



**República Bolivariana de Venezuela  
Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud Sede Aragua  
Escuela de Medicina "Dr. José Witremundo Torrealba"  
Departamento de Salud Pública**



**Historia y Evolución en Enfermería en el Estado Aragua  
(Trabajo de Ascenso para Optar a la Categoría de Profesor Titular)**

**Autor(a): Alida Farías.**

Maracay, Enero 2013

## INDICE GENERAL

pp.

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
 <b>CAPÍTULO I</b>	
Aproximación ala Realidad .....	3
Propósitos de la Investigación .....	4
Justificación .....	5
 <b>CAPITULO II</b>	
Construcción Teórica .....	8
Teorías de Entrada	
Enfermería en las primeras civilizaciones .....	9
Edad Media.....	10
Siglo XV a XIX.....	11
Guerra Civil (1860 - 1865).....	13
Siglo XX.....	15

La Enfermería Gremial en el Mundo .....	17
Historia de Enfermería de Venezuela.....	21
Época Colonial en Venezuela.....	22
La República.....	24
Presencia de enfermería en las instituciones (1935-1960).....	28
Sistema Curativo Participación de la Enfermería.....	34
Imagen y Género. Ingresos y Requisitos para Cursar estudios de Enfermería en las Escuelas .....	36
Reformas Educativas Incidencia.....	38
La Enfermería Comunitaria en Venezuela.....	39
El Gremio y su importancia para la evolución de la enfermería en Venezuela.....	44
La Enfermería en el Estado Aragua.....	46
La Enfermería Gremial en el Estado Aragua .....	51
Formación Académica de Enfermería en el Estado Aragua.....	54
Marco Regulatorio.....	61

### **CAPITULO III**

Construcción Metódica

Orientación Epistemológica.....	63
---------------------------------	----

Paradigma de Investigación.....	64
Modalidad de Investigación.....	64
Informantes o sujetos de la Investigación.....	64
Registros de Información.....	65
Procedimiento.....	65

#### **CAPITULO IV**

##### Categorización Y Teorización De Testimonios

Ordenadores Epistemo -Metodológicos.....	67
Análisis de Contenidos.....	101
HALLAZGOS.....	115
REFLEXIONES DE LA AUTORA.....	117
TRANSITANDO EL RECORRIDO HISTORICO DE LA ENFERMERIA EN EL ESTADO ARAGUA.....	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso por su infinita bondad y misericordia, por ser mi guía e inspiración.

A la Madre María de San José, quien en vida aun no siendo enfermera de profesión demostró su vocación y servicio en el estado Aragua y en el país, se comportó como heroína al salvar vidas y ayudó al ser humano hasta los últimos días de su vida. Es digna de emular.

A mis padres Lucrecia y Pedro quienes están físicamente ausentes pero espiritualmente estaban conmigo. Los amo.

## **AGRADECIMIENTO**

- A mis hermanos (as) y sobrinos (as) por su apoyo y comprensión.
- A los colegas informantes clave por su colaboración y solidaridad.
- Al Dr. José Dr. Mora Márquez por su colaboración en la revisión de la redacción y estilo.
- A la profesora Daisy Meza por ser mi asesora, quien estímulo y apoyo.
- A Kyra Liendo, transcriptora del trabajo por su solidaridad y comprensión.
- A mis comadres Rosa, Ana y Salvadora por su apoyo, solidaridad y compañía conmigo.
- A todos los colegas y ex alumnos a quienes acudí en busca de información.
- A José Molina y Fanny García y Manarí Manaú, colegas y amigos por su colaboración y estímulo.



República Bolivariana de Venezuela  
Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud Sede Aragua  
Escuela de Medicina "Dr. José Witremundo Torrealba"  
Departamento de Salud Pública

**Historia y Evolución en Enfermería en el Estado Aragua**  
(Trabajo de Ascenso para Optar a la Categoría de Profesor Titular)

Autor(a): Alida Farías.

Año: 2013

**RESUMEN**

El propósito de este trabajo es aportar información concreta sobre la evolución histórica de la enfermería a nivel mundial, nacional y regional desde la civilización occidental, como apertura a la definición de la realidad histórica. Consiste en describir las principales etapas de la historia y evolución de la enfermería e identificar los principales hechos históricos que denotan la evolución de la enfermería en el estado Aragua. Otro de los propósitos estuvo centrado en reconstruir las diferentes etapas de la historia de la enfermería en el estado Aragua, a través del registro de los testimonios develados por los informantes clave. Finalmente se identificó la concepción teórica predominante en las diferentes etapas de la formación de las(os) profesionales de enfermería. Para el logro de estos propósitos, se abordó la revisión de estudios previos referidos al tema; teorías de entrada como la de Virginia Henderson y Dorotea Orem, así como la revisión del marco regulatorio que la sustenta. La orientación epistemológica de la investigación fue la holística, bajo el paradigma cualitativo y el método hermenéutico interpretativo. Los informantes clave fueron seis sujetos; como registro de información se utilizó la entrevista de preguntas enfocadas. Finalmente se desarrolló la categorización, teorización de testimonios y análisis de contenido, con las técnicas de saturación, descripción, contraste y triangulación develando los siguientes hallazgos: la necesidad de realizar una evaluación externa del diseño curricular de la carrera de enfermería, así como también la existencia de una visión uniforme por parte del personal de enfermería, coincidiendo estos con los avances alcanzados en la profesión a nivel académico, gerencial o administrativo y asistencial en materia investigativa y comunitaria.

