

23

Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería

*Elaborado en agosto de 2001
Impreso en octubre de 2002*



**Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
(FEPEN)**



**Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de
Salud (HSO)**
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
OBJETIVOS	3
1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.....	5
1.1 ARGENTINA	6
1.2 BRASIL	7
1.3 COLOMBIA	8
1.4 CUBA	9
1.5 ECUADOR	9
1.6 EL SALVADOR	10
1.7 HONDURAS	10
1.8 MÉXICO	10
1.9 PARAGUAY	11
1.10 PUERTO RICO	11
1.11 REPÚBLICA DOMINICANA	12
1.12 VENEZUELA	13
2. PROGRAMA Y/O PROYECTOS DE CALIDAD DEL GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN DE LAS ANES	15
2.1 SERVICIOS DE SALUD	16
2.2 EJERCICIO DE LA PROFESIÓN	17
2.3 EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA	18
2.4 INVESTIGACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	19
2.5 SITUACIÓN LABORAL	20
3. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO	21
4. CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
5. DESAFÍOS PARA LA FEPPEN Y LAS ANES	25
6. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA	29
6.1 SÍNTESIS DE LAS DISCUSIONES DE GRUPO DURANTE EL TALLER	29
6.2 LÍNEAS DE ACCIÓN PROPUESTAS PARA EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO A: RECOMENDACIONES DE LA OPS/OMS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE UN PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD (P.N.G.C).....	35

ANEXO B: GUIÓN	39
ANEXO C: RELACIÓN DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADOS POR LOS PAÍSES.....	41
ANEXO D: RELACIÓN DE LOS MARCOS LEGALES DE LA PROFESIÓN Y DE LAS ORGANIZACIONES MIEMBROS.....	49
ANEXO E: LISTA DE MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA FEPPEN Y DE PRESIDENTES DE ORGANIZACIONES MIEMBROS.....	53

PRESENTACIÓN

La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) es una organización gremial que reúne 19 organizaciones nacionales de enfermería de habla hispana y portuguesa de América Latina y el Caribe.

Históricamente, la Federación, en su calidad de organismo no gubernamental (ONG), tiene como misión articular las organizaciones nacionales de las regiones en pro de la mejoría de la calidad de atención de enfermería de forma universal, equitativa e integral, a través de los servicios, la educación, la investigación y la participación de los profesionales de enfermería en las decisiones políticas del sector.

Las líneas políticas de la FEPPEN se configuran en las directrices programáticas aprobadas en su plan de trabajo y que, respetando la autonomía de las asociaciones miembros, fortalece su papel de articulador de la enfermería en la Región.

La elaboración de este documento "Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería", es fruto de un proceso participativo, que se inició en el Taller "Calidad de Atención de Enfermería", realizado en octubre de 1999 en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, con la presencia de 15 Asociaciones Nacionales de Enfermería y coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En este taller, se acordó que la FEPPEN realizaría un diagnóstico de la situación de los países de las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANEs) miembros con respecto a los programas y proyectos de calidad de los servicios de salud y de enfermería de América Latina y del Caribe. Estos datos formarían parte de un documento de referencia, que sería analizado en un próximo taller. La finalidad de éste sería definir las bases y los objetivos de una cooperación técnica OPS/FEPPEN en el área de calidad en atención de enfermería, que se llevará a cabo hasta el año 2004.

Con vistas a obtener informaciones para el diagnóstico, el Comité Ejecutivo de FEPPEN elaboró y envió a las ANEs, en enero de 2000, un guión sobre el tema específico, a través del que se puede conocer la situación de los países en lo que se refiere al proceso de reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de atención, los programas de mejoramiento y calidad de atención de salud desarrollados por los servicios, la participación de los usuarios, la situación y participación de las ANEs en los programas, los marcos legales que regulan la enfermería en la

educación y en el ejercicio profesional y los marcos legales de las propias ANEs como organizaciones.

Como parte de este proceso, en diciembre de 1999, la FEPPEN firmó un contrato con la Oficina de Representación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Brasil, para la elaboración de este documento, el cual es un producto enriquecido por la participación de las ANEs en el taller de octubre de 1999, por documentos entregados por algunas ANEs y por la devolución de los guiones con la información solicitada.

En una segunda ocasión se llevó a cabo en Brasilia, Brasil, del 6 al 7 de agosto de 2000, el Taller "Calidad de Atención de Enfermería en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería" el cual tuvo como objetivos analizar el documento "Calidad de atención de enfermería en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería" y definir y elaborar las bases de los términos de referencia para un proyecto OPS/FEPPEN en el área de calidad de atención de enfermería. Se reunieron las Asociaciones Nacionales de Enfermería de Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El programa de trabajo fue desarrollado los días 6 y 7 de agosto de 2000.

El documento representa un esfuerzo de la FEPPEN (Comité Ejecutivo y las ANEs) para identificar ejes integrantes para la elaboración de proyectos en el área de calidad de atención de enfermería para América Latina y el Caribe, como parte de un proyecto ampliado de calidad de los servicios de salud ya en discusión en los países.

Se espera que los contenidos presentados en el documento sean útiles para la definición de políticas y estrategias que permitan redirigir las actividades acerca de los programas de mejoramiento de la calidad que se están llevando a cabo, por ahora de forma aislada, en los diferentes países, a fin de que se pueda lograr una mejor calidad de atención de enfermería para la población de América Latina y el Caribe.

OBJETIVOS

- Presentar un perfil diagnóstico de la situación y estado de desarrollo de proyectos/programas de calidad de servicios de salud/enfermería en los Gobiernos Miembros de FEPPEN.
- Instrumentalizar el análisis de esta situación.
- Facilitar una evaluación a fin de identificar las prioridades que serán objeto de una cooperación técnica OPS/FEPPEN en el área de calidad de atención de enfermería, que se desarrollará en forma continua hasta el año 2004.

1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Uno de los desafíos que el sector salud en América Latina y el Caribe deberá enfrentar en las próximas décadas es la reducción de la iniquidad en el acceso a los servicios sanitarios y a la cobertura de salud. Esto ocurre porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del Estado, y en consecuencia, la reforma del sector de la salud, no han conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida.

Mientras que el proceso de globalización (redes financieras de producción y comercio, desarrollo de la información y de las telecomunicaciones, consumismo global, aparición de nuevas culturas y subculturas) se refleja de manera directa en el plano comercial, y en consecuencia, en lo político, el sector de la salud se ha transformado en un factor importante de negociación, ya sea por la necesidad de mantener un ambiente más saludable, (saneamiento, alimentación, protección de los trabajadores y de los ciudadanos) o por la necesidad de mantener el consumo de la tecnología médica, incluso de los fármacos.

Por su parte, los procesos de reforma han comenzado a modificar la naturaleza del Estado en casi todos los países, aunque estas modificaciones rara vez han sido propuestas desde una perspectiva de desarrollo social o de salud, y más bien han producido una actitud reactiva del sector. (OPS, 1996b)

En algunos países, esa reforma ha representado la privatización de la prestación de los servicios sanitarios y de salud. En ese caso, el Estado se hace cargo del papel de rector de políticas, normalización y fiscalización. Por otra parte, en otros países hay una situación mixta y solamente en un país, el Estado es el responsable de la oferta de los servicios de salud de forma gratuita para toda la población. De Puerto Rico (sistema privado) hasta Cuba (estatal) hay una diversidad de experiencias en desarrollo en los diversos países.

Como algunas ANEs afirman, los países han tenido un desarrollo político, económico y social similar: gran alteración de las variables macroeconómicas, deuda externa pública y privada alta, deterioro general de la calidad de vida con ingreso per cápita bajo, infraestructura parecida, desempleo alto y condiciones de pobreza semejantes. Todo esto se da en el entorno de un mundo en proceso de globalización que se logra por medio de la práctica generalizada de políticas de economía de mercado y de reducción del

tamaño del Estado, que a su vez, impulsa la privatización de las empresas públicas.

De una forma concertada, la reforma del sector de la salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando salud como derecho de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados tanto a efectividad, eficacia y eficiencia, como a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social.

A pesar de la similitud del proceso de globalización en los países, hay grandes diferencias en el desarrollo de los procesos políticos de la reforma del sector de la salud. Éstos, buscando disminuir la inequidad que viene acentuándose a consecuencia del deterioro de la propia calidad de vida de la población, debido a los efectos negativos del proceso de globalización de la economía - aumento de la concentración de ingresos, desempleo, coexistencia de perfiles epidemiológicos entrecruzados y superpuestos, en los que enfermedades milenarias conviven con enfermedades modernas y padecimientos del subdesarrollo coexisten con daños producidos por el mundo desarrollado- han desarrollado, en realidad, programas "dirigidos" y "paquetes de atención mínima" para la población indigente y una oferta de servicios conforme a las leyes del mercado, lo que viene acentuando las desigualdades de acceso de la población.

Sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud). También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y equidad (anexo A).

Las ANEs que han respondido el guión (anexo B) describieron algunas tendencias del proceso de la reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de los servicios. A continuación, se mencionan los países por orden alfabético:

1.1 Argentina

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público

sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Impacto positivo:

- a) Proceso de descentralización;
- b) establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA), lo que significa facturar a la población con cobertura social, establecer convenios, utilizar los recursos de la venta de los servicios también para incentivar la productividad y eficacia del personal;
- c) desregulación de las obras sociales, libre elección de los afiliados;
- d) las obras sociales tienen que pagar al sector público los gastos que demandan las prestaciones de servicios a sus asociados y las del Ministerio de Salud llamado Plan Médico Obligatorio (PMO), y
- e) fiscalización del cumplimiento del PMO.

