |
| Escuela de Enfermeras- Universidad de Antioquía | 1950 | Medellín |
| Escuelas de Enfermera- Universidad del Valle | 1952 | Valle |
| Escuela de Enfermeras- Universidad Industrial de Santander | 1967 | Bucaramanga |
| Instituto Mariano | 1969 | Bogotá |
| Universidad del Cauca | 1970 | Popayán |
| Universidad de Caldas | 1970 | Manizales |
| Universidad Francisco de Paula Santander | 1972 | Cúcuta |
| Universidad Sur Colombiana | 1973 | Neiva |
| Universidad del Norte | 1976 | Barranquilla |
| Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | 1974 | Tunja |
| Universidad de Córdoba | 1975 | Montería |
| Universidad de los Llanos | 1975 | Villavicencio |
| Centro de Estudios para la Salud | 1977 | Santander |
| Universidad Metropolitana | 1974 | Barranquilla |
| Universidad Popular del Cesar | 1977 | Valledupar |
| Instituto Tecnológico Universitario de Cundinamarca | 1975 | |
| Universidad de Sucre | 1979 | Sincelejo |

Fuente: cuadro adaptado por la investigadora. 2014

4.3 La Formación de Enfermeras en Cartagena

La iniciación de la formación de Enfermeras en Cartagena estuvo estrechamente ligado al saber médico, condicionando y subordinando la práctica de enfermería a este saber profesional por muchas décadas, similar a lo presentado en la evolución de la enfermería de otras regiones colombianas (Velandia,1995) y otros países Latinoamericanos (Verdesese, 1986). Autores como Elliott (1975) afirmaban que el desarrollo científico de la medicina por muchos siglos fue protagónico y dominó el campo de la salud regulando la práctica

sanitaria, al igual que la práctica de ocupaciones más débiles, como el caso de la enfermería.

Diferentes aspectos configuraron el escenario para la conformación de la primera Escuela de Enfermeras y parteras en la ciudad de Cartagena a inicios de siglo XX; entre ellas se destaca las condiciones socio-económicas por las cuales atravesaba el país, reflejadas por los indicadores de salud, que requirieron del Estado esfuerzos importantes en materia de legislación y control en salud pública y saneamiento básico urbano y rural, que ayudaran a mejorar las condiciones de vida de la población (Verderese, 1986). Cartagena, por su condición de puerto, presentaba un escenario de insalubridad e higiene especial que requirió de medidas de control y asistencia pública tendientes a evitar la propagación de infecciones al resto de la República.

En este contexto, los juicios de los médicos estuvieron presentes en las preocupaciones de la dirigencia cartagenera al formular estrategias cuyas ideas de base fueran la higiene y la salubridad, y contribuyeran al desarrollo económico de la ciudad. El saber de los médicos se extendería como una red de control sobre la vida urbana de Cartagena, en razón del control y regulación de la salud (Simancas, 1998).

Las necesidades de insalubridad requerían del establecimiento de Instituciones prestadoras de servicios para satisfacer la demanda. En Cartagena, desde el año 1.888, la prestación de los servicios de salud estuvo orientada desde el Hospital de la Caridad, posterior Hospital Santa Clara, el cual brindaba asilo gratuito y asistencia médico-quirúrgica a los hombres que se hallaran enfermos y con escasos recursos para atender su situación de salud. La administración externa de la institución estaba a cargo de la Gobernación del Departamento, mientras que la inspección y dirección interna era responsabilidad de las Hermanas de la Caridad, provenientes del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Bogotá, quienes se encargaban de la dirección y atención directa a los enfermos.

Las hermanas designadas por la superiora para prestar los servicios de enfermería debían cumplir con deberes relacionados con el apoyo al médico, con los registros de los enfermos, acompañamiento espiritual, cuidado de la ropa, alimentación, aseo de los enfermos, organización del servicio de enfermería y vigilancia de los asistentes y sirvientes en el cumplimiento de sus funciones (Asamblea Departamental de Bolívar, 1888). Para el año 1899, desde la solicitud del doctor Rafael Calvo, se funda en el mismo hospital la Sala de Maternidad con seis camas para enfermas, donde se atenderían a las mujeres y a las parturientas. Sería este el centro de prácticas y entrenamiento de los estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena, además de prestar el servicio a la ciudad (Asamblea Departamental de Bolívar, 1889).

Por otra parte, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, la medicina a nivel mundial experimentaba cambios tecnológicos y científicos en el modo de ver y entender el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (Wiesner, 1976). La medicalización de la sociedad derivó la aplicación de nuevos métodos de trabajo, generados por los aportes novedosos desde otras disciplinas; en consecuencia, se abocó a buscar alternativas que le permitieran asumir su nueva perspectiva profesional. Este avance condujo a la delegación de tareas rutinarias que le permitieran responder a las exigencias del medio (García, 2007; Gómez, 2006).

En este contexto desde la iniciativa del doctor Rafael Calvo en el año 1903, se crea la primera Escuela de entrenamiento de parteras y enfermeras en el Hospital Santa Clara, antiguo Hospital de la Caridad, la cual, de acuerdo a lo señalado por Pedraza (1954) gradúa las primeras tres enfermeras en el año 1906.

La denominación de Escuela responde a la normatividad que sobre educación existiese en ese período. La instrucción pública sobre la materia estaba dividida en primaria, secundaria, industrial, comercial y la profesional. La instrucción industrial y comercial daba la oportunidad de constituir escuelas de artes y oficios para la enseñanza gratuita de una actividad según las necesidades, las condiciones y las costumbres de la respectiva localidad.

Estas escuelas estarían bajo la dirección de la Gobernación de cada departamento. (Congreso de Colombia, 1903).

En este orden de ideas, la connotación de escuelas era de entrenamiento en un oficio y/o actividad específica que respondiese a una necesidad comunitaria, para el caso de la enfermería, existía la necesidad de recurso humano que atendiera los enfermos en las instituciones hospitalarias de la ciudad, por encontrarse el país, y especialmente la ciudad, en condiciones precarias de salud, tal como se amplía en párrafo anterior. Los requerimientos científicos hicieron que los médicos delegaran funciones en un recurso servil, disciplinado, con corazón sensible, ejecutores e informadores, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica (García, 2007), que requerían cubrir los espacios que la comunidad religiosa de la Caridad no lograba abarcar.

La designación de Escuela de Enfermeras y Parteras permitió ampliar la formación a mujeres para la atención del parto, cubriendo las necesidades derivadas de la creación de la Sala de Maternidad del Hospital Santa Clara, la cual fue fundada por el doctor Rafael Calvo, precursor de la formación de enfermeras y parteras en la ciudad. Para la época, la atención del parto era realizada por parteras, solamente las mujeres de clase alta eran atendidas por médicos cirujanos en sus hogares, por considerarse ésta práctica poco importante para la medicina (Monterrosa, 2009).

Para un mejor análisis del desarrollo evolutivo de la formación de enfermeras en Cartagena se establecen cuatro grandes etapas, delimitadas por sucesos importantes que marcaron el desarrollo de la escuela y definido por periodos cronológicos, los cuales se connotan como periodización. La periodización, de acuerdo a lo descrito por Canton (1977, p 56): “se realiza como efecto de una operación simbólica e imaginaria que nos permite al cortar, generar una lectura de los eventos y crearles o integrarlos en un sentido; de ahí que, realizados los cortes, nos encontremos con la existencia de aparentes homogeneidades en la realidad física y social que, a diferencia de lo que nos dicta el sentido común, no nos

preceden ni tienen existencia independiente, sino que son efecto de nuestra operación de corte”.

Cada corte establecido estuvo marcado por hitos importantes que influyeron en el desarrollo de la formación de la profesión en la región:

- Iniciación de la formación de enfermeras (1900-1920).
- Anclaje y cierre de la Escuela de Enfermeras y Parteras (1921-1953).
- El renacer de la Escuela de Enfermeras (1954-1974)
- Consolidación de la formación profesional (1975-2010)

4.3.1 La iniciación de la formación de Enfermeras (1900-1920)

Este periodo se considera la etapa de inicios de la formación de enfermera, se encuentra enmarcado entre la creación de la escuela de entrenamiento para enfermeras y parteras desde el hospital Santa Clara en el año 1903, hasta el reconocimiento como Escuela Oficial anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, en el año 1919, por parte de la Asamblea del Departamento de Bolívar (Asamblea Departamental de Bolívar, 1919).

Sobre las especificaciones de funcionamiento de la escuela, entre los años 1903 y 1919, se encontró muy poca información publicada, tanto en los archivos históricos de la ciudad, como en los informes de investigación sobre los desarrollos de la Enfermería de la época en el país. Según lo reportado por Pedraza (1954), la escuela gradúa sus primeras tres enfermeras en el año 1906, tal como aparece en un diploma firmado por científicos cartageneros, entre ellos el doctor Rafael Calvo.

Otro dato identificado es el reportado en el Diario Oficial de Cartagena, por el doctor Rafael Calvo, donde se deja ver la crisis en el funcionamiento de la escuela por las

deficiencias de los instrumentos y por el poco apoyo de los docentes para desarrollar las conferencias y las prácticas a las alumnas, lo que afectaba el avance de las actividades en la escuela. Estas circunstancias son corroboradas y descritas por Gómez & Munar (2009), al sostener que: “hasta mediados de la segunda década del siglo XX, fue donde se logró estructurar los primeros programas de formación en enfermería en el país, anterior a ello fue muy irregular el funcionamiento de los mismos” (p. 6).

Para el año 1919, se da a la Escuela de Enfermeras y Parteras de la ciudad de Cartagena el carácter Oficial y se anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, por medio del Decreto 258 de 1919. A través de los diferentes considerandos del Decreto se deja ver que es a solicitud del doctor Rafael Calvo, a través del memorial con fecha 18 de enero del mismo año, en donde se requiere al Gobernador del Departamento se dé a la Escuela el carácter oficial, teniendo en cuenta:

“Que eran públicas y notorias la importancia y utilidad de los servicios que con verdadera competencia han venido prestando en esta ciudad y fuera de ellas las enfermeras graduadas, en dicha Escuela (...). Que es deber del gobierno propender a la mayor extensión y alcance de los estudios que se hacen en las distintas Facultades de la Universidad de ésta ciudad y favorecer por todos los medios el desarrollo y la difusión de la Instrucción pública”(Gobernación de Bolívar, 1919. p.9750).

A través de este Decreto se contempla y legaliza las diferentes secciones de la Escuela, condiciones para la admisión de las alumnas, y se evidenció la necesidad de que los estudios correspondientes desarrollados fueran hechos bajo los auspicios de la Suprema Dirección del Gobierno Departamental.

La Escuela constaba con dos secciones: la primera de alumnas enfermeras y la segunda de alumnas parteras. La formación de enfermeras tenía una duración de tres años y la de parteras de cuatro años. En el Decreto, se establecía el pensum a seguir en el programa de Enfermería y Partería. Los cursos en los dos programas eran similares en los dos primeros

años, pasada esta primera etapa existía variación en las materias desarrolladas, tal como se puede ver en el Cuadro 10.

El Director de la Escuela, quién se desempeñaba ad-honorem, era el responsable de designar los contenidos que se desarrollarían en cada una de las materias, a través de una metodología de conferencias, las cuales eran dirigidas por los médicos de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad, que a su vez se encargaban de direccionar las prácticas clínicas.

En cuanto a los requisitos de admisión a la Escuela, variaban de acuerdo a la sección donde se pretendía inscribir la aspirante. Para estudios de Enfermería los requisitos se limitaban a saber leer y escribir y demostrar a través de un examen conocimientos en sistema métrico decimal, geometría, aritmética, física elemental, conceptos básicos en éstas áreas. Para inscribirse en la sección de parteras, debía certificar estudios de secundaria. Además, para los dos casos, certificado de buena conducta y buen comportamiento, buena capacidad visual y auditiva, debidamente certificado por un médico de la Facultad de Medicina.

Es importante resaltar la diferenciación de los requisitos de admisión en las secciones establecidas; para la formación de parteras los requisitos eran más exigentes que para la formación de enfermeras. Lo anterior guarda relación con el papel que cumplían las parteras y/o comadronas a finales de siglo XIX e inicios de siglo XX. En la Ley 83 del año 1914 del Ministerio de Instrucción Pública, que reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas en Colombia, puede verse claramente en el artículo 113, que las enfermeras podrán ejercer como comadronas siempre y cuando presentaran un certificado de idoneidad expedido por médicos diplomados (Ministerio de Instrucción Pública de la República de Colombia, 1914).

Pese a que por medio de ésta ley se reconoce legalmente la labor de la enfermera comadrona, aún su actividad y formación dependían totalmente del criterio médico, tanto así que en el párrafo del mencionado estatuto se le imponen límites a las actividades de las comadronas y se estipula que su labor será supervisada por un médico graduado. Siendo esta práctica de enfermería la primera reglamentada en el país.

Cuadro 11. Pensum de la Escuela de Enfermeras y Parteras de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, 1919

| Año | Secciones | Cursos |
|---------|------------------|---|
| Año I | Primera Sección | Anatomía Descriptiva, Fisiología, Farmacia, Práctica Hospitalaria |
| | Segunda Sección | Anatomía Descriptiva, Fisiología, Farmacia, Práctica Hospitalaria |
| Año II | Primera Sección | Anatomía Descriptiva 2°. Curso, Fisiología 2°. Curso, Medicina y Cirugía Menor 1°. Curso, Ciencia, Arte y Ética Profesionales, Clínica General. |
| | Segunda Sección | Anatomía Descriptiva 2°. Curso, Fisiología 2°. Curso, Medicina y Cirugía Menor 1°. Curso, Ciencia, Arte y Ética Profesionales, Clínica General. |
| Año III | Primera Sección | Anatomía Descriptiva 3°. Curso, Emergencias, Medicina y Cirugía Menor 2°. Curso, Anatomía Topográfica, Clínica General |
| | Segunda Sección | Anatomía Descriptiva 3°. Curso, Obstetricia 1°. Curso, Medicina y Cirugía Menor 2°. Curso, Anatomía Topográfica, Clínica General |
| Año IV | Primera Sección | Obstetricia, Patología Puerperal, Puericultura y Pediatría, Clínica Obstétrica |
| | Segunda Sección. | Obstetricia, Patología Puerperal, Puericultura y Pediatría, Clínica Obstétrica |

Fuente: Información adaptada del Decreto 258 de enero 24 de 1919

Otros de los requisitos de admisión, a destacar son los contemplados en el Artículo 14 del Decreto 258: “haber observado siempre y observar buena conducta, lo cual comprobará con un certificado de dos personas honorables conocidas por el Alcalde del respectivo

Distrito (...). Gozar de completa salud, tener una constitución lo suficientemente fuerte para soportar sin inconvenientes las faenas del oficio (...)” (p. 9751). Estos requisitos muestran la fuerte influencia de la Escuela de Nightingale sobre esta escuela de formación. Para Castrillón (1997): “el modelo Nightingale el futuro de la profesión dependía de la manera como se condujeran las aprendices, por tal motivo las candidatas para ser admitidas a la escuela debían certificar buena conducta que garantizara un óptimo desempeño moral durante su formación y después de ella” (p.6).

Otro requisito que se distingue para la admisión era la constitución física fuerte que debía tener la aspirante para soportar las faenas del oficio. Castrillón (1997) comenta que, según la concepción de Nightingale, toda mujer o al menos casi toda mujer es una enfermera, es decir, la enfermera representaba la idealización de la figura social de lo femenino que desempeñaba los oficios domésticos en el hospital, desplegando allí su capacidad de servir y dar a los enfermos.

Hasta este momento la formación de enfermeras en Cartagena era considerada como un oficio, al cual tenían acceso la población de mujeres de la ciudad y regiones cercanas, la normatividad sobre educación limitaba la formación de la mujer en el nivel profesional, solo hasta el año 1936, a través de la Ley 32 del Congreso de Colombia, se prohíbe discriminaciones por sexos, raza o religión para ingresar a los establecimientos educativos (Congreso de Colombia, 1936).

La Escuela, aunque adscrita a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena, se encontraba bajo los auspicios de la Suprema Dirección del Gobierno Departamental. El modelo de formación privilegiaba el aprender haciendo, debido a que su entrenamiento retribuía a su labor en el hospital (Castrillon, 1997). Se nota en el pensum una serie de cursos fragmentados de conocimientos médicos sin plan de estudios previamente establecidos, impartidos a través de conferencias, donde se privilegiaba las acciones procedimentales y aprendizaje por repetición; de esta manera, se garantizaba que la enfermera desarrollara una práctica tributaria a la práctica médica, regulada por esta profesión (Hanzeliková, 2005; Duran de Villalobos, 2000).

Lo anterior connota que estos inicios de institucionalización de la enseñanza de la enfermería en el Caribe colombiano, al igual que en el resto del país, se encuentran ligados a la práctica de un oficio, en el cual se debían adquirir una serie de habilidades y destrezas propuestas para la labor, mas no se evidencian desarrollos estructurales en el plan de estudio que den cuenta de una formalidad en su plan de formación.

4.3.2 Anclaje y cierre de la Escuela de Enfermeras y Parteras (1921-1953)

El período entre 1921 y 1953 representó una época de cambios y crisis técnico científicos en la formación de enfermeras, en atención a la formalización de la institucionalización de la Escuela de Enfermeras y Parteras, como anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena; a la introducción de leyes que orientaban la atención en salud, especialmente en el campo de la salud pública, la legislación que sobre enfermería en Colombia empezó a surgir y a la entrada paulatina de enfermeras al programa provenientes de otros países que permitió oxigenar la formación con recurso humano propio de enfermería, representando un avance en el proceso de autogestión de la formación.

En la revisión de los archivos históricos de la ciudad, para finales de la década de los años veinte y durante los años treinta, aparece publicado en la Gaceta del Hospital Santa Clara la vinculación de enfermeras del exterior del país a la dirección de Enfermería del Hospital Santa Clara y que a su vez apoyaban el proceso de formación en la Escuela de Enfermeras y Parteras de la ciudad. De acuerdo a lo planteado por Pedraza (1954), para el año 1926, en la reglamentación de la Escuela de Cartagena, aparece la figura de Directora de Enfermeras, quien haría las veces de Enfermera Mayor del Hospital Santa Clara. En el año 1926, hasta el año 1927, se vincula como Directora de enfermeras Clara Ducreiux, procedente de la Cruz Roja internacional, quien trabajó en la Primera Guerra Mundial e impulsó la creación del Comité

de acción y organización provisional de la Cruz Roja en Cartagena. Posterior a su renuncia, se vincula la enfermera Julia Jiménez, a quien los doctores Rafael Calvo y Raul Bernett enviaron a capacitar en Filadelfia- Estados Unidos. Esta última tuvo poco tiempo en la dirección, por cuanto regresó a trabajar al Hospital de Filadelfia. A partir del año 1930 se vincula Matilde Klasser, quien empezó a cumplir las funciones de Subdirectora de la Escuela y Directora de Enfermeras del Hospital. (Asamblea Departamental de Bolívar, 1930).

De igual manera, aparecen reportados en las ordenanzas de la Asamblea Departamental los auxilios, por parte de la Gobernación Departamental, para apoyar la formación en Enfermería y Partería a enfermeras de la Escuela en Universidades extranjeras, con la obligatoriedad de que a su regreso retribuyeran sus servicios a esta institución (Asamblea Departamento de Bolívar: 1925).

En la década de los años treinta del mismo siglo aparece reportado en la Gaceta del Hospital Santa Clara, del año 1930, un nuevo plan de estudios para la Escuela y una reglamentación para su funcionamiento (Junta Reformadora del Hospital Santa, 1925, 1930). En cuanto al funcionamiento de la Escuela, en el Capítulo I del mencionado reglamento se establece:

La Escuela de Enfermeras y Parteras se compondrá de una dirección, un cuerpo de profesores y el personal de alumnas. Será Director de la Escuela el presidente de la Junta Reformadora y Sub-Directoras la Enfermera Jefe y la Partera Jefe del Hospital Santa Clara. (...) La Dirección someterá a la aprobación de la Junta Reformadora el pensum, programas de curso, reglamentos de la Escuela y todas las reformas necesarias para el funcionamiento de la Escuela (...). El nombramiento de los profesores será hecho por la junta Reformadora, prefiriendo a los Médicos de servicio en el Hospital. (...) Son atribuciones de las Sub-Directoras de la Escuela de Enfermeras y Parteras: proponer a la junta métodos y prácticas que según sus observaciones en otros países sean los más convenientes para dar a la Escuela una buena organización. (...) Tener a su cargo la enseñanza práctica de las alumnas. Esta comprende no solo la manera de conducirse en presencia de enfermos (...), sino que debe ser dirigida muy particularmente en ponerlas en posesión de las aptitudes y ejercitar las

cualidades sin las cuales no se concibe una buena enfermera. (...) procurar el mejoramiento de su cultura espiritual y el implantamiento de una disciplina ejemplar. (Junta Reformadora del Hospital Santa Clara, 1930, p. 2).

Para el caso de las alumnas en el Capítulo II del Reglamento de la Escuela informa:

Serán alumnas de la Escuela las que fueren aceptadas después de llenar satisfactoriamente los siguientes requisitos: tener entre 18 y 30 años de edad al matricularse en el primer año de estudios. Presentar certificado que acredite su conducta, firmados por dos personas de reconocida honorabilidad. Certificado de salud, de constitución física expedidos por dos médicos del Hospital Santa Clara, designados para verificar el examen (...). Las aspirantes que no tuvieran certificado de haber ganado estudios elementales de castellano, aritmética, ortografía, costura, urbanidad, tendrán que someterse a examen de las expresadas materias ante el jurado designado por el Director. (...) La Escuela se compromete a dar alojamiento, alimentación, uniforme y demás ropa de servicio del Hospital, una asignación mensual que la Junta Reformadora designe (...). Para ingresar a la Escuela de Parteras, además de cumplir los requisitos anteriores, a que se someten las aspirantes de enfermera, deben tener de 21 a 40 años de edad, además poseer el diploma de Enfermera (Hospital Santa Clara, 1930, P. 4)

El funcionamiento de la Escuela, como se revela en el reglamento, hace evidente que ésta quedó bajo la responsabilidad de la Junta Reformadora del Hospital Santa Clara, en cuanto a la organización administrativa, tanto como financiera. Aparece la participación en la Sub-Dirección de la Escuela la Enfermera Jefe del hospital, con funciones de supervisión de las alumnas y participación en el aspecto práctico de su formación. Se empieza, entonces, a vislumbrar la necesidad de vincular recurso humano entrenado y con experiencia en el campo de la enfermería que acompañara este proceso de formación.

Este indicador, aunque aún muy incipiente, porque la mayor responsabilidad de la formación era asumida por los médicos, tal como se describe en el Reglamento de la Escuela, empieza a aportar al proceso de profesionalización de la Enfermería en la región. Autores como Wilensky (1964), plantean que para que una ocupación pueda ser

considerada profesión, la difusión del cuerpo teórico de conocimientos debía ser hecha por pares competentes de la misma profesión, y ya en este momento, de acuerdo a la organización de la Escuela, las enfermeras supervisan la labor de las estudiantes y aportan, desde su experiencia de formación en otros países, a la organización de la misma.

En cuanto a los requisitos de admisión de la Escuela, variaron con relación a lo establecido en el Decreto 258 del 1919. Hasta el momento la aspirante podía decidir en su proceso de admisión por estudiar Enfermería o Partería, con esta última reglamentación era requisito ser Enfermera para ser Partera. No se evidencia variación en los requisitos de admisión, se sigue sosteniendo como requisito mínimo tener conocimientos en áreas específicas de costura, matemática, castellano. De igual manera, sigue primando para el ingreso la buena conducta y moral de las estudiantes. Este hecho pudo ser asociado a la connotación de Escuela que primaba para la época, a la limitación de ingreso de los estudios a la mujer, la cual solo se permitía hasta la formación primaria, con muchas limitaciones a la educación secundaria completa.

La Escuela funcionaba como internado, con la figura de Escuela –Hospital-Hogar, al igual que muchas otras instituciones Latinoamericanas (Velandia, 1995). A las alumnas, como se observa en el Reglamento de la Escuela, se les subsidiaba la alimentación, uniformes y un auxilio mensual, que la Junta Reformadora asignaba con la condición de que al finalizar sus estudios siguieran laborando en esta institución o en otro establecimiento de la ciudad.

En cuanto al pensum de formación, se evidencia una clara diferenciación entre el plan de formación para Enfermeras y Parteras. Para las primeras tenía una duración de tres años y para las Parteras, de dos años adicionales, tal como se observa en los cuadros 12 y 13. Según lo establecido en el reglamento de la Escuela, la Junta Reformadora era la autorizada de seleccionar el cuerpo docente que se encargaría de los cursos de formación. Los cursos teóricos (planes de conferencias, como se denominaban en la época) continuaban siendo desarrollados por médicos del Hospital Santa Clara. La formación práctica era direccionada

por la Sub directora de la Escuela, quién ejercía como Directora de Enfermeras del Hospital.

Comparativamente el pensum de formación para enfermeras del año 1930 se diferencia del pensum del año 1919, se introducen cursos de formación en Higiene, Asistencia de enfermos y Organización y administración de hospitales. Los cursos de formación en Higiene respondieron a los esfuerzos en materia de legislación y control de la higiene y salud pública en la República de Colombia. Para la época se presentaron cambios sociopolíticos importantes en respuesta al modelo higienista – salubrista desarrollado en Latinoamérica, el cual revoluciona los lineamientos de atención ambulatoria y domiciliaria, impactando en los programas de formación del recurso humano en salud (Portilla, 1986).

Los cursos de asistencia de enfermos y organización y administración de hospitales se relacionaron con la fuerte influencia que para la época tiene el enfoque norte americano de la medicina, orientado a la clasificación de los pacientes por especialidades y su consecuente reunión en salas separadas para el manejo por grupos diagnósticos (Velandia 1995). En párrafo precedente, se habló de la introducción para la época de Enfermeras del exterior al Hospital Santa Clara y a la Escuela de Enfermeras y Parteras.

Las enfermeras que se vincularon fueron formadas en Estados Unidos, en su gran mayoría, representando una gran influencia para los planes de formación y la administración hospitalaria de la Institución. Así se constituye, según Velandia (1995), en el primer programa en introducir administración y organización de hospitales en su plan de formación.

Cuadro 12. Pensum de formación de Enfermeras de la Escuela de Enfermeras y Parteras. 1930

| ESCUELA DE ENFERMERAS | |
|-----------------------|--|
| Primer año | Anatomía |
| | Fisiología |
| | Higiene |
| | Asistencia de enfermos |
| Segundo año | Medicina |
| | Cirugía |
| | Farmacología y Terapéutica |
| | Bacteriología |
| | Asistencia a enfermos |
| Tercer año | Emergencia |
| | Anestesia |
| | Deontología |
| | Asistencia a los enfermos |
| | Organización y administración de hospitales. |

Fuente: Cuadro diseñado por la Investigadora, desde lo referenciado en la Gaceta del Hospital Santa Clara. Octubre de 1930

Cuadro 13. Pensum de formación de parteras de la Escuela de Enfermeras y Parteras. 1930

| ESCUELA DE PARTERAS | |
|---------------------|------------------------------|
| Primer año | Obstetricia |
| | Puericultura |
| | Higiene Especial |
| | Asistencia a partos |
| Segundo año | Obstetricia |
| | Terapéutica especial |
| | Ginecología |
| | Deontología y Medicina legal |
| | Asistencia ginecológica |

Fuente: Cuadro diseñado por la Investigadora, desde lo referenciado en la Gaceta del Hospital Santa Clara. Octubre de 1930

Para el año 1937, el Departamento Nacional de Higiene expide la Resolución 67, considerada ésta la primera regulación del ejercicio de la enfermería en Colombia. A través de ella se reglamentan las profesiones de practicantes, comadronas, enfermeros, enfermeras visitadoras sociales y asistentes de laboratorio. Se autoriza para ejercer la profesión de Enfermeras Visitadoras, quienes obtuvieron el título en la escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras y hubiesen cursado tres años de entrenamiento. En el Artículo 8, se hace referencia a los requisitos para ejercer como enfermeros hospitalarios a: “a) personas mayores de edad y saber leer y escribir, b) tener un certificado del Director o Casa de Salud, oficialmente reconocido por el gobierno en que conste que ha practicado allí como enfermera hospitalaria por un término no menor de dos años; c) acreditar con dos declaraciones de médicos que reúnan los requisitos (...) la competencia moral y profesional del solicitante (...)”.(Departamento Nacional de Higiene, 1937, p.7).

A través de la anterior normativa, se resta todo el rigor en el proceso de formación en las escuelas de enfermería, diferentes a la Escuelas Nacional de Enfermeras; se establece una clara diferenciación en el plan de formación, asignando a las segundas una mayor tecnificación, y para el caso de las primeras, por el enfoque hospitalario que las caracterizaba, bastaba solamente el entrenamiento certificado de dos años. Según lo descrito por Pedraza (1954), los directores departamentales de higiene expidieron un sinnúmero de Licencias a enfermeros y enfermeras empíricos para el ejercicio de la labor.