**Palabras Claves:** Enfermería, historia, evolución.



Bolivarian Republic of Venezuela  
University of Carabobo  
Faculty of Health Sciences Headquarters Aragua  
School of Medicine "Dr. Jose Torrealba Witremundo"  
Department of Public Health

**History and Evolution in Nursing in Aragua State**  
(Work Up To qualify full professor)

**Author (s): Alida Farias.**

**Year: 2013**

**ABSTRACT**

The purpose of this study is to provide concrete information on the historical evolution of nursing globally, nationally and regionally from Western civilization, as opening the definition of historical reality. Is to describe the main stages of the history and evolution of nursing and identify major historical events that show the evolution of nursing in the state of Aragua. Another purpose was focused on rebuilding the different stages of the history of nursing in the state of Aragua, by recording the testimonies unveiled by key informants. Finally identified the theoretical predominant in different stages of formation of the (old) nurses. To achieve these aims, addressed the review of previous studies related to the issue; theories of input and Virginia Henderson and Dorothea Orem, and the revision of the regulatory framework that supports it. The epistemological orientation of the research was holistic, under the qualitative paradigm and the interpretive hermeneutic method. Key informants were six subjects, as a record of the interview information was used focused questions. Finally developed categorization, theorizing testimonies and content analysis with saturation techniques, description, triangulation and revealing contrast the following findings: the need for an external evaluation of the curriculum of the nursing career, as well as the existence of a uniform view from the nursing staff, matching these with the progress in the profession in academic, managerial and administrative and research and care in the community.

**Keywords:** Nursing, history, evolution.



## INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que se desarrollo referido a la historia y evolución en enfermería en el estado Aragua, tuvo como propósito aportar información teórico – experiencial acerca de la discusión que implica el ejercicio de la profesión en sus distintas modalidades y niveles, tanto académico como asistencial, lo cual obedece a la necesidad de profundizar sobre teorías que han sido construidas desde la práctica de enfermería y que hoy constituye una evidencia reconocida para superar la ausencia de publicaciones escritas en la materia.

Ahora bien la importancia de este estudio radica en el hecho del recorrido que se hace sobre el desarrollo de la profesión desde varias décadas en el marco de los establecimientos de salud adscritos a la región sanitaria del estado Aragua, hoy Corporación de Salud – Corposalud.

Por otra parte, el estudio se hace relevante porque desde él se plantean los roles ejercidos en la enfermería y los cambios ocurridos en ella de acuerdo a la dinámica y a las necesidades de atención sanitaria, así como las Políticas públicas en salud establecidas en el país y en el estado Aragua, destacándose además los logros de crecimiento en la profesión , a través de la institucionalización de la carrera en centros de estudio en niveles de pre y post – grado en universidades como la Universidad de Carabobo.

Cabe destacar que el abordaje de dicha investigación beneficia y constituye un aporte para el gremio de la enfermería en sus distintos niveles de formación, ya que representa un referente histórico y teórico que pretende fortalecer la identificación del personal de la carrera con la misión y visión de la misma en el entorno social, a fin de resaltar el compromiso de la enfermería con el cuidado humano.

A partir de estas disertaciones la investigación se construyó en base a cuatro capítulos que se mencionan a continuación:

Capítulo I, conformado por la aproximación que se hace sobre la realidad estudiada, también entendida como el planteamiento del problema, los elementos que determinan la justificación e importancia de dicho estudio y el propósito de la misma.

El capítulo II, está constituido por la construcción teórica que implica los antecedentes de la investigación o estudios previos sobre el tema, las teorías de entrada que fundamentan la investigación y el marco regulatorio legal que la sustenta.

Luego se presenta el capítulo III denominado construcción metódica, en el cual se desarrolló un abordaje desde la orientación epistemológica holística, el paradigma cualitativo y el método hermenéutico interpretativo, utilizando los criterios metodológicos de intencionalidad para la selección de informantes clave, definidos a partir de los profesionales de la carrera de distintos niveles y centros de salud.

En este mismo capítulo se abordaron como registros de información las entrevistas de preguntas enfocadas y grabaciones bajo el consentimiento informado de seis sujetos, para luego desarrollar el capítulo referido a la categorización y teorización de testimonios o análisis de contenido.