Impacto negativo:

- a) Inequidad en la prestación de los servicios, e
- b) inestabilidad laboral en relación a la ley de flexibilización del trabajo.

1.2 Brasil

A pesar de la promulgación de la Constitución de 1988 que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), donde se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay en realidad tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno) lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados.

Impactos positivos:

- a) Descentralización administrativa y financiera, los municipios conocen y buscan soluciones para los problemas de sus comunidades;
- b) participación comunitaria/control social, principio que es más efectivo con la implantación del SUS a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales, además

de locales); participación de los trabajadores de salud en los Consejos, incluso representantes de la ANEs, y participación de enfermeras en los cargos de Secretaria de salud a nivel estatal y municipal.

Impacto negativo:

- a) Priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, dificultando los principios de universalidad, equidad e integralidad, y
- b) dificultad para mantenerlo financieramente.

1.3 Colombia

La reforma del sector salud se caracteriza por la reducción de los aportes del Estado y el incremento de las cotizaciones de los usuarios.

La tendencia de la reforma del sector de la salud responde a la agenda propuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y las agendas multilaterales de crédito, las cuales tienen como eje la transferencia de las responsabilidades en materia de salud y educación al sector privado como parte del recorte del gasto público y social. Los procesos de descentralización y focalización han tenido un impacto significativo en el suministro de los servicios sociales, con el consecuente deterioro de las condiciones de salud de los colombianos.

La reforma del sector planteó en forma teórica como principios de seguridad social, los de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos, entre otras, por las siguientes causas:

- La transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, de tal forma que las "nuevas empresas públicas de la salud" deberán subsistir exclusivamente con el producto de la venta de servicios.
- El recorte o el incumplimiento de las obligaciones económicas del gobierno para con el régimen subsidiado de salud, con la consecuente disminución de la cobertura y la inadecuada calidad de los servicios.

Impacto negativo:

- a) Descentralización. La disminución del aporte de recursos financieros del Estado está llevando a este sector a su crisis más aguda;

- b) los hospitales no están modernizados y tampoco están preparados para un sistema de competencia abierto, ni para la aplicación del modelo de autogestión para venta directa de servicios;
- c) colapso total de la red de hospitales públicos;
- d) pérdida del empleo para miles de trabajadores de la salud, y
- e) desprotección de la población y recrudescimiento de enfermedades ya controladas como la tuberculosis y la malaria, aumento de la desnutrición y la enfermedad diarreica aguda.

1.4 Cuba

El impetuoso desarrollo de la salud pública cubana, tanto en extensión como en cobertura, ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del Estado; cobertura universal; servicios con carácter gratuito; activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral.

El sector de la salud solo tiene cosas positivas para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido al impacto económico derivado de la desintegración del bloque socialista. La difícil situación económica repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector, de lo cual no está exenta la enfermería. Al devaluarse la moneda nacional, en un momento determinado, se pierde el interés, no hay estímulo para algunos trabajadores del sector y hasta aparece el abandono laboral como fenómeno. (Armenteros, 1999, Armenteros y Brito, 1999).

1.5 Ecuador

La reforma del sector salud es esencialmente una propuesta de financiamiento del sector. Las preocupaciones fundamentales de la propuesta son la financiación, el mantenimiento y la sustentabilidad. La gran ausente de la propuesta es la población.

El sistema de aseguramiento universal y salud debe prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento (Sistemas Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio).

Impacto negativo:

- a) Los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios;
- b) el acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por el desgobierno de los últimos años.

El impacto negativo del fenómeno de "El niño" y la caída del precio del petróleo en el mercado internacional trajeron como consecuencia en 1999 el déficit de cuentas corrientes, las altas tasas de interés, el aceleramiento del proceso inflacionario, un severo déficit fiscal, que en salud representó la disminución del presupuesto, la elevación de los precios de los medicamentos a insumos, paros y huelgas que desestabilizaron el sector.

1.6 El Salvador

Existen cinco (5) propuestas de reforma del sector de la salud en proceso de consulta con las instituciones proveedoras de atención y con las diferentes asociaciones gremiales. Después, habrá una consulta a la ciudadanía para la elaboración final de la propuesta.

1.7 Honduras

La tendencia del proceso de reforma del sector salud es convertir la Secretaría de Salud en un ente regulador.

Impacto en la equidad en los servicios de salud: se están realizando esfuerzos para ampliar la cobertura mediante la entrega de servicios a través de diferentes modalidades. En el sector privado se prestan servicios a grupos minoritarios de la población utilizando alta tecnología, lo que contribuye a que ésta sea costosa e inaccesible para las mayorías.

1.8 México

La reforma del sector salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres (paquete básico de servicios).

Impacto: los cambios han representado avances importantes y merecen un amplio apoyo social, pero es necesario que los cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento importante fue la competencia entre los proveedores.

1.9 Paraguay

La reforma del sector se centra en el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. Se han incorporado los valores de equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia, eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestaciones, complementariedad pública y privada, descentralización y participación y control social. El Ministerio de Salud es el órgano máximo de concertación y coordinación sectorial.

Impacto positivo:

- a) La participación comunitaria ha experimentado un fuerte impulso por medio del Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales y locales.

Impacto negativo:

- a) Deterioro en las condiciones de trabajo de las diferentes categorías de personal de enfermería;
- b) suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgos;
- c) escasez de personal;
- d) baja remuneración;
- e) multiempleo;
- f) falta de sistema de calificación y acreditación de méritos, y
- g) falta de incentivos y reconocimientos a la autoformación.

1.10 Puerto Rico

La reforma del sector de la salud parte de los siguientes supuestos/principios:

- a) La privatización del sector de la salud, por considerar que de esta forma se obtienen recursos y calidad de servicios;
- b) la existencia de un solo sistema (el privado) hace justicia social a la población médico-indigente, le asegura mejor acceso, calidad y cobertura;
- c) el logro del control de costos;

- d) el sistema de salud pública debe concentrarse en establecer la política pública sobre salud y en fiscalizar las instalaciones que presten tales servicios;
- e) el sistema de prestación de servicios de salud debe redirigir sus esfuerzos y concentrarse en la promoción y el mantenimiento de la salud (atención primaria) y no tanto en el cuidado terciario/curativo.

Impactos positivos:

- a) Aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la población médico indigente;
- b) incluye servicios de salud oral;
- c) acceso a servicios especializados y de exámenes, y
- d) elección libre de hospital; 80% de la población está contenta con la reforma.

Impactos negativos:

- a) Racionalización del cuidado porque los médicos primarios no atienden con igual prontitud a los pacientes que el especialista;
- b) afecta la continuidad del cuidado debido a los cambios en las compañías aseguradoras;
- c) los pacientes tienen que trasladarse de un lugar a otro (cierre de algunos hospitales);
- d) falta de estabilidad financiera para su mantenimiento;
- e) mayor inversión en cuidados curativos que preventivos;
- f) disminución de las oportunidades de empleo (los privados contratan menos), y
- g) se pierden beneficios marginales y derechos adquiridos de los trabajadores, así como la estabilidad del empleo.

1.11 República Dominicana

La reforma del sector de la salud aún no ha dado sus frutos porque no se ha implementado en todo el país. Se observa más bien como una política neoliberal con la privatización del sector salud. Se está discutiendo en el Congreso la ley de seguridad social, lo que llevará a una nueva modalidad de trabajo y a una reducción de personal de enfermería.

La reforma ha afectado al área de enfermería. Aunque aún contamos con una estructura de enfermería en el ministerio de salud, muchas veces se ha intentado desintegrarla, al igual que ha ocurrido en los países donde se ha implementado la reforma.

La gran problemática que se enfrenta es que las enfermeras trabajan en dos lugares, por lo que un número significativo de enfermeras se encuentran desempleadas.

1.12 Venezuela

El proceso de reforma del sector de la salud tiene como objetivo la descentralización de los servicios y la creación de nuevos modelos y proyectos de salud. Se ha producido un cambio a nivel central, desapareciendo la coordinación nacional de enfermería, estableciendo un trabajo de coordinaciones por programas o servicios (equipo multidisciplinario), pero hasta ahora no ha habido cambio en el nivel más importante, el sector del servicio.

Esto no permite dar respuesta a la demanda de servicios que exige la población, existiendo una desproporción entre la necesidad de ellos y los servicios ofertados; esto genera un bajo impacto de los cuidados de la prestación de servicios de salud de calidad. La relación existente entre la cobertura de salud y la calidad de atención ya no está equilibrada.¹

¹ NOTA: Las ANEs de Bolivia, Cuba, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay no respondieron al guión, pero las ANEs de Cuba, Nicaragua y Guatemala entregaron un documento sobre el tema. La ANE de Chile ha enviado un fax con algunas informaciones pero el guión con la información enviado por correo no ha llegado a tiempo.