Se ve así reflejada la crisis de la Escuela de Enfermeras y Parteras de Cartagena, la cual experimentó una serie de transformaciones en su plan de Formación, las actas de los años (1943, 1944, 1945,1946), revelan modificaciones permanentes del pensum. Cada año el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina aprobaba las conferencias y el recurso médico y de instrucción disponible para desarrollarlo, no muestran un plan de estudios organizado, sino, que de acuerdo a la disponibilidad del recuso médico, se programaban las conferencias que se desarrollarían. El Decano de la Facultad de Medicina designaba a las enfermeras internas en formación y de servicio, la responsabilidad de la cátedra de demostraciones prácticas de enfermería a las alumnas que iniciaban el primer año. En los

cuadros 14 y 15 se puede ver el listado de conferencias programadas para ser desarrolladas a las estudiantes de primer, segundo y tercer año matriculadas en la Escuela.

Cuadro 14. Relación de cursos desarrollados a los estudiantes de la Escuela de Enfermeras por año de formación. 1943.

| Primer año | Segundo año | Tercer año |
|------------------------------------|--|--|
| Anatomía | Dieta y Regímenes alimenticios | Dieta y Regímenes alimenticios |
| Patología general | Enfermería en Medicina General | Emergencia |
| Química | Bacteriología | Obstetricia |
| Escritura y Ortografía | Obstetricia | Escritura y Ortografía |
| Principios Prácticos de Enfermería | Escritura y Ortografía | Asistencia del cirujano y Esterilización |
| Biología | Demostraciones Prácticas de Enfermería | Pediatría y Alimentación Infantil |
| Educación Física | Cirugía menor y Anestesia | Demostraciones Prácticas de Enfermería |
| Moral | Educación Física | Cirugía menor y Anestesia |
| Higiene general | Moral | Educación Física |
| Historia y Ética de Enfermería | Higiene | Moral |
| Fisiología | | |

Fuente: Cuadro diseñado por la Investigadora, resumen de la relación de matrícula por año de formación, registradas en las Actas de la Escuela año 1943. Libro de Actas Escuela de Enfermeras.

Cuadro 15. Relación de cursos desarrollados a los estudiantes de la Escuela de Enfermeras por año de formación, 1944.

| Primer año | Segundo año | Tercer año |
|-------------------|--------------------------|--|
| Anatomía | Práctica de Enfermería | Asistencia del cirujano y Esterilización |
| Patología General | Patología General | Práctica de Enfermería |
| Química | Enfermería en Emergencia | Obstetricia |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Práctica de Enfermería | Biología | Enfermería y Elementos y Ortopedia |
| Biología | Materia Médica y Farmacia | Pediatría y Alimentación Infantil |
| Higiene General | Enfermería en Medicina General | Ética e Historia de la Enfermería |
| Ética e Historia de la Enfermería | Bacteriología y Parasitología | Organización Hospitalaria |
| Fisiología | Ética e Historia de la Enfermería | - |
| - | Dieta y Regímenes alimenticios | - |

Fuente: Cuadro diseñado por la Investigadora, resumen de la relación de matrícula por año de formación, registradas en las Actas de la Escuela año 1944. Libro de Actas Escuela de Enfermeras y parteras.

La Escuela otorgó hasta el mes de diciembre de 1941 los títulos de Enfermera y Partera. A partir del año 1943 se expidió solamente el título de Enfermera, en atención a la normatividad nacional emanada para reglamentar la formación de enfermeras en el país.

Los cambios que acontecieron en el ámbito nacional, en torno a las condiciones jurídicas de la profesión, impactaron representativamente en los programas de formación en el país, por consiguiente en el Caribe colombiano. En el año 1946 el Congreso de la República expide la Ley 87 y, posteriormente, los Decretos reglamentarios que constituyen la base legal que rigen desde ese entonces la enfermería en el país. Se inicia así una vigilancia y control de los programas de formación por parte del nivel central gubernamental. Con la presente Ley se promovió la enfermería técnica y científica en el país y se reguló el empirismo en el ejercicio (Congreso de la República, 1946).

A través de los diferentes articulados de esta Ley, se estableció que para el funcionamiento de las escuelas de Enfermería debían someter su plan de estudios y programas de trabajo a la revisión del Gobierno Nacional, a través de una Junta que él

mismo designaba. De igual manera, todas las escuelas quedaron bajo la supervigilancia e inspección del Gobierno Nacional y de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá. En el año 1952, de acuerdo a lo planteado por Pedraza (1954) “la Corte Suprema de Justicia declara inexecutable el articulado primero y sexto que hacía referencia al control por parte de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, a los planes de estudios de las Escuelas en el país” (p.99).

Para la misma época se reglamenta, a través del Decreto 3151 de 1946, la revisión de todas las escuelas existentes, por medio de una junta constituida por los Representantes del Ministerio de Higiene y Educación y de la Directora de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. El Decreto clasifica a las Escuelas en tres categorías, de acuerdo a las exigencias y tiempo de formación (Presidencia de la Republica, 1946)

- Escuela de Enfermeras: que exigían bachillerato completo o normalista, plan de estudios de tres años y expedirían títulos de Enfermeras Generales.
- Escuela de Enfermeras Hospitalarias: incorporadas a un hospital general de reconocido prestigio técnico-científico, que exigirían 4 años de enseñanza secundaria, expedirían el título de Enfermera Hospitalaria.
- Escuela de Auxiliares de Enfermería: admitían alumnas con formación de 4 años de enseñanza secundaria y expedirían el título de Auxiliares de Enfermería.

Esta reglamentación elevó los requisitos de formación de la Enfermería en el país, pero generó una diversificación en la formación, la cual empieza a generar una división en las funciones de la enfermera en el país.

En el año 1948 por medio del Decreto 3550 de octubre de 1948, de la Presidencia de la República, se reglamenta oficialmente la Ley 87, y se hace reconocimiento de la calidad de Enfermeras a aquellas personas consideradas por efectos legales y profesionales como Enfermeras graduadas, siguiendo la siguiente clasificación: Enfermera general; Enfermera Hospitalaria y Enfermera Especializada, quien debe ser graduada previamente. Se reglamenta la categoría de Auxiliares de Enfermería, las cuales se dividirían en: Auxiliares

de enfermería general, Auxiliares hospitalarias, Auxiliares de enfermeras parteras, Ayudante de hospital o Asistentes hospitalarias. El mismo Decreto establece que para el ejercicio de la profesión se debía acreditar un título debidamente refrendado por el Ministerio de Higiene y de acuerdo a la clasificación establecida (Presidencia de la República, 1948).

Las anteriores reformas exigieron a la Escuela de Enfermeras de Cartagena una revisión exhaustiva de sus condiciones de funcionamiento, las cuales habían venido debilitadas en las últimas décadas. Es así como en julio 30 de 1949 es supervisada, por parte del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, y se somete a un pliego de condiciones para el reconocimiento de la Escuela por parte del Gobierno Central. Se decide reorganizar la Escuela mediante la Resolución 345, de julio 30 de 1949; el Consejo Directivo asigna una directora, instructoras y empleadas subalternas para apoyar el funcionamiento de la misma. La Directora dependía del Decano de la facultad de Medicina y del Consejo Directivo de la Facultad (Universidad de Cartagena, 1949). Se modifican los requisitos de admisión a la Escuela ajustándolos a lo establecido en el Decreto 3151 del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, el cual contemplaba poseer título de bachillerato completo o normalista.

El título que expediría la Escuela sería como Enfermera General, se suprime la subvención por parte de la Universidad para las alumnas. Los profesores siguen siendo médicos graduados pero con retribución económica para desarrollar conferencias y demostraciones y se vinculan instructoras para áreas específicas de formación.

Según lo planteado por Montalvo & Gómez (2013), para el año 1950 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena quedó adscrita a la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, la cual, después de realizar un estudio sobre la preparación y disciplina de las estudiantes de los últimos años, decidió modificar el curso para que solo pudieran recibir el certificado de Auxiliares de Enfermería, por el bajo nivel de preparación y por la desorganización imperante en la escuela. El 15 de noviembre del mismo año se hizo la certificación y se produjo el Oficio No. 1240, emanado del Departamento de Enfermería de

la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, por medio del cual se cerraba el ingreso de alumnas a la Escuela de Enfermería de Cartagena y se seguía la formación de las alumnas existentes. Para la época no se pudo identificar en los archivos un plan de estudios definido. En las resoluciones de Rectoría emanadas se muestra una asignación de profesores para ciertas asignaturas, sin entrar a especificar el año de formación específica.

La Escuela Superior de Higiene funcionaba con la cooperación de organismos internacionales: la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF (Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia); sus funciones se dirigían a la vigilancia y control de todas las Escuelas de Enfermería del país, al tiempo que colaboraba en el sostenimiento y organización de las Escuelas de Enfermería de la Universidad del Valle del Cauca, en Cali y de la Universidad de Cartagena (Velandia, 1995).

La legislación gestada a finales de este período se constituyó en un avance importante para el proceso de profesionalización de la Enfermería en Colombia. El control y regulación de la profesión por parte del estado promovió las exigencias en cuanto a los requisitos de formación, categorías de formación y reguló el ejercicio de la práctica en el país, que venía siendo manejada de manera empírica a finales de la década del treinta del siglo XX. Otro avance importante en el proceso fue el direccionamiento de las Escuelas por parte de Enfermeras graduadas, lo que permitió iniciar un autocontrol de los profesionales sobre su ejercicio, aspecto importante junto con los requisitos de admisión para la estructuración de una profesión (Fernández; 2007).

En Cartagena el impacto de la legislación develó la desorganización académica y administrativa que atravesaba la Escuela en la década del 40 del siglo XX, la cual dio origen a un cierre temporal y luego una reapertura bajo el control y organización de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, a inicios de la década del 50 del mismo siglo. Desde el aspecto de su plan de formación, en este período se destaca que a pesar de la institucionalización de la formación universitaria, persistió la organización del plan de estudio por fragmentos teóricos, materias agregadas de acuerdo a la disponibilidad de docentes. La formación de los enfermeros se circunscribió a la tradición y práctica de

adiestramiento, como se puede ver en los cuadros 11, 12, 13, 14, en atención a que las asignaturas seguían estructuradas en contenidos especializados de la práctica médica.

4.3.3 Renacer de la Escuela de Enfermeras en Cartagena (1954-1974)

El período de 1954 a 1974, se considera como el renacer de la Escuela de Enfermería en Cartagena, en atención a que en el año 1954 se hace la reapertura de la Escuela, con acompañamiento desde lo académico-financiero por parte de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, y administrativa y técnicamente por la Universidad de Cartagena (Universidad de Cartagena, 1954). La Escuela reinicia con un nuevo plan de estudios de tres años de duración y unos criterios definidos de selección y admisión, de acuerdo a la normatividad nacional en materia de formación de Enfermeras Generales, tal como aparecen reflejados en las actas de la Facultad de Enfermería (1959). La subvención por parte de la Escuela de Higiene perdura hasta el año 1959, cuando ésta deja de aportar auxilios económicos a la Escuela de Enfermeras de Cartagena.

En la revisión de los planes de estudio desarrollados en la década del 50-60, se pudo identificar, a través de la Resolución 35 de 1960 de la Universidad de Cartagena, la distribución de cursos por año que desarrollaban las estudiantes matriculadas en la Escuela de Enfermeras, y que al parecer fue el plan de estudio desarrollado desde la reapertura de la Escuela en el año 1954 (Universidad de Cartagena, 1960). El plan de estudios presentado para la época fue similar al cursado en la Escuela Superior de Enfermeras de la Universidad Nacional de Bogotá, del año 1954. Recuérdese que el Decreto 3151 de 1946 atribuía a la dirección de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras la responsabilidad de supervisar las escuelas de enfermería del país legalmente constituidas. Las variaciones entre los dos planes de estudio consistían en el área electiva, que era tenida en cuenta en la Escuela Nacional Superior de Enfermeras e incluía arte, deporte e inglés (Munar, Velandia & Gómez, 2011), y que no hacía parte del plan de estudios de la Escuela de Cartagena.

En cuanto a los docentes responsables de los cursos, en la Resolución 35 de 1960 se muestra cómo de los 41 cursos contemplados en el plan de estudios, el 71% eran impartidos por médicos, el 7% por otros profesionales y solamente el 21% por instructoras enfermeras, que además se encargaban de las prácticas hospitalarias. Los cursos relacionados con psicología, moral, ética y religión estaban bajo la responsabilidad de sacerdotes. Hasta la fecha seguía el modelo de dependencia médica en el proceso de formación, era la Facultad de Medicina la encargada de designar los responsables de desarrollar los cursos.

Entre los requisitos de admisión a la escuela eran considerados: poseer el título de bachiller o normalista y poseer certificado de buena conducta, expedido por personas prestigiosas de su localidad de origen. Como requisito de graduación las estudiantes debían cumplir y aprobar a través de pruebas escritas todos los cursos y presentar un trabajo escrito, llamado tesis, sobre algún problema de salud. El título otorgado al finalizar los estudios era de Enfermera General (Facultad de Enfermería, 1962); título que correspondía según la estructura académica de la educación en Colombia, al nivel de educación intermedia, conducente al grado de título técnico.

El incremento en las exigencias de selección y graduación representó para la formación de enfermeras un escalón en su proceso de profesionalización, por cuanto se acercaba a una mayor tecnificación. Se considera este aspecto de vital importancia para que una ocupación sea catalogada como profesión.

En cuanto a los énfasis de formación, a pesar de ser un plan de estudio a usanza de la Escuela Nacional Superior, seguía marcado por la hegemonía médica. En el cuadro 16, se muestra un plan de estudios organizado a través de una fragmentación de cursos generales que buscan más que la formación de un profesional, la formación de un funcionario encargado de brindar atención en salud, técnicamente competente, tanto en el área hospitalaria como en medicina preventiva. Se hace énfasis en el área hospitalaria, aspecto que según Verderese (1986) estuvo ligado al origen de la enfermería en los hospitales y que marcó la orientación en los procesos de formación. Posteriormente, la importancia dada a la

medicina preventiva delineó una progresiva introducción de esta área en los planes de formación, tal como se evidencia en el plan de estudio propuesto para la época.

El plan de estudios (Cuadro 16), contemplaba aspectos básicos, áreas médicas y cursos de enfermería, en su mayoría prácticos. Las áreas médicas fueron ejecutadas por profesores de la Facultad de Medicina, quienes trabajaban bajo el paradigma flexneriano, direccionado desde las especialidades médicas. Tal modelo permeó no solo la enseñanza teórica para enfermería, sino también la realización de las experiencias prácticas (Castrillón 1997).

Cuadro 16. Relación de cursos de la Escuela de Enfermeras de Cartagena. 1954.

| Año | Cursos de la Escuela |
|-------------|---|
| PRIMER AÑO | Anatomía y fisiología Bacteriología Física general Higiene general Química y Bioquímica Moral filosófica Farmacología y Terapéutica Introducción a la Medicina Arte de la Enfermería Ética profesional Higiene personal. Primeros auxilios |
| SEGUNDO AÑO | Introducción a la medicina Medicina general Salud pública Nociones de Ginecología, obstetricia y protección materno-infantil Pediatría y puericultura Cirugía general Nutrición y Dietética Higiene Mental Legislación social Psicología |

| Año | Cursos de la Escuela |
|------------|---|
| | Cultura religiosa. Enfermería en Obstetricia Enfermería en pediatría Primeros auxilios |
| TERCER AÑO | Anestesia Nutrición y Dietética Psicología Sociología Católica Nociones de cancerología Medicina Legal Asistencia social Higiene mental Legislación social Órganos de los sentidos Enfermería en cirugía Administración hospitalaria y salas Historia de la Enfermería Primeros Auxilios |

Fuente: Información adaptada de la Resolución número 35 de 1960. Rectoría de la Universidad de Cartagena

Con la aparición del Decreto 1297 de 1964, que reglamenta la Educación Superior en las Universidades y otros Institutos en Colombia, los programas de Enfermería ascienden a Licenciaturas. En el Artículo cuarto del citado Decreto se expone:

Están reservados a las Universidades los grados y títulos académicos de licenciados, de profesional universitario y de magister y doctorado. Grados y títulos que serán reglamentados por el Fondo Universitario Nacional, con la aprobación del Gobierno Nacional.

a) De profesionales universitarios: Médicos, Abogados, Odontólogos, Economistas, Contadores públicos (...).

b) De Licenciados: En Ciencias de la Educación, Filosofía, Sociología, Física, Matemáticas, Antropología, Geografía, en Enfermería y otras disciplinas que el fondo Universitario Nacional reserve para las universidades.

Los títulos académicos de magister y doctor, tienen como base los grados profesionales universitarios y las licenciaturas. (Ministerio de Educación Nacional, 1964)

Según lo planteado por Bolaños (1968), la anterior clasificación se derivó por la orientación en el ejercicio laboral de las carreras. Las carreras profesionales tenían un ejercicio laboral liberal y las licenciaturas puramente académicas que habilitaba principalmente para el ejercicio de la docencia. Esta consideración generó una estratificación en los grupos profesionales y, por consiguiente, diferenciación social entre carreras, siendo los títulos profesionales los que gozaban de mayor prestigio social y eran las carreras más solicitadas.

En cuanto a las licenciaturas en enfermería, su objetivo era dar sólida formación general para preparar enfermeras capaces de ejecutar y dirigir el equipo de enfermería en la atención directa al individuo, la familia y la comunidad. Además, participar en la planeación, desarrollo, la supervisión y evaluación de los programas de salud e impartir docencia en programas de educación de enfermería a licenciadas y al personal auxiliar (Niño & Vergara, 1976). Este último aspecto fue lo que pudo haber ubicado a la Enfermería dentro de este rango de clasificación, aunque para Bolaños (1968), el perfil de ocupación de la enfermería no se correspondía con ésta clasificación. Cabe destacar, que de acuerdo a lo descrito por Velandia (2005), la denominación de Licenciatura en enfermería tiene una fuerte influencia del modelo norteamericano de formación en Enfermería, modelo que se inicia en primera instancia en la Universidad Nacional de Colombia.

Los requisitos de admisión y graduación para los programas de Licenciatura en enfermería fueron unificados. Para poder ser admitido se estableció: ser mayor de 16 años, poseer título de bachiller o normalista superior y examen de admisión definido por la Universidad. Como requisitos para obtener el grado: haber cursado y aprobado los cuatro años de estudios del programa de Licenciaturas y tres semestres para ciclo complementario (ciclo de formación para nivelar las enfermeras generales a licenciadas), además de presentar un trabajo de investigación en enfermería, el cual debía ser sustentado ante un jurado (Niño & Vergara, 1976).

En el año 1965 se implementó el programa de Licenciatura en la Escuela de Enfermeras de Cartagena, con el fin de preparar Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, con un plan de estudios que incluía la formación de Licenciadas y el programa de complementación. Este ascenso en el escalafón a nivel profesional, reconocido desde el ente Ministerial, fue un aporte significativo para afianzar el proceso de profesionalización de una ocupación que hasta la fecha había obtenido el status de técnico.

La reglamentación de la Escuela con este nuevo status se establece a través del Acuerdo 47 de 1968, del Consejo Directivo de la Universidad de Cartagena. El plan general de la Escuela incluía la definición de sus objetivos, su filosofía, plan de estudios, estructura orgánica y reglamento interno para docentes, estudiantes y personal administrativo. A partir de ésta época la Escuela depende de la dirección central de la Universidad, es decir, del Consejo Directivo de la Universidad y del Rector. Internamente era dirigida por la Directora de la Escuela, quién era considerada la máxima autoridad ejecutiva, jefe inmediato de profesores, estudiantes, personal administrativo y auxiliar.

Existía un Consejo Directivo de la Escuela, que era la máxima autoridad en relación con la disciplina y la organización técnica-científica, conformado por el Decano de la Facultad de Medicina, quien lo preside y era el representante de la Escuela ante la Universidad, la Directora de la Escuela, un representante del cuerpo docente, estudiante y una Secretaria. A pesar de los avances en la organización administrativa y académica de la Escuela, seguía representada institucionalmente por el Decano de Medicina, aspecto que desdibujaba la representación de la enfermería y la relación de esta con otras disciplinas al interior de la universidad.

Cuadro 17. Plan de estudios Programa de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Cartagena 1968.

| AÑO | SEMESTRE | |
|-------------|--|---|
| | 1. SEMESTRE | 2.SEMESTRE |
| PRIMER AÑO | Biología I Química I Matemática I Humanidades I Física I | Psicología I Química Orgánica II Matemáticas II Introducción a la salud de la comunidad. Física II Humanidades II |
| SEGUNDO AÑO | Psicología I Enfermería I Química Biológica Nutrición Inglés Anatomía y Fisiología Microbiología y parasitología | Farmacología Enfermería II Crecimiento y Desarrollo Inglés Cultura Religiosa |
| TERCER AÑO | Enfermería III Enfermería en Pediatría Técnicas de Investigación Metodología Estadística Inglés | Enfermería IV Enfermería en Salud Pública Enfermería Siquiátrica Inglés Administración pública Investigación en Enfermería |
| CUARTO AÑO | Enfermería V Enfermería VI Legislación Social | Filosofía de la Educación Enfermería VII |

Fuente: Cuadro diseñado por la investigadora adaptado del Acuerdo 47 de 1968 del Consejo Directivo de la Universidad de Cartagena.

En el Cuadro 17 se presenta el Plan de estudios del programa de Licenciatura en Ciencias de la Enfermería; un plan de estudio organizado por niveles de complejidad y secuencial, de acuerdo a los objetivos de formación. Los cursos se distribuían por áreas de formación, el 51.8% hacía referencia a la enseñanza general constituida por ciencias naturales, sociales, humanidades y ciencias exactas. Un 48.17% del plan de estudios estaba representado en enseñanza profesional del área teórico-práctico de la enfermería y ciencias médicas, en algunos casos agrupada en asignaturas integradas. Se resalta la inclusión de áreas funcionales de desempeño de la enfermería, como son: administración de servicios,

docencia en programas educativos de enfermería e investigación. Para Duran de Villalobos (2000), “a partir de la década de los sesenta se hacen esfuerzos en los programas por introducir en los currículos conceptualización de enfermería, que se opaca por la tradiciones biomédicas connotadas como indispensables y/o básicas y las asignaturas programadas en respuesta a las demandas del mercado”(p. 87).

Se hace importante destacar la presencia en el plan de estudios de cursos generales de formación en el componente social y humanístico, el cual, para las décadas de los 50 y 60, adquieren relevancia por el sentido de la relación educación y sociedad. Las reformas hechas a la educación en el país, para la época, se hacen con miras a una estructuración sobre la sociedad del futuro, siendo una directriz nacional el énfasis socio-humanístico en los planes de formación de educación superior.

La denominación de Licenciaturas en Enfermería enfatizó el perfil docente y administrativo en el ejercicio laboral del egresado, ya que muchos egresados de este plan de formación enfocaron su labor profesional a estos campos (Facultad de Enfermería, 1988).

El propósito de aprendizaje declarado en el reglamento de la Escuela hacía referencia a la generación de cambios de conducta en el estudiante, en atención a conocimientos, entendimientos, habilidades, intereses, valores, sensibilidades, actitudes y percepciones, muy ligado a la manera de transmisión de conocimiento a través de conferencias, demostraciones, prácticas dirigidas, entre otras formas didácticas. El anterior modelo de formación responde al paradigma conductista que para la década de los 60 cobra relevancia en el discurso académico. “El modelo Tyleriano tuvo impacto masivo en el mundo y gran influencia en las escuelas de enfermería, delineando un formato instruccional dentro del proceso de formación” (Duran de Villalobos, 2000).

Para el año 1969, la Escuela es sometida a un proceso de evaluación por parte del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), Órgano Auxiliar del Ministerio de Educación Nacional, evaluación que se realiza a través del Comité

permanente de Enfermería. Este Comité emite concepto favorable y aprueba el plan de estudios en 8 semestres y autoriza a la Escuela a otorgar título de Licenciada en Enfermería, en atención a que se llenaban los requisitos contemplados para la educación a nivel universitario. Una de las recomendaciones establecidas por parte del Comité de Enfermería del ICFES fue que la Directora de la Escuela se convirtiera en la persona responsable de presidir el Consejo Directivo, como conocedora de la situación real de la misma y para fortalecer la enseñanza en el área.

La facultad o división debía contar con la representación de una enfermera que interpretara los problemas propios de la profesión y su relación con otras disciplinas dentro de la Universidad (ICFES, 1969), aspecto último considerado por Hall (1973) como el punto primordial en la consideración de una profesión, en atención a que son los profesionales en el área los responsables de direccionar sus políticas de formación.

El Comité permanente de Enfermería era un órgano reconocido por la Asociación Colombiana de Universidades y por el Fondo Universitario Nacional, como la Unidad Nacional de Acreditación de Programas de Enfermería, con funciones orientadas a proponer reformas y modificaciones para la acreditación, estructura y funcionamiento de los programas de Enfermería en el país; fue creado en el año 1962. Este Comité dio origen a la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) en el año 1968, inicialmente constituida por las Facultades de Enfermería pertenecientes a las Universidades de Antioquia, Cartagena, Nacional, Javeriana, Valle y de la Cruz Roja, adscrita esta última a la Universidad del Rosario. La consolidación de ésta asociación promovió el direccionamiento de políticas relacionadas con la calidad en la educación del talento humano, los niveles de formación y los procesos de autorregulación de la profesión (ACOFAEN, 2012).

Para el año 1974, la Escuela de Enfermería de Cartagena es ascendida a Facultad a través del Acuerdo 06 de 1974, desde ese momento se acoge a la estructura organizacional y funciones estipuladas en la estructura y acuerdos del Consejo Superior de la Universidad

(Consejo Superior, Universidad de Cartagena, 1974). La connotación de Facultad está contemplada en el Estatuto de la Universidad de Cartagena (1969):

Lugar de encuentro de las disciplinas y espacio académico para su desarrollo mediante el trabajo interdisciplinario, en el cual somete y administra académicamente las labores propias de docencia, investigación y extensión (...). La facultad tiene autonomía para la administración de sus asuntos y para la planificación y promoción del desarrollo académico-administrativo dentro de su ámbito.

Con este nuevo estatus se le concede a la Enfermería una posición de igualdad en cuanto a gestión administrativa y académica frente a los otros programas y facultades de la Universidad. El Acuerdo de creación de la Facultad contemplaba que internamente estaría conformada por un Consejo Directivo, Decanatura, Dirección de Educación, Secretaría, Comités internos, Departamentos Internos. El decano era la primera autoridad académica-administrativa de la Facultad y representante del Rector en este ámbito. (Anexo 3. Listado de Decanos desde el año 1974-210)

4.3.4 Consolidación de la formación profesional (1975-2010)

La consideración de Licenciatura en Enfermería derivó importantes transformaciones y avances para la profesión en el país y la región Caribe. Este nivel de formación se inició en seis unidades docentes anexas a las Universidades, debidamente certificadas por el ICFES. En el cuadro 18, se relacionan los programas que ofrecían este nivel de formación en el país; la Universidad de Cartagena era la única en la Región Caribe.

Cuadro 18. Relación de universidades Colombianas que ofrecían programas de Licenciatura en Enfermería. 1970

| Universidad | Ciudad |
|-------------------------|--------|
| Universidad Nacional | Bogotá |
| Universidad del Rosario | Bogotá |
| Universidad Javeriana | Bogotá |

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Universidad Industrial de Santander | Bucaramanga |
| Universidad de Calda | Manizales |
| Universidad de Cartagena | Cartagena |

Fuente: Cuadro diseñado por la investigadora adaptado de publicación de ANEC- ICFES, 1975.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena ofrecía en la década del setenta dos niveles de formación; el programa de Complementación de técnica a Licenciatura, y el de Licenciatura. El programa de Complementación se inicia en el año 1978, partía de la convicción de que el aspirante, a su ingreso, era un recurso humano previamente formado, en búsqueda de satisfacer sus necesidades de perfeccionamiento individual y profesional. El plan de estudios desarrollado en tres periodos académicos hacía énfasis en la fundamentación científica e investigativa, perfeccionando la dimensión instrumental de la profesión. Este sistema de formación permitió la nivelación de muchas enfermeras generales de la región Caribe y el país.

El Cuadro 19, describe el plan de estudios desarrollado por el Programa de Complementación durante los años 1978-1982 (Facultad de Enfermería, 1978).

Cuadro 19. Plan de estudios programa de complementario para Enfermeras Generales. Facultad de Enfermería. 1978.

| PERIODO | ASIGNATURAS |
|-----------------|--|
| Primer periodo | Semiología del comportamiento Investigación Bioestadística Salud Comunitaria Salud mental |
| Segundo periodo | Enfermería clínica avanzada Administración y legislación colombiana Educación en Enfermería |
| Tercer periodo | Administración de la atención del paciente |

Fuente: Cuadro diseñado por la investigadora, adaptado de las actas de la Facultad de Enfermería 1978-1982

En el rastreo documental se pudo identificar que en la década del setenta, en la región Caribe, aparecen nuevos programas de formación, a través de licencia de funcionamiento otorgadas por parte de ICFES (Niño & Vergara, 1976):

- Programa de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Corporación Metropolitana – Barranquilla (1974), segundo programa profesional en la región Caribe.
- Facultad de Enfermería de la Universidad de Córdoba (1975), con la asesoría y acompañamiento de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, la que más tarde en el año 1992, se denominó Facultad de Ciencias de la Salud.
- Escuelas de Enfermeras de la Universidad del Norte- Barranquilla (1976) con nivel técnico y titulación como Enfermeras Generales, quien posteriormente se convirtió en programa profesional.
- Programa de Enfermería de la Universidad Popular del Cesar (1977), Resolución No. 1075 de junio 16 de 1983.
- Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre (1979), con nivel técnico y titulación como Enfermeras Generales. Posteriormente se convirtió en programa profesional.

La normatividad expedida en el año 80 sobre educación post-secundaria en Colombia genera cambios representativos en la manera de entender este nivel de formación. Según la Ley 080 de 1980, la Educación Superior facilitaba al individuo para desempeñarse en diferentes campos del quehacer humano, mediante programas académicos en los que se combinaban fundamentación científica y capacitación práctica. La Ley 80 establece:

Son modalidades educativas de formación post-secundaria: intermedia profesional, tecnológica, universitaria, avanzada o de posgrado. La formación universitaria se caracterizaba por su amplio contenido social humanitario y por su énfasis en la fundamentación científica e investigativa, en respuesta a las necesidades reales y potenciales de la sociedad. Esta formación se orientaba hacia las disciplinas primordialmente académicas y hacia las profesiones liberales. Los

programas de formación en las disciplinas académicas eran de naturaleza fundamentalmente científicos y preparaban para el cultivo del intelecto y el ejercicio académico. Los programas de formación para las profesiones tenían un carácter científico, preparaban para el cultivo del intelecto y el ejercicio académico, además de desarrollar la dimensión instrumental de las profesiones. La modalidad universitaria debía conducir al respectivo título de la disciplina y habilitaba para su ejercicio legal, es decir, la denominación de los títulos correspondía al nombre de la respectiva profesión. (Ministerio de Educación Nacional, 1980).

La anterior reforma obliga a los programas académicos del país a efectuar revisión y actualización de los currículos, en aras de responder de manera autónoma a las necesidades educativas y al contexto al cual se circunscribía cada profesión (Velandia, 1995). Es así como en el año 1982 la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, modifica el currículo de acuerdo a la normatividad vigente, tanto para el nivel de formación profesional, como para el nivel complementario, el cual se asume desde la citada Ley como tecnológico.

El objetivo de la modificación establecía:

Satisfacer las necesidades y atender las conveniencias del país y sus regiones, en cuanto a la problemática de salud y de formación, de acuerdo con claros principios y procedimientos de planeación educativa debidamente armonizados con el Plan Nacional de Desarrollo económico y Social. Por esta razón se requería preparar enfermeras (os) con un plan de estudios integrado, progresivo y correlacionado con énfasis en primera infancia, en el área materno infantil y en el área de salud mental en general (...). La enseñanza se realizará mediante el respeto a la autonomía y a las libertades académicas, de investigación, de aprendizaje y de cátedra por parte de la Facultad (Consejo Académico, 1982, p 4)

Con esta reforma se hace explícito, como principio de formación, la autonomía en la enseñanza por parte de la Facultad. Este aspecto representó un impulso para seguir consolidando el proceso de profesionalización de la enfermería, por primera vez, en toda la

revisión de los planes de estudio, se le otorga al programa la completa autonomía en su gestión de formación.

Otro aspecto destacable es el cambio en la denominación de la titulación del programa, de Licenciada en Ciencias de la Enfermería a Enfermera (o), en atención a lo establecido en el artículo 31 de la Ley 80, título que se conserva actualmente.

Cuadro 20. Plan de estudios por semestre y áreas de formación. 1982

| Semestre | Materias | Áreas de Formación |
|--------------|--------------------------------|--------------------|
| I SEMESTRE | Biología y morfo fisiología | Científica |
| | Bioquímica | Científica |
| | Investigación | Científica |
| | Inglés | Social Humanística |
| | Psicología general y evolutiva | Social Humanística |
| | Socio-Antropología | Social Humanística |
| | Humanidades | Social Humanística |
| II SEMESTRE | Biología y morfo fisiología | Científica |
| | Bioquímica | Científica |
| | Investigación | Científica |
| | Semiología | Científica |
| | Microbiología | Científica |
| | Inglés | Social Humanística |
| | Comunicación | Social Humanística |
| III SEMESTRE | Bioestadística | Científica |
| | Farmacología | Científica |
| | Patología | Científica |
| | Investigación | Científica |

| Semestre | Materias | Áreas de Formación |
|---------------|--|--------------------|
| | Salud Comunitaria | Tecnológica |
| | Administración pública y legislación | Social Humanística |
| IV SEMESTRE | Investigación | Social Humanística |
| | Patología | Científica |
| | Enfermería Básica y salud mental | Tecnológica |
| V SEMESTRE | Obstetricia | Científica |
| | Investigación | Científica |
| | Enfermería Materno-Infantil | Tecnológica |
| VI SEMESTRE | Psicopatología | Científica |
| | Investigación | Científica |
| | Patología | Científica |
| | Enfermería Médico-Quirúrgica | Tecnológica |
| VII SEMESTRE | Investigación | Científica |
| | Patología | Científica |
| | Enfermería Clínica Avanzada | Tecnológica |
| | Educación en Enfermería | Tecnológica |
| VIII SEMESTRE | Investigación | Científica |
| | Administración de la atención del paciente | Tecnológica |

Fuente: cuadro adaptado por la autora del plan de estudio descrito en el Acuerdo 01 de 1982.

La reforma curricular de 1982 organiza los contenidos (materias) en tres áreas de formación, el área científica, la tecnológica y la social humanística. La integración de las tres áreas promovía la formación de una Enfermera técnicamente competente en su ejercicio profesional. (Consejo Académico, 1982). Obsérvese en el Cuadro 20, las asignaturas agrupadas por áreas, haciéndose referencia en la parte científica a las asignaturas básicas de la profesión, con una fuerte filiación médica. Las tecnológicas, a los conocimientos propios de la misma, demostrando con esto el énfasis tecnológico que aún persistía de la profesión. De igual manera, se hace especial relevancia a las ciencias sociales

y de la conducta (social humanística), derivado del interés por promover la práctica social y política en los perfiles de formación de las enfermeras en el país.

De igual manera, en cuanto a la distribución horaria de dedicación de los estudiantes a su formación y el tiempo de dedicación de los docentes a la enseñanza, el plan de estudio del programa se organizó en ULAS (Unidades de Labor Académica), clasificadas en A (docencia magistral), B (talleres y participación del estudiante) y C (trabajo independiente del estudiante), desde una organización curricular por asignatura, con requisitos y prerrequisitos en la Malla Curricular, tal como se contemplaba en la Ley 80/80.

De acuerdo a las necesidades del contexto local y nacional, y las necesidades de formación del recurso humano en enfermería, el plan de estudios se direccionó de acuerdo al énfasis; para la presente propuesta se presentan los énfasis en primera infancia, en el área materno- infantil y en el área de salud mental en general. Como programa de extensión, docente e investigación se implementa en la Facultad de Enfermería el Programa Controlado de Atención Primaria, orientado a la atención integral del niño menor de 5 años, que hoy se denomina Centro de Atención Primaria de la Facultad y se sigue sosteniendo como centro de extensión e investigación para los programas de pregrado y posgrado. Estos cambios en los perfiles y modelos de formación de las Enfermeras en el país y Latinoamérica, de acuerdo a lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (1.989), coincidieron con el desarrollo de la medicina preventiva, la creación de servicios integrales de salud y la influencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en respuesta al predominio clínico del sector salud. Para Castrillón (1997) el movimiento de medicina preventiva en Colombia impactó en los planes de formación de enfermería y en su práctica ambulatoria, haciendo énfasis en la atención a la madre y a escolares. De esta manera, se aproximó a un enfoque multidisciplinario entre profesionales de la salud.

Como se puede observar en el cuadro 20, la investigación adquiere una especial relevancia, desde su transversalidad en el plan de estudio. Se refleja la necesidad de promover en el estudiante la inquietud por la solución de problemas de la persona y

comunidad en los tres niveles de prevención, asistencia, docencia y administración. Lo anterior como respuesta a lo contenido en la reforma a la educación post-secundaria, la cual enfatizaba en la investigación, como principio del conocimiento fundamental y la concebía como facilitadora del proceso enseñanza-aprendizaje en este nivel de formación (Ministerio de Educación Nacional, 1980). Según lo planteado por Lago et al, (2012), a través de esta Ley, se hace un gran énfasis en la investigación desde los currículos, representados en cursos y monografías asesoradas por los docentes; tal y como se muestra en el plan de estudio propuesto para la época. Según los autores citados, este modelo de investigación no fue organizado desde lo Institucional, de tal manera que posibilitaran la creación de grupos que generaran avances nacionales e internacionales.

La Ley 80 del 80 generó cambios en el paradigma de vinculación docente, fijó los requisitos mínimos que éstos debían cumplir, definió sus dedicaciones y consagró la forma de contratación. La Ley, en su Artículo 92, establece como requisito para ser incorporado como docente, como mínimo, tener título en el área correspondiente de formación, es decir, con esta Ley se logra concretar que la formación de profesionales debe ser realizada por pares de la misma formación, aspecto descrito por Freidson (1978), como fundamental para la construcción de profesión. Para el caso de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, con esta reglamentación se incrementó la vinculación de Enfermeras como docentes, elevando a un 82% (19) el número de docentes enfermeras del programa (Consejo de Facultad Enfermería, 1984).

Un avance importante en la formación de enfermeras en el Caribe colombiano fue la creación de programas de especialización, el cual se inicia en el año 1985 con el programa de Enfermería Médico-Quirúrgica, diversificado en los énfasis de Cuidados Intensivos, Neurocirugía, Quirófano y Recuperación. El estudiante, de acuerdo a sus necesidades de formación, seleccionaba el énfasis de su interés. Estas especialidades surgen en atención a los perfiles de egreso de los programas de pregrado que se encontraban más orientados al campo de la prevención en salud. De igual manera, estos programas surgen en respuesta a los avances técnicos en la ciencia médica y a las necesidades epidemiológicas y sociales del país y la región.

El programa de especialización era de metodología a distancia, con encuentros mensuales y se partía del desempeño laboral de las estudiantes, las cuales debían realizar sus prácticas en sus respectivos escenarios de trabajo (Consejo Superior Universidad de Cartagena, 1985). Esta metodología se enmarcó en la tendencia de formación que, para la década de los años 80, se impulsaba en el país con el propósito de llegar a cualquier persona interesada en aprender o capacitarse, sin restricciones de edad, sexo, tiempo, lugar de residencia, ocupación, estado civil, condiciones de salud, entre otros (Sarmiento, 2007). Todo lo anterior favoreció la cualificación de muchas enfermeras de la región y el país.

Cabe destacar, que este nivel de formación ya existía en otras Facultades de Enfermería del país desde inicios de la década del 70. Universidades como la Nacional ofrecían programas de Magister en Administración y en Educación; la Universidad del Valle, los programas de Magister en Psiquiatría y Salud Mental y en Materno-Infantil; y la Universidad de Antioquía, Salud Pública, titulación que de acuerdo al Decreto 1297 de 1964 podían otorgar las universidades, con el objetivo de profundizar en un área específica del conocimiento (Ministerio de Educación Nacional, 1964). Posterior a la expedición de la Ley 80, los programas de maestría se connotan como especializaciones, de acuerdo a la clasificación de formación postsecundaria avanzada o de posgrado contemplada en dicha Ley. Para el año 1990 se inicia en la Universidad Nacional el primer programa de Maestría en Enfermería en Colombia, con una duración de cinco periodos de formación, que posteriormente en el año 1996 se diversifica en cinco énfasis: familia, gerencia de los servicios de salud, cuidado al paciente crónico, cuidado materno perinatal y cuidado cardiovascular (Pinto, 2008).

En el ámbito internacional, los desarrollos en cuanto a formación postgradual en Enfermería trascendieron hacia la formación doctoral, desde finales de la década del setenta en Estados Unidos, en el ochenta en el Brasil y en la década del noventa en Canadá. Con excepción de Brasil, en el resto de América Latina este tipo de formación se inició a finales del siglo XX y comienzos del XXI. Hoy cuentan con estos programas las universidades de Concepción y Andrés Bello en Chile; la de Trujillo en Perú; Carabobo en Venezuela;

Córdoba en Argentina; Nuevo León en México, Universidad Nacional en Colombia y la Universidad de Antioquía (Ketefien, 2001; Castrillón, 2010).

Para el año 1987, se realiza un nuevo ajuste curricular al Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, orientado a modificar el perfil de formación hacía un enfoque de Salud familiar y Comunitaria en atención a las políticas y directrices emanadas por el Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud, ACOFAEN y parámetros internacionales de la Organización Panamericana de la Salud. El plan de estudios, como se puede ver en el Cuadro 21, se caracterizaba porque la articulación y organización de las asignaturas se integraban alrededor del componente de Salud familiar y de la investigación, a fin de desarrollar en el estudiante actitudes críticas para interpretar la realidad de su entorno social (Facultad de Enfermería, 1988).

Para Castrillón (1997), el Modelo de Atención en Salud Familiar, que se originó en Estados Unidos y Canadá en la década de los años setenta, perseguía la integralidad en la atención, desde un enfoque sistémico a los grupos familiares. Este referente impactó significativamente en los planes de formación de los programas y fomentó el trabajo interdisciplinar en los programas de salud de muchas universidades. En la Universidad de Cartagena todos los programas del área de la salud se integraron alrededor de este modelo, articulando el componente de Salud Familiar a sus planes de estudio, desde la convergencia de las asignaturas relacionadas con la Salud Familiar y se favoreció el trabajo interdisciplinar (Facultad de Enfermería, 1988).

Cuadro 21. Plan de estudios por semestre y campos de formación. 1988.

| SEMESTRE | MATERIAS | CAMPOS DE FORMACIÓN |
|------------|------------------------------|---------------------|
| I SEMESTRE | Biología | Profesional |
| | Química Orgánica | Científica |
| | Psicología | Social Humanística |
| | Introducción a la Enfermería | Profesional |

| SEMESTRE | MATERIAS | CAMPOS DE FORMACIÓN |
|---------------|----------------------------------|---------------------|
| | Educación en Salud | Social Humanística |
| II SEMESTRE | Morfo fisiología | Profesional |
| | Bioquímica | Profesional |
| | Salud Familiar y Comunitaria I | Científica |
| III SEMESTRE | Microbiología | Profesional |
| | Fisiología | Profesional |
| | Ética | Científica |
| | Salud Familiar y Comunitaria II | Científica |
| IV SEMESTRE | Investigación | Científica |
| | Semiología | Profesional |
| | Salud familiar y Comunitaria III | Científica |
| | Enfermería I | Profesional |
| V SEMESTRE | Farmacología | Profesional |
| | Investigación II | Científica |
| | Enfermería II | Profesional |
| VI SEMESTRE | Investigación III | Científica |
| | Docencia en Enfermería | Social Humanístico |
| | Enfermería III | Profesional |
| VII SEMESTRE | Investigación IV | Científica |
| | Enfermería IV | Profesional |
| VIII SEMESTRE | Enfermería V | Profesional |
| | Administración en Salud | Profesional |

Fuente: cuadro adaptado por la autora del plan de estudio 1988.

Otro aspecto importante en esta modificación del plan de estudios fue la introducción de la ética como asignatura obligatoria a cursar por los estudiantes, en respuesta a lo contemplado en el enfoque humanista, donde se privilegia los criterios de respeto, valores del hombre y de la sociedad, contemplados en Ley 80 de 1980.

Esta experiencia perduró hasta el año 1992, cuando se realizan nuevos ajustes curriculares orientados a una formación de enfermeras con perfiles de desempeño

orientados a los tres niveles de prevención; prevalece el énfasis en el área de salud familiar y atención al ambiente, pero sin la integración con los otros programas del área de la salud de la Universidad de Cartagena. Esta revisión curricular se fundamentó en dos condiciones básicas; por una parte, en respuesta a las tendencias epidemiológicas y los requerimientos del sistema de salud; y por otra parte, a la metodología de enseñanza que se empieza a direccionar desde ACOFAEN, donde se promueve una formación menos restrictiva y dependiente, y se proponen metodologías conducentes a la aplicación del método científico, solución de problemas, autoaprendizaje y mayor flexibilidad en las áreas de Enfermería. En el documento que sustenta la reforma curricular 1992 se hace explícito, en la fundamentación epistemológica del currículo, que:

La educación es un proceso dinámico que requiere la participación activa del estudiante (...). El cual es considerado una persona con potencialidades para realizar sus estudios, que le permitan continuar su progreso personal y profesional basados en las capacidades de reflexión sobre sí mismo, sobre el conocimiento que recibe y con capacidad para el autoaprendizaje (Facultad de Enfermería. 1992. Pp 5)

De igual manera, se hace explícito por primera vez en la definición del currículo, los perfiles del egresado del programa de formación para el área comunitaria, asistencial, administrativa y docente, este direccionamiento emanado desde la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). La misma asociación estimula la política de transformar los programas de nivel tecnológico en programas universitarios, como estrategia de fortalecimiento de la profesionalización de la Enfermería en Colombia (Gómez, 1992).

Como se puede ver en el Cuadro 22, en el plan de estudios se introducen asignaturas electivas en el componente de Salud Ocupacional, Salud Sexual y reproductiva y Educación, con el propósito de complementar, de acuerdo al interés de los estudiantes, el perfil ocupacional de los egresados del Programa de Enfermería. Según la Organización Panamericana de la Salud (1989), en la década del 80 del siglo XX, las reformas

curriculares de los programas de formación en Enfermería en Latinoamérica respondieron a las realidades de cada país y a las necesidades de la población.

Dichas reformas pretendían orientar la formación desde un punto de vista epidemiológico-social, tomando como premisas la integración docencia-servicio y la participación comunitaria. Además, se incorporaba como uno de los ejes curriculares la solución de problemas y el proceso de toma de decisiones. Este último aspecto contemplado en los objetivos de formación de la propuesta curricular de la Universidad de Cartagena del año, 1992. (Facultad de Enfermería, 1992).

Cuadro 22. Plan de Estudios por campos de formación, componentes y asignaturas. 1992.

| Campos | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
|--------------------|--|--------------------------|--|---------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Profesional | Introducción a la Enfermería | | | Enfermería I | Enfermería II | Enfermería III | Enfermería IV | |
| | | | | | | Electivas Salud Ocupacional | Administración en salud | Administración en Enfermería |
| Investigativo | Sicología Química Orgánica Biología | Bioquímica Morfología | Morfología y parasitología Fisiología | Semiología | Farmacología | | | |
| | | Bioestadística | Informática | Investigación I | Investigación II | Investigación III | Investigación IV | |
| Social Humanístico | | Inglés I | Inglés II | | Ética | Electivas Salud Reproductiva | Electiva Educación en Enfermería | |
| | Educación en salud I | Educación en salud II | Salud Familiar y Comunitaria I | Salud Familiar y Comunitaria II | | | | |

Fuente. Documento Reforma Curricular Programa de Enfermería. 1992

La década de los años 90 del siglo XX, con la expedición de la reforma a la Constitución Política Nacional del 1991, denota transformaciones en la concepción de la educación en el país a través de los siguientes articulados:

Artículos 27. “el Estado garantiza las libertades de enseñanza, aprendizajes, investigación y cátedra”, en el Artículo 41: “todas las Instituciones de educación oficiales o privadas serán obligatorios el estudio de la Constitución y la Instrucción Cívica (...)”. Artículo 67: “la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tienen una función social: con ella se busca el acceso a l conocimiento, la ciencia y a los demás bienes de y valores de la cultura”.

Fundamentado en los anteriores planteamientos el Estado promulga en el año 1992 la Ley 30 para la Educación Superior. Constituye una revolución en el sistema educativo superior, pues se le otorga autonomía a las instituciones educativas para definir sus proyectos educativos, es decir, deja el estado su papel de direccionador y pasa a asumir el papel de asegurador de la calidad educativa. De acuerdo a lo planteado por Navas (2012):

Con esta reforma a la Educación Superior, deja el Estado de ser el único diseñador del currículo y le abre paso, a las Instituciones educativas, a un diseño curricular participativo y específico de cada programa, de acuerdo a su contexto de desempeño, teniendo en cuenta, unas regulaciones mínimas que seguirían siendo promulgada por el estado, cumpliendo por velar por la calidad de la Educación en el país. Desde esta perspectiva, los programas debían realizar ajustes a sus diseños curriculares, desde una visión del currículo como procesos, el cual surgió como crítica al modelo de currículo por objetivos, ya que desde esta racionalidad las instituciones educativas, solo estaban logrando en sus educandos el desarrollo de habilidades y destrezas, mas no desarrollaban procesos deliberativos y argumentativos (p. 155).

Otro aspecto de trascendental importancia que revoluciona los programas de formación en salud fueron las reformas hechas a la legislación de salud a través de la Ley 100 de 1993, denominada Ley de Seguridad Social Integral, que con sus grandes principios como eficiencia, universalidad, integralidad, unidad y participación, le otorgó al país grandes

transformaciones e impactaron representativamente en los planes de los programas del sector salud (Pinto, 2008).

Frente a todas las reformas legislativas en cuanto a Educación y Salud, la facultad de Enfermería entra en un proceso de reestructuración curricular, producto del proceso de autoevaluación permanente, en aras de la acreditación voluntaria de alta calidad, promulgada desde la Ley 30 del año 1992 y mediada por el Consejo Nacional de Acreditación. La reforma curricular se centra en aspectos como integralidad en la formación, flexibilidad académica y pertinencia en atención a las tendencias del área de la salud y necesidades del contexto local y nacional (Facultad de Enfermería, 2000).

En esta reforma se redefine el objetivo de formación, quedando explícito de la siguiente manera en el Acuerdo 05 del año 2000, expedido por el Consejo Académico de la Universidad de Cartagena:

El programa propenderá por formar un profesional de Enfermería, que pueda desempeñarse de una manera independiente o vinculada a una institución de salud, para participar como miembro activo de equipo de salud en la solución de problemas de enfermería que presenta la persona, la familia y la comunidad sana o enferma, ayudándolos a su independencia física y mental al utilizar los fundamentos asistenciales, administrativos, docentes e investigativos y actuar según los cánones éticos de la profesión (p. 2).

Como se puede ver dentro del objetivo de formación, queda explícito el rol de egreso a desempeñar por parte de los profesionales de enfermería, tanto en campo institucional como a través de una práctica independiente, aspecto que propende por nuevos escenarios laborales derivados de la reforma realizada al sector salud, a través de la Ley 100 de 1993. Para Gómez (2002), el enfoque de práctica de salud derivado de las reformas al sector, generaron una diversidad de funciones donde enfermería pudo ubicarse, tales como, asesores de instituciones prestadoras, gerentes de instituciones, empresarios de su propia práctica. Roles que si bien se vinculan con los saberes propios de la enfermería, su práctica se desprende de paradigmas administrativos y/o gerenciales y no de la atención directa. Lo

anterior constituye un aporte importante al proceso de madurez profesional siempre y cuando su esencia en el objeto de conocimiento no pierda su razón de ser.

Otro de los cambios importantes declarados en la reforma fue la organización del plan de estudios por áreas de formación: área de formación básica, social humanística, disciplinar, investigación y de profundización (Facultad de Enfermería, 2000). Por primera vez en los planes de estudio se observan las áreas de formación disciplinar. En el Cuadro 22, se puede ver que el núcleo disciplinar está conformado por todas las asignaturas que hacen parte de los saberes propios de la profesión, constituyéndose en el 56.83% del contenido total del plan de estudios. De igual manera, este componente es definido en el currículo, como aquella área de formación que promueve un cuidado integral al paciente, familia y comunidad, aplicando el proceso de atención de enfermería.

A nivel nacional, para finales de la década de los años 80 e inicios de la década de los 90 del siglo anterior, se gesta un movimiento que propende por la búsqueda de instrumentos metodológicos propios de enfermería en la práctica. Se empieza a utilizar el proceso de enfermería como herramienta educativa en los planes de formación, con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y la necesidad de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, en todos los ámbitos del ejercicio profesional, de forma oportuna, dinámica y medible. Aspecto generado desde la necesidad de particularizar el cuerpo de conocimientos, distintivos de cada profesión, necesaria para establecer límites y aportes entre campos profesionales.

Para la época se fortalece la formación pos gradual, como estrategia de cualificación de los profesionales de Enfermería en componentes desde la profesión e interdisciplinar, es así como se crean los posgrados en Salud Ocupacional (multidisciplinar), Salud familiar (multidisciplinar), y otras áreas de la Enfermería Médico-quirúrgica (mono disciplinar). Estos programas se extendieron a las diferentes Universidades del Caribe colombiano donde se ofertaba programas de Enfermería tales como: Universidad del Cesar, Universidad de Sucre, Universidad de Córdoba y la Metropolitana. Esto representó una fortaleza para la

región Caribe colombiana, donde el número de posgrados era reducido para la demanda de profesionales.

Cuadro 23. Plan de estudios por componentes de formación. 2000

| COMPONENTE | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
|-------------------------|--|--|---|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------|----------------------|
| Básicas 17.9% | Biología Bioquímica Sicología | Morfofisiología | Microbiología | Farmacología | | | | |
| Disciplinar 56.83% | | Historia Teorías y Modelos | Enfermería en la Familia y la Comunidad | Cuidados Básicos de Enfermería | Enfermería Medico Quirúrgica I | Enfermería Materno Infantil | Enfermería Medico Quirúrgica II | Administración II |
| Humanístico 14.15% | Humanidades I Educación en salud Seminario de Vida Universitaria | Humanidades II Hombre, familia y sociedad. | Humanidades III | Constitución Colombiana | Inglés técnico I Etica | Inglés técnico I Salud Ocupacional | Administración I | |
| Investigación 4.27% | Informática Biometría | | | Investigación I, Investigación II | | | | |
| Profundización 3.84% | | | | | | Electiva I | Electiva II | Electiva III |

Fuente: cuadro adaptado por la autora del plan de estudio 2000.

En la década de los años 90 e inicios de un nuevo siglo, de acuerdo a lo contemplado en el artículo 67 de la Constitución Política y el Artículo 3 de la Ley 30 de 1992, le corresponde al Estado velar por la calidad de la educación ofrecida en el territorio nacional. Se expiden una serie de decretos reglamentarios en procura de controlar esta oferta educativa con calidad. Es así, como en el año 2001 se expide el Decreto 917 del Ministerio de Educación Nacional, modificado por la Resolución 2772 de 2003 del mismo organismo, por medio del cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud. En materia de competencias por campo profesional y áreas de formación que deben contener las propuestas curriculares. Dentro de los aspectos curriculares considera:

Los programas de formación académica profesional en Ciencias de la Salud, de acuerdo con su enfoque, deben ser coherentes con la fundamentación teórica, metodológica de cada campo profesional, y con las normas legales que regulan el ejercicio de cada profesión. En la propuesta del nuevo programa deberá hacerse explícita la estructura y organización de los contenidos, el trabajo interdisciplinario, el desarrollo de la actividad científica – tecnológica, las estrategias pedagógicas, así como los contextos posibles de aprendizaje para el logro de dichos propósitos y el desarrollo de las características y las competencias esperadas. El programa debe garantizar una formación integral, que le permita al profesional desempeñarse en diferentes escenarios de la salud, con el nivel de competencia, científica y profesional que las funciones propias de cada campo le señalan ((Ministerio de educación Nacional, 2001; p.2).

En cuanto a las competencias y áreas de formación para los profesionales de Enfermería define:

Promoción de procesos educativos tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud; promoción del auto cuidado en diferentes contextos sociales y en beneficio del individuo, la familia y la comunidad; cuidado integral de la salud; promoción de prácticas de vida saludables; investigación para el desarrollo y mejoramiento del campo de la enfermería; solución de problemas de la salud y la búsqueda de nuevos modelos de cuidado y atención; gerencia de servicios y proyectos de salud y los demás propios de la enfermería.