2. PROGRAMA Y/O PROYECTOS DE CALIDAD DEL GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN DE LAS ANES

De un modo general, los marcos legales de las constituciones de los países, los decretos o leyes del sistema de salud y la propia reforma del sector, delinear principios que, si se pusieran realmente en práctica, garantizarían, por sí solos, la calidad de la atención ofrecida a la población por los servicios de salud. Anterior a este derecho es el derecho a tener calidad de vida, presente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, firmada por todos los países y presente también, por supuesto, en las propias leyes de los respectivos países. De modo que, si es importante el marco jurídico y legal, más importante aún es transformarlo en realidad, lo cual solo se conseguirá a través de la lucha continua de los pueblos.

Frente a la actual situación de inequidad en la oferta de servicios de salud, frente a la necesidad de reducción de costos, la competencia entre los prestadores y la exigencia, cada vez mayor, por parte de los usuarios, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han implementado estrategias para mejorar los servicios y garantizar la calidad de la atención, como forma de disminuir las desigualdades.

Muchos programas tienen amparo legal, lo cual resulta imprescindible. Algunos presentan propósitos generales, o sea, son para todos los sectores y profesionales, sin tener en cuenta la especificidad de cada profesión, pero la gran mayoría aborda temas relacionados con el área médica/curativa.

El profesional del área de enfermería no trabaja aislado, su quehacer forma parte de un trabajo colectivo. Por lo tanto, tiene que compartir su trabajo con otros profesionales, pero no puede ni debe por eso perder su especificidad: la producción de los cuidados de enfermería, la dirección o administración y la formación del personal auxiliar son específicos y tienen que ser valorados, medidos y evaluados, a fin de que pueda demostrar su valor añadido al valor terminal de la producción de servicios de atención a la salud. (CIE, 1996)

Los diversos instrumentos, estrategias y procesos de mejora de la calidad existentes, tales como el establecimiento de indicadores y estándares, la garantía de calidad, la calidad total, la mejora continua, la acreditación, el licenciamiento, la certificación, la reingeniería y el "*benchmarking*" no deben utilizarse de manera aislada sino mas bien en forma conjunta para que sean más eficaces y eficientes. Estos términos aparecen definidos en el Anexo C.

2.1 Servicios de salud

El surgimiento de los primeros programas de calidad -los programas de acreditación de hospitales (Novaes, Paganini, 1994)- tuvo lugar a nivel hospitalario. Así, países como Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Honduras, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela afirman contar con estos programas en sus estructuras de gobierno, mientras que se encuentran en proceso de elaboración en El Salvador. Estos programas se centran fundamentalmente en la atención médica, pero algunos de ellos describen también estándares e indicadores de enfermería. No se relatan procesos de acreditación para el primer nivel de atención.

Algunas ANEs refieren la existencia de normas, indicadores y estándares específicos para la enfermería, incluyéndose algunos dentro de programas generales y otros más específicos. Entre otros, figuran Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Puerto Rico, El Salvador y Guatemala. En su gran mayoría, existen a nivel hospitalario, pero hay algunos en el primer nivel (anexo C).

Colombia informa de la existencia de un sistema obligatorio de garantía de calidad; Brasil y Venezuela dicen que el sistema de aseguramiento ISO 9000 (Internacional Standard Organization) empieza a penetrar en algunas instituciones de salud.

Servicios como los de defensoría (Brasil), auditoría (Brasil y Cuba), comisión médica de arbitraje (México) son ejemplos de experimentos que se suman a los programas de mejora de calidad. Sin embargo, no se puede considerar que estos procesos como instrumentos de evaluación de calidad puedan garantizar la mejora automática de los servicios.

Brasil es el único que informó de la presencia de un código de defensa del consumidor, así como del establecimiento de comités de mortalidad materna, infecciones hospitalarias. Los comités de ética solo son citados por las ANEs como espacio para monitorear la calidad y en los cuales las enfermeras tienen participación directa. Por otra parte, la representación de algunas ANEs está presente en los consejos nacionales de salud y en los consejos estatales, provinciales y municipales (Brasil).

Los proyectos de liderazgo para el cambio y los de clasificación de la práctica de enfermería son citados por algunas ANEs como instrumentos capaces de mejorar la calidad de la atención de los servicios de enfermería (Colombia, Brasil, Ecuador, México, Venezuela). Algunas ANEs presentan proyectos propios para firmar convenios con el Ministerio de Salud y la OPS (Brasil), los cuales están en tramitación.

Las ANEs de Colombia afirman no participar en la actualidad en programas de calidad del gobierno y Puerto Rico dice no tener ningún proyecto propio referente al tema de la calidad.

2.2 Ejercicio de la profesión

Una de las herramientas importantes para garantizar la oferta de atención de calidad en el área de enfermería, es la existencia de un marco legal propio de la profesión que incluya los puntos de vista ético, jurídico e incluso el político. "Se acepta ampliamente que la reglamentación tiene que ver con la posición de la profesión de enfermería en la sociedad y con el poder de la profesión para controlar sus propias responsabilidades en el ejercicio profesional", (OPS, 1999c).

Una legislación que reglamente el ejercicio, registro y la licencia profesional, así como un código de ética son indispensables para el desarrollo de la profesión, la protección y la seguridad de la población usuaria de los servicios de enfermería.

En la actualidad, casi todos los países tienen alguna legislación sobre enfermería. En algunos casos, ésta es específica de la profesión; en otros, son leyes o decretos generales de la salud, la educación y del trabajo (anexo D).

Mientras que algunas ANEs tienen instrumentos regulatorios específicos (estatutos, reglamentos, códigos de ética), en otras, éstos están en proceso de elaboración. Puede decirse que se evidencia una preocupación general por implantar las bases jurídicas de la profesión.

El proceso de certificación, conocido también como acreditación profesional (cumplimiento de los requisitos académicos y de práctica para el ejercicio) está representado por el registro y licencia profesional. Las ANEs de Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México y República Dominicana relatan que ese proceso es responsabilidad de una organización nacional, tal como una asociación de enfermería, mientras que otros países consideran que es responsabilidad de las juntas u organizaciones que tienen vínculos con el gobierno.

Los procesos de recertificación solamente son mencionados por la ANE de Argentina, que se presentó como entidad acreditada para realizar el proceso de certificación y recertificación dentro del proceso mayor del Ministerio de Salud, no habiendo obtenido respuesta hasta al momento.

Debido al nuevo reordenamiento de la economía mundial y al proceso de integración entre países o regiones para la formación de

los bloques económicos -Mercosur, Caricom, Pacto Andino y Centroamérica-, ya están en desarrollo la Comisión Regional de Enfermería del Mercosur (CREM) y otras, pero no se ha recibido información alguna de las ANEs acerca de la importancia de esos órganos como promotores de la calidad del tratamiento de enfermería en las regiones.

La FEPPEN entiende la importancia de esas articulaciones como forma de negociar pactos, o incluso acuerdos jurídicos para el ejercicio de la enfermería y el reconocimiento de la formación del personal.

2.3 Educación de enfermería

La calidad técnica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente porque ellos aumentan el uso eficiente de los recursos, reducen el riesgo de lesiones asociado con los servicios de salud ofrecidos y aumentan la satisfacción del paciente-cliente en sus demandas. Las mejoras de la calidad de la educación y de los servicios de salud son interdependientes, (OPS, 1998-1999).

La reglamentación de la educación en el área de enfermería depende del sistema del país: ésta se define tanto en el ámbito nacional y provincial de las políticas generales de la educación superior y del nivel auxiliar, como en los marcos específicos a través de leyes o decretos propios.

En relación con el proceso de acreditación de programas o de escuelas, se encuentra en curso un proyecto experimental de la Asociación Colombiana de la Facultad de Enfermería, y en algunos países se están llevando a cabo procesos de evaluación de los programas a nivel de graduación y postgrado (Argentina, Brasil, Cuba, Honduras, Ecuador y República Dominicana) bajo la responsabilidad del gobierno.

El proceso de acreditación y reacreditación de los programas fue citado solamente por la ANE de Puerto Rico, donde ese proceso es responsabilidad del Consejo Superior de Educación.

Los procesos de educación permanente sobre el tema de la calidad de la atención, tan importante para el mantenimiento y mejora de la atención prestada por todo el personal de enfermería en toda la red de establecimientos, no forma parte de una estrategia de acción de las ANEs, solo algunas de ellas los citaron.

Los proyectos de liderazgo para el cambio citados por algunas ANEs son considerados como un soporte importante para ampliar la capacidad de las enfermeras en lo que se refiere a liderazgo y

gestión, funciones esenciales en un mundo en transformación que necesita enfermeras con visión estratégica, capacidad crítica y de reflexión para asumir una actitud proactiva que garantice los derechos de los usuarios y de ellas mismas como prestadores del cuidado de enfermería de calidad. Igualmente, el proyecto de Clasificación de la Práctica de Enfermería debe ser un aporte importante en la búsqueda de la calidad como elemento que podrá ayudar en la definición de indicadores y estándares, sea a nivel hospitalario o a nivel de salud colectiva.

Asimismo, es importante señalar que la Comisión de Educación de la FEPPEN está elaborando un documento titulado *Diagnóstico de la Situación de la Formación de Recursos Humanos en Enfermería en América Latina*, con la finalidad de actualizar los datos existentes y analizar la evolución del proceso de formación y el potencial de producción de conocimientos y de titulación del personal de enfermería.