En atención a las áreas de formación, estipula las ciencias biológicas, sociales y humanísticas; en políticas sectoriales, análisis de indicadores de salud, perfil epidemiológico y demográfico, fundamentos científicos de las acciones tendientes a cuidar la salud y la vida; desarrollo evolutivo del ser humano, desarrollo histórico de la profesión, análisis del ejercicio profesional; fundamentos éticos y legales que sustenten el desempeño profesional, investigación para la solución de problemas de la salud, fundamentos educativos, pedagógicos y de comunicación para la salud, fundamentos administrativos y económicos. El componente complementario o flexible que permita atender opciones de diversificación profesional y satisfacer los intereses particulares de los estudiantes (p. 5, 6).

El Decreto 917 reglamenta la adopción del crédito académico, en concordancia con el principio de flexibilidad curricular, según el enfoque y las estrategias pedagógicas, de tal manera, el programa debe incorporar formas de organización de las actividades académicas y prácticas que vinculen activa y participativamente a los estudiantes y garanticen la calidad de su formación. En este sentido, los programas debían expresar el trabajo académico de los estudiantes, en créditos académicos.

Posteriormente, a través del Decreto 2566 del 2003, se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior en todo el territorio nacional. (Presidencia de la República, 2003).

La normatividad generada en esta época, imbricó cambios importantes en materia curricular, miradas hacia la flexibilización de los planes de estudio, el establecimiento del crédito como unidad de medida en materia de actividad del estudiantes y como estrategia de flexibilidad curricular, la mirada hacia las competencias por campo profesional, la reorganización de las áreas del conocimiento, nuevas exigencias en estándares de calidad para la oferta de programas académicos en el contexto nacional, y por consiguiente cambios en el paradigma de entender la educación desde un contexto globalizado.

Es así como a partir del año 2003 el programa de Enfermería, acogiendo los lineamientos establecidos en los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud, el Decreto 2566, realiza una revisión de su plan de estudios, centrado en el currículo flexible y dinámico, ajustado a las necesidades e intereses de los estudiantes, con enfoque fundamentalmente interdisciplinario, conjugando los componentes biológico, social humanístico, profesional y el componente flexible, que incluye el área de profundización y los cursos libres (Facultad de Enfermería, 2003).

Se concibió la flexibilización dentro del currículo del Programa de Enfermería, como la oportunidad del estudiante de ubicar y aplicar el aprendizaje en su entorno cultural y social en función de una formación integral en procura de la diversificación a la oferta formativa.

Se establece entonces una propuesta curricular con 160 créditos, de los cuales el ochenta por ciento (80%), corresponde al componente obligatorio y el veinte por ciento restantes al componente electivo, distribuidos en las diferentes asignaturas, atendiendo al artículo 13 del Acuerdo 10 BIS del Consejo Académico de la Universidad de Cartagena⁴. Hacen parte del componente obligatorio las áreas de Formación Básica que corresponden al conocimiento en el que se inscribe la profesión y que fundamentan el conocimiento del programa.

La formación profesional comprende los conocimientos que constituyen el cuerpo central de la profesión, son específicos para el programa y capacitan al estudiante para su desempeño profesional.

La formación complementaria comprende los conocimientos dirigidos a reconocer de manera integral al otro, como ser individual e integral en relación al cuidado.

El Componente Fundamental Electivo permite atender opciones de diversificación profesional y satisfacer los intereses particulares de los estudiantes del programa de enfermería, el cual se encuentra integrado por las Electivas de profundización y los cursos libres. Se establecen los cursos libres institucionales orientados a fortalecer la formación integral de los estudiantes, permitiéndoles enriquecer su componente disciplinar con otros saberes, el compartir de conocimiento interdisciplinariamente y experimentar otros escenarios de formación.

Las Profundizaciones se articularon a las líneas de investigación existentes en la Facultad de Enfermería, estableciéndose dos grandes orientaciones, Cuidado y Colectivo.

Para la asignación de los créditos académicos se tuvo en cuenta los lineamientos institucionales, perfil profesional del egresado, necesidades del contexto regional, nacional

⁴ Consejo Académico Universidad de Cartagena. Acuerdo 10 BIS del artículo 13 “El número total de créditos académicos para un Programa de formación Universitaria en la Universidad de Cartagena, deberá oscilar entre 160 y 200 créditos académicos, excepto el programa de Medicina....”

y mundial y complejidad de las asignaturas. Para el cumplimiento de la totalidad de los créditos académicos, el plan de estudios se distribuyó en ocho períodos académicos, estableciéndose para cada periodo académico la siguiente relación de créditos máximos que podría matricular el estudiante, tal como se puede ver en el Cuadro 24.

Otro de los aspectos contemplados de gran relevancia en esta propuesta Curricular, fue la definición del objeto de estudio de la profesión, tal como lo contempla el Decreto 917 del año 2001 y la Resolución 2772 de 2003, los programas de formación académica profesional en Ciencias de la Salud, deben ser coherentes “con la fundamentación teórica, de cada campo profesional, y con las normas legales que regulan el ejercicio de cada profesión”, es así como se hace explícito el objeto de conocimiento y el campo de acción para la profesión de enfermería en el currículo, soportados en los preceptos estipulados en la normatividad que regula el ejercicio profesional de Enfermería en el país: “El objeto del conocimiento de la enfermería como práctica social, se centra en el cuidado de individuos y colectivos, estén estos sanos o enfermos con el fin de conservar la salud a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad o de ayudar a su consecución por medio del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad” (Currículo, 2003; p. 23).

De igual forma, como campo de acción se retoma lo definido en la Ley 266 de 1996 del Congreso de Colombia:

El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria, y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud (p.3).

Cuadro 24. Plan de estudios Programa de Enfermería. 2003

| COMPONENTE | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
|-----------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|
| Básicas | Biología (3) Morfología (5) | Fisiología (5) | Microbiología (5) Bioquímica (5) | Farmacología (7) | | | | |
| Profesional | Educación en Salud I (2) | Historia Teorías y Modelos (2) Hombre, Familia y Sociedad (3) | Enfermería en la Familia y la Comunidad (6) Investigación I (2) | Cuidados Básicos de Enfermería (7) Proyecto de Investigación I (2) | Enfermería Medico Quirúrgica I (9) Proyecto de Investigación II (2) | Enfermería Materno Infantil (10) | Enfermería Medico Quirúrgica II (10) | Administración en Enfermería (11) Trabajo de grado(3) |
| Complementario | Sicología (4) Comprensión de Lectura (2) | Demografía y Estadística (3) Expresión oral y escrita (2) Lógica y argumentación (2) | Epidemiología (3) | | Bioética Constitución Colombiana (2) | | Administración I (4) | |
| profundización | Electiva de Profundización I, II;III;IV (20) | | | | | | | |
| | Cursos libres (12) | | | | | | | |

Fuente: Currículo Programa de Enfermería. 2003

Desde la dinámica de la calidad, direccionado por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, se impulsan los procesos de autoevaluación y acreditación de los programas de pregrado en Enfermería (Gómez, 2002). Es así como el Programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena se somete al proceso de autoevaluación permanente, acreditándose en el 2002 por cuatro años en Alta Calidad, por medio de la Resolución 289 del Ministerio de Educación Nacional. Posterior a ello, se somete a un segundo proceso en el año 2006, re acreditándose en Alta Calidad por primera vez por cuatro años, mediante Resolución número 6706 del Ministerio de Educación Nacional.

Para el año 2008, se reporta una nueva modificación del plan de estudios del Programa de Enfermería, más direccionada hacia la ampliación del tiempo de la formación que a cambios significativos al interior de su estructura curricular. La reforma estuvo motivada por el desempeño académico variable de los estudiantes en los últimos cinco años, en los cuales se evidenció mayores pérdidas y repitencias en los primeros periodos académicos, considerados períodos críticos dentro del proceso de formación. En atención a ello, se propone una ampliación a 9 periodos académicos y redistribución de las asignaturas, de tal manera que se permitiera mayor espacio para el recorrido académico de los estudiantes y mayor tiempo para afianzar su formación integral (Facultad de Enfermería, 2008). El Cuadro 25 muestra la organización del plan de estudios en 9 semestres de formación.

Cuadro 25. Plan de estudios Programa de Enfermería. 2008.

| COMPONENTE | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX |
|---------------------------|---|---|-------------------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Básicas | Biología (3) | Morfología (5) | Microbiología (5) Fisiología (5) | Bioquímica (5) | Farmacología (7) | | | | |
| Profesional | Educación en Salud I (2) | Historia Teorías y Modelos (2) Persona, Familia y Sociedad (4) | Educación en Salud II (3) | Enfermería en la Familia y la Comunidad (8) Investigación I (2) | Cuidados Básicos de Enfermería (9) Investigación II (2) | Cuidado Medico Quirúrgico I (10) Investigación III (2) | Cuidados Materno Infantil (11) | Cuidado Medico Quirúrgico II (11) Investigación IV (2) | Administración del Cuidado de Enfermería II (13) |
| Complementario | Sicología (4) Comprensión de Lectura (2) | Demografía y Estadística (3) | Epidemiología (3) | | | | Administración I (4) | | |
| | Lógica y argumentación (2) | | | Expresión oral y escrita (2) | | | Ética (2) Bioética II (2) Constitución Colombiana (1) | | |
| Profundización | 4 - Profundizaciones cada una con tres créditos | | | | | | | | |
| CURSOS LIBRES (10) | | | | | | | | | |
| Institucional | Cátedra Institucional (2) | | | | | | | | |
| | 15 | 16 | 16 | 15 | 18 | 15 | 18 | 16 | 16 |
| 160 Créditos | | | | | | | | | |

Fuente: Currículo Programa de Enfermería. 2008

Como se puede observar, la formación profesional de Enfermeras en Cartagena, a lo largo de su historia, ha sufrido permanentes cambios, penetrados por las diferentes posturas políticas, tanto del sector educativo como del sector salud, así como también, por las necesidades del entorno que han delineado sus planes de formación. Desde la primera Escuela en el año 1903 hasta hoy ha transcurrido más de un siglo al frente de la formación de enfermeras y enfermeros que han impactado en la región Caribe y el territorio nacional. Inicialmente desde una subordinación a la escuela de Medicina, quien gestionaba y direccionaba los planes de estudio y los campos de actuación, de una práctica que, de acuerdo a la normativa en educación a inicios de siglo XX, era considerada una actividad ocupacional que satisfacía las demandas requeridas por la práctica médica en los hospitales.

Posteriormente a ello, se va tecnificando, incrementándose cada vez más los requisitos de admisión, modelos de formación, autonomía para la planificación, orientación y dirección de los programas, representando estos hechos rasgos importante para su consolidación como profesión. En este transcurrir histórico la Enfermería cursó diversos estadios que van desde una formación técnica, general y/o tecnológica, licenciatura y hoy una profesión debidamente reconocida por el ente Ministerial Nacional.

CAPÍTULO 5

5. LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA MIRADA DE SUS ACTORES

El presente capítulo muestra el análisis de la información recabada de las entrevistas realizadas a las 22 enfermeras y enfermeros participantes en el estudio, que desde su experiencia y formación aportaron información de calidad sobre el objeto de investigación. Se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes criterios de inclusión, como ser profesionales formados en el programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, profesionales de más de 5 años de egreso y 5 años de desempeño laboral y con representación de todas las áreas de actuación profesional. Fue así que se incluyó en la participación enfermeras y enfermeros con experiencia laboral entre 7 y 28 años; ubicados laboralmente en el campo docente el 25% (6), en el campo de desempeño asistencial, tanto clínica como ambulatoria el 52% (12) y el 23% (4) en el área administrativa y/o gerencial. En cuanto a su nivel de formación pos gradual, el 8.3% (2) tienen formación doctoral además de formación de maestría, el 31.5% (6) formación de maestría, el 29% (7) especialización y un 21% (7) no tienen formación de posgrado. Es importante destacar que los niveles de formación más alto se corresponden con el campo laboral de docencia y los más bajos con el área asistencial. Esta diversidad en cuanto a campos de formación, experiencia laboral y nivel de formación, permitió mostrar variaciones alrededor de las vivencias profesionales y lograr una visión heterogénea de la realidad de la profesión.

Como se mencionó en el capítulo de Estrategias Metodológicas, el análisis de los resultados, se realizó teniendo en cuenta las herramientas o técnicas analíticas planteadas por Strauss & Corbin (2012), en el contexto de la Teoría Fundamentada. Desde este referente de análisis, la construcción de los resultados llevó una serie de pasos secuenciales, que se reiniciaban al tener nuevos datos que salían de las entrevistas realizadas. El análisis se inició con la lectura de las entrevistas, que derivaron el surgimiento de códigos

descriptores o sustantivos, luego la conformación de subcategorías, que se refinaron y organizaron en categorías generales.

Estas categorías generales, en su mayoría, tomaron denominaciones derivadas del contexto en que se ubicó el acontecimiento, es decir, el estudio de la Profesión de Enfermería desde el referente epistemológico de la Sociología de las Profesiones, lógica teórico metodológica que direccionó la investigación, enriquecidas desde el discurso planteado por los actores participantes. Al iniciar el proceso de codificación se identificaron 13 categorías, pero en el proceso de reducción y comparación, algunas de estas se integraron a otras más generales. Resultado de ello se presenta el análisis de cinco (5) categorías y trece (13) subcategorías, que permitieron develar como se ve la profesión de Enfermería desde los diferentes contextos de actuación profesional. En el Cuadro 26, se muestra la consolidación de las categorías y sus respectivas subcategorías.

Cuadro 26. Categoría y subcategorías que dan cuenta de la situación de la profesión de Enfermería en Cartagena.

| Categorías | Subcategorías |
|----------------------------|--|
| Formación En Enfermería | Formación profesional |
| | Formación de posgrado |
| Ejercicio Laboral | Condiciones laborales |
| | Ingresos económicos |
| | Roles profesionales |
| Autonomía Profesional | Concepción de la autonomía |
| | Factores que condicionan la autonomía profesional |
| Reconocimiento Profesional | Origen y evolución de la profesión |
| | Límite y control del ejercicio profesional |
| | Subestimación de la labor de los enfermeros por parte del colectivo social |
| Agremiación Profesional | Impactada por el sistema laboral y político |
| | Falta de empoderamiento de la Asociación Gremial en Enfermería |
| | Desmotivación para la vinculación a la asociación |

Fuente: Análisis de las entrevistas. 2015

A continuación se presenta el análisis de cada una de las categorías y subcategorías y se dan ejemplos de textos narrativos que permitieron revelar cada una de ellas:

5.1 Formación en Enfermería

El concepto de formación, desde el enfoque Sociológico de las Profesiones, representa el conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, con fines precisos para su posterior desempeño en el ámbito laboral, el cual es desarrollado en instituciones de educación superior. Este es un proceso cambiante que se circunscribe y responde al contexto sociopolítico donde la profesión evoluciona (Fernández, 2007). Desde esta perspectiva, la conformación histórica de los campos profesionales obedece a una diversidad de condiciones y coyunturas sociales en las que intervienen factores económicos, políticos y culturales.

La formación en Enfermería en Colombia se inicia en Cartagena en el año 1903, en el Hospital Santa Clara, y se considera la base para que en el año 1919 sea declarada como Escuela Oficial anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena. Posteriormente, en el año 1920, el Congreso de la República expidió la Ley 39, que establece la enseñanza de Comadronas y Enfermeras en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Estas dos primeras experiencias de formación representan el inicio de la institucionalización de la enseñanza de la Enfermería en Colombia (Gómez & Munar, 2009).

La formación de Enfermeras en Cartagena, tal como se aborda y analiza detalladamente en el Capítulo 3 del presente estudio, desde su origen ha sufrido muchos ajustes penetrados por la política de salud y educación, impactando de manera representativa en sus planes y modalidades de formación. En sus 114 años de historia, la formación ha transitado por diferentes etapas de desarrollo con características específicas que han aportado a lo que hoy es como profesión, es decir, se ha pasado de cursos de entrenamientos, como se connotaban

en sus inicios, a formación como enfermeras generales, tecnólogas, licenciadas y hoy profesionales. De igual manera, ha cursado por modelos dependencia y de sometimiento de la práctica médica, a modelos autónomos e independientes de la gestión académica.

A partir de las respuestas derivadas de los participantes, se pudo develar cómo los profesionales ven como fortaleza el proceso dinámico y cambiante que ha sufrido la formación en Enfermería, en respuesta al momento histórico y a los contextos político, social, de salud, tecnológico, educativo que permea cada momento, en búsqueda de una formación de profesionales competentes que se desempeñen en los diferentes campos de actuación profesional.

Reconocen el abordaje que hoy tiene la formación desde los avances epistemológicos y conceptuales que han permitido transitar de modelos biomédicos, que tradicionalmente marcaron los planes de estudio, a modelos fundamentados en el ser profesional. De igual forma, ven como relevante los desarrollos en cuanto a la gestión académica de los programas de Enfermería, lideradas por profesionales de la misma área. Esto permitió cambios en el paradigma de entender la formación, y en los modelos de enseñanza de la profesión en Enfermería.

Desde la visión de los participantes, el proceso de formación en Enfermería ha evolucionado positivamente, se ha reformado y reestructurado el nivel académico de Enfermería, con el fin de formar un profesional con mayores y más amplios conocimientos en diversas áreas, permitiendo el desarrollo de la profesión. Sin embargo, en su discurso establecen diferenciaciones en cuanto a los avances obtenidos en la formación profesional y la formación de posgrado. En cuanto esta última, los entrevistados consideran que su desarrollo ha sido más lento que en otras regiones y/u otras profesiones.

La presente categoría se analizará desde las subcategorías: formación profesional y formación de posgrado en Enfermería.

5.1.1 Formación profesional

Los informantes del estudio reconocen la evolución que se ha dado en la formación profesional en Enfermería en Cartagena, desde sus voces consideran:

El programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, centenario, pionero en la formación de Enfermeras y Enfermeros en el Caribe, ha tenido avances significativos, hasta ser los que hoy es, un programa líder, y que mucho de sus profesionales han impactado desde su labor en otros programas y el desarrollo de la ciudad y región. (...). (06.18.06).

Crean importante, la dinámica permanente de revisión de los planes de estudios en atención a las macrotendencias del sistema sociopolítico y cultural; a la dinámica del conocimiento y a las fronteras cada vez más difusas entre regiones, lo cual hace que la formación de los profesionales tenga una visión pluralista del mundo. Afirmaciones como las que siguen, permiten ver cómo la formación profesional condensa procesos y elementos de la realidad en la que se circunscribe, propias de su dinámica como profesión.

Los planes de estudio de los programas de Enfermería, se actualizan permanente, las macro tendencias a nivel del mundo, a nivel nacional que dan cuenta de cómo está la salud, hace necesario esta revisión. La legislación nacional cambia permanentemente necesitándose planes muy actualizados, que hoy se ven. (01.14.05).

Hoy vemos unos planes de estudio que miran las necesidades actuales, responden al contexto global, permitiendo una formación más general y plural, aspecto que es muy beneficioso para los profesionales actuales. (15.06.08).

Los participantes miran como positiva la incorporación en los planes de estudio de modelos fundamentados en la epistemología del cuidado, razón de ser de la Enfermería. Se ha pasado de planteamientos biomédicos, que tradicionalmente marcaban los planes de estudio, al abordaje desde lo disciplinar de la profesión, planes de cuidado basados en evidencia científica, utilización de diagnósticos estandarizados de enfermería y mayor tecnicismo en el lenguaje empleado por los profesionales. Se reconoce que el proceso ha sido lento y que requiere de compromiso y participación de todos los profesionales para la

apropiación y manejo de los avances disciplinares, y sobre todo para su articulación en el campo práctico laboral, en donde todavía existen muchos vacíos y el recién egresado encuentra brechas entre la formación y el ejercicio práctico, por cuanto muchas enfermeras (os), no han visualizado la importancia que tienen la indagación de los aspectos epistémicos de la enfermería para fundamentar la práctica, ya sea porque no se formaron en ellos o porque no le revisten de importancia para el ejercicio profesional. Algunas de las afirmaciones extraídas a lo largo de las entrevistas permiten visibilizar esta situación:

Ha habido transformaciones importantes en la formación, de tipo conceptual y de la manera de entender el desarrollo disciplinar de la profesión... Tuve que hacer la Especialización, la Maestría en Enfermería, para clarificar la esencia epistemológico de lo que es la Enfermería como tal, en el pregrado no lo vi, y ahorita los chicos lo están viendo desde el pregrado. (03.12.4).

Sí, sí ha habido cambios en la formación, ha sido una transformación positiva. Creo que el plan de estudio está ahora mucho más rico, que el que yo desarrollé. Nosotros antes no veíamos teorías propias de Enfermería, como lo ven los estudiantes de ahora (...). Ha mejorado muy positivamente en respuesta al desarrollo conceptual que hasta el momento ha tenido Enfermería y que anteriormente no se miraba porque era un plan de estudios muy amarrado desde el paradigma biomédico. (04.57.17).

Lo que se dificulta actualmente es la brecha existente entre la teoría y la práctica, en el ejercicio profesional, porque los estudiantes cuando egresan se enfrentan a entornos laborales diferentes, con profesionales que nunca vieron esos desarrollos de la profesión, dificultado la puesta en marcha de los mismos. (05.18.9).

Estos aspectos, percibidos desde la formación, permiten ver cómo la profesión de Enfermería ha venido ganando espacio en el campo de entender su cuerpo de saberes, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional. Aspectos importantes desde el enfoque Sociológico de las Profesiones para la connotación de profesión, es decir, todo núcleo profesional debe poseer un cuerpo

de saberes teóricos distintivos que respalden su ejercicio práctico y la particularicen en su hacer (Freidson, 2007).

La profesión de Enfermería, desde la década del 50 del siglo anterior, refleja la búsqueda insistente de un marco propio disciplinar que fundamente el hacer profesional y que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. Aspecto que se ha venido fortaleciendo desde el proceso de formación, y que recomiendan se siga afianzando de manera coordinada con los profesionales de la práctica, para que la brecha práctica-formación sea cada vez más estrecha, se consolide el cuerpo de saberes y sea de reconocimiento y valoración por otros profesionales de la salud. Recomendamos se vincule a través de formación permanente a los egresados de los programas de enfermería que tuvieron la oportunidad de formarse con este paradigma, así como el impulso de la investigación desde la práctica para medir impacto, de manera que se familiarice a la comunidad científica con estos saberes. Algunos extractos que se relacionan de las entrevistas dan cuenta de ello:

La Enfermería ha tenido avances significativos en la formación, mayor tecnicismo en el lenguaje que se emplea, utilización de planes de cuidado con diagnósticos estandarizados de Enfermería, que muestran una mejora en lo disciplinar que han favorecido la práctica profesional. (01.15.05).

Los avances disciplinares de la profesión deben ser socializados y aplicados en la práctica de enfermería, todos los profesionales debemos apropiarnos de ellos, aplicarlos. Que otros profesionales se relacionen con nuestros desarrollos, los valoren y reconozcan como aportes importantes en el cuidado del paciente (...), impulsar la investigación desde la práctica, vincular a los profesionales que están en contexto y que desde su experiencia, tienen mucho que aportar. (19.25.6)

La innovación en los modelos de formación, a partir de la utilización de recursos didácticos y desde las mediaciones virtuales y de simulación, son aspectos que caracterizan la formación actual. Los laboratorios de simulación como espacio de afianzamiento de competencias en el estudiante, es un recurso considerado importante, en atención a que el

estudiante no se enfrenta a la realidad directamente, sin haber adquirido las competencias previas en el laboratorio. Las tecnologías van muy de la mano con las características de los estudiantes actuales, considerados “*nativos tecnológicos*”. Estos se articulan y complementan, en atención a que el aprendizaje se da al ritmo e intereses de los estudiantes, valorando sus potencialidades y facultades. Estos aspectos hace una década no se consideraban en la formación:

La tecnología ha tenido avances significativos, no solo en Enfermería, sino a nivel de todo, de todos los programas, y los laboratorios de simulación, allá se llama laboratorio del núcleo disciplinar, de las asignaturas del núcleo disciplinar, profesional, entonces ese laboratorio no tuvo la oportunidad, porque los procedimientos se hacían entre nosotras mismas o por ejemplo para el caso de administración de medicamentos lo hacíamos con naranjas. Las misma bases de datos bibliográficos, el acceso en ese momento no, o sea, toda esa tecnología de apoyo yo pienso que ha mejorado los procesos de formación (01.13.04).

Cada día yo veo la formación más avanzada, por la tecnología, anteriormente, cuando me formé, no veíamos tantos avances tecnológicos que eso ayuda mucho y facilita las cosas. Uno anteriormente era dedicado a los libros, a la biblioteca, ya hoy en día tu todo lo consigues en la red, y eso junto con la habilidad de los estudiantes de ahora, que son tecnológicos, complementan los procesos (09.06.02).

La posibilidad de utilizar simuladores en la formación ha representado un gran avance, por cuanto el estudiante no se enfrenta sin experiencia previa a la realidad de su práctica (03.09.03).

Los participantes del estudio reconocen que los procesos de formación hacen énfasis en la investigación, con el fin de incrementar los conocimientos científicos que dan claridad, identidad y competencia al profesional. Evidencian como positivo el énfasis que se realiza desde los planes de estudio a la formación para la investigación, en atención a que a través de ella se despierta en el estudiante el interés de iniciarse en competencias y habilidades para investigar. En el aula de clases es donde generalmente ocurren las primeras aproximaciones al mundo de la ciencia y se puede incidir positivamente en el despertar de las motivaciones hacia esta actividad.

Las diferentes estrategias didácticas desarrolladas en el estudiante permiten incentivar la producción investigativa desde la formación de pregrado, pero ven con inquietud que esta formación se pierde al llegar a la práctica profesional, por cuanto los profesionales no investigan en su actividad laboral, ni mucho menos sistematizan y publican sus experiencias prácticas, aspecto que requiere, según recomendaciones de los participantes, especial atención desde los programas de Enfermería. De esta manera se puede lograr una motivación y vinculación permanente de los profesionales de la práctica, generándose hábitos y actitudes hacia la investigación con diferentes niveles de profundidad. Desde la práctica es donde se generan los interrogantes y preguntas a investigar en Enfermería, de ahí la necesidad de fortalecer el vínculo práctica-formación.

Algunos testimonios de los participantes:

Entonces, otra cosa que veo fuerte en la formación es la parte de investigación. Yo recuerdo haber hecho investigación, cuando estaba estudiando, pero no con tanto rigor, ni tan centrado en mi disciplina como lo estamos tratando de hacer ahora, entonces yo creo que eso nos enriquece todavía más, porque obviamente el conocimiento de mi disciplina sale de la investigación, ves, y lo otro es empoderarlo más, de todo ese sustento teórico, que debe respaldar el cuidado que yo le brinde a una persona, o a un contexto. (04.58.17).

Bueno otro aspecto, que pienso se ha ido contextualizando la formación actual, es la investigación desde lo curricular, desde todos los cursos disciplinares se trabaja la evidencia científica, fortaleciendo el estudiante la indagación y búsqueda de información (...), o sea, es algo diferente a la formación de antes. (02.56.21).

Desde la formación se ha fortalecido la investigación, aspecto que ha mejorado la profesión. Lo preocupante es como se pierde una vez llega el profesional a la práctica. Teniendo en cuenta que desde la práctica es donde se enriquece la investigación. Pero las profesionales no lo ven como importante o algunas veces no les queda tiempo para hacerlo y mucho menos para mostrar estas experiencias. (16.17.07).

5.1.2 Formación pos gradual

En el discurso de los entrevistados se deja ver cómo los profesionales destacan la importancia de la formación avanzada para el desarrollo de la profesión, la disciplina y la investigación, en atención a las exigencias derivadas de las distintas transformaciones, que no solo han afectado la macroeconomía, la calidad de vida, los servicios de salud, perfil sociodemográfico, el comportamiento de las enfermedades, las tecnologías y las políticas públicas, sino, que generan de manera imperiosa la necesidad de que los profesionales se cualifiquen y actualicen permanentemente, para responder a estos entornos y ser cada vez más competitivo. Para Pacheco (1997), las necesidades sociales generan nuevas formas de institucionalización y crean tendencias de especialización del conocimiento cada vez más exigentes, que conllevan a replantear y a evaluar a las profesiones ya conformadas para atender a un contexto pluralista y riguroso, para los participantes es trascendental que se sigan cualificando. Textos de las entrevistas dan cuenta de lo anterior:

Es importante que los profesionales se sigan formando, no se queden con solo el pregrado, que da bases importantes, pero se necesita seguir en la formación, las transformaciones de todos los sistemas son permanentes y esto exige que las enfermeras se tengan que actualizar a través de especializaciones, maestrías que la hagan competitiva (18. 17. 8)

De igual manera, los participantes del estudio reconocen que, a través de la creación de maestrías y doctorados en el campo disciplinar, la profesión ha avanzado en el acervo conceptual, desde la producción científica y las investigaciones, para lo cual se hace necesario la formación de capital humano que realice investigaciones desde lo disciplinar con rigor e impacto para aportar al desarrollo profesional. Algunos de los testimonios dan cuenta de ello:

La formación continuada es la herramienta clave para que enfermería pueda crecer y posicionarse, es importante que las enfermeras se formen en especializaciones, maestrías y que bueno los doctorados, aunque estos y las maestrías, si son bien difíciles de poder hacerlos. (...), porque hay pocos en la ciudad y región y además muy costosos. (21.9.5).

Las maestrías y los doctorados han hecho que la enfermería avance en lo disciplinar. Da una visión diferente de lo que es la profesión y han contribuido a incrementar la producción científica de la profesión. (12. 6.28)

Sin embargo, a pesar de reconocer las bondades de la formación pos gradual, destacan el escaso número de profesionales con este nivel de formación, sobretodo en maestrías y/o doctorados, y la inclinación, cada vez mayor, en formarse en otras áreas del conocimiento que la alejan de la esencia de la profesión. Dentro de las causas relacionadas por los participantes, se resaltan los altos costos de la matrícula, la poca oferta de formación, la ubicación geográfica de los programas que obliga a desplazarse de una ciudad a otra incrementando los costos.

Testimonios como los siguientes dan cuenta de esta condición:

A los profesionales de Enfermería se les dificulta seguir formándose porque estos posgrados son costosos, frente al beneficio laboral. Hay pocas opciones de formación y a veces les toca ir a otras ciudades a estudiar algo que le guste. (19. 24. 13)

El problema mayor para la formación de posgrados es el costo y la oferta. (22.16. 10)

La formación en doctorados es difícil, solo hay 2 en Colombia y requiere de la persona dedicación completa. Cuando uno tiene familia esto sí que es complicado, a veces uno quiere pero la inversión en tiempo, familia y costo es bastante alta. (02. 19.7).

Con relación a la oferta de los programas de posgrado, conceptúan que los desarrollos en la región han sido más lentos que en otras ciudades y/o regiones. Actualmente la oferta es limitada en cuanto a áreas y niveles de formación. En Colombia la formación posgradual data de inicios de la década del 70. Universidades como la Nacional ofrecían programas de Magister en Administración y en Educación; la Universidad del Valle, los programas de Magister en Psiquiatría y Salud Mental y en Materno-Infantil; y la Universidad de

Antioquía, Salud Pública, titulación que de acuerdo al Decreto 1297 de 1964 podían otorgar las universidades, con el objetivo de profundizar en un área específica del conocimiento. Posterior a la expedición de la Ley 80, los programas de maestría se connotan como especializaciones, de acuerdo a la clasificación de formación postsecundaria avanzada o de posgrado contemplada en dicha Ley. Para el año 1990 se inicia en la Universidad Nacional el primer programa de Maestría en Enfermería en Colombia, con una duración de cinco periodos de formación, que posteriormente, en el año 1996, se diversifica en cinco énfasis: familia, gerencia de los servicios de salud, cuidado al paciente crónico, cuidado materno perinatal y cuidado cardiovascular (Gómez, et al, 2011).

En cuanto a la formación doctoral en Enfermería, su oferta a nivel mundial es limitada, esta se encuentra concentrada en áreas como América del Norte, mientras que en países Latinoamericanos es en menor porcentaje este nivel de formación. Esto se asocia a deficientes condiciones económicas, limitados aportes de los países a la educación de profesionales de alto nivel y a los desarrollos de la investigación (Bueno, Díaz, Mejía & López; 2010). En Colombia se ofertan dos programas de Doctorado en Enfermería, en la Universidad Nacional (2004) y la Universidad de Antioquía (2010).

En Cartagena, los programas de especialización se inician en el año 1985, en el área de Enfermería Médico-Quirúrgica, diversificado en los énfasis de Cuidados Intensivos, Neurocirugía, Quirófano y Recuperación. Posteriormente, se crean las especializaciones en Salud Ocupacional y Salud familiar. La primera Maestría en Enfermería se crea en el año 2011. Actualmente en Cartagena la oferta se limita a dos programas de Especialización en el componente disciplinar y un programa de Maestría en Enfermería.

Otro aspecto descrito por los participantes como crítico para la baja vinculación de los profesionales a la formación posgradual, es el reconocimiento económico de la cualificación de los profesionales por parte de las instituciones; el personal de enfermería entrevistado comentó, que, “idealmente el salario debía corresponder con la preparación del personal”(03.10.06), actualmente esto no sucede, a pesar de que las instituciones se benefician de la formación de los profesionales, evidencian cambios en la calidad de los

servicios que se prestan una vez el profesional se cualifica en estudios de segundo y tercer ciclo de formación, pero los salarios son los mismos.

Antes en algunas instituciones de salud se les pagaba a las enfermeras de acuerdo a la capacitación, actualmente no, todas ganan lo mismo, entonces eso hace que las enfermeras estén desmotivadas para estudiar y también que tengan un poco de compromisos, dado que ahora mismo las instituciones de salud se demoran hasta 3 meses para pagar y pues nadie va motivado para trabajar teniendo en cuenta que tiene escasez de recursos. (13.2.8).

Esto ha contribuido a la baja formación posgradual, sobretodo en áreas propias de la disciplina, en donde el ejercicio laboral debe seguir siendo a nivel asistencial. Un número importante de los entrevistados, informaron que los profesionales prefieren cualificarse en áreas diferentes a las que se relacionan con asistencia o cuidado directo de las personas, es decir, en el área disciplinar, seleccionan áreas que les permitan salir de este contexto y ejercer en otros entornos, donde se les reconoce un poco más su formación, así, según lo expresado en las entrevistas: “desgaste y el consumo de la fuerza de trabajo es menor”. Para Gómez (2002):

A raíz de los cambios introducidos en la prestación de servicios de salud, mediante la implementación de la Ley 100 de 1993 en lo referente a la Seguridad Social, se aprecia que los profesionales son vinculados con el desarrollo de otros roles (...), que se desprenden de funciones más administrativas y gerenciales que de atención directa; lo que ha generado una avalancha de formación de posgrados en estas áreas del conocimiento y los ha alejado de lo propio disciplinar (p. 73).

Por otro lado, opinan que no se corresponde la inversión que realizan en un programa, que es costoso en cualquier nivel, con los beneficios posteriores a esos estudios. Algunos testimonios dan cuenta de lo planteado:

Laboralmente no se reconoce la capacitación, todavía, el salario de nuestras enfermeras no refleja lo que el entrenamiento, la experiencia que ellas tienen en las áreas donde están

trabajando y creo que ese es un factor que desmotiva y bastante, para que ellas se sigan cualificando, por cuanto la inversión que deben hacer para capacitarse es alta, y al llegar al entorno laboral, no le representa nada. (...), y la intención y el querer no es solamente lo que cuenta para un profesional, también se requiere que su esfuerzo sea reconocido por las instituciones y así mejorar sus condiciones. (04.18.5)

Las instituciones no sacan un solo peso para que el personal de enfermería se especialice en las diferentes áreas, pero si se benefician de esto. (21. 06.7).

5.2 Ejercicio Laboral

El desempeño ocupacional que realizan los profesionales se encuentra inmerso dentro de un mercado que adquiere características especiales, de acuerdo a la reglamentación para cada grupo profesional, y repercute en la proyección de servicio que este representa para determinadas sociedades. Entre más impacte la profesión en el contexto social, más reconocimiento y consideración social representa.

La Enfermería como profesión en Colombia, es facultada a través de la Ley 266 de 1996, para ejercer su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria. Está facultada para dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; para ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos; para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida. Puede ejercer su práctica en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud (Congreso de Colombia, 1996). En atención a ello, el campo de actuación del profesional de Enfermería en Colombia es bastante variado, al igual que sus alcances y proyección social, dado por la diversidad de formas en que ésta puede ser ejercida.

Al respecto, los participantes del estudio manifestaron sentirse satisfechos con la posibilidad que le brinda la normatividad que regula el ejercicio profesional en el país, de

desempeñarse en diferentes campos de actuación. Consideran que es una profesión con gran sentido humanístico y de alto impacto social, con “facilidad de enganche laboral y de oportunidades de ubicarse laboralmente” (21.09.23). Así, se constituye en una profesión con bajas tasas de desempleo, tanto en la ciudad como en la región. Testimonios como el siguiente dan cuenta de esta situación:

Enfermería es una profesión, que brinda la oportunidad de desempeñarse en muchos campos, esto hace que el egresado tenga un enganche laboral muy rápido, esto es bastante positivo en nuestra profesión. (17.05.18)

En verdad la profesión de enfermería es humana, de mucha proyección e impacto social, que permite trabajar rápidamente, no veo profesionales desempleados, ubicados laboralmente hay muchos. (19.09.31)

Con relación al ejercicio laboral, las voces de los participantes, indistintamente del área de desempeño ocupacional que representaban, expresaron que las condiciones laborales “no favorecen el desarrollo profesional” (11.03.8), y que estas condiciones se han agudizado considerablemente en las últimas tres décadas, producto de las reformas políticas del sector salud.

Dentro de los aspectos considerados “críticos” que contribuyen a esta condición, se mencionaron los sistemas de contratación, los bajos salarios, el rol desempeñado, la inequidad laboral y el no reconocimiento a la cualificación del profesional. Estos aspectos, según los entrevistados, están generando desmotivación y poco compromiso de los profesionales en el ejercicio práctico. Reconocen que existen algunas áreas aisladas de desempeño profesional que no están afectadas por esta condición pero que, en general, el profesional está siendo lesionado. Algunos testimonios extraídos de las entrevistas dan cuenta de estas consideraciones:

El sistema de salud y el modelo de salud que tenemos ha afectado a los profesionales de enfermería y a todas las disciplinas de la salud, las modificaciones en cuanto a condiciones

de trabajo se han afectado, el sistema anterior favorecía más a los profesionales, yo recuerdo que antes de la Ley 100, las condiciones de las enfermeras eran otras, en cuanto contratación. Los departamentos de Enfermería eran notados en las instituciones y las enfermeras tenían estabilidad laboral y muy buena remuneración. (12.24.5)

Algunas áreas de la profesión están mejor que otras, y son un poco mejor remuneradas, por ejemplo, la docencia, y siempre y cuando sea en instituciones públicas porque en las privadas también explotan al profesional, pero en términos generales el grueso de los profesionales de la salud, y en enfermería está muy mal reconocido laboralmente. (07.19.8).

Lo planteado por los entrevistados revela una condición que ha sido de preocupación por parte de las diferentes organizaciones nacionales e internacionales, que velan y regulan la profesión de Enfermería. La crisis que atraviesa este recurso humano, al igual que los otros profesionales del sector salud, caracterizada por los graves desequilibrios laborales, entornos poco saludables, desinversiones del sector salud, unidas a unas condiciones y políticas de empleo deficientes, están influyendo en la retención de los profesionales, en la productividad, en los resultados de las instituciones de salud, y en último término, en la calidad de los servicios ofrecidos a la población beneficiaria (Consejo Internacional de Enfermeras, 2014).

Para el caso particular de Colombia, la Asociación Nacional de Enfermeras (2014), expone que después de la aplicación de la reforma al sistema de salud, la mayoría de profesionales del sector ha visto desmejorado sus condiciones laborales, las formas de contratación, los salarios. Además, se introdujeron nuevas responsabilidades en la gestión de los servicios y de costo, intermediaciones en la contratación de servicios e insatisfacción laboral en todo el equipo de salud, de esta manera se merma considerablemente la motivación y la posibilidad de desarrollo de los profesionales. Por otro lado, describen la precarización del trabajo como un retroceso en el desarrollo social, económico y humano, en la medida en que limita toda posibilidad de libertad y dignidad.

5.2.1 Condiciones laborales

Los participantes del estudio consideran que una de las condiciones críticas de los profesionales de enfermería en el tema laboral es la forma de contratación y los bajos salarios. Manifestaron que los salarios de los profesionales varían entre dos y tres salarios mínimos legales vigentes, siendo más bajos en el área asistencial (hospitalaria-ambulatoria), es decir, los salarios de los profesionales no se corresponden con la función social que desempeñan. El valor social que representa el salario en las actuales condiciones laborales de los enfermeros/as, no compensa el deterioro y el esfuerzo en las labores ejercidas; no existe en el discurso de las entrevistadas y entrevistados una relación entre el reconocimiento a su trabajo y el salario devengado. Expresan sentir desequilibrio entre la retribución económica y la inversión de tiempos, espacios, competencias, esfuerzos y capacidades, como se evidencia a través de estas reflexiones:

La remuneración es muy importante, yo sé que esto es de vocación, la enfermería es una profesión de vocación, pero todos necesitamos un salario digno, todos lo necesitamos, condiciones laborales que garanticen el bienestar (...), es imposible que se desligue la remuneración de la satisfacción. Es decir, la satisfacción del profesional va ligado a su salario. (07.32.8)

El entorno laboral no es favorable, no le pagan bien, el trabajo de enfermería está muy por debajo, mal remunerado. Los sueldos de algunas es de dos o tres salarios minios legales, contratación por bolsa de empleo, y eso desde el punto de vista laboral es desmotivarte. (02.14.5)

Un aspecto negativo en la profesión es la forma de contratación, la inestabilidad laboral y la remuneración que es muy poca para todo lo que hace una enfermera, y que otra cosa negativa que no valoren muchas veces el trabajo de enfermería, se esfuerza uno y al final el reconocimiento es nada. (06.18.9)

De igual manera, informan que el profesional de enfermería se enfrenta a formas de contratación que generan pérdida de la relación laboral con las entidades prestadoras de

servicios de salud. De este modo, la vinculación a lugares de trabajo se da a través de agentes externos, principalmente las llamadas cooperativas de trabajo asociado. Estas formas de contratación laboral, que se dan en la región y en general en el país, responden a lo que se conoce como tercerización de la economía, lo que conlleva a una política de flexibilización laboral, entendida como un conjunto de medidas que las empresas asumen para aumentar la eficiencia económica a partir de dos pilares: uno, las contrataciones atípicas y, dos, aumentos en las jornadas o intensidad del trabajo, sin reconocimientos salariales extraordinarios. Para Melgarejo & Romero (2012), la promoción de estas modalidades de contratación ha llevado a la profesión de enfermería a una pérdida de derechos y beneficios ganados por el reconocimiento al trabajo y al trabajador. Este último se ha convertido en un objeto vulnerable, fácilmente canjeable, por cuanto es muy fácil de prescindir de su labor.

Para los participantes la Profesión de Enfermería en sí misma es “gratificante, por su condición social y humana” (09.12.3), pero también afirman que todo profesional necesita un salario y condiciones laborales “dignas”, que se correspondan con su labor y además contribuya a mejorar las oportunidades para el desarrollo y la calidad de vida de los profesionales de enfermería, quienes viven sus necesidades humanas desde lo carente. A este respecto Robbins (2009) señala que el salario es considerado uno de los motivadores más eficaces; es valorado como un símbolo de realización, además de ser un punto de referencia por medio del cual los empleados comparan su valor con otros y de reconocimiento de estatus. El estatus es considerado un factor importante para la comprensión del comportamiento humano, debido a que es un motivador significativo y tiene consecuencias cuando un individuo percibe disparidad entre el status que debe tener y el que se ostenta, siendo el salario percibido uno de estos indicadores.

Para Cárdenas (2005), la relación inter o multiprofesional que enfrentan las enfermeras es desigual, es decir, el monto económico que se le paga, casi nunca se equipara con los de otros profesionales, lo cual ocasiona que en la sociedad se identifiquen profesionales con más fuerza que otros, asociados a mayor status, prestigio y profesionales débiles con menor prestigio, vinculados a cargos de subordinación.

Las condiciones laborales que vive la profesión de enfermería en la región, constituyen un factor que favorece la expulsión y/o salida de muchos a otras profesiones y genera poca motivación para que nuevos aspirantes quieran estudiarla como primera opción:

Muchas veces los estudiantes llegan al Programa desmotivados, ellos no ven la profesión como primera opción, pero al ver que no pueden pasar en otras carreras, deciden estudiar enfermería, muchas veces finalizan sus estudios sin querer ser profesional en el área (21.32.8)

5.2.2 Roles profesionales

Para los participantes del estudio, resulta de gran preocupación como las condiciones laborales han trascendido el rol desempeñado en las diferentes áreas de actuación del profesional de Enfermería, sobretodo en la parte asistencial, tanto clínica como ambulatoria. Comentan que el sistema de salud está diseñado para que el profesional sea tanto gestor en el ámbito administrativo, como ejecutor en la práctica clínica, viéndose el profesional “apabullado de acciones administrativas” (07. 16. 7), que muchas veces no tienen nada que ver con sus funciones esenciales propias de su ser profesional. Hoy el rol que ejercen los profesionales de enfermería, se caracteriza por el desarrollo de actividades propias de su profesión, las actividades anexas que le exigen la institución y el desarrollo de estrategias desde lo administrativo. Para Freidson (2007), la organización de poder y autoridad institucional, con su consecuente estructura y política, interfiere en el desempeño moral de los profesionales de enfermería, limitando su práctica a lo definido por las instituciones.

Las siguientes afirmaciones soportan lo descrito:

La enfermera acá está mucho más absorta en trabajo administrativo que no alcanza humanamente, no porque profesionalmente no pueda, sino porque humanamente se ve apabullada de trabajo administrativo que se le da. (04.19.6)

Entonces, de pronto sí hay mucha confusión de roles, no solamente en el personal mismo de enfermería, sino también en el personal que están contratando. No hay claridad de lo que debe hacer una enfermera por parte de los administrativos. O sea, que el que te está contratando, te está contratando para otras cosas. (13.2.9).

Demasiado instrumentalizada y sobre todo en cuestiones que no son de cuidado de la salud de la persona, sino de tipo administrativo, tremendamente, se ha dejado absorber por el sistema, tengo que mirar como hago las dos cosas, pero tengo que demostrar que yo soy es esto, enfermera. (03.78.22).

La reciente profusión de nuevos roles profesionales y los cambios en la práctica de la enfermería están siendo objeto de discusión en el mundo y parece tener impacto en el tipo de cuidados y en el formato de su administración. La práctica de enfermería se está tornando más diversa y las fronteras de la experiencia intra e interprofesional son difusas con relación al significado de su esencia profesional, al objetivo de la práctica, a las expectativas de los propios profesionales. Para Mesa & Romero (2010) el cambio de rol se origina como uno de los efectos negativos de los procesos de modernización, ya que promueven que en las instituciones atribuyan y otorguen funciones y responsabilidades al profesional de enfermería que no hacen parte de su saber-hacer, ni del campo de enfermería; por el contrario, algunas de ellas parecen ser completamente ajenas al objeto disciplinar, es decir, al cuidado de enfermería y de la salud, ello desplaza la relación de cuidado a la persona, que es lo que se pretende establecer con la redefinición del rol.

Es cierto que los avances científico-técnicos pueden requerir nuevas actitudes y conocimientos por parte del profesional en el desarrollo de su rol, pero estas no se pueden apartar del objeto y los objetivos de la enfermería, porque no se brindaría cuidado a sujetos, sino a objetos. Al respecto, Romero (2007) considera que esta situación es una de las tareas urgentes de superar en el ejercicio actual de las enfermeras. La re significación del acto de cuidado, cuya esencia está en los sujetos, debe ser una estrategia de resistencia ante la adversidad, ya que el nuevo rol aleja al profesional de la relación dialógica con el sujeto de cuidado.

5.3 Autonomía Profesional

Los participantes consideran la autonomía como una condición importante en el desarrollo profesional, por cuanto a través de ella se “controla el ejercicio laboral” (08.50.18). En el discurso de los profesionales el concepto de autonomía imbrica dos consideraciones: La autonomía como capacidad de tomar decisiones sobre aquellos roles profesionales en los diferentes ambientes de trabajo, de manera responsable y asertiva, estableciendo límites en el actuar con otros grupos profesionales; y la autonomía vista como un ejercicio de práctica independiente, desde el establecimiento de roles y acciones en diferentes escenarios laborales, de trabajo colaborativo e interdisciplinar. Algunas voces recabadas de las entrevistas dan cuenta de estas definiciones:

La autonomía es toma de decisiones de forma asertiva, o sea, la capacidad de tomar la decisión en el momento adecuado y con una buena actitud, se requiere hacer respetar los derechos como profesión, o sea, no dejar que otras personas pasen por encima del ejercicio laboral. (05.25.6).

La posibilidad desde mi rol profesional de poder actuar de manera independiente en diferentes escenarios de trabajo, pensando siempre que el cuidado tiene un carácter interdisciplinar, o sea que son varias las profesiones que hacen parte de esa atención. (13.5.26).

Consideran que la profesión ha venido trabajando a través del tiempo para ejercer autonomía profesional, pero que aún no lo ha conseguido en su totalidad, debido a que en sus decisiones, actuaciones y acciones pueden llegar a intervenir otros profesionales, especialmente el profesional médico. Para los participantes los profesionales no han logrado establecer una jurisdicción de conocimientos independientes cuya práctica no esté supeditado a la práctica médica. De igual manera, consideran que las políticas institucionales también limitan al profesional:

En la enfermería la autonomía es limitada, hay cosas que no dependen de ella, autonomía es la que a mí me da una independencia total en la toma de decisiones, para yo atender y cuidar, y no puedo, yo tengo que depender de otras personas, y no porque yo quiera o no

quiera, sino que es así, para la toma de decisiones, yo tengo que contar con otros profesionales. (02.32.11).

Al realizar un recorrido a través de la historia, se logra visualizar que desde los inicios de la enfermería como ocupación y luego como profesión, la medicina condicionó y delimitó el ejercicio práctico, es decir, direccionaron su actuar como agentes ejecutores, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica (Castrillon, 1986). El Modelo de Nightingale, como precursora de la Enfermería moderna a finales del siglo XIX, siguió esta condición, lo cual constituyó un antecedente en la definición de las enfermeras como subordinadas a la profesión médica (Cardenas, 2005).

El surgimiento de la Enfermería como profesión en Colombia, la Región Caribe y para el caso de Cartagena, se da por iniciativas de médicos, quienes a inicios del siglo XX, empiezan a crear escuelas de formación para entrenar personal de apoyo y colaboración. Solo hasta la década de los sesenta-setenta del mismo siglo, se genera independencia de la formación. En esta transición, las características de sumisión, docilidad y carencias de cuestionamientos a las labores médicas se consideraba una impronta necesaria en la formación y ejercicio práctico de la profesión. Lo anterior significó un desvalor en el concepto de autonomía, hecho que aún hoy le significa una severa dificultad a la hora de declarar la autonomía que requiere como toda profesión. Algunos testimonios extraídos de las entrevistas exponen que:

El profesional ha venido intentando durante muchos años ser autónomo, pero no lo es un 100%, tenemos un porcentaje que es interdependiente y otro dependiente, pero autónoma de un todo no es, no somos autónomas del todo. (03.33.11).

La profesión de Enfermería en Colombia muestra un progreso importante en cuanto a la consolidación en términos de facultades legales que respaldan el quehacer profesional. La Enfermería está claramente regulada y definida, a través de la Ley 266 de 1996, como una

profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son las personas, las familias y las comunidades, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y el bienestar. De igual forma, la Ley 1164 del año 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, clarifica que el acto propio de los profesionales de la salud, se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional. De igual forma, en el Artículo 35 se define la autonomía como: “capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas” (p.2).

Si bien, la legislación colombiana ha incorporado aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de enfermería, esto no ha desarrollado en los profesionales la capacidad de liderar su gestión práctica. Los testimonios planteados por los participantes, permiten ver cómo definen que la autonomía en enfermería, “todavía no es total en su accionar práctico”. Este aspecto es preocupante para el desarrollo profesional, por cuanto la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización desde el análisis Sociológico de las profesiones, mirada ésta, como la capacidad de controlar la actuación profesional en todo los ambientes de trabajo (Freidson, 1978; Torralba 1998).

5.3.1 Factores que condicionan la autonomía profesional

Para los participantes del estudio existen unos factores que pueden condicionar el ejercicio de la autonomía en la profesión de Enfermería; aspectos como el conocimiento, el área de desempeño laboral y la actitud personal del profesional pueden hacer que la Enfermera (o) ejercite o no la práctica autónoma.

Con relación al conocimiento, comentan que aquellos profesionales con dominio técnico y disciplinar del área de desempeño práctico se apropian de sus funciones, ejercen control

sobre su hacer y demuestran seguridad en el ejercicio de su labor. Por el contrario, los profesionales que no demuestran pleno conocimiento sobre sus funciones, pierden jurisdicción sobre su actuación, son subestimados e ignorados por los otros miembros del equipo de salud:

El conocimiento da poder para poder decidir, si no tienes conocimiento no tienes poder y muchas veces ahí es donde está el problema, que como no conocemos y para que se pueda orientar o tomar decisiones debes tener conocimiento sobre lo que vas a actuar, el conocimiento es fundamental para la autonomía. (03.59.17).

Tener autonomía, como enfermeros, es que tú puedas controlar tu trabajo, conozcas y sepas sobre lo que haces, sin que nadie te meta la mano. Que tú seas el líder de tu unidad (...), que seas capaz de programar las actividades con el paciente, que no sea el médico el que te diga, haga esto, actuar de acuerdo a las necesidades del paciente. (07.30.18).

Se habla de autonomía, si yo tengo conceptualizado lo que soy como enfermero y sobre qué puedo actuar y sobre qué puedo tomar decisiones y que estas sean tenidas en cuentas. (01.37.13).

Para Abbot (1988), el conocimiento se convierte en una fuente de poder. El control ejercido por las profesiones es del conocimiento abstracto, y sobre las técnicas que genera dicho conocimiento que permite su aplicación. El nivel de abstracción es lo que permite la supervivencia de una determinada profesión dentro del sistema competitivo de profesiones y le delimita su actuar dentro del contexto interprofesional. Para Meleis (2012), enfermería tiene una fuerza para el desarrollo teórico que se puede interpretar como la base del poder (de la autonomía), para la toma de decisiones relacionadas con la práctica y apunta a que en la medida en que las enfermeras/os busquen autonomía profesional, el desarrollo teórico se convierte en el mecanismo de mayor significado. Un obstáculo en el ejercicio de la autonomía profesional, es la subordinación del conocimiento y la pérdida de jurisdicción del mismo. La jurisdicción y la autonomía son difíciles de lograr sin el requisito del conocimiento, sin las habilidades para su construcción; pero es más grave aun cuando la

enfermería, a pesar de generar y saber manejar el conocimiento, no se gana el espacio de reconocimiento como disciplina.

Entonces, un aspecto importante para la consolidación de la autonomía profesional es poder argumentar desde un fuerte conocimiento conceptual fundamentado en la disciplina, y no solo como resultado del conocimiento de la técnica y el desarrollo de habilidades instrumentales, situación que ha prevalecido desde la era moderna y que persiste en la actualidad. De esta manera, en el contexto que labora el profesional se identifican los límites formales de la actuación profesional. Para Freidson (2007): “lo que establece la fuerza de las diferentes profesiones, es el dominio del cuerpo especializados de conocimientos y las habilidades sobre el que cada una tiene orden exclusivo” (p. 132).

Para los participantes hay áreas de desempeño laboral que favorecen más que otras el ejercicio de la autonomía en Enfermería, por cuanto dan al profesional la oportunidad de mayor libertad y dominio de actuación. Las áreas citadas como las de mayor favorabilidad para el ejercicio de la autonomía profesional, son la práctica docente y la de atención primaria o salud pública. La que es más limitante para el ejercicio de la autonomía es la práctica hospitalaria, por la normatividad de las instituciones, el exceso de trabajo administrativo que actualmente les delegan a las enfermeras y el sistema de contratación, que ha enfrentado a los profesionales a nuevos esquemas de atención y de prestación de servicio. Esto permite decir que la enfermería, a nivel hospitalaria, se encuentra sujeta a la estructura burocrática, a procedimientos establecidos por la administración del hospital, a recursos disponibles para el trabajo y a las políticas de la institución en la que se halla y dentro de la que se practica (Freidson, 2007). Los entrevistados lo expresan así:

La autonomía depende de donde se desempeñe la enfermera (o), hay áreas que el ambiente es más favorable y brinda más oportunidad, también tiene que ver con la parte normativa, es que el sistema, de hecho también tiene una influencia sobre el actuar del profesional, no solo al enfermero, hoy día, sino de casi de todo el equipo de salud (03).

La salud pública, como campo de acción de la Enfermera (o), da mayores oportunidades al profesional, y si es líder se posiciona con mayor facilidad. Es un trabajo interdisciplinario, con muchas profesiones y se valora las capacidades como enfermera (09).

La actitud personal es otro factor considerado importante para el ejercicio de la autonomía en profesionales de Enfermería. Para algunos participantes del estudio, el ejercicio de la autonomía “tiene que ver con lo personal, independientemente del lugar de trabajo” (05, 28, 6), es decir, se relaciona con la condición individual de cada profesional; existen personas que demuestran ser más autónomas en su ejercicio laboral que otras. El liderazgo profesional es una condición personal que juega un papel importante para mantener un ambiente que apoye el desarrollo de capacidades en la toma de decisiones en la práctica, establezca límites con otros profesionales y proponga innovaciones en su actuar práctico; “si la enfermera es líder, organiza y direcciona el equipo de trabajo” (05, 28,6).