2.4 Investigación en calidad de atención de enfermería

El aumento de la demanda de cuidados de enfermería y de su especialización ha ocurrido simultáneamente a las presiones para reducir los costos, lo que significa que las enfermeras tienen que demostrar cada vez más que son necesarias. Esto representa un gran desafío, pues se espera que ellas demuestren su valor a partir de un equilibrio adecuado entre la calidad de los cuidados y la efectividad de sus costos. Por lo tanto, se necesita un esfuerzo vigoroso y conjunto de investigación en esos temas, entre los que se encuentran: la evaluación de la eficiencia de la atención de enfermería y la evaluación de la efectividad de los costos de las intervenciones de enfermería, sin olvidar el costo real de la ineficiencia. (Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 1992-1993).

Algunas ANEs poseen dentro de su estructura de organización un Centro de Investigación en Enfermería, como es el caso de Brasil, Venezuela y México; otros desarrollan investigaciones junto a las Escuelas de Enfermería, pero la mayoría dice no estar realizando investigación alguna sobre el tema de la Calidad de Atención de Enfermería.

Los Centros Colaboradores en Enfermería de la OMS de las Regiones no fueron citados por las ANEs, lo que puede significar la necesidad de articularlos con ellas, agregando esfuerzos capaces de proporcionar resultados más eficaces y eficientes en el desarrollo de la enfermería.

2.5 Situación laboral

Si hablamos de garantía y mejora de la calidad de los servicios de enfermería tenemos que hablar de la calidad de vida de los trabajadores de enfermería que prestan los cuidados, porque la satisfacción de ellos, clientes internos, es indispensable para la institucionalización de una cultura organizacional que cultive la calidad como valor.

La fuerza laboral de enfermería, como es sabido, tiene un predominio de mujeres, la gran mayoría asalariada. Un porcentaje grande es de personal sin ninguna calificación específica, a pesar de que se haya ampliado la formación de enfermeras graduadas y postgraduadas (maestría e incluso programas de doctorado). Esas variables, asociadas a una historia de subordinación al trabajo médico, con poca participación en las esferas de poder y viviendo en una coyuntura de crisis política y económica, ha traído una serie de consecuencias a las condiciones de trabajo.

El desempleo, subempleo, los sueldos bajos, las jornadas de trabajo muy extensas, el éxodo de la profesión, los ambientes de trabajo insalubres y otros problemas similares son relatados por algunas ANEs.

La reglamentación laboral en su gran mayoría sigue la reglamentación general del gobierno. Sin embargo, algunas ANEs tienen en trámite en el Congreso (anexo D) proyectos de ley sobre jornada, sueldo, etc.

Además, no es una práctica común la evaluación del desempeño y la creación de incentivos que promuevan la calidad del proceso de trabajo de la enfermería. En contrapartida, el pago de la productividad, como ampliación cuantitativa de los procedimientos, no ha representado necesariamente una mejor calidad de los servicios prestados y tampoco una mejoría en la calidad de vida de los usuarios. "El predominio de los indicadores de productividad sobre los de la calidad y la aparente confusión que ello genera al tomar a los primeros como equivalentes a los segundos y, en consecuencia, pensar que hacer más es siempre mejor, trae algunos problemas", (OPS, 1997).

3. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO

¿Para quién son los servicios? ¿Quién define la demanda? ¿A quién debe satisfacer? La población es uno de los actores de los servicios de salud, no solo como usuario (externo) de los servicios de salud, sino como actor que paga por los servicios, sea de forma directa (pago directo y/o a través de un seguro) sea de forma indirecta, a través de los impuestos.

La participación de los usuarios en los programas de garantía y mejora de la calidad de la atención es cada vez más imprescindible, no solo porque son el principal cliente, sino también porque hay que dar respuesta a sus demandas ya que cada día se vuelven más informados y exigentes.

Uno de los principios de la reforma del sector de la salud es la participación comunitaria con control social. Muchos países tienen en sus leyes la garantía de la participación de la población en los consejos nacionales, provinciales y municipales de salud, como Brasil, Colombia, Honduras o Paraguay. En otros, existe la participación en los procesos de evaluación de la atención.

En cuanto a las indagaciones acerca de la participación del usuario, solamente un país, Brasil, ha citado el Código de Defensa del Consumidor: Entre los demás, algunos relataron la total ausencia de participación y otros mencionaron la existencia de programas de educación en salud.

Una de las cuestiones básicas para la enfermería es valorar la participación de la comunidad, del usuario, en los programas de calidad de atención de salud y, especialmente de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Es necesario que las ANEs tomen como estrategia de acción la de informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad.

4. CONCEPTUALIZACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En relación con el concepto de calidad de atención, hay gran diversidad de definiciones. A pesar de que se entiende la relatividad del mismo, ya existe producción del conocimiento en esta área que podría llevar a una cierta confirmación de los conceptos emitidos.

Algunas ANEs definen la calidad como política de su organización, o sea, se trata de aportar la mejora de la calidad de la atención como estrategia para elevar la calidad de vida de la población, citando como ejemplo el desarrollo de programas de capacitación y educación permanente. Otras establecen la calidad como principio de la práctica profesional definida en su propia ley, como es el caso de la ANE de Colombia: "La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona como usuario del servicio de enfermería y de salud, así como a través de la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio".

La gran mayoría de las ANEs no han respondido a esta cuestión formulada en el guión, o por lo menos, no han respondido de forma muy clara.

La imprecisión en las respuestas e incluso la falta de las mismas indica la necesidad de profundizar en las discusiones con las ANEs, ya que su aclaración generará las posibles definiciones de ejes de trabajo y de alianzas en proyectos.

5. DESAFÍOS PARA LA FEPPEN Y LAS ANEs

En resumen, los procesos de reforma del sector salud han sido muy diversos en los diferentes países. Para la enfermería, hubo algunos cambios en la estructura de cargos a nivel central del gobierno, desapareciendo las coordinaciones centrales de enfermería y pasando las enfermeras a participar en equipos multidisciplinarios. El papel de la enfermera se ha ampliado con la participación en los programas de primer nivel de atención y exige una mayor especialización a nivel de los sectores secundarios de atención.

En cuanto al proceso de reorganización o reordenamiento del trabajo impulsado por proceso de globalización de la economía, por la reforma del sector de la salud y por la flexibilidad del trabajo, cabe señalar que hubo una disminución de la oferta de empleo y un aumento del subempleo, así como una pérdida de beneficios marginales y derechos adquiridos y de la estabilidad en el empleo. El personal de enfermería (auxiliar y enfermera) está siendo desvalorizado como fuerza laboral, lo cual acarrea graves consecuencias, como el éxodo de la profesión y la disminución del número de ingresos en los cursos de enfermería.

Por otro lado, como resultado de la política de reducción de costos directos (personal), los servicios de salud están aumentando las responsabilidades laborales de las enfermeras y, al mismo tiempo, sustituyéndolas por personal menos calificado, cuando no por personal sin calificación alguna. Esta disminución de costo matemáticamente comprobada, no significa la efectividad del costo ni la calidad de los servicios. Varios estudios vienen demostrando que los riesgos para el paciente aumentan, así como los costos relativos a la ineficiencia e ineficacia en la prestación de dichos servicios (Ross; Marín, Albuquerque, 1999, Shamian, Chalmers, 1996).

La FEPPEN percibe que el momento es de grave crisis en la oferta cualitativa y cuantitativa de servicios de salud. Entiende que su responsabilidad en la construcción de estrategias capaces de garantizar el derecho de los ciudadanos a una calidad de vida y de oferta de servicios de salud mejores, así como de mejores condiciones de trabajo para el personal de enfermería es muy grande. En consecuencia, las ANEs perciben también el momento de crisis por el que pasa la enfermería en el interior de los servicios, en la formación y, principalmente, en el sector sindical.

Así, entiende que una de las estrategias utilizadas para disminuir esta inequidad, debe ser la búsqueda de una mejor calidad

de los servicios, lo que significa definir el concepto de calidad, establecer estándares a indicadores, crear metodologías de evaluación cuantitativa y cualitativa en todos los niveles de atención de enfermería, desarrollar mecanismos y procesos de acreditación de las instituciones del sector salud y sector de formación (públicas y privadas) a instituir la certificación de los actores: enfermeras y personal de enfermería.

Es obvio que el establecimiento de programas de mejora y garantía de la calidad requiere que éstos sean sustentables política, técnica y financieramente, así como una legislación clara que facilite su implementación.

Además, es necesario contar con una amplia participación de todos los sectores públicos, privados, grupos o asociaciones de usuarios y colegios de profesionales.

Algunas iniciativas e inclusive algunos experimentos realizados en programas de calidad de atención en enfermería ya están en curso en los países, pero éstos han permanecido aislados en cada país.

La FEPPEN considera que las líneas generales de este documento pueden generar algunos desafíos para la enfermería de América Latina y el Caribe, como son:

- Definir el concepto de calidad en salud y en enfermería.
- Identificar y analizar las variables más graves que impiden la calidad de atención de enfermería en los países.
- Priorizar acciones que puedan mejorar la calidad de la atención en enfermería, que puedan ser realizadas a corto y a medio plazo a través de consorcios o acuerdos entre países.
- Establecer indicadores y estándares de calidad de la atención de enfermería a nivel hospitalario y a nivel de red básica de salud.
- Acreditar los programas de formación.
- Reglamentar el ejercicio.
- Evaluar el desempeño como incentivo de calidad.
- Establecer un Código de Ética.
- Garantizar la participación de la enfermera en el poder.
- Garantizar la participación de los usuarios en programas de garantía de calidad.

- Normar la capacitación de los ayudantes.
- Establecer una red de información acerca de los programas y los proyectos de calidad de enfermería en desarrollo.
- Elaborar un programa de investigación que tenga como objetivo principal la mejora de la calidad, del costo y eficacia de los cuidados que se brindan, la evaluación del costo real de la ineficacia y la difusión masiva de la contribución de la enfermería en los resultados de salud con perspectivas de acuerdos con los Centros Colaboradores de Enfermería de la OMS/OPS.
- Establecer un sistema de acreditación y reacreditación para los programas de enfermería, tanto los de nivel superior como los de nivel técnico y del personal auxiliar en general.
- Establecer la certificación y recertificación de los profesionales como forma de dar un valor legal que les permita a la vez comparar su desempeño con lo demás, pues la competitividad y la eficiencia son condiciones necesarias para una creciente competencia, y una mayor atención a la calidad.
- Publicar y divulgar un cuaderno especial sobre el tema calidad en enfermería, así como realizar un intercambio de material docente sobre el tema.

6. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Para enfrentar estos desafíos, el Comité Ejecutivo de FEPPEN (gestión 1996-2000) y la OPS, promovieron un Taller con el apoyo de la Asociación Brasileira de Enfermeras (ABEN), gestión 1998-2001, el cual ocurrió los días 6 y 7 de agosto de 2000 en la sede de FEPPEN, ubicada en Brasilia, Brasil. Este taller contó con la coordinación de la Dra. Sandra Land de la OPS de Washington, D.C. y del Comité Ejecutivo de FEPPEN.

Participaron en este evento los miembros del Comité Ejecutivo de FEPPEN(1996-2000) y las presidentas de las ANES de Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El documento preliminar fue presentado por la Lic. Stella María Pereira Fernández de Barros y los objetivos de este taller fueron los siguientes:

- Analizar el documento “Calidad en los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería”.
- Identificar las posibles articulaciones para el desarrollo de un proyecto de calidad de atención de enfermería en los países miembros de FEPPEN.
- Definir y elaborar las bases del término de referencia que se presentará a la OPS para establecer una cooperación técnica entre la OPS y la FEPPEN en el área de calidad de atención de enfermería.

6.1 Síntesis de las discusiones de grupo durante el taller

6.1.1 *Conceptualización de calidad de atención de enfermería*

La salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas, así como el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud. La atención de enfermería forma parte de ese derecho, y así debe ser también garantizado de forma calificada para toda la población.

Todas las ANEs identificaron los momentos difíciles por los que pasan los países con sus políticas y sus procesos de reforma en el sector salud, sin embargo, consideran el momento muy importante para introducir cambios capaces de fortalecer los principios descritos.

6.1.2 Principios de salud

- Derecho fundamental de las personas.
- Equidad en acceso y calidad.
- Solidaridad.

6.1.3 Calidad en salud

- Estrategias para disminuir brechas e inequidad.
- Satisfacción de los trabajadores del sector.

La calidad de atención de salud no puede ser entendida como producto o medio para hacer de la salud un objeto de mercancía, pero debe ser buscada como forma de garantizar el acceso y la equidad de las acciones y servicios de salud para toda la población.

6.1.4 Calidad de enfermería

- Constituye un referente esencial para la calidad de atención de salud.
- Requiere de las siguientes condiciones:
 - Capacidad efectiva de influencia en la toma de decisiones.
 - Liderazgo político de las organizaciones de enfermería para intervenir con pertinencia en el cambio de actitud de las enfermeras y en las instituciones de salud.
 - Desarrollo de habilidades para comprender y analizar la realidad o contexto.
 - Elementos fundamentales de la calidad de enfermería.
 - Continuidad de los cuidados.
 - Atención en base a estándares.
 - Evaluación permanente de la atención.
 - Medición del impacto y resultados a través de indicadores válidos y sensibles.
 - Organización de la atención de enfermería bajo una normativa legal que garantice autonomía e independencia en el ámbito de nuestro ejercicio.
 - Orientación del recurso humano de enfermería hacia la profesionalización.

Los trabajos desarrollados en el taller permitirán trazar un plan con vistas a la construcción de un programa de cooperación técnica, el cual se expresa en los siguientes objetivos:

- Promover la calidad para garantizar la integridad y continuidad de los cuidados de enfermería para la satisfacción de los usuarios y de los trabajadores de enfermería buscando superar la inequidad en los sistemas de salud.
- Optimizar la contribución de enfermería a los servicios de salud garantizando la calidad a través de la efectividad y el equilibrio de los costos.

6.2 Líneas de Acción propuestas para el Programa de Cooperación Técnica

6.2.1 Servicio

- Evaluar la contribución de la enfermería a los servicios de salud a través de la efectividad (eficacia y eficiencia) y los costos.
- Establecer indicadores y estándares de enfermería.
- Acreditación y certificación de los servicios de enfermería.
- Capacitación de los profesionales de enfermería.
- Certificación y recertificación de los profesionales de enfermería.

6.2.2 Formación

- Establecer un sistema de acreditación y reacreditación de programas de nivel superior, nivel técnico y personal auxiliar en general.

6.2.3 Laboral

- Evaluación de desempeño.
- Regulación de las condiciones de trabajo del personal de enfermería.
- Reglamentación de la profesión.
- Poder rector.

6.2.4 Información

- Fortalecimiento y/o reestructuración de las comisiones de trabajo de FEPPEN.

- Coordinación de los componentes de la propuesta por las comisiones de FEPPEN.
- Optimización de tecnología informática.
- Creación de una base de datos del Comité Ejecutivo.

6.2.5 Responsables

- Comité Ejecutivo FEPPEN;
- Afiliadas de ANEs, y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS).

6.2.6 Socios disponibles

El desarrollo de las actividades conjuntas con otras asociaciones o grupos organizados deberá buscarse como forma de sumar esfuerzos y ampliar la posibilidad de trabajo y consecuente efectividad de las asociaciones. Como principales socios tenemos: Asociación Americana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), Fundación Iberoamericana de Desarrollo de Enfermería (FIDE), Grupo Centroamericano, Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y Red de Enfermería de América Latina (REAL).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armenteros, JP. *Experiencia cubana de incremento de la calidad. Servicios de Enfermería*. Cuba: Sociedad Cubana de Enfermería, 1999, 10p.
2. Armenteros, JP, Brito, NC. *Participación de la Sociedad Cubana de Enfermería en el programa de garantía de la calidad de atención. Estrategias 2000 - 2001*. Cuba: Sociedad Cubana de Enfermería, 1999, 12p.
3. Consejo Internacional de Enfermería. *El valor de la enfermería en un mundo cambiante*. Ginebra, 1996, 66p.
4. Consejo Internacional de Enfermería. *La rentabilidad de los servicios de salud: directrices para las asociaciones nacionales de enfermeras y otros*. Ginebra, 1993, 38p.
5. Consejo Internacional de Enfermería. *Costo de los servicios de enfermería: informe del grupo especial del CIE*, Ginebra, 1992, 33p.
6. Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. *Marco de referencia para el desarrollo de la práctica de enfermería en los servicios de salud. FEPPEN*, 1993, 60p.
7. Guatemala. Grupo centroamericano, núcleo nacional. Grupo planificador. *Protocolo de atención de enfermería a nivel hospitalario*, 1997, 40p.
8. Gutiérrez B., ML. *Participación social para el desarrollo de la salud: un compromiso para la enfermería*. En: Organización Panamericana de la Salud. *La Enfermería en las Américas/Nursing in the Americas/Enfermagem nas Américas*. Washington DC: OPS, 1999 a, p.13-27.
9. Novaes, H de M, Paganini, JM. *Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/OMS, 1994, 109p.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y programáticas. Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002*. Washington, DC: OPS/OMS, documento oficial 291, 1996, 83p.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Subcomité de planificación y del Comité Ejecutivo. *Programa de garantía de calidad de atención de salud*, 1998, 17p.

12. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *La Enfermería en la Región de las Américas*. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 16. Washington, DC, 1999c, 71p.
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *Reunión regional sobre programas de garantía de calidad de los servicios de salud en el marco de las reformas sectoriales. Relatoría general*. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 10. Washington, DC, 1998, 65p.
14. Palacios, CBO et al. *Estándares de enfermería para el mejoramiento de la atención. Nicaragua*: Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1996, 87p.
15. Ross, AG, Marín, JM, Albuquerque, C. *Lineamientos para la cooperación técnica en los programas de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe*, borrador para discusión. OPS/OMS, Washington, DC, 1999, 32p.
16. Shamian, J, Chalmero, B. *Nurse effectiveness: health and cost effective nursing services*. Toronto, 1996, 56p.