El liderazgo como habilidad humana que fortalece la dirección y la gestión, se constituirá en la condición para que la enfermera y su equipo alcancen los objetivos del sistema de cuidados. La actividad de cognición en la toma de decisiones y, por consiguiente, el acto mismo que involucra esta actuación, requieren, según lo manifiesta Guerreiro & Cid- Henríquez (2015), un pensamiento crítico que corresponda a un evento de permanente ejercicio en las enfermeras(os), con la finalidad de intervenir con decisiones asertivas las deliberaciones en la toma de decisiones y la ejecución de decisiones correspondientes a su actuar autónomo como profesión. Es decir, el liderazgo tiene directa relación con la iniciativa del ejercicio autónomo, por cuanto le permite al profesional obtener reconocimiento de grupo, comunicarse efectivamente y resolver los problemas de manera oportuna.

Al respecto autores como Tapp, Stansfield & Stewart (2005), comentan que la enfermería en su ejercicio laboral suele poseer diferentes grados de autodeterminación, unos más y otros menos conformes a su historia de vida, interacciones sociales, visión de mundo, concepciones ideológicas, nivel educacional, estilos de vida y la personalidad. Para las autoras, los roles profesionales permiten un desempeño interdependiente o médico-

delegables y un rol dependiente o autónomo. El rol interdependiente está asociado a las acciones derivadas directamente de la relación médico-enfermera en el cuidado de los pacientes, el rol autónomo corresponde a la gestión del cuidado, esta última muy de la mano de la seguridad de cada profesional, experiencia en la praxis, del dominio conceptual y al liderazgo que se ejerza.

De igual manera, autores como Torralba (1998), consideran que las profesiones de la esfera de la salud están intrínsecamente relacionadas entre sí y dependen fundamentalmente una de otras, pero no significa que no tengan autonomía disciplinar entre ellas. Por lo tanto, el análisis de la autonomía debe moverse en el campo de la relatividad, de acuerdo al grado de interrelación. La Enfermería cuyo objeto de ser es el cuidado de la vida, se interrelaciona permanentemente con otras profesiones con esencia profesional similar, interactuando en un plano relativo y contextual. Lo que debe definir la profesión es su regulación y control en este escenario.

5.4 Reconocimiento Profesional

Los datos obtenidos permitieron develar que los participantes consideran que el reconocimiento social que ostenta la profesión de enfermería no se corresponde con la utilidad social de su ejercicio profesional. Desde las voces de los entrevistados se deja ver que sienten que la enfermería es una profesión poco visible, por cuanto se tiende a distinguir como una profesión inferior a otras profesiones. De igual manera, consideran que existe un desconocimiento sobre los alcances y la científicidad de la profesión y que siguen existiendo estereotipos sociales que marcan la imagen de ésta. En el colectivo social, “todo el que cuida a alguien y se viste de blanco es enfermero, sin mediar su nivel de formación” (02, 19,13; 14.23.09). Esta misma idea fue expresada por varias participantes.

Reconocen que existen áreas de desempeño laboral donde se ha alcanzado niveles más altos de valoración profesional y que se han incrementado los profesionales que se destacan por su labor en cargos específicos, como es el área de desempeño docente (Instituciones

Universitarias), el campo gerencial y/o administrativo, y en algunas áreas de la asistencia. Sin embargo, se consideran estos casos aislados, el gran colectivo se siente afectado por la poca valoración. Para los entrevistados, el bajo reconocimiento social de la profesión origina desmotivación para querer estudiar e ingresar a la misma, muchos lo hacen por “no tener otra opción y porque al no poder ingresar a otra carrera de primera elección deciden estudiar la Enfermería” (21.29.7); de igual manera, esta situación repercute en la motivación para el propio desempeño ocupacional. Es una tendencia muy frecuente en las últimas décadas el direccionamiento de la formación posgradual a áreas que facilitan un desempeño muy distinto al ámbito del ejercicio profesional. Algunas voces dan cuenta de estas consideraciones:

La enfermería es una profesión que ha sido maltratada, poco valorada y no se le reconoce lo que hace y no es que la persona trabaje para que le vivan reconociendo las cosas, pero es que se trabaja mucho, se aporta a la restauración de la salud de los pacientes y los méritos se los llevan las otras profesiones, como la medicina por ejemplo. (17.15.14)

La enfermería es un profesional con mucho potencial tanto humano como de conocimiento pero el contexto desconoce mucho su labor. Todo el que atiende a una persona, y se viste de blanco es enfermero. (05.12.08)

La tendencia de muchos profesionales es querer estudiar especializaciones en áreas netamente administrativas o distintas a lo que representa enfermería, para desvincularse de lo propio que es el cuidado, su justificación alegan son áreas donde les va mejor en cuanto a salario, reconocimiento y prestigio. (19, 21,10)

Desde la postura sociológica de las profesiones, el reconocimiento social representa uno de los indicadores de profesionalización, el cual debe basarse en la definición del campo profesional y en el aseguramiento del monopolio de competencias y práctica profesional. Se encuentra dimensionado desde el prestigio social y el status social. El status representa una posición social que forma parte de un sistema de relaciones, vinculada a determinados derechos y obligaciones, donde las recompensas de naturaleza económica y el poder no son valorados por sí mismos, sino, por ser indicadores económicos de un status elevado. El

prestigio es considerado una valoración diferencial con respecto a las demás colectividades del mismo tipo. Este último se relaciona con la valoración social, y está positivamente correlacionado con el grado de influencia de un sujeto individual o colectivo (Cárdenas, Arana, Monnroy & García, 2009; Fernández, 2007).

Para Fernández (2007), desde el análisis sociológico, los individuos pueden tener un alto status, determinado éste por unos altos ingresos personales, pero no es suficiente para tener un prestigio social.

Desde esta postura, y atendiendo lo planteado por los participantes, se puede ver cómo la enfermería sigue atravesando crisis en cuanto a reconocimiento social, si se tiene en cuenta el status y el prestigio social que ostentan. Con relación al status, se destaca los precarios salarios que devengan los profesionales, los cuales se encuentran en promedio entre dos y tres salarios mínimos legales vigentes, condición que se replica en todo el país. Según reporte nacional de ANEC (2014), el 47% de las enfermeras en el país devenga entre \$500.000 y \$1.500.000, salarios que no representan un ingreso profesional, muchas veces especializado, con experiencia y experticia. Esta situación se agrava por el tipo de vinculación tercerizada.

De igual manera, las voces de los entrevistados dejan ver cómo en el colectivo social no tiene un pleno conocimiento sobre la importancia y utilidad de los servicios que brinda la profesión de enfermería. Así, es evidente el desconocimiento de la científicidad de su cuerpo de saberes y los aportes que estos pueden dar a la sociedad. Desde esta mirada se puede comprender el poco prestigio social de la profesión.

Para los entrevistados esta situación al parecer esta mediada por una serie de situaciones y acontecimientos que guardan relación con el origen y evolución de la profesión, el desempeño profesional y la subestimación de la labor de los enfermeros.

5.4.1 Origen y evolución de la profesión

En el discurso de los participantes se hace visible que para ellos el origen que tuvo la profesión de enfermería ha representado lastres históricos que hasta hoy no se han superado. Para los entrevistados, el origen del cuidado y la influencia de la práctica médica en la institucionalización de la profesión han encarnado aspectos determinantes en el reconocimiento que a través de la historia ha tenido la profesión de Enfermería:

La historia marca y condiciona el hecho de que el cuidado sea suministrado por mujeres, y que todo el mundo cuide, le representó a la enfermería surgir como una actividad que fue propia de la sociedad, no se le asignaba valor y así somos, la enfermera no cobra sus servicios, porque lo debe hacer por vocación. (02.14.05)

La historia de enfermería ha sido dura, hasta hace pocos años nuestra formación era dirigida y controlada por médicos, esto nos hacía tener una orientación de dependencia y control total desde la medicina, que entre otras cosas ha dominado el área de la salud. Nuestros servicios no se facturan, porque no son considerados valiosos por sí solos, se incluyen en un paquete de atención donde se conjugan muchas cosas. Nuestra historia nos ha marcado, se han mejorado mucho las cosas, pero todavía debemos continuar trabajando. (05.25.08)

El modelo de formación que nos tocó recibir, donde las ordenes de los médicos eran fundamentales en la atención que daba la enfermera. Su cumplimiento al pie de la letra, ese origen y también que todo lo debíamos hacer por vacación, marcó la profesión. (19.13.07).

Para Fernández (2007), cada sociedad y en cada período histórico, el prestigio relativo y el papel productivo de cada ocupación puede no ser el mismo. Esta variabilidad se debe a que una misma función en un sistema social puede ser valorada de diferentes maneras, de acuerdo a los valores dominantes en los diferentes sistemas sociales y a la época. Este aspecto se muestra en la enfermería, por cuanto su reconocimiento ha dependido del valor asignado socialmente en los diferentes contextos y épocas. Recuérdese que el proceso evolutivo de la enfermería como profesión ha estado permeado por influencias del contexto social, que han marcado su proceso de profesionalización.

Durante miles de años los cuidados y el eje central de la práctica de enfermería no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada; estaban históricamente ligados a la mujer, asociados a las actividades de cuidar la vida y a preservar la especie (Collier, 1993). Este vínculo entre la mujer y los cuidados ha sido históricamente asumido como algo natural y raramente cuestionado, además de poco valorado por ser desempeñados como una práctica propia de mujeres. La influencia religiosa que se le agregó a los cuidados fue otro factor importante en la evolución de la enfermería, pues los valores marcados por el cristianismo y la religiosidad evidenciaron una práctica de servicio al prójimo y de vocación personal, que se ejercía más como caridad cristiana que como derecho ciudadano (Celma, 2009). Se reforzó entonces un modelo vocacional al quehacer ocupacional, que se reflejó en la posición y remuneración de las enfermeras en los diferentes escenarios de cuidado.

Al iniciarse el proceso de institucionalización de formación, esta surge bajo la subordinación y hegemonía de la práctica médica (Carrasco, Acosta, Márquez & Fernández, 2005). La medicalización de la sociedad generó necesidades y demandas que hicieron que estos profesionales entrenaran agentes ejecutores e informadores dependientes del cuerpo médico, cuyo sentido de responsabilidad implicaba el cumplir actividades, pero evitando los juicios, los discernimientos y la crítica. El desarrollo científico de la medicina ha sido protagónico y ha dominado el campo de la salud, regulando la práctica sanitaria, y por mucho tiempo reguló la práctica de la enfermería.

La medicina ha sido una profesión que desde sus inicios fue considerada de alta estructuración, reconocida y valorada a nivel social, sus juicios y discernimientos históricamente fueron tenidos en cuenta para las decisiones sociales, y esta situación hasta hoy persiste. Por el contrario la enfermería por la forma como se estructuró en el contexto social, ha sido considerada de baja estructuración y por tanto de bajo prestigio y condición social (Cárdenas, 2005).

5.4.2 Límite y control del ejercicio profesional

Para los participantes del estudio, otro de los aspectos que favorece el reconocimiento de la profesión, es el límite y control de la práctica profesional. En sus planteamientos se deja ver cómo a pesar de las adversidades de la profesión, cuando las profesionales demuestran control sobre su conocimiento, empoderamiento y establecen límites en su actuar profesional, la comunidad, tanto interprofesional como el colectivo social, reconocen y valoran las funciones desempeñadas. El profesional debe establecer límites claros en el ejercicio práctico, de tal manera que se identifique y particularice los roles ocupacionales.

El reconocimiento se gana, estableciendo límites en el ejercicio práctico en cualquier área de desempeño profesional, debe haber un buen desempeño laboral, que involucre apropiación del conocimiento y liderazgo. (19.21, 07).

Ellos reconocen cuando alguien sabe, y eso se respeta, obviamente hay uno que otro porque uno necesita con carácter hacerse respetar, verdad, pero la mayoría, respeta el conocimiento, por lo tanto la enfermera debe evidenciar que conoce de su práctica y está apropiada de ella, establecer límites de su actuación. (04.17.09).

Para Freidson (2007), el cuidado de la salud no es realizado por los miembros de profesiones individuales, cada profesional interviene desde su propia formación. La medicina, la enfermería y otras prácticas de cuidado forman parte de una división organizada y coordinada del trabajo, sus miembros trabajan juntos alrededor de los pacientes individuales y sus problemas. Los vínculos que ordinariamente tienen estas profesiones entre sí, representan una gran relación para lograr las vías de la realización y control del trabajo. En este mercado las profesiones negocian los límites de su jurisdicción entre sí y establecen la manera en que se coordina las tareas de cada uno. La Enfermería como profesión debe enfatizar el papel jugado en los cuidados de la atención, para que pueda cambiar su posición.

5.4.3 Subestimación de la labor de los enfermeros por parte del colectivo social

Los enfermeros perciben un claro desconocimiento del rol profesional por la sociedad, no solo porque las diferentes personas tengan un conocimiento superficial del ser y hacer profesional, sino porque existe una continua comparación con profesiones a fines y con diferentes prácticas del sector salud. De las interpretaciones que habitualmente hace la población puede deducirse que es una profesión profundamente desconocida, de la que aún persisten ciertos estereotipos que nada tienen que ver con lo que hoy es, y con la proyección que tiene para el futuro. Para los entrevistados en la comunidad muy frecuentemente se suele decir:

Necesito una enfermera, para que atienda a (...), mientras yo trabajo, queriendo significar una empleada, sin ningún tipo de formación profesional, pero por el hecho de atender a alguien ya es connotada como enfermera, es decir, todo el que cuida a alguien y se viste de blanco es enfermero, sin mediar su nivel de formación. (14.23.09).

La gente no sabe lo que es la profesión de enfermería, siempre nos relacionan como ayudante, auxiliar o mano derecha del médico, o en condiciones favorables creen alagarlo al decirnos es que ustedes las enfermeras son como casi médicos, les hace falta un poquito para serlo. (12.45.13)

Es totalmente claro que uno de los aspectos fundamentales para el afianzamiento identitario profesional es la posición y el reconocimiento social de la profesión, no solo porque la sociedad es nuestro eje de ser, si no, porque es ella quien legitima y respalda los procesos profesionales; no olvidemos que el estatus o prestigio social está determinado por la utilidad y el reconocimiento público otorgados por el campo profesional. El prestigio debe ser proporcional a la labor social que enfermería presta, y sus profesionales deben ser valorados de manera importante e imprescindible en el equipo interprofesional, para ello, los participantes recomiendan que los profesionales, agremiaciones, la academia trabajen fuertemente en los imaginarios y las representaciones sociales que tienen la profesión,

muestren sus avances y desarrollos para cambiar esta visión y poder lograr este posicionamiento social tan importante para la profesión. Así lo comentan los entrevistados:

Desde la ANEC, la academia y desde los mismos profesionales debemos hacer un movimiento que ayude a mostrar lo que verdaderamente es enfermería, sus avances y proyecciones. La enfermera tiene que escribir y documentar su trabajo y publicarlo para que la sociedad se dé cuenta de lo que aportamos para el cuidado de la vida. Es una tarea que debe ser compromiso de todos (05.31.12).

5.5 Agremiación Profesional

Las asociaciones gremiales revisten gran importancia para la connotación y desarrollo de las profesiones, en su lucha para obtener mayor autonomía y reconocimiento social. Desde el enfoque sociológico de la profesiones, se constituye en un indicador de relevancia porque representa para cualquier profesión la posibilidad de levantar la voz para formular sus metas, ejercer presión como grupo, proteger sus intereses y encontrar planteamientos y/o soluciones a los problemas determinados (Fernández, 2002).

A través de las revisiones realizadas se puede constatar, que la evolución de la enfermería moderna se estructuró siguiendo la historia de las asociaciones gremiales. Las enfermeras, en su lucha por sobreponerse a la inercia de quienes ejercían la práctica de enfermería, el antifeminismo, la política, y otras oposiciones, marcaron una tendencia hacia su organización mucho antes de finalizar el siglo XIX. Líderes de este movimiento creían que los estándares legales de reglamentación para la educación y la práctica eran necesarios para proteger a quienes requerían cuidados de enfermería. De modo que, contemplaron la necesidad de conformar organizaciones que velaran por el desarrollo de la profesión (Marshall-Burnett, 1990). Bedford Fenwich, enfermera Británica, estableció la primera organización profesional de enfermeras, “Asociación de Enfermeras Británicas” (BNA), en el año 1887, cuya meta era asegurar un status legal y un reconocimiento estatal para la profesión (Zambrano, 2003).

Este comportamiento delineó la creación de organizaciones en otros países. Fue así como en Colombia, en el año 1935, se constituye la primera organización profesional integrada por mujeres en el sector salud, la Asociación Nacional de Enfermeras Visitadoras, quienes iniciaron como un sindicato para la defensa de la estabilidad laboral y la ayuda científica a las enfermeras colombianas; posteriormente, se convirtieron en un ente sindical. Se organizan cuando han adquirido la convicción de que el esfuerzo aislado e individual es inapropiado, inadecuado e incluso estéril, trabajan colectivamente para establecer y alcanzar objetivos corporativos que no podrían alcanzar trabajando por separado, en un contexto donde la enfermera era considerada un ser casi religioso, que debía cumplir los deberes impuestos por la profesión, dedicando su vida al servicio de la humanidad, exponiéndose en el trabajo a las calamidades que se presentaran, pero con muy pocos derechos y deficiente reconocimiento laboral (Wicsner, 1976).

La Asociación Nacional de Enfermeras, son organismos debidamente constituidos, autónomos y con una multiplicidad de objetivos voluntarios. Creadas por visionarios de la profesión, se desarrollan mediante la acción de sus más preclaros líderes y se fortalecen y perpetúan a través del compromiso de sus afiliados. Las enfermeras, al igual que otros profesionales crean su propia organización con fines de autogestión y control, se asocian para poder hacer uso de su voluntad colectiva obtener en el futuro, el rango que le corresponde.

Dentro de los logros más importantes de la agremiación se encuentra la creación de los reglamentos para la profesión, la cual se logró de manera inicial en 1946, a través de la expedición de la Ley 87 del Congreso de la República. Este fue un suceso significativo para la lucha por los derechos de la práctica laboral, por cuanto se actualiza la reglamentación sobre formación y ejercicio de la profesión, especialmente en funciones y actividades que ampliaron el rol de la enfermera, así como los criterios de admisión, perfiles de formación y direccionamiento laboral. Destacamos la importancia que este hecho tuvo para las enfermeras de la época, quienes en su condición de trabajadoras, rompieron con la tradición femenina, la cual las destinaba exclusivamente al matrimonio y al hogar, excluyéndolas de

toda función pública. A pesar de estas circunstancias, se convirtieron en la primera Asociación femenina de este tipo en el país y de igual manera en la primera organización sindical del sector salud.

Sus principales acciones estuvieron encaminadas en un principio a regularizar laboralmente el trabajo de las enfermeras y a mejorar cada día más la calidad de su educación, logrando posicionarla como una carrera profesional de las más altas calidades académicas. La función de control de la calidad de la formación de las profesionales de enfermería, desde hace algunos años ha sido asumida por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN.

Durante sus 78 años de vida, la Asociación se ha convertido en la Organización más representativa de la Enfermería colombiana, destacándose dentro de sus principales logros en el campo social, gremial, sindical y científico, se encuentran el desarrollo de procesos de negociación colectiva nacional y regional, por la defensa de las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras; elaboración y trámite ante el Congreso de la República y consecución de la aprobación de la Ley 266 de 1996, por medio de la cual se reglamentó la Profesión de Enfermería en el país, la cual estableció las bases legales para la autorregulación, dirección y control de la Profesión, representación de las profesionales de enfermería ante entidades gubernamentales y no gubernamentales y fomento de las relaciones con otras organizaciones del sector, nacionales e internacionales (ANEC, 2014).

Los participantes de la investigación reconocen la existencia de la Asociación Nacional de Enfermeras Colombiana (ANEC) como una agremiación cuya finalidad es la defensa de la profesión, se han logrado avances legislativos que han favorecido la profesionalización de la Enfermería en Colombia, pero que en los últimos años ha perdido fuerzas y se ha debilitado, muestra de ello es la poca cobertura y el número reducido de sus afiliados. Algunas voces extraídas de las entrevistas expresan:

La Asociación de Enfermeras, ha trabajado por la profesión a través de la reglamentación, el registro de enfermería profesional, es bastante antigua, pero ha perdido bastante fuerza,

en mi institución, ninguno está afiliado a la ANEC, sacamos el Registro Nacional, pero no seguimos vinculados. (20.19.09).

La asociación, se ha venido de más a menos, hace un tiempo las enfermeras, recuerdo anhelábamos estar en ANEC, desde el hospital asistíamos a las reuniones, pero después de la reforma las cosas cambiaron. (22.16.12)

A pesar de reconocer los avances en cuanto a la reglamentación de la profesión, desde los planteamientos de los participantes, no se identifica una apropiación por la agremiación, se valora como una organización que debe aportar a los profesionales, pero no se refleja una acción recíproca, ni tampoco se identifica su contribución para mejorar esta situación:

Como profesionales se piensa que la agremiación esta como para dar, pero ¿Qué hago yo para aportar? porque los comentarios que uno siempre escucha es, no que no sirve para nada, pero aja que haces tú, para aportarle a ANEC, y vemos siempre como algo que está, pero que no funciona, esta como si no existiera y tiene que ver con, todo tiene que ver con la identidad, o sea, que tanto te sientes tú, adherido a eso que eres, eso tiene que ver con la identidad profesional, tiene que ver, con querer eso que haces. (03.64.18).

Para los profesionales, la situación que atraviesa la ANEC, se relaciona con las condiciones políticas que atraviesa el sistema de salud del país que ha impactado a las agremiaciones del sector, a la falta de empoderamiento de la misma asociación y la desmotivación de los propios profesionales.

5.5.1 Impactada por el sistema laboral y político

Para los participantes, la crisis que atraviesa la Asociación de Enfermería en Colombia está relacionada con los cambios políticos y administrativos que se vienen dando en el país en los últimos años y que han impactado en la organización sindical:

En este país al igual que otros en Latinoamérica, el tema político y laboral impactó negativamente todas las agremiaciones, sindicatos, para que los trabajadores perdieran fuerza en su defensa. Antes de la Ley 100, la ANEC, tenía un peso fuerte aquí en Cartagena, muchos afiliados y mucha actividad en los hospitales, sobre todo en los públicos. (12.10.45).

Es una Asociación que realmente si vela por el bienestar en términos generales de sus asociados, pero hay unas dificultades que tienen que ver más con país que con las propias agremiaciones, aquí en el país se le han cortado las alas a todo lo que tenga que ver con asociaciones, sindicatos etc., no les dan cabida en las esferas, en la toma de decisiones para que ellos puedan de pronto llevar la voz de las personas a las que representan entonces eso se hace difícil para su posicionamiento. (13.3.15).

Los bajos salarios de los profesionales, y que hay retraso en la cancelación de los mismos, eso repercute en la afiliación. Hay que pagar y eso limita algunas enfermeras. (20.12.08).

De acuerdo a lo planteado en la Constitución Política de Colombia del año 1991 (Artículo 39,55), la asociación sindical es un derecho fundamental, el cual constituye una modalidad del derecho de libre asociación, comoquiera que aquel consiste en la libre voluntad o disposición de los trabajadores para constituir formalmente organizaciones permanentes que los identifique y los una en la defensa de los intereses comunes de una profesión u oficio, sin autorización previa, de carácter administrativo, o la injerencia o intervención del Estado o de los empleadores. Sin embargo, a pesar de que el direccionamiento se legisla desde nuestra carta magna, en las últimas dos décadas los estudios sobre sindicalización en el país develan que la tendencia registrada en los últimos años apunta a una paulatina disminución en el número de trabajadores sindicalizados, acompañado de una dinámica de estancamiento en el número de sindicatos (Vidal, 2012).

Esta desarticulación de sindicatos está asociada a causas como el cambio en la forma de contratación del trabajador dependiente, las constantes políticas de reestructuración empresarial de entidades estatales que fueron privatizadas y donde los dueños de las concesiones otorgadas establecen formas de contrataciones laborales atípicas y precarias

que impiden la sindicalización de sus empleados. En los proceso de reestructuración de empresas se desconoció la continuidad laboral de los empleados, y al crearse la nueva entidad se modifican las condiciones salariales y se otorgan prestaciones laborales por debajo de las que gozaban con anterioridad; esto en el mejor de los casos, pues en otros, los trabajadores son vinculados a través de empresas de servicios temporales (Zúñiga, 2012).

La ANEC no ha sido ajena a la tendencia nacional, en cuanto a su evolución sindical, máxime que entre las entidades estatales que entraron en los procesos de reestructuración fue el sector salud; las formas de vinculación y la contratación de los profesionales se vieron afectadas, generando una desarticulación de sus afiliadas. No obstante, a pesar de las limitaciones que impone el Estado, las organizaciones continúan su actividad, pero aparecen con un perfil menos beligerante, por su escasa representatividad a nivel nacional.

Día a día, las enfermeras ven las dificultades existentes para obtener los recursos necesarios para la prestación de cuidados a los pacientes y la protección personal, y eso lleva a que éstas sientan desmotivación y abandonen los ideales por pensar que es poco lo que se puede hacer frente a un Estado represor. Esta situación deriva en crisis en el colectivo, por la búsqueda de bienestar y mejoramiento de sus condiciones de empleo.

5.5.2 Falta de empoderamiento de la Asociación Gremial en Enfermería

Pienso que en la ANEC, sería conveniente fortalecer más el trabajo, yo pienso que podemos ir avanzando poco a poco, a nivel nacional, inclusive local. Le falta más posicionamiento, toca abrir más esos espacios y posicionarse más, desde la academia, involucrar a los profesionales de las instituciones de salud, ya que la unión es lo único que hace la fuerza, los profesionales de Enfermería somos mucho, lo que debemos hacer es organizarnos. (17.19.07).

Al expresar esto, las entrevistadas dejan ver la importancia de la unidad de acción de las organizaciones que representan la profesión desde los ámbitos: gremial, académico, científico, ético, de control del ejercicio, social, laboral y político; aspectos centrales que deberán definirse claramente para poder realizar las intervenciones propias de cada organización, buscando siempre el desarrollo de la profesión, un ejercicio con calidad, calidez, ética y el reconocimiento laboral y social.

En Colombia es cada vez más claro que esta situación está asociada con un grave recorte de la financiación de la salud, generando en las enfermeras una difícil situación. Cuando los empleadores intentan mantener bajos los costos de la atención de salud, el recurso de enfermería ha sido víctima de la injusticia social a través de la reducción de los puestos de trabajo, sobrecarga laboral, demoras y negación (Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos & Arenas 1999). La situación socio-laboral del conjunto de los trabajadores de la salud nos convoca a construir espacios de unidad gremial y sindical, que nos permitan liderar el movimiento por la defensa del derecho a la salud y por un trabajo digno. Para Bárcena (1997), la educación ejerce una labor política cuando forma a la persona en el contexto de ciudadanía, es decir, para la participación democrática, y desarrolla el sentido cívico y la capacidad de practicar el juicio político. En ese sentido, las escuelas o facultades de enfermería deberían formar profesionales de enfermería comprometidos con la realidad social y orientados a educar profesionales con capacidades para deliberar sobre lo público, para formarse juicios políticos, comprometerse con la defensa de los usuarios, con el bienestar de las comunidades y aportar a la construcción de políticas públicas de salud y enfermería, que redunden en el beneficio tanto de usuarios como de enfermeras.

Dentro del discurso de los participantes se deja ver la falta de conocimientos sobre la función esencial de la agremiación. Para los profesionales la ANEC debe reorientar sus funciones, para que sea más operativa y llegue más a los profesionales:

La ANEC, es poco operativa, en verdad, la gente no ve los beneficios de la asociación como tal, llegar a las enfermeras, o sea, con más beneficios y ampliar de pronto las posibilidades. El portafolio de posibilidades, sí, tratando de mirar otros planes, para enamorar a ese otro y

vayamos consolidando el grupo. Dar posibilidades de formación y cualificación es otro aspecto que podría mirar. (21.30.11)

La ANEC debe hacer una reingeniería de su funcionamiento, brindar otros beneficios, para lograr un número mayor de afiliado. (07, 14.05).

La ANEC, debería afiliarse a las instituciones educativas, eso es fundamental también y pienso que ahí también le falta un poco a ANEC, de pronto vincularse más con las instituciones educativas, con el mismo sector prestador, buscar convenios, desarrollar actividades académicas, eso es fundamental, la asociación se debe reorganizar para llegar más a la población. (21. 19.8).