ANEXO A: RECOMENDACIONES DE LA OPS/OMS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE UN PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD (P.N.G.C)



CONTENIDOS DE LA PRESENTACIÓN

- 1 - Aspectos generales sobre el tema
- 2 - Características de un PNGC
- 3 - Recomendaciones para la sostenibilidad de los mismos



DEFINICIÓN DE CALIDAD

- La calidad es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como:
 - Un alto nivel de excelencia profesional
 - Uso eficiente de los recursos
 - Un mínimo de riesgos para el paciente
 - Un alto grado de satisfacción por parte del paciente
 - Impacto final en la salud

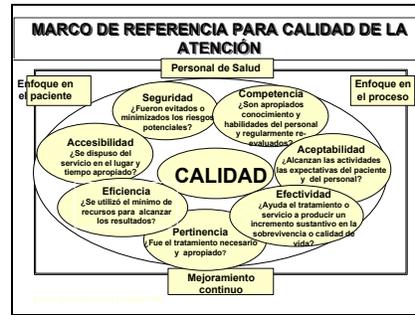
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Está basado en el diseño de un sólido Sistema de Salud, seguido de una evaluación continua de su funcionamiento, dirigido a actividades educativas y motivadoras, y al reajuste del Sistema”

*Drs. Avedis Donabedian y W.M. Jackman
Grupo de trabajo de la OMS, 1994.*

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

- Integralidad de los conceptos
- Indivisible para la efectividad de las intervenciones
- Resultante de la interacción entre todos los autores (proveedores y usuarios)
- Perspectivas múltiples (calidad técnica y calidad percibida)



- ### JUSTIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CALIDAD
- Los procesos de transformación y reforma sectorial favorecen la inclusión del tema
 - Disponibilidad de escasos recursos frente a grandes necesidades
 - Existencia de intervenciones inefectivas
 - Diversos grados de insatisfacción del usuario, tanto interno como externo
 - Persistencia de inequidades
 - Mayor control de costos

- ### CARACTERÍSTICAS DE UN PNGC
- Estar incorporado a las políticas de Estado
 - Estar adaptado a las necesidades del usuario
 - Debe también satisfacer las necesidades internas (incentivos)
 - Ser multidisciplinario
 - Su evaluación debe estar basada en la satisfacción del usuario
 - Ser dinámico
 - Ser adaptable a los diferentes escenarios

- ### CARACTERÍSTICAS DE UN PNGC (CONT.)
- Orientado a promover cambios de actitud
 - Que propicie la capacitación
 - Tener disponibilidad adecuada de recursos
 - Ser permanentemente evaluado
 - Que promueva alianzas estratégicas
 - Que sea bien articulado
 - Que incluya a todos los actores

- ### CARACTERÍSTICAS DE UN PNGC (CONT.)
- Que asegure la medición de los resultados
 - Que contenga retroalimentación adecuada
 - Que el Nivel Nacional y local estén trabajando en paralelo
 - Que establezca prioridades
 - Que contenga un sistema de información confiable
 - Que promueva coberturas crecientes

**CARACTERÍSTICAS DE UN PNGC
(CONT.)**

- Estar articulado con el sistema de regulación
- Que reconozca la compra y venta de servicios
- Que incluya elaboración de protocolos
- Que integre los riesgos y los beneficios
- Que se asegure el respeto a las decisiones tomadas

CONTENIDOS DEL PLAN DE MANEJO INTEGRAL DEL PNGC

- Políticas, procedimientos, normas, legislación, protocolos
- Recursos: infraestructura, tecnología, humanos, financieros
- Evaluación de Resultados
- Rediseño del Plan

RESPONSABILIDADES DEL SECTOR SALUD

- Prevenir enfermedades, prolongar la vida
- Prevenir discapacidades
- Reducir las secuelas
- Satisfacer las necesidades del usuario (Percepción)
- Hacer uso adecuado de recursos
- Mejorar la calidad de vida de la población

RESPONSABILIDADES DEL SECTOR SALUD (CONT.)

- Ejercer el rol Rector
- El rol de Conducción
- El rol de Regulación
- La Vigilancia en la prestación de los Servicios



- ♦ Recomendaciones para la Sostenibilidad de los PNGC



SOSTENIBILIDAD DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE CALIDAD

- Que esté contenida en las políticas de Estado
- Que sea integral
- Que tenga múltiples perspectivas
- Que participen todos los actores

NUEVOS ÉNFASIS EN EL TEMA DE CALIDAD

- ♦ Adaptación a las diferencias socioculturales
- ♦ Consideración de perspectivas étnicas
- ♦ Inclusión de aspectos de género
- ♦ Respeto del derecho ciudadano

RETOS DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS

- ♦ Promover que todos los Servicios de Salud se presten con *Calidad*
- ♦ Estimular a los usuarios a utilizar la información sobre Calidad para seleccionar y usar los Servicios más efectivamente

RETOS (CONT.)

- Pasar del énfasis en criterios e indicadores de estructura hacia criterios e indicadores de proceso y resultados
- Incorporar los componentes de calidad técnica y calidad percibida a la calidad total
- Incluir el componente de educación continua y recertificación del recurso humano en salud

RETOS (CONT.)

- Articular los Programas Nacionales con los procesos de evaluación de tecnologías en salud y de medicina basada en evidencia
- Promover la articulación de la valoración de prerrequisitos para la calidad de la atención (instalaciones, organización, personal y normas o pautas) con elementos de desempeño y efectos de la atención
- Apoyar el desarrollo de medición de resultados atribuibles a los servicios.

ÁREAS DE INTERÉS PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA

- Rol del Estado como garante de la calidad de la atención
 - La relación estrecha entre la calidad y:
 - - el proceso de normatización
 - - la evaluación de servicios y tecnologías utilizadas
 - - los protocolos de atención
 - - los indicadores y estándares
 - - los incentivos laborales
 - - las formas de pago a prestadores de servicios
- MAYOR EFICIENCIA Y EFICACIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**
- 

EL DILEMA DE UN PNGC

- Qué hacer con los Sistemas o instalaciones que no cumplen con los estándares una vez realizada la evaluación?
- Cuál va a ser el valor que el concepto de *Calidad* tendrá en el cambio de decisiones en el Sector Salud a futuro?

LA SALUD CON CALIDAD DEBE SER UNA POLÍTICA DE ESTADO PARA CUALQUIER SISTEMA DE SALUD

ANEXO B: GUIÓN

Sector salud

Informe sobre cuál es la tendencia actual del proceso de reforma del sector de la salud en su país (papel que compete al Estado y a los servicios y seguros privados, entre otras informaciones), así mismo:

- a) Describa el impacto del proceso de reforma del sector de la salud en su país, en cuanto a la equidad, la efectividad y la calidad de los servicios de salud, incluyendo cómo se ha garantizado el mantenimiento financiero y la participación social.
- b) Agenda de cobertura de salud/calidad de atención.
- c) Significado e impacto de los programas de calidad en salud en el proceso de reforma del sector salud (informaciones, descripción y evaluación de la ANE en cuanto a este aspecto).
- d) Concepto, programas y proyectos de "calidad en salud" y en enfermería adoptados por la ANE (atributos principales).
- e) Papel de la ANE en los programas y proyectos de "Calidad en Salud" (nivel de participación, tipos y naturaleza de proyectos o programas). Citar las fuentes de recursos financieros y articulación/integración con otras organizaciones/ instituciones (Ministerios y Secretaría de la Salud, de trabajo) servicios de salud (hospitales, centros de salud, universidades y escuelas de enfermería).
- f) Programas o proyectos de "calidad en atención a salud/enfermería" desarrollados por los servicios de salud a nivel nacional o regional:
 - Programas de certificación o acreditación de hospitales, centros de salud, otros; definición de estándares (estructura, proceso, resultados).
 - Implantación de la norma de la International Standards Organization (ISO 9000).
 - Comités de ética, auditoría y otros.
 - Educación en salud/enfermería.
 - Programas de "calidad" en desarrollo en el sector educativo (citar programas y la participación de enfermería y de la ANE en los mismos).

- Capacitación de recursos humanos de salud en "calidad de atención" (postgrado).
- Investigación (proyectos y programas en construcción o desarrollo). Citar instituciones involucradas, personas responsables de los proyectos y programas.

Participación de los usuarios en programas/proyectos de "calidad en atención de salud/educación".

Marco:

- Reglamento de enfermería en su país (leyes, reglamentos aprobados y en tramitación en su país).
- En educación de enfermería.
- Ejercicio profesional (inspección, control y normal); condiciones de trabajo; licencia para el ejercicio profesional, etc.

Marco (estatutos y reglamentos) de la ANE. Enviar copia informando si están aprobados por las leyes del país, etc.

ANEXO C: RELACIÓN DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADOS POR LOS PAÍSES

Argentina

- Legislación acerca del Hospital Público de Autogestión.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica/1993 (PNGCAM).
- Normas de organización y funcionamiento de los servicios de enfermería en establecimientos de atención médica (Resolución Ministerial N° 194/95, 1998): marco referencial, marco conceptual, estructura del servicio de enfermería, sectores de trabajo de enfermería, recursos humanos, recursos materiales, planta física, sistema de información, la gestión del servicio de enfermería, evaluación de la atención de enfermería, atención de enfermería en el área programática, categorización de los servicios de enfermería, sistema de clasificación de pacientes, unidades de producción de enfermería.
- Proceso de certificación y recertificación de profesionales en el área de la salud. Ministerio de Salud (ANE se presentó como entidad acreditada para realizar este tipo de tramitaciones, no obteniendo respuesta).
- Educación. Programas de evaluación académica a nivel de grado.

Brasil

- Constitución Brasileña, capítulo 7. Sistema Único de Salud, 1988.
- Decretos Ley 8080/90 y 8142/90. Sistema único de salud, instancias deliberativas y control social.
- Manual Brasileño de Acreditación Hospitalaria. Ministerio de Salud, 1997.
- Manual de Procedimientos Operacionales Estándar (POPS). Algunas instituciones.
- International Standards Organization (ISO 9000), algunas instituciones ya lo obtuvieron.
- Comisiones de ética en las instituciones.

- Servicios de defensoría, algunas instituciones.
- Servicios de auditoría, ministerio de salud, secretarías estatales y municipales.
- Programa de evaluación de las universidades públicas brasileñas, 1996, (se evalúan los cursos de graduación y posgrado).
- Código de defensa del consumidor.
- Proyecto ELOS. Educación, Liderazgo y Organización en Salud (Convenio ANE/Ministerio de Salud/OPAS).
- La Enfermería y el Adolescente Brasileño (convenio ANE/Ministerio de Salud).
- Proyecto Liderazgo para el Cambio (ANE/CIE).
- Proyecto de Clasificación Internacional de las Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva (CIPESC-QNE/CIE).

Chile

- Programa de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad, 1991.
- 100 Comités de Calidad en funcionamiento, 625 proyectos de calidad o actividades en marcha de mejoramiento y 568 enfermeras capacitadas.
- Libro "La calidad es nuestra: la experiencia de un país".

Colombia

- Ley 100 de 1993 Seguridad Social, Colombia.
- Por Decreto 2174/96 del Ministerio de Salud se crea el sistema obligatorio de garantía de calidad (criterios de infraestructura física, tecnológica y de recursos humanos por niveles de complejidad).
- Manual de requisitos mínimos esenciales para el funcionamiento de instituciones de salud, según nivel y complejidad.
- La Ley 266, 1996, que reglamenta la profesión de enfermería, crea un Consejo Técnico Nacional de Enfermería con la función de establecer un control de la calidad de atención de enfermería.

- La Ley 266, 1996 autoriza a la Asociación Colombiana de la Facultad de Enfermería (ACOFAEN) a realizar la acreditación y control de los programas universitarios de enfermería.
- Proyecto de Liderazgo para el Cambio, ANE/CIE.
- La ANE no participa en la actualidad en programas de calidad del gobierno.

Cuba*

- Comité de Evaluación de las Actividades Científicas, CEAC, 1962, a programas de garantía de la calidad de la atención médica hospitalaria, 1963-1973.
- Manual de requisitos mínimos esenciales para el funcionamiento de instituciones de salud.
- La calidad de la atención de los servicios de enfermería está avalada por los siguientes documentos: Reglamento General de Hospitales, 1985; Reglamentos y Procedimientos del Consejo Médico Auditor, 1986; Reglamento y Normas Nacionales para la Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, 1984; Metodología para el Análisis de los Costos Hospitalarios; Reglamento del Comité Fármaco-Terapéutico, 1991 y Código de Ética Médica.
- Evaluación del certificado para la calidad de la atención y la docencia de enfermería de primero y segundo nivel.

Ecuador

- Programas de mejoramiento de calidad, experiencias locales (programa educativo para mejorar la calidad de atención, manual de procedimientos, manual técnico- administrativo).
- Comité Interinstitucional de Enfermería, definición, elaboración y monitoreo de estándares (en desarrollo).
- Elaboración y ejecución de programas de capacitación y educación permanente ANE.
- Programas de liderazgo para el cambio (ANE/CIE).
- Código de ética (ANE).

El Salvador

- Cinco propuestas de reforma del sector salud en proceso de consulta.
- Programas de garantía de calidad hospitalaria (en fase de elaboración).
- Evaluación de estándares en base a los principios científicos de enfermería e indicadores de evaluación de enfermería en relación a las áreas de desempeño (no divulgado).
- Comité de Ética Nacional que coordina a los demás comités (en hospital y departamento).

Guatemala*

- Protocolos de atención de enfermería a nivel hospitalario, proceso de desarrollo de enfermería, grupo planificador, grupo centroamericano, núcleo nacional, mayo 1997.

Honduras

- Los programas de calidad son parte de los procesos de reformas.
- Programas de evaluación y acreditación hospitalaria.
- Programas de calidad de la docencia en las escuelas de auxiliares y profesionales de enfermería.
- Nuevo curriculum de los programas de auxiliares de enfermería.
- ANE, jornadas, talleres y programas de calidad.

México

- Consejo Nacional de Certificaciones de Hospitales.
- Colegio Nacional de Enfermeras.
- Miembro del Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación (COMACE), certificación de la enfermera general y de la docente, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Proyecto Liderazgo para el Cambio (ANE/CIE).

Nicaragua

- Estándares de enfermería para el mejoramiento de la calidad de la atención (1995) relacionados con:
 - a) Desarrollo científico y técnico de la profesión de enfermería: conocimientos científicos, técnicos, proceso de comunicación y proceso de enfermería.
 - b) Gerencia del personal de enfermería: naturaleza del cargo, de las funciones, estructura, dotación de recursos humanos, atención de enfermería, jornada laboral, normatización, estructura física, políticas de personal, coordinación, supervisión profesional, evaluación del personal, situación de emergencias.
 - c) Infraestructura.
 - d) Atención al paciente hospitalizado: indicaciones médicas y de enfermería, infecciones hospitalarias, seguridad del paciente, humanización del cuidado.
 - e) Enfermería en el primer nivel de atención.

Paraguay

- La Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social coordinó la elaboración de una Metodología de Evaluación de la Calidad de Atención Hospitalaria, 1998.
- Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Acreditación de hospitales en las instituciones privadas.
- Comités de Infecciones intra hospitalares (algunos hospitales).
- Comité Técnico Interinstitucional y Enfermería. Ha realizado talleres para capacitación e implementación. Metodología de evaluación de la calidad de la atención hospitalaria.

Puerto Rico

- La Ley 72 del 23 de septiembre de 1993 creó una agenda: Administración de Servicios de Salud.
- Servicio de acreditación del Departamento de Salud de Puerto Rico, comités de ética en los hospitales.
- Educación. Consejo de Educación Superior de Puerto Rico: acreditación y reacreditación.

- Estándares para la práctica de enfermería, abril 1987:
 - a) Conocimiento y destrezas clínicas.
 - b) Comunicación.
 - c) Proceso de enfermería.
 - d) Responsabilidad ético-legal.
- Estándares para la Educación de Enfermería:
 - a) Organización y administración.
 - b) Facilidades y recursos.
 - c) Estudiante.
 - d) Diseño educativo.
 - e) Facultad.
 - f) Evaluación.
- La ANE no ha desarrollado programas y proyectos propios.

República Dominicana

- Código de Salud, 1959.
- Ley Nacional de Salud en tramitación en el Congreso.
- Consejo Nacional de Educación, certificación de las escuelas.
- Diplomado en enfermería y calidad de atención.
- Proyecto de profesionalización.

Venezuela²

- Proyectos para la acreditación de hospitales, la definición de estándares y la implementación de las normas (ISO 9000) (empezando).
- Centro de Información, Documentación e Investigación en Enfermería creado por la Federación.

² Fuente: Guión llenado por las ANEs (febrero 2000) y documentos* entregados por las ANEs al Comité Ejecutivo de FEPPEN (octubre 1999).

- Cambio de curriculum, introducir los nuevos programas de calidad de atención en enfermería.
- Educación. Proyecto Liderazgo para el Cambio (ANE/CIE).
- Proyecto Nacional de Educación Permanente en Enfermería.

Glosario de Términos

Calidad de los servicios: es un término relativo que se aplica al conjunto de propiedades que poseen los servicios para satisfacer o superar las necesidades o expectativas de aquellos que están demandando o prestando estos servicios, en forma congruente con un estándar básico de referencia.

Indicador de calidad: es la variable, mensurable en forma cuantitativa o cualitativa, que permite identificar el comportamiento de las características de los servicios y que por comparación frente a un estándar cuantitativo o cualitativo, permite elaborar un juicio o calificación de dichas características.

Garantía de calidad: se aplica al proceso mediante el cual se da la seguridad a los usuarios de los servicios que recibirán. Los mayores beneficios posibles con el mínimo de riesgos.

Garantía de la calidad en los servicios de salud: representa el compromiso institucional de que cada ciudadano recibirá la atención diagnóstica y terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con la tecnología y recursos disponibles para la atención requerida en relación con los problemas y condiciones de la persona a tratar, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose máxima satisfacción por servicios recibidos, en cualquiera de los niveles de atención.

Calidad total: proceso estratégico mediante el cual se controla y procura tener las mejores condiciones para lograr la satisfacción del usuario-cliente, con una responsabilidad compartida por todos los actores en la organización, a partir de un proceso continuo de planificación, detección de fallas utilizando métodos cuantitativos, y determinación de posibles intervenciones para mejorar continuamente los procesos de una organización.

Mejoramiento continuo: esfuerzo permanente para la gestión de la calidad que se apoya en los métodos de desarrollo institucional para lograr cambios ventajosos en el desempeño, haciendo hincapié en los sistemas de organización y procesos de trabajo, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan revisar los

procesos, y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aún cuando se hayan logrado estados satisfactorios de cumplimiento de los estándares.