En este orden de ideas, la Agremiación debe acercarse y llegar más a su colectivo, sensibilizar sobre sus propósitos. Se espera que la ANEC, tenga una buena orientación respecto a las necesidades de la colectividad, por consiguiente, debe existir una sólida relación entre la ANEC y los profesionales, relaciones que hay que considerar para obtener la confianza y respaldo del gremio, garantizando longevidad (Marshall-Burnett & Hanson, 1990). La comunidad espera mucho de la Agremiación, que esta sea guía e intérprete de la profesión, fomente su desarrollo y actúe en favor de la colectividad en su conjunto, en un contexto donde las necesidades de la profesión están agobiando a su colectivo.

5.5.3 Desmotivación para la vinculación a la asociación

Desde las voces de los participantes, se pudo evidenciar la poca participación de los profesionales en la asociación gremial. De los 22 profesionales entrevistados, solamente 4 se encuentran afiliados a la ANEC. En el país la ANEC tiene un número de 19 seccionales, en la región Caribe 4 seccionales, registrándose una afiliación en la Seccional Bolívar de 58 socias, comportamiento similar en el resto del país. Dentro de las causas de no afiliación, que reportan los participantes del estudio, se destaca la desmotivación hacia la vinculación, falta de tiempo y desconocimiento de la asociación:

Los profesionales se han cansado y están desmotivados del sistema y ver que la Asociación no interviene para ayudarlos. (09.45.9)

A las enfermeras no les gusta afiliarse, piensan que van a perder el tiempo ahí en la asociación, tienen muchos compromisos, tienen hijos, tienen familia que es otra cosa que les desmotiva también y en todas las asociaciones hay pocas enfermeras asociadas, el número de enfermeras que está asociada son muy pocas, es un comportamiento colectivo, históricamente se ha visto eso, un grupo reducido de profesionales se interesa y siempre son las mismas las que están en el nivel nacional, se rotan la presidencia. (13.4.16).

Muchas veces uno no se afilia por falta de interés, a veces uno en su práctica diaria se dedica a sus funciones, el hogar, la familia y se desvincula de otro tipo de actividades que son importantes para la profesión, pero como también la Asociación no llega a los lugares de trabajo, se desentiende uno como profesional (...), en mi lugar de trabajo ninguna estamos afiliada a la ANEC, y si les preguntan yo creo que es la misma respuesta que la mía. La asociación debería motivar más. (05.23.6).

En este contexto, las voces de las enfermeras nos señalan que su falta de participación en la organización es justificada en parte, por el desinterés de ellas, sin embargo, es de anotar que a lo largo de la historia el movimiento de mujeres organizadas en el mundo ha logrado avances significativos en derechos políticos y civiles, como el derecho a voto universal, a la propiedad, a la educación y al empleo, entre otros. No obstante, la cultura patriarcal - machista sigue estando muy arraigada y reproducida por hombres y mujeres en distintos ámbitos: en la pareja, en el seno de la familia y en la vida social, política y económica. Los patrones machistas respecto a la vida privada, el cuidado infantil y las tareas domésticas, recargan las funciones que cumplen las mujeres y obstaculizan la participación social. Este mismo factor hace que las mujeres que logran participar sean cuestionadas por tener que estar tanto tiempo fuera de la casa y en algunas ocasiones se llega a la desintegración familiar. Por esto muchas mujeres que participan en cargos de dirección, lo hacen cuando tienen sus hijas e hijos grandes, son solteras, viudas o divorciadas:

Los profesionales tienen unas exigencias altas hacia la agremiación, por ejemplo, que se sienten con el presidente y cambien los salarios y se los mejoren de una vez, eso así no va

suceder, eso se requiere de una presión de todo el grupo, de todo el colectivo, entonces no es tan fácil. Pero generalmente la desmotivación en ellas se refieren es a eso y no hacen nada porque les mejoren el salario, entonces yo pienso que eso no depende directamente de ANEC, sino que depende de la presión que se le pueda hacer como grupo, como colectivo. (13.11.52).

Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha declarado que las organizaciones profesionales de enfermería han de emplear diversas estrategias para contribuir a la elaboración de políticas eficaces, vigilar los modos en que se emplea a las enfermeras, incorporar nuevos modelos y estrategias de gestión, presentar constantemente, en los planos nacional e internacional, una imagen positiva de la enfermería ante la dirección y los interesados, clave en la política general; difundir las investigaciones y los conocimientos pertinentes; y desarrollar y mantener constantemente redes adecuadas que permitan establecer relaciones de trabajo en colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales: “La brecha de la enfermería en cuanto a su implicación en la formulación de políticas puede constituir una gran barrera para su eficacia, así como para el funcionamiento del equipo de salud y la calidad de los cuidados”. (CIE, 2014, p 26).

Pero en un país como el nuestro no solo las enfermeras sino los trabajadores en general, y en especial los del sector salud, están inconformes con las políticas del gobierno, que han ocasionado el deterioro de las instituciones de salud, con grandes carencias de medicamentos, materiales, equipos, personal de salud y las formas de contratación laboral a través de cooperativas de trabajo asociado (tercerización). De esta manera, se ha despojado a los trabajadores de sus derechos con la explotación de la mano de obra y la reducción de los costos laborales, a través de figuras jurídicas por medio de las cuales contratan a destajo por cortos períodos de tiempo, así evaden su responsabilidad de aportar a la seguridad social y debilitan el derecho de los trabajadores a la asociación, dejándolos con escasas posibilidades de reclamación, porque corren el riesgo de ser despedidos.

Como expresan las entrevistadas, es un problema de colectivos, pero más que de colectivos es un problema de Estado. Los sentimientos se diluyen en palabras, deberían destilarse en acciones que aporten resultados, pero sus voces no reflejan hacer parte del gremio. De igual manera, informan que es una agremiación que se encuentra impactada por el sistema laboral y éste ha generado desmotivación en los profesionales para hacer parte de ella.

CAPÍTULO 6

6. CONSIDERACIONES FINALES

El presente capítulo reúne las conclusiones finales del estudio, sus limitaciones, aportes y las recomendaciones.

6.1 Conclusiones

La presente investigación fue motivada por las condiciones desfavorables que históricamente se han asociado al proceso de profesionalización de la Enfermería en el país y específicamente en la región Caribe. Ante esta realidad se planteó como propósito principal, realizar un análisis de la situación de la profesión de Enfermería en la ciudad de Cartagena, teniendo como referente el contexto teórico-metodológico de la sociología de las profesiones, bajo esta lógica, se intentó dar respuesta y buscar condicionantes que han influido en esta situación y proponer recomendaciones para mejorar esta situación.

El presente estudio permitió develar, que la profesión de Enfermería ha sido un campo poco explorado desde el enfoque sociológico de las profesiones. En la ciudad de Cartagena, región Caribe, inclusive en el país, se constituye en la primera investigación que abordó la profesión desde este contexto de análisis, representando un aporte importante para la reflexión y debate en el colectivo profesional.

Desde el abordaje metodológico se permitió por una parte, hacer un recorrido del proceso de formación a partir de una revisión documental que incluyó una amplia periodicidad de tiempo (1903- 2010), mostrando el desarrollo que ha tenido la formación desde el contexto nacional, regional y centrándose en lo local. De igual manera, desde las voces de los actores se permitió conocer desde sus vivencias y experiencia como ven la profesión, sus tensiones y aportes para mejorarla.

La institucionalización de la formación de Enfermeras en Colombia, se inicia en Cartagena en el año 1903, en el Hospital Santa Clara, que luego se anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena en el año 1919. Su origen, al igual que otras escuelas creadas posteriormente en el país, se dio bajo la orientación e iniciativas de profesionales médicos; que amparados en la normatividad en Educación de inicios de siglo XX en Colombia, conformaron escuelas de oficios adscritas inicialmente a instituciones hospitalarias y en otros casos a Instituciones universitarias. Esta hegemonía perduró por muchos años, para el caso de Cartagena hasta la década de los años 70 del mismo siglo, cuando la Escuela es ascendida a Facultad de Enfermería adquiriendo status igual al de otras Facultades y/o Programas de la Universidad de Cartagena y por consiguiente completa autonomía e independencia organizativa para la formación de sus profesionales.

Desde su creación, la Escuela de Enfermeras y Parteras hoy Programa de Enfermería, se ha visto impactada por las reformas políticas tanto del sector educativo, salud y las propias que regulan el ejercicio y la práctica de la Enfermería en Colombia, así como también, por el contexto sociocultural de cada momento, las cuales han delineado sus planes de formación. Se ha transitado por modelos de formación subordinados a la Escuela de Medicina a modelos más centrados desde el saber profesional. De igual manera, en lo administrativo, se llegó a la autonomía para la planificación, orientación y dirección de los programas, representando estos hechos rasgos importantes para su consolidación como profesión. En este transcurrir histórico, la Enfermería cursó diversos estadios que van desde una formación inicial de Enfermeras y Parteras (Oficio), Enfermeras Generales (técnicos), Licenciadas en Enfermería y hoy como Enfermeras (os) (Profesionales), debidamente reconocida por el ente Ministerial Nacional

Desde la mirada de los participantes, la formación ha tenido avances importantes en su responsabilidad de formar profesionales para los diferentes ámbitos de actuación profesional, la dinámica permanente de actualización de los planes de estudio producto de las tendencias cada vez más cambiante del contexto político, social es un reto que ha sabido

enfrentar; también resaltan como positivo el énfasis que se realiza desde los planes de estudio a la formación desde paradigmas propios del saber de la enfermería y la investigación como herramienta que soporta el avance de la profesión, es en el aula de clases, donde generalmente ocurren las primeras aproximaciones al mundo de la ciencia e incide positivamente en el despertar de las motivaciones hacia estas actividades.

En cuanto a la formación de posgrado, conceptúan que los desarrollos no han sido al mismo ritmo que la formación de pregrado, en el Caribe colombiano no existen programas de doctorado en Enfermería y existe solamente una maestría del componente disciplinar, el número de profesionales que realizan estudios posgradual es reducido, se atribuye esta condición al no reconocimiento económico por parte de las instituciones a este nivel de formación, e igualmente a la reducida oferta de programas y a los costos de los mismos.

El ejercicio profesional de la Enfermería en Colombia está regulado y reglamentado para ejercer su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria. Su campo de actuación es variado, al igual que su alcance y proyección social, dado por la diversidad de formas en que ésta puede ser ejercida. Lo cual favorece la facilidad de ubicarse laboralmente, constituyéndose en una fortaleza para la profesión. Con relación a las condiciones laborales en que se ejerce la profesión, estas son consideradas críticas por parte de los participantes, debido a los sistemas de contratación (bolsas de empleo, OPS), los bajos salarios, el rol desempeñado, la inequidad laboral y el no reconocimiento a la cualificación del profesional. Esta situación está generando en el colectivo profesional desmotivación y poco compromiso de los profesionales en el ejercicio práctico, atentando contra el posicionamiento y desarrollo de la profesión. Situación que no solamente se evidencia en la ciudad de Cartagena, sino, que es preocupación de las diferentes organizaciones nacionales e internacionales, que velan y regulan la profesión de Enfermería.

Estas condiciones laborales, generan tensión en la autopercepción de la profesión por las enfermeras, por una parte, sienten que la profesión de Enfermería en sí misma es gratificante, por su condición social y humana, pero por el otro aspecto, existe una

desmotivación, poca apropiación del rol profesional como consecuencia de las condiciones laborales tan precarias que viven los profesionales.

Con relación a la autonomía profesional, los participantes consideran que la profesión de Enfermería no es autónoma en su totalidad, por cuanto en la jurisdicción de su conocimiento muchas veces intervienen otros profesionales. Desde el ámbito legislativo la profesión de Enfermería en Colombia, ha avanzado en la incorporación de aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de la práctica profesional, sin embargo, esto no se hace evidente totalmente en la práctica, por cuanto muchos de los profesionales, siguen apegado a la dependencia médica. La práctica de la autonomía profesional se ve favorecida por aspectos como el conocimiento que tenga la enfermera de su práctica, la actitud personal del profesional y algunas áreas de desempeño laboral como la práctica docente y la gestión administrativa y gerencial.

El reconocimiento social del profesional de Enfermería, no es proporcional a la formación profesional, a la labor que desempeña y al impacto de la profesión en el contexto social. Para los participantes se reconoce la existencia de áreas de desempeño laboral donde se ha alcanzado niveles más altos de valoración profesional, pero en general, el colectivo profesional se siente afectado por la poca valoración, lo anterior se ve reflejado en los precarios salarios que devengan los profesionales y las condiciones de vinculación laboral. De igual manera, el desconocimiento de la científicidad de su práctica y la subestimación por parte del colectivo social de la labor profesional.

Las asociaciones gremiales en Enfermería, surgieron a la par con el origen de la enfermería moderna tanto a nivel internacional como nacional, sus luchas han logrado avances importantes en el desarrollo de la profesión, tanto en el aspecto legislativo, como de reconocimiento y posicionamiento profesional.

En Colombia, a partir de la reestructuración del sector salud y la expedición de la ley 100 en el año 1993, que desmejoraron las condiciones administrativas y laborales del sector salud, incidieron en forma directa en el debilitamiento de la asociación, lo cual provoco el

retiro de algunos asociados y la poca motivación para el ingreso de otros, reportados tanto en la Seccional Cartagena, como en otras seccionales. La posición de las enfermeras frente a la agremiación ANEC, es que no tienen obligación con ella, como parte de un colectivo profesional, en su discurso siempre expresan: es que ANEC no llega, no nos informa, mas no se preguntan qué hacen ellas para impulsar y fortalecer el desarrollo de la ANEC, aspecto que hace que perdure este debilitamiento

6.2 Aportes de la Investigación

6.2.1 Aporte a la línea de investigación

La investigación se inscribió en la línea de formación del doctorado en Ciencias de la Educación RUDECOLOMBIA, CADE Universidad de Cartagena “Educación Superior: Currículo, Gestión, Evaluación”. Esta línea asume como misión teorizar sobre factores que intervienen en la Calidad de la Educación Superior, con una orientación hacia la producción de conocimiento que impacte la formación desde el Currículo, la Gestión y la Evaluación. En este orden de ideas, la investigación realiza aportes valiosos para el fortalecimiento conceptual del campo de la Enfermería desde la Sociología de las Profesiones, sus resultados contribuirán a la revisión curricular de los programas desde una mirada integral de las condiciones profesionales, tanto de Cartagena como de los demás programas del Caribe colombiano.

De igual manera, se convierte en referente para la creación de una sub línea de investigación desde este enfoque teórico-metodológico, que promueva otras investigaciones que profundicen el estudio de la profesión de Enfermería en otros contextos, así como, investigaciones en otras profesiones que quieran ser analizadas desde el contexto social e interprofesional.

6.2.2 Aportes a la profesión de Enfermería

Ser un trabajo pionero en el análisis de la profesión de Enfermería, que permitió una mirada en profundidad de las condiciones que rodean el desarrollo profesional, evidenciar avances, tensiones y crisis que propicien una reflexión profunda y urgente por parte de los actores de la profesión, la academia, las agremiaciones y todas aquellas organizaciones que velan por la profesión creándose propuestas colectivas en pro de la dignificación y posicionamiento de esta profesión.

6.2.3 Aportes a los Programas de Enfermería

Los resultados de la presente investigación impactan directamente a los programas de formación en Enfermería, las condiciones develadas por este estudio deben ser referente de reflexión y análisis al interior de los programas de formación, si se tiene en cuenta que la formación representa la base esencial para edificar el desarrollo y progreso de la profesión, debe garantizar la preparación de profesionales competentes que se identifiquen con su quehacer, con elevado autoconcepto profesional, que sean gestores de sus propios ambientes laborales y que trabajen en equipos interdisciplinarios de manera integrada y propositiva, de tal forma que la Enfermería como profesión sea visible y adquiera el reconocimiento social e interprofesional tan necesario para su supervivencia futura.

6.3 Limitaciones del estudio

Por ser un estudio cualitativo, sus resultados se limitan a hacer planteamientos sobre la situación que rodea la profesión de Enfermería desde el caso de Cartagena. Sin embargo se constituye en una base para el desarrollo de estudios similares en otros contextos, de tal

manera podamos tener la visión general de la profesión tanto en el Caribe colombiano, como en otras regiones de Colombia.

6.4 Recomendaciones

Las recomendaciones se tomaron de los aportes hechos por los participantes para el fortalecimiento profesional:

Fortalecer el vínculo teoría, investigación y práctica, estableciendo redes de comunicación permanente con los profesionales que se encuentran en los escenarios laborales, con el fin de reducir la brecha generada una vez egresan de sus programas de formación.

Impulsar la investigación desde la práctica para validar conocimiento propio de enfermería y medir impacto de la labor profesional, de esta manera se contribuye a la consolidación del cuerpo de saberes y al reconocimiento y valoración por otros profesionales de la salud.

Impulsar la creación de posgrados, especialmente en maestrías y doctorados propios de la disciplina de Enfermería, contribuyendo de esta manera en la generación de nuevos conocimientos, el incremento de la producción investigativa desde la evidencia científica y el fortalecimiento del desarrollo disciplinar

Tomar conciencia de la importancia de estar agremiados como profesionales y comprometerse con el fortalecimiento de nuestra asociación nacional, para en conjunto con las demás asociaciones de enfermería se siga trabajando fuertemente por la reivindicación laboral y social de nuestro colectivo profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, A. (1988). The system of professions. The University of Chicago. Restated In: https://books.google.com.co/books?id=WWzRAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Asamblea Departamental de Bolívar (1988). Ordenanzas y resoluciones expedidas por la Asamblea Departamental de Bolívar en sus sesiones ordinarias. *Asignación de enfermeras en las áreas de hospitalización*. En Archivo Histórico de Cartagena. Biblioteca Auxiliar. En Archivo Histórico de Cartagena. Biblioteca Auxiliar.
- Asamblea Departamental de Bolívar (1989). Ordenanzas y resoluciones expedidas por la Asamblea Departamental de Bolívar en sus sesiones ordinarias. *Por el cual se funda una Sala de Maternidad en el Hospital de esta ciudad*. En: AHC. Biblioteca auxiliar. Caja 167. Tomo 1015.
- Asamblea Departamental de Bolívar (1919). *Decreto 258. Por el cual se reconoce oficialmente una Escuela y se anexa a la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Cartagena*. Gaceta Departamental de Bolívar. Cartagena, viernes 7 de febrero de 1919. P.p 9750-9751.
- Asamblea Departamental de Bolívar. (1925). *Ordenanzas y resoluciones expedidas por la Asamblea Departamental de Bolívar en sus sesiones ordinarias de 1925*. Cartagena: Imprenta Departamental. Pp.164-165. (En: AHC. Biblioteca auxiliar. Caja 222. Tomo 1518. Ordenanza Número 70.
- Asamblea Departamental de Bolívar. (1930). *Ordenanzas y resoluciones expedidas en sesiones ordinarias*. Cartagena, Imprenta Departamental 1930. En Archivo Histórico de Cartagena. Biblioteca Auxiliar.
- Asociación Colombiana Facultades de Enfermería (2012). Reseña histórica de ACOFAEN. En: <http://acofaen.org.co/quienes-somos/resena-historica/> (consultada en 2012)
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (1999). Avances y logros en Enfermería. Rev (53). Pp. 12-14 en: <http://www.anec.org.co/revista77/revista%2077.pdf>

- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (2000). Posicionamiento y liderazgo en Enfermería. Rev. Impresa. Pp. 24.
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (2010). La situación de Enfermería en Colombia, como un caso emblemático de su condición de género en el país. Rev. ANEC. En <http://www.anec.org.co>
- Asociación Nacional Enfermería de Colombia (2014). Enfermería, una fuerza para el cambio. Disponible en: <http://www.anec.org.co/revista77/revista%2077.pdf>
- Attewel, A. (1998). Florence Nightingale (1820–1910) *the quarterly review of comparative education*. Paris, UNESCO: International Bureau of Education), 28: Pp 153-66.
- Arroyo M, Esteve J, Hernández J (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGRAW-HILL-INTERAMERICANA de España. Pp 55-102
- Barajas, G. (2005). *Odontología en México. Retos, formación y futura demanda de la profesión*. México. Editorial Pomares.
- Bárcena, F. (1997). *El oficio de la ciudadanía: Introducción a la educación política*. Paidós, Barcelona.
- Baron, C. Rojas I, Sandoval RM. (1996). *Tendencias en la formación profesional universitaria en educación. Perfiles educativos*. Pp. 1-13. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/inicio/AVF.pdf>. Consultado 13-01-2012.
- Bueno, LE; Díaz L, Mejía, M & López, L. (2010). *Panorama de la formación doctoral en enfermería*. Av. Enfermería. XXVIII (2): 134-144.
- Cárdenas, L. (2005). *La profesionalización de la enfermería en México (Tesis doctoral)*. Editores Universidad Autónoma de México. Pp. 21-96.
- Cárdenas, L; Arana, B; Monroy, A; García, M. (2009). *La autonomía profesional en Enfermería*. En: *Cuidado profesional de Enfermería*. México. Federación Mexicana de Asociaciones de facultades y escuelas de enfermería (FEMAFEE).
- Castillo, E, Vásquez, ML. (2003). *El rigor metodológico en la investigación cualitativa*. Colombia Médica; 34: 164-167. En: www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309 (Consultado enero de 2015).

- Canton, V. (1997). *Consideraciones acerca de una "periodización" para la historia de la educación en México*. Rev. De Educación y Cultura. México. Consultado 21 de enero de 2014. Disponible en: www.latarea.com.mx/artcu/articu/canton.htm
- Carrasco, M, Acosta M, Márquez G, Fernández J. (2009). *Antropología-enfermería perspectiva de género*. Rev. Cultura de los cuidados 2005; 18: 52-9.2007.
- Castrillón, MC. (1986). *Formación Universitaria de Enfermeras en Colombia (1937-1980)*. Rev. Inv y Educ. En Enfermería. IV (1). Pp.53-72
- Castrillón, M. (1997). *La formación de enfermera. En la Dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín. Ed. universidad de Antioquía. P.p 20.
- Castrillón, M., Orrego, S., Pérez, L., Ceballos, M., Arenas, G. (1999). *La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud*. Invest. Educ. Enferm. 17(1):13-14.
- Castrillón, M. (2010). *Apertura del Doctorado en Enfermería Universidad de Antioquia. El camino recorrido, fundamentos y esperanzas*. Invest Educ Enferm. P.p. 475-83.
- Cedeño, R. (1986). *Reflexiones sobre la evolución y la práctica de enfermería*. Rev. ANEC. N^o 45. P.p. 6.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Celma M, Acuña V. (2009). *Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional*. Rev. Antropología Experimental. 2009; 9: 119-36.
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. 1 ed. Madrid. Editorial McGraw-Hill. P. 45-78.
- Colina, A (2014). *El estudio de caso, una estrategia para la investigación educativa*. En: *Metodología de la investigación educativa*. Ediciones D.D.S. México. Pp. 243-270.
- Coffey, A; Atkinson, P. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos (Estrategias complementarias de investigación)*. Editorial Universidad de Antioquía. Pp 35-168.
- Cogollo Z, Gómez E. (2010). *Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia*. Avances en Enfermería. XXVIII. Pp. 31-38.

Champy, F. (2009). *La sociologie des Professions*. Depot legal. Presses Universitaires de Frances. Pp 5-52.

Cleaves, P. (1985). *Las profesiones y el estado: el caso de México*. El Colegio de México. Pp 244-249.

Collins, R. (1971). *Functional and Conflict Theories of Educational Stratification*. American Sociological. Pp. 36.

Collins, R. (1989). *La sociedad credencialista. Sociología historia de la educación y de la estratificación*. Ediciones Akal. España.

Congreso de Colombia. *Ley 39 de 1903. Sobre la Instrucción Pública*. En: www.mineduccion.gov.co (Consultado en 2013)

Congreso de Colombia, 1936. *LEY 32 Sobre igualdad de condiciones para el ingreso a los establecimientos de educación*. En. http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-102894_archivo_pdf.pdf (Consultado febrero 2013)

Congreso de la República de Colombia (1946). *Ley 87, por medio de la cual se reglamenta la profesión de Enfermería y se dictan otras disposiciones*. Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-103375_archivo_pdf.pdf. Consultado julio 20143.

Congreso de Colombia. (1996). *Ley 266, por medio del cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia*. Consultado en febrero 2014. En: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf.

Congreso de Colombia (2007). *LEY 1164 DE 2007 (Octubre 3)*. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano. (Consultado en diciembre 2014) Disponible en: www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201164%20DE%202007

Congreso de Colombia. Ley 1581 del 17 de octubre de 2012. (Visitado Feb. 2015]. Disponible en http://www.cafam.com.co/Documents/Ley_1581_2012_new.pdf

Consejo Académico de la Universidad de Cartagena (2000)- *Acuerdo Número 05 del 11 de julio de 2000*. Por medio del cual se aprueba el Plan de estudios del Programa de Enfermería. Archivo de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Consejo Académico de la Universidad de Cartagena (1982). *Acuerdo 01 del 19 de febrero*. Por medio del cual se aprueba el rediseño curricular de la Facultad de Enfermería. Archivo de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Consejo Directivo del Universidad de Cartagena (1968). *Acuerdo 47 de 1968*. Por medio del cual se aprueba el Programa General de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena. En: Resoluciones de la Rectoría. Sección de Archivos y correspondencia Universidad de Cartagena.

Consejo Internacional de Enfermería (2014). *Las Enfermeras una fuerza para el cambio*. Consultado el 15 de julio de 2015. Disponible en:http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/DIE2014.pdf.

Consejo Superior Universidad de Cartagena (1985). *Acuerdo 23 de 1985*. Por medio del cual se crea la Especialización en Médico Quirúrgica. Metodología a distancia. Archivo de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Consejo Superior de la Universidad de Cartagena (1974). *Acuerdo número 06*. Por el cual se asciende la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena a Facultad. Archivo de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Delgado, C. (2012). *La teoría fundamentada decisión entre perspectivas*. Published by Author House. Pp 24.

Departamento Nacional de Higiene (1937). *Resolución número 67, por la cual se reglamentan las profesiones de practicantes, comadronas, enfermeros, enfermeras visitadoras sociales y asistentes de bacteriología y laboratorio, y se dictan otras disposiciones sobre la materia*. Boletín Farmacéutico de Bolívar. Farmacia Martínez Pereira, p.p.5-9. (En: AHC. Biblioteca Auxiliar. Caja 208. Tomo 1420.

- Dettmer, J. (2009). *La sociología de las profesiones un estado del arte*. En: Sociología de las ocupaciones profesionales (Los procesos de institucionalización). Ediciones Eón S.A. México. Pp. 13-28.
- Díaz-Barriga, A. (1990). *Investigación educativa y formación de profesores. Contradicciones de una articulación*. Cuadernos del CESU, 20. Pp 57-60. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (UNAM), México.
- Díaz-Barriga, A. (1997). *La profesión y la elaboración de planes de estudio. Puntos de articulación y problema de diseño*. En: La profesión. Su condición social e institucional. Edición Centros de estudio Sobre la Universidad. México. Pp. 65-108.
- Díaz- Barriga, A. (2005). *Las profesiones ante los nuevos retos. Globalización, flexibilidad y competencias*. En: La profesión universitaria en el contexto de la modernización. Edición Pomares, S. A. Barcelona. Pp. 73-97.
- Díaz- Barriga, A (2010). Seminario: Currículo y sociología de las profesiones. Doctorado en Educación. Universidad de Cartagena, Colombia. Instituto de Investigaciones Sobre la Universidad y la Educación
- Díaz -Barriga, A. (2014). *El papel de los instrumentos de medición entre teoría y datos en la construcción y desarrollo de una investigación*. En: Metodología de la investigación educativa. Ediciones D.D.S. México. Pp. 43-65.
- Domínguez Alcón, C. (1986) *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide. P.p 25.
- Donahue, M. (1985). *Historia de la Enfermería*. Ediciones Harcourt. EEUU. Pp. 318-29.
- Durán de Villalobos, M. (1988). *El desarrollo del liderazgo y la educación en enfermería*. Educ. Med. Salud. Pp. 48-62.
- Duran de Villalobos, M. (2000). *Concepciones de la formación del enfermero*. En: Educación de Enfermería en América Latina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Pp 81

Elliott, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. Colección Ciencias Sociales. México. Tecnos. Pp. 15-83.

Echeverri S (2003). El arte y la ciencia del cuidado. *Revista Medicina* - Vol. 25 No. 3 (63)

Emanuel E, Wendler D. & Grady Ch. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*. 283(20), 2701-2711

Fawcett, J. (1986). *Investigación y profesionalización de la Enfermería*. En: Fundamentos Conceptuales de la profesión de Enfermería. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Bogotá. Pp 11.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1959), "Actas de Consejo de Facultad N° 08. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1962), Actas de Consejo de Facultad N° 21. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1988), Documento de Currículo del programa de Enfermería. Archivo Histórico de la Decanatura de la Facultad.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1978), Documento de Currículo del programa de Enfermería. Archivo de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1984), Actas de Consejo de Facultad del programa de Enfermería N° 11. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1988), Documento de Currículo. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (1992), Documento de Currículo. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (2003), Documento de Currículo. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería.

Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (2008), Documento de Currículo. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería

Fernández M. A. (2001). *La búsqueda de un modelo profesional para la docencia ¿liberal, burocrática o democrática?* Rev. Iberoamericana de Educación. Madrid. P. 46-64. (Fecha de acceso febrero de 2011), URL disponible en: rie@oei.es

Fernández, J. (2002). *Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para su reflexión.* Rev. Electrónica de Investigación Educativa. P.3. (Fecha de acceso diciembre 2010). URL disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol3no2/contenido-fernandez.pdf>

Fernández, J. (2004). *Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica.* En: Las profesiones en México frente al mercado de trabajo. Editora Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 128-181.

Fernández, J. (2007). *La profesión desde la sociología de las profesiones.* En: Profesión, ocupación y trabajo. Eliot Freidson y la conformación del campo. Ediciones Pomares. México. Pp. 15-36.

Ferreira Y (2006). Historia de la Educación de Enfermería en Cartagena. En: La Cátedra Historia de la Universidad de Cartagena. Editorial Universitaria. Cartagena.

Freidson, E. (1978). *La profesión Médica.* Editorial Península. Barcelona. Pp. 15-95.

Freidson, E. (1990). *Profesionalismo, atención y enfermería.* Documento presentado para el Centro del Parque Ridge, III. En: Profesión, ocupación y trabajo. Eliot Freidson y la conformación del campo. Pp107-136.

Freidson, E. (2001). *La teoría de las profesiones, estado del arte.* Rev. Perfiles Educativos. México. Pp. 28-43.

- Freidson E (2007). Profesionalismo, atención y enfermería. En: Profesión, ocupación y trabajo. Edición Pomares. Barcelona pp121-136
- Galeano, M (2009). *Diseño de proyectos en la Investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Pp 26-144
- García, C. (2007). *Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia*. Eglobal. p. 1-5. (Consultado, junio de 2015). URL disponible en: www.um.es/eglobal.
- Gómez, E; Montalvo, P. (2013). *Desarrollo y crisis de la institucionalización de los estudios de enfermería en Cartagena, Colombia (1920-1950)*. Revista Ciencias Biomédicas. Cartagena; Vol 4. P.p.2.
- Gómez, C. (1992). *La formación de profesionales de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia*. Av. Enfermería. VOL X (2). www.revistas.unal.edu.co/index.
- Gómez C. (2002). La profesionalización de la enfermería en Colombia. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Pp 61-90
- Gómez, C; Munar, C. (2009). *Albores de la enfermería profesional en Colombia. Temperamentum*. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t1908> (consultado 2010)
- Gómez C, et al. (2011). *Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá p.183-223
- Gallino, L. (1995). *Diccionario de Sociología*. p 408. Disponible en: <http://books.google.com.co/> (Fecha de acceso julio de 2011).
- González R, (1.999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Editorial Cratriel. España – Madrid. Pp. 9-14 -104.

- Goode, W. (1960). *Encroachment, charlatanism, and the emerging professions: Psychology. Sociology and medicine*. En: American Sociological. 25(6). Pp. 903.
- Griffon D.P. (1995). Construyendo el edificio: Ethel Fenwich y el Registro Estatal. Nursing History review, Oficial Journal of the American Association for the History of nursing. Traducido por Arguello L, Munar C. Universidad Nacional de Colombia. Pp 2-5.
- Guerrero, M., Henríquez, P. (2015). *Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería*. Aquichan; 2015; 15(1):129-140. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12.
- Hall, C. (1973). *¿Quién controla a la profesión? Rol de la Asociación Profesional*. En: Consejo Internacional de enfermeras. XV. Congreso Cuadrienal del CIE. México. Pp 23-34.
- Hanzelíková A, Carabaño MJ, Torresano B, García MR (2005). *Florence Nightingale y el contexto histórico-sociocultural de su época*. Cultura de los cuidados. N^o 18. P.p 2.
- Hernández C, López J. (2002). Las disciplinas. *Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)*. P. 48-52.
- Hernández, Fernández, Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. En:https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
- Hernández, F et. Al. (1997). La enfermería en la historia: una mirada desde la perspectiva profesional. En: Cultura de los cuidados. España.
- ICFES. (1969). *Órgano Auxiliar del Ministerio de Educación Nacional. Informe presentado por el Comité permanente de Enfermería del Icfes a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena del 26 al 29 de septiembre*. En: Resoluciones de la Rectoría. Sección de Archivos y correspondencia Universidad de Cartagena.
- Jiménez M. (2010). Producción investigativa en educación en enfermería en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol 28, No. 3.

- Junta Reformadora Hospital Santa Clara (1925). Reglamento de la Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara; Reglamento del Hospital Santa Clara. Gaceta del Hospital Santa Clara, Año II No.8 y 9). Pp.1-19
- Junta Reformadora Hospital Santa Clara (1930). (Pensum de la Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara y personal docente. Gaceta del Hospital Santa Clara, Año II, (No.6 y 7). Pp.10-11.
- Ketefien Sh. (2001). *Una visión panorámica de los doctorados de enfermería en el mundo*. En: Wright G. Los nuevos programas de doctorado en enfermería en América Latina: retos y Perspectivas. Monterrey: OEA- UAN. P.p.112.
- Lago D, De Fernández C, Ospina R (2012). *Evolución del campo del currículo en Colombia desde la legislación de educación superior. 1980-2010*. En: Proyecto de Investigación Evolución del campo del currículo en Colombia-Región Caribe 1970-2010. Alpha Editores. Cartagena-Colombia
- Leddy, & Pepper, J. M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. OPS. Washington: L. B. Lippincott. P. 26-27.
- Lenise M; Quelopana, A; Compean, L & Reséndiz, E. (2008). *El diseño en la investigación cualitativa*. En: Investigación cualitativa en Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. Pp 88-99.
- Machado, M. E. (1995). *Proffisoos de Saúde: Uma Abordagem Sociológica*. Río de Janeiro, Brasil. Fiocruz. P. 14.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. 2 ed. México: Trillas, Pp. 137.
- Mártires M, Latapi P, et al (1965). *Sociología de una profesión: el caso de la enfermería*. Centro de Estudios Educativos. México 2ª edición.
- Marshall-Burnett S & Hanson M (1990). *Administración de la Asociación*. En: Asociaciones y Negociaciones. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra-Suiza. Pp.2-6

- Martín, M; Pérez, P; Tomás Sábado. (2003). *Mujer y cuidados: ¿historia de una relación natural?* Cultura de los cuidados. VII - N.º 13.
- Meleis, AI. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melgarejo, L, Romero, M. (2012). *Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* V: 2(2). p. 55-92.
- Mesa 1; Romero, M. (2010). *Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 12 N° 2.* (Consultado, mayo de 2015). En: www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/132.pdf
- Ministerio de Instrucción Pública (1914). Ley 83 del año 1914. Reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas en Colombia. En http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf.
- Ministerio de Educación Nacional (1949) Decreto 3451 *por el cual se crea el Escalafón Nacional de Enfermeras.* Bogotá, Diario Oficial en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf.
- Ministerio de Educación Nacional (1964). *Decreto 1297, por medio del cual se reglamenta la Educación Superior en las Universidades y otros Institutos en Colombia.* Consultado en abril 24 de 2014. En: <http://www.javeriana.edu.co/personales/hbermude/leycontable/contadores/1964-decreto-1297.pdf>
- Ministerio de Higiene de la República de Colombia (1948). *Decreto 3550 de 1998, por la cual se reglamenta la Ley 87 de 1946.* Bogotá, Diario Oficial.
- Ministerio de Educación Nacional (1980). *Decreto 80 de 1980. Por el cual se organiza el Sistema de Educación Post-secundaria.* Consultado, mayo 7 de 2014. En: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf.

Ministerio de Educación Nacional (1992). *Ley 30 de Diciembre 28 de 1992. Por el cual se organiza el Servicio público de la Educación Superior en Colombia.* Consultado, mayo 7 de 2014. En: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). *Resolución 008430. Por medio del cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.* Consultado febrero de 2014. En: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method>.

Ministerio de Educación Nacional (2001). Decreto 0917. *Por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud.* (Consultado, noviembre 2014). Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86144_archivo_pdf.pdf

Ministerio de la Protección Social, et al (2004). *Situación del Recurso Humano en Salud en Colombia.* Bogotá. Recuperado de <https://www.mialud.nsgov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (2014). Recuperado en: <http://www.mineduccion.gov.co/> (consultado en junio de 2014)

Ministerio De Educación Nacional (2003). Resolución Numero 2772 Por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud. En: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86416_Archivo_pdf.pdf

Montalvo A, Gómez, E. (2014). *Historia de la Enfermería en Cartagena (1900-1974).* Ed. Universidad de Cartagena. Cartagena.

Monterrosa, A. (2009). *Historias para conocer y recordar. La enseñanza-aprendizaje de la ginecología y la obstetricia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena (1880-2009).* P.p.97-98.

- Morse, J. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativos*. Trad: Zimermen Eva. Medellín: U de A. Facultad de enfermería. Pp.145
- Munar C, Velandia A, Gómez, C. (2011). *Escuela Nacional de Enfermeras (1944-1957)*. En: Tres Escuelas una historia. Editorial Gráfica Ducal. Bogotá. Pp 193-195
- Navas M-E (2012). *El Currículo en la Región Caribe*. En: Proyecto de Investigación Evolución del campo del currículo en Colombia-Región Caribe 1970-2010. Alpha Editores. Cartagena-Colombia.
- Niño L, Vergara, T. (1976). *Educación de Enfermería en Colombia*. Bogotá. Revista ANEC, N^o 17. P.p 56-73.
- Pacheco, T. (1997). *La institucionalización del mundo profesional*. En: La profesión, su condición social e institucional. Editorial Centros de Estudio Sobre la Universidad. México. P. 17-35.
- Parsons, T. (1979). *Las profesiones liberales*. Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales. Editora Aguilar. España. Pp. 28-46.
- Participación de las mujeres en los sindicatos de educación de América Latina. Red de Trabajadoras de la Educación / Internacional de la Educación para América Latina. (Consultado, Agosto 8 de 2015). Disponible en: www.ei-ie-al.org/publicaciones/igualdad2012_web.pdf.
- Prado M, Souza M, Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Edición, Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Pedraza, H. (1954). *La enfermería en Colombia*. Editorial Minerva Ltda., Bogotá. P.p 11-35
- Portilla, P. (1986). *Evolución de la atención de enfermería en los servicios de salud de Colombia*. En: Fundamentos Conceptuales de la Profesión de Enfermería. Asociación Nacional de Enfermería. Bogotá.

Presidencia de la República (1946). *Decreto 3151. Por el cual se dictan algunas disposiciones reglamentarias sobre Escuelas de Enfermería y otras.* Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103375_archivo_pdf.pdf. Consultado julio 2013.

Presidencia de la República (1948). Decreto 3550. *Por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1946.* Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103375_archivo_pdf.pdf. Consultado julio 2013.

Presidencia de la República de Colombia (2003). Decreto 2566 Por el cual se establece las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones. En: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86425_Archivo_pdf.pdf

Raimó, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales: Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*” (Tesis doctoral). Universidad de Catalunya.

República de Colombia. Decreto 1377 del 27 de junio de 2013. (Visitado Feb. 2015). Disponible en http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-4274_documento.pdf

Rodríguez, N. (2008). *Manual de sociología de las profesiones.* Ediciones Universidad de Barcelona. Barcelona. Pp. 14-32.

Robbins, P. (2009). *Comportamiento Organizacional.* 13 Ed. P 250-312. (Consultado, julio de 2015). Disponible en: <http://es.slideshare.net/risony/comportamiento-organizacional-13-ed-stephen-p-robbins?related=1>

Rodríguez J, Guillen M. (1992). *Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea.* Rev. Española de investigación sociológica. P 59:9-18. (Consultado, enero 24 de 2011), URL disponible en: www.reis.cis.es/reis

Romero-Ballén, MN. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Av Enferm.* XXV (2):112-23.

- Romero, M. (2000). *La mujer como cuidadora en la historia de Enfermería*. Avances de Enfermería. Vol. XVIII, N^o 2. Bogotá. Facultad de enfermería-Universidad Nacional de Colombia.
- Salt, A. (1972). *Occupations: theory and history, reed tadi en Man, Work and Society*. Ed Nosow, S., y Form, W. H (Nueva York), p 58-62.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa- Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior. Bogotá.
- Sarmiento, L. (2007). *Modelo colombiano de Educación Abierta y a Distancia*, SED. Rhec No, 10. Pp. 73-100. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4015572.pdf. Consultado, julio de 2014
- Secretario General, Asamblea Nacional Constituyente (1991). *Constitución Política Nacional*. Consultado en Marzo de 2013. En: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf
- Simancas Mendoza, E. (1998). *El papel de los religiosos y de los médicos en la caridad y asistencia pública en Cartagena, 1895-1925*. (Proyecto de grado). Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia.
- Spencer, H. (1909). *El origen de las profesiones*. Editores Sempere y Cía. Valencia. P. 208-23.
- Strauss A, Corbin, J. (2002). *Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Medellín: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.
- Tapp D., Stansfield, K., Stewart, J. (2005). *Autonomía en la práctica de enfermería*. Revista Aquichán.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Instituto Borja de Bioética. España. P. 19-21.

- Universidad de Cartagena. (1949). Resoluciones de la Rectoría de la Universidad de Cartagena. Sección de archivo y correspondencia de la Universidad de Cartagena. Ff.54-55. (Resolución número 345 de 1949. por la cual se hacen los nombramientos de una directora, instructoras y empleadas subalternas para apoyar el funcionamiento de la misma.)
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Reflexión metodológica y práctica profesional [en línea]. Madrid: Editorial Síntesis, p. 178-199. [Consultado, febrero 2015]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/7362846/Miguel-Valles-Tecnicas-Cualitativas-de-Investigacion-Social>.
- Velandia, A. L. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional – Facultad de Enfermería.
- Velandia, A. (2005). *Orígenes de la enfermería colombiana*. En: Enfermería avanza. <http://enfeps.blogspot.com/2009/11/origenes-de-la-enfermeria-olombiana>
- Velandia AL (2011) *La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal* Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1
- Verderese, O. (1979). *Análisis de la enfermería en América Latina*. Educación Médica en salud. Vol 13. N° 4. Pp 317. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5145.pdf>
- Vidal, J. (2012). *Panorama del sindicalismo en Colombia*. Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (FESCOL).
- Viloria (2006). *Educación Superior en el Caribe Colombiano: Análisis de cobertura y calidad*. Banco de la República: Documentos de trabajo sobre economía regional. Consultado, junio 2014. En: [http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-69_\(VE\).pdf](http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-69_(VE).pdf)
- Weber, M. (1998). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Ediciones Colofón 3ª ed. México. Pp. 85-105.

Wilensky, H. (1964). *The professionalization of everyone*. American Journal of Sociology. Pp. 70:137-58.

Wiesner L (1976). *Desarrollo Histórico de la Carrera de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia*. Rev. ANEC. N° 17. Bogotá.

Zapico, F. (2005). *Avances en la práctica de la profesión de enfermería*. Visión de una misma realidad. Universidad de Barcelona-Programa de Ciencias Sociales-Doctorado en Sociología.

Zambrano G (2003). *Ethel Fenwick una mujee del siglo XXI en el siglo XIX*. Rev. Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. Vol. 5 (1 y 2)

Zúñiga, R. (2012). *El declive del sindicalismo en Colombia y sus consecuencias frente al conflicto colectivo*. Rev. De Derecho, Universidad del Norte. Edición especial: 189-213, 2012. ISSN: 0121-8697 (impreso) • ISSN: 2154-9355 (*on line*).

ANEXOS

Anexo 1. Guion de entrevista

Identificación:

Código de la entrevista
 Año de graduación
 Formación pos gradual
 Experiencia laboral

GUIÓN DE ENTREVISTAS

| PREGUNTAS A ENFERMERAS(OS) CLAVE |
|---|
| <p>¿Para usted, se puede hablar de un avance profesional de la enfermería?, ¿cuáles son y cuál es la razón de ellos?</p> <p>¿Qué opinión le merece a la formación impartida en las Instituciones y su relación con el desempeño profesional?</p> <p>¿Para usted existe relación entre las experiencias vividas en el proceso de formación y su desempeño profesional?</p> |
| <p>¿En su opinión qué elementos desde la formación condicionan o afectan la práctica profesional?, ¿Cuáles se pueden modificar?</p> <p>¿En su opinión la ubicación laboral se relaciona con su formación?</p> |
| <p>¿Cuál es su concepto sobre el status social de la enfermería como profesión? ¿Cuáles son las razones para ello?</p> <p>¿Cuál es la valoración social que otros profesionistas tienen de la enfermería? ¿A qué se debe esta valoración?</p> |
| |

¿Para usted cuál es el significado de ser enfermera (o)?

¿Qué experiencias significativas positivas y/o negativas ha tenido en su ejercicio profesional como enfermera (o)?

¿En su opinión la enfermería puede hablar de autonomía profesional?

¿De qué manera el profesional de enfermería demuestra o puede demostrar la capacidad de autonomía en su labor?

¿Para usted como se da la interrelación profesional de la enfermera?, ¿cuáles son las razones de ello?

¿Cuál es su opinión sobre las organizaciones gremiales en enfermería? ¿Qué aspectos considera han influido positiva o negativamente en el desarrollo de las mismas?

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Apreciada Enfermera (o).

Soy docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, tengo el agrado de invitarla a participar de la investigación titulada: **LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CARIBE COLOMBIANO: CASO CARTAGENA**. Esta investigación pretende analizar la situación que atraviesa la profesión de enfermería en Cartagena desde su experiencia de formación y laboral.

Su participación consiste en una entrevista, que será estrictamente confidencial. Se realizará en un lugar, en el cual se tenga privacidad y usted se sienta cómoda, convenido previamente. La entrevista tiene una duración aproximada de 60 y 120 minutos, es anónima, será grabada; si usted lo autoriza; y transcrita textualmente, omitiendo cualquier detalle que pueda identificarla. Una vez transcrita, la grabación será borrada, y los archivos se guardarán bajo clave de acceso, de manera que su identidad será preservada. Solo los responsables de la investigación accederán a su testimonio.

Participar de este estudio no tiene beneficios económicos ni materiales para usted, puede retirarse del estudio cuando lo desee. Una vez terminemos los análisis de las entrevistas, la contactemos para una revisión conjunta del texto. Necesitamos que usted lo lea y verifique si nuestras interpretaciones representan lo esencial de su experiencia. Modificaremos aquello que usted estime que no corresponde o que falta a esta descripción.

Los resultados serán publicados solo en revistas y congresos profesionales, publicaciones científicas y en docencia, asegurando su anonimato y manteniendo la confidencialidad de la información sobre su entrevista transcrita.

Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada

Acepto participar

Fecha: _____

Anexo 3. Regulación de la Enfermería En América Latina

| País | Entidad Regulatoria | Ejercicio Profesional | Educación | | Acreditación | | Código de Ética | Organizaciones | | Práctica Transnacional | | OIT 149 |
|------------------|--|---|--|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|------------|
| | | | Universitaria | No Universitaria | Norma | Entidad | | Profesional | Académica | Reconocimiento de títulos | Licencia para extranjeros | |
| Argentina | Ministerio de Salud y Comisión Permanente Asesoram. y Colaboración | • Ley 24.004 • Decreto 2.497/93 | • Ley 24.004 • Decreto 2.497/93 • Ley 24.521 • Res. 1.027/93 | • Ley 24.004 • Decreto 2.497/93 • Res. 344/71 • Res. 105 • Res. 7/97 • Ley 26.08 | • Ley 24.521 • Res. 416/00 | CONEAU | No a nivel nacional | Federación Argentina de Enfermería | AEJERA | • Ley 24.004 • Ley 24.521 • Convenios | Ley 24.004 | NO |
| Bolivia | • Colegio de Enfermeras de Bolivia • Ministerio de Salud y Deportes | • Decreto 15.463 • Decreto 18.886 | Res. 267/01 | -- | -- | CONAES | Si (Colegio de Enfermeras de Bolivia) | Asociación Boliviana | Asociación Boliviana de Escuela de Facultades de Enfermería | Reglamento Gral de Títulos y Grados de la Universidad Boliviana | Decreto 15.463 | NO |
| Brasil | COFEN CORENS | • Ley 7.498 • Decreto 94.406 • Ley 5.905 | • Portaria SESu/ MEC 1.518 • Res. CNE/ CES 3 • Portaria 3.019 • Res. ConsUn 0116 • Res. CNE/ CES 1 | Res. CEB 4 | • Ley 10.861 • Res. CNE/ CES 1/2001 | SINAES CAPES | Si. Res. COFEN 311/07 | Asociación Brasileña de Enfermería | -- | Res. 8 de 2007 | Ley 7.498 | NO |
| Chile | Ministerio de Salud | • Ley 19.536 • Resolución. Exenta 1.117 • Norma Gral. Administrativa 19 | • Decreto 725 Código Sanitario • Ley 1.164 | • Decreto 261/78 • Decreto Ley 2.147 | Ley 20.129 | Comité Técnico de Enfermería CNAC | Si. Colegio Enfermeras | Colegio de Enfermeras | ACHIEEN | • Decreto Univ. Exento 006895 • Convenios Internacionales | • Decreto 725 Código Sanitario • Decreto Univ. Exento 006895 | NO |
| Colombia | Consejo Técnico Nacional de Enfermería | • Ley 266 • Ley 1.164 | Ley 1.164 | • Res. 7.326 • Decreto 3.616 | • Res. 7.326 • Decreto 3.616 | CNA ACOFEN | Si. Ley 911 | ANEC | ACOFEN | Res.5.547 | Ley 1.164 | NO |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recursos Humanos para la Salud N° 56. Regulación de la Enfermería en América Latina (2014).

| País | Entidad Regulatoria | Ejercicio Profesional | Educación | | Acreditación | | Código de Ética | Organizaciones | | Práctica Transnacional | | OIT 149 |
|--------------------|--|--|---|---|---|--|---|--|-----------|---|-----------------------------------|------------|
| | | | Universitaria | No Universitaria | Norma | Entidad | | Profesional | Académica | Reconocimiento de títulos | Licencia para extranjeros | |
| Cuba | Dirección Nacional Enfermería. Ministerio de Salud | • Res. Ministerial 396/07 • Ley 41 de Salud Pública | • Res. Ministerial 210/07 • Instrucción VADI 68/2007 | Ley 41 de Salud Pública | • Res. 132/04 • Res. 210/07 | Junta de Acreditación Nacional | Genérico aplicable a profesionales de la salud | SOCUENF | -- | • Ley 41 de Salud Pública • Decreto 102 Reconocimiento de Títulos | Ley 41 de Salud Pública | NO |
| Ecuador | Autoridad Sanitaria. Nacional Ministerio de Salud | • Ley 57/98 • Decreto 492 | • Ley 57/98 • Ley de Educación Superior | • Reglamento Gral. de Inst. Super. Técnicos y Tecnológicos • Política de Educac. en Enfer. 2001-2010 | Ley de Educación Superior | CONESUP CONEA | Si Federación Ecuatoriana de Enfermeras | Federación Ecuatoriana de Enfermeras | ASEDEFE | • Reglamento 883 de la Ley de educación Superior. • Res. 113 y 114 CO-NUEP | • Ley 57 • Decreto 492 | SI |
| El Salvador | • Unidad Enfermería MINSA • Junta Vigilancia de la Prof. de Enfermería | Decreto 955, Código de Salud | • Decreto 522 • Decreto 2.699 | -- | Acuerdo 15-1642 | Unidad de Enfermería MINED | Si Junta de vigilancia de la profesión Enfermería | ANES | CFRHES | • Decreto 955 • Ley 468 | Decreto 955 | NO |
| Guatemala | • Consejo Nacional de Enfermería • Unidad de Desarrollo de Enfermería (Minsa) | • Decreto 07-2007 • Acuerdo 56-2008 | • Decreto 07-2007 • Acuerdo 56-2008 | • Decreto 07-2007 • Acuerdo 56-2008 • Acuerdo 1608-2009 | Acuerdo 56-2008 | • Consejo Nac. de Enfermería • Dirección Recursos Humanos MINSA | Si Consejo Nacional de Enfermería | AGEP | -- | Constitución Nacional | Decreto 07-2007 | NO |
| Honduras | Colegio de Profesionales de Enfermería | • Decreto 90-99 • Acuerdo 673 • Decreto 13-97 | Acuerdo 533 | Acuerdo 673 | • Constitución Nacional • Decreto 142-89 | -- UNAH | Si Decreto 54-2004 | Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras | -- | Acuerdo 394/75/95 | • Decreto. 90-99 • Acuerdo 673 | SI |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recursos Humanos para la Salud N° 56. Regulación de la Enfermería en América Latina (2014).

| País | Entidad Regulatoria | Ejercicio Profesional | Educación | | Acreditación | | Código de Ética | Organizaciones | | Práctica Transnacional | | OIT 149 |
|----------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|---|--|-----------|--|---|------------|
| | | | Universitaria | No Universitaria | Norma | Entidad | | Profesional | Académica | Reconocimiento de títulos | Licencia para extranjeros | |
| Nicaragua | Dirección de Enfermería Ministerio de Salud | • Acuerdo .67/94 • Documentos Dirección de Enfermería | • Ley 89/90 • Ley 423 de Salud | -- | • Ley 24.521 • Res. 416/00 | -- | -- Compete a AEN | AEN | -- | • Decreto 001-03 • Decreto 60 • Ley 89/90 | Acuerdo 67/94 | NO |
| Panamá | Comité Nacional de Enfermería | • Ley 1/54 • Decreto 589 • Decreto 347 | Ley 66 Código Sanitario | Decreto 339/07 | • Ley 43/04 • Ley 32/08 | -- | Si Código Deontolog. Para Enfermeras | ANEP | -- | • Ley 1/54 • Ley 24/05 | • Ley 1/54 • Decreto 589 | NO |
| Paraguay | Dirección Nacional de Enfermería MSPyBS | • Ley 3.206 • Decreto 11.381 | • Res. 41-94, Inst. Nacional de Salud • Reglamento Académico • INS • Decreto 11.381 | • Res. 41-94, Instituto Nacional de Salud • Decreto 11.381 | • Ley 10.861 • Res. CNE/ CES 1/2001 | ANAE | -- | Asociación Enfermeras de Paraguay | -- | • Ley 1.264 • Decreto 19.275 | Ley 3.206 | NO |
| Perú | • Consejo Nac. De Enfermería • Colegio de Enfermeras/os | • Ley 27.669 • Decreto 004-2002.SA | • Ley 23.733 • 27.669 • Res. 095-00CN/CEP | Res.095-00CN/CEP | Ley 20.129 | ASPEFEEN SINEACE CONEAU | Si. Colegio de Enfermeras de Perú | • Colegio de Enfermeras del Perú • FEP | ASPEFEEN | • Decreto 004-2002.SA • Convenios de Reciprocidad | • Decreto 004-2002.SA • Decreto 22.315 | NO |
| Puerto Rico | Junta Examinadora de Enfermeros/as de Puerto Rico | Ley 9/87 | Ley 17/93 Recertificación | -- | Ley 17/93 | CESPR | Si. Colegio de Profesionales de la Enfermería | Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico | -- | Ley 9/87 | Ley 9/87 | NO |
| República Dominicana | Dirección General de Enfermería SESPAS | • Ley 95/42 • Ley 11/42 | Ley 41-08 | Normas Nac. Para la Administración y Atención de Servicios de Enfermería | • Ley 41-08 • Ley 139/01 | ADAAC | Si Asociación Dominicana Enfermera | Asociación Dominicana Enfermeras Graduadas | -- | Ley 42/01 de Salud. Comisión Reválida de Títulos | Ley 11/42 Exequátur | NO |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recursos Humanos para la Salud N° 56. Regulación de la Enfermería en América Latina (2014)

Anexo 4. Relación de Decanas de la Facultad de Enfermería

DECANAS FACULTAD DE ENFERMERÍA-UNIVERSIDA DE CARTAGENA

| Años | Nombres |
|-------------|-----------------------------------|
| 1975 – 1977 | Lic. Didia Quintero Buelvas |
| 1977 – 1979 | Lic. Vilma Mercado Vélez |
| 1979 – 1987 | Lic. Nury Torres García |
| 1987 – 1989 | Lic. Yadira Ferreira Simonds |
| 1989 – 1994 | Lic. Piedad Pérez Pérez |
| 1994 – 1996 | Lic. Ana Cristina Guzmán de Pérez |
| 1996 – 2002 | Lic. Vilma Vergara de Salgado |
| 2002 – 2005 | Lic. Diana Pastorizo Orozco |
| 2006 – 2014 | Lic. Amparo Montalvo Prieto |