Programas de garantía y mejoramiento de la calidad: conjunto de acciones dirigidas a asegurar e incrementar la recepción de los mayores beneficios y la disminución de los riesgos resultantes de los servicios. Deben ser evaluados y monitoreados de forma sistemática.

Acreditación: proceso de verificación del cumplimiento de estándares cualitativos en las características y cooperación de las instituciones o establecimientos que proveen los servicios para asegurar niveles adecuados de calidad. Generalmente es de uso voluntario para las instituciones y se realiza por una instancia que debe ser externa

Licenciamiento: proceso mediante el cual se le otorga una autorización de funcionamiento a un establecimiento que cumple con los requisitos previamente establecidos.

Reingeniería: redefinición de los procesos en la organización, gestión o prestación del servicio para ejecutar cambios radicales que buscan el funcionamiento más eficiente, así como la satisfacción del usuario y proveedor.

"Benchmarking": proceso de comparar los productos, procesos o servicios con los de la competencia para identificar las mejores prácticas a fin de mejorar las propias.

ANEXO D: RELACIÓN DE LOS MARCOS LEGALES DE LA PROFESIÓN Y DE LAS ORGANIZACIONES MIEMBROS

Federación Argentina de Enfermería

- Ley N° 24.004 del Ejercicio de la Enfermería.
- Licencia para ejercer la profesión: las otorgan los distintos ministerios de salud provinciales.
- Estatuto de la Federación Argentina de Enfermería.
- Educación, Decreto Ley 1469/68 (nivel universitario).
- Decreto Ley 1469/68 (nivel auxiliar).
- Políticas de Enfermería para el 2000. Documento coordinado y aprobado por la Federación Argentina de Enfermería y la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina.

Associação Brasileira de Enfermagem

- Estatuto de la Associação Brasileira de Enfermagem (reformulado 1998).
- Ley 7498/86 del Ejercicio Profesional de Enfermería.
- Ley 5.905 de 12 de julio de 1973. Conselhos Federal, Regionais de Enfermagem (órgano disciplinador del ejercicio de los profesionales de enfermería).
- Conselho Federal de Educação, Parecer N° 314/94. Curriculum Mínimo de Enfermería, Proyecto de Ley del Senado No.161/1999, duración de jornada de trabajo (en tramitación).
- Código de Ética de Enfermería.

Colegio de Enfermeras de Chile

- Estatuto del Colegio de Enfermeras.
- Código de Ética.
- Código Sanitario del país, reglamenta el ejercicio profesional de enfermería.

- Ley Orgánica Superior, reglamenta la educación de enfermería.

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

- Ley 266 de 1996, reglamenta la profesión de enfermería a Tribunal Nacional de Enfermería. Ley 266 definir un código de ética de enfermería (en proceso de elaboración).
- Asociación Colombiana de Facultad de Enfermería, Ley 266/96, artículo 16, acreditación y control de los programas universitarios.
- Reforma Estatutaria de la ANEC. Resolución N° 0049 de 21 de enero de 2000 aprobada por el Ministerio de Trabajo, entre otras finalidades está el Registro Único Nacional de quien ejerce la profesión de enfermería.
- Federación Ecuatoriana de Enfermeras/Enfermeros.
- Código de Ética (en proceso de actualización).
- Leyes de remuneraciones.
- Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.
- Código del Trabajo.
- Código de la Salud.
- Ley N° 261 del ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros 19 de febrero de 1998.
- Reglamento de aplicación de Ley 261, aprobado el 20 de enero de 1999.
- Estatutos de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros.
- Reglamento para la provisión de cargos en enfermería (en revisión).
- Educación de Enfermería, Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería, Políticas de Educación en Enfermería, 1991.

Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas

- Junta de vigilancia de la profesión de enfermería, autoriza la licencia para el ejercicio.

- Estatutos de la ANE actualizados y aprobados, septiembre 1999, (Ministerio del Interior).

Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras

- Ley Orgánica del Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, decreto sin número.
- Ley del Estatuto del Personal Profesional de Enfermería de Honduras, decreto sin número.
- Código de Ética del Personal Profesional de Enfermería de Honduras (DO 11 de noviembre de 1999).
- Reglamento del Comité de Auxilio Mutuo.
- Reglamento de Especialidades.
- Ley de Escalafón del Personal Profesional de Enfermería (en trámite).
- Reglamento del Estatuto del Personal Profesional de Enfermería (en trámite).
- Reglamento sobre Puestos y Salarios del Personal Profesional de Enfermería (en trámite).

Colegio Nacional de Enfermeras Ac., México

- Regulación del Ejercicio Profesional de la Enfermería (artículos 3er, 4to y 5to. constitucionales).
- Ley General de Salud (título 4to., capítulo 1, artículo 78, fracciones 1, II).
- Ley General de las Profesiones, registro obligatorio y la expedición de una cédula profesional.
- Ley General de Educación (capítulos IV, V, VI, VIII).
- Ley Federal del Trabajo (artículo 1223).
- Código Penal.
- Participación del Colegio en: Reglamentación en Enfermería, Código de Ética, directrices para nombrar peritos profesionales, directrices para el servicio social profesional, elaboración del perfil profesional de enfermería, elaboración de criterios para el reconocimiento de enfermería,

estructuración del Consejo Nacional de Acreditación y Certificación.

Asociación Paraguaya de Enfermería

- Ley 200 del funcionario público (sector público).
- Código Laboral (sector privado).

Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico

- Ley 9 del 11 de octubre de 1987. Regula la profesión y la educación de enfermería.
- Reglamento de la Junta Examinadora de Enfermeras y Enfermeros para la implantación de la Ley N° 9.
- Ley 82 del 1973. Crea el Colegio de Profesionales de la Enfermería.
- Código de Ética del Colegio de Profesionales de Enfermería.

Asociación Dominicana de Enfermeras Graduas

- Reglamentos y normas generales que regulan el ejercicio profesional de la enfermería.
- ANE, estatutos.
- Consejo Nacional de Educación. Certificación de escuelas y cursos de formación de personal auxiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Registro y licencia. Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud/Departamento Jurídico lo tramita al poder Ejecutivo. A través de un decreto otorga el permiso legal para el ejercicio.
- La ANE otorga un carnet.
- ANE, registrada en la Procuradora de la República.
- Organizaciones de auxiliares, Secretaría de Trabajo (hay tres gremios diferentes).

*

* NOTA: las ANEs que no fueran citadas no nos enviaron informaciones

ANEXO E: LISTA DE MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA FEPPEN Y DE PRESIDENTES DE ORGANIZACIONES MIEMBROS

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

Comité Ejecutivo de la FEPPEN

(GESTIÓN 1996 - 2000)

Presidenta: Lic. María Auxiliadora C. Christóforo
1º Vicepresidenta: Lic. María da Graça Oliveira Crossetti
2a Vicepresidenta: Lic. Ivete Santos Barreto
Subrogante Presidenta: Lic. María Aparecida Gussi
Tesorera: Lic. Milca Severino Pereira
Subrogante de tesorera: Lic. Mirían Santos Paiva
Secretaria General: Lic. Stella María P. F. de Barros
Subrogante Secretaria General: Lic. Liany Bonilla da S. Comino

(GESTIÓN 2000-2004)

Presidenta: Lic. Eucléa Gomes Vale
1º Vicepresidente: Lic. Gelson Luiz de Albuquerque
2ª Vicepresidenta: Lic. María Rizioneide N.de Araujo
Subrogante Presidenta: Lic. Isabel dos Reis Silva Oliveira
Tesorero: Lic. Walderlei Sant'Anna
Subrogante de tesorero: Lic. María Natividade G.S. T.Santana
Secretaria General: Lic. María Goretti David López
Subrogante Secretaria General: Lic. María José Bistafa Pereira

Organizaciones Miembros

Federación Argentina de Enfermería
Presidenta: Lic. Elena Perico

Colegio de Enfermeras de Bolivia
Presidenta: Lic. Myrian Parada de Fabrini

Associação Brasileira de Enfermagem
Presidenta: Lic. Eucléa Gomes Vale

Colegio de Enfermeras de Chile
Presidenta: Lic. Gladys Corral Neira

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
Presidenta: Lic. Beatriz Carvalho

Sociedad Cubana de Enfermería
Presidenta: Lic. Jovita Páez Armenteros

Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas.
Presidenta: Lic. Mayra Mercedes Rodríguez

Colegio de Profesionales Enfermería de Honduras
Presidenta Lic. Dalila Calix

Federación Ecuatoriana de Enfermeras
Presidenta: Lic. María de Lourdes Velasco

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales
Presidenta: Lic. Elsa Maribel Fernández Argueta

Colegio Nacional de Enfermeras de México
Presidenta: Lic. Josefina Reyes González

Asociación de Enfermeras(os) Nicaragüenses
Presidenta: Lic. Aura Lila Molina Ramírez

Asociación Paraguaya de Enfermeras
Presidenta: Lic. Anselma de Arévalos

Federación de Enfermeros del Perú
Presidenta: Lic. Lourdes Espinoza Rivers

Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas
Presidenta: Lic. Nelly Raquel Villalobos

Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá

Presidenta: Lic. Berta de Estribí

Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico

Presidenta: Lic. Leonor Irizarry Santiago

Colegio de Enfermeras del Uruguay

Presidenta: Lic. Graciela Cabrera

Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela

Presidenta: Lic. Mag. Victoria Elena Vilanoel