El capítulo IV se estructuró a través de una matriz de dos columnas, para luego proceder a la saturación que permitió el desarrollo del análisis de contenido a través de las técnicas de descripción, contraste y triangulación que hicieron posible a su vez la detección de los hallazgos en el desarrollo de este estudio. Y las reflexiones de la autora transitando por el recorrido histórico de la enfermería en el estado Aragua.

## CAPITULO I

### APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

#### El Problema

Las raíces históricas de la enfermería permiten a los estudiantes y a los profesionales de la práctica prepararse para las necesidades de atención sanitaria del Siglo XXI. La enfermería requiere de la compilación de diferentes áreas de conocimiento, como las Ciencias Físicas, Humanidades, Ciencias Sociales y competencias clínicas necesarias para satisfacer las necesidades de los pacientes y su familia. Potter (2004)

El conocimiento de la historia de la Enfermería, le permite a las nuevas generaciones, tomar conciencia de lo que significa ser enfermera, así mismo, favorece la comprensión de los orígenes sociales e intelectuales de la disciplina. Desde ese aspecto, el origen de la enfermería va a la par con el de la humanidad, considerada ésta, como una práctica tan antigua, como la misma vida social. Desde siempre han existido enfermos y por ende personas que los cuiden, valorando así el trabajo en la comunidad. De acuerdo a ello, Potter (2004) señala que:

**La enfermería constituye una forma de servicio comunitario dirigida a la protección y preservación de la familia, y se inició como un deseo de mantener a las personas sanas y brindar confort y confianza al enfermo. Históricamente tanto hombres como mujeres han adoptado el rol de enfermero(a). pag 387**

Así, entender el valor histórico de la carrera, contribuye en la superación de las debilidades que hoy se hacen presente en el ejercicio de la profesión, debilidades caracterizadas por la pérdida de compromiso, la desarticulación de la carrera del componente social y el desapego al servicio comunitario, lo cual puede recuperarse con el conocimiento de lo que históricamente ha constituido la profesión.

### **Propósitos de la Investigación:**

- Aportar información concreta sobre la evolución histórica de la Enfermería a nivel mundial, nacional y regional a través de un recorrido sencillo desde los orígenes de la civilización occidental hasta nuestros días; como apertura a la definición de la realidad histórica.
- Describir las principales etapas de la historia y evolución de la enfermería en el mundo.
- Identificar los principales hechos históricos que denotaron la evolución de la enfermería en el Estado Aragua.
- Reconstruir las diferentes etapas de la historia de la enfermería en el Estado Aragua, a través del registro de los testimonios develados por los informantes clave de la profesión seleccionados para ello.
- Identificar la concepción teórica predominante en las diferentes etapas de la formación de los profesionales de enfermería.

## Justificación

La enfermería como profesión ha evolucionado a través de los tiempos, surgió por iniciativa y a la par de los cambios de la sociedad, obedeciendo a las necesidades de atención y a las Políticas sanitarias. La evolución de la enfermería ha sido dinámica, ya que responde y se adapta a los cambios, lo que ha llevado a la profesión a uno de los momentos más desafiantes y excitantes de la historia.

La carrera de enfermería surgió como profesión por iniciativa de Florencia Nightingale (1860), citada en Potter (2004) la cual estableció la diferenciación entre el servicio de trabajo doméstico y la Enfermería, quien a finales del siglo XIX pudo observar de cerca la importancia que tenía la higiene como medida básica para la prevención de las enfermedades, así como la ventilación, temperatura, iluminación y ruido, elementos vinculados al entorno del enfermo. De allí que es importante resaltar que todos los factores mencionados ameritan un control para favorecer el proceso salud – enfermedad del ser humano.

Los estudios de enfermería fueron elaborados con una visión del cuidado al ser humano, Hernández (1995) aborda la historia de la enfermería desde el significado de los cuidados, resalta la importancia del conocimiento de la historia argumentando que:

**Los positivistas fueron los primeros en introducir el concepto de “hecho histórico” en la metodología de la historia. El cual ha sido interpretado de dos maneras...según la interpretación ontológica, “un hecho histórico es un objeto de investigación histórica”, que existe objetivamente como un “suceso en sí mismo”. En la interpretación epistemológica y metodológica, un “hecho histórico” es una construcción científica o una interpretación de un suceso por un historiador, y la materia prima, en la cual se basa, empieza a ser denominado como “hecho historiográfico”. Pag. 30**

El concepto presentado por Hernández con sus dos vertientes sirve de esclarecimiento para la orientación en la investigación a seguir. En el mismo orden de ideas, Guillamón Á. (1990) citado por Hernández J. (1995), expresa que ciertas reflexiones epistemológicas dieron relevancia al concepto de “hecho histórico”, al afirmar que cualquier manifestación de la vida social del ser humano puede ser un hecho histórico, lo cual demuestra que puede ser objeto de estudio, un contexto que permita la apertura de nexos con una totalidad, y la existencia de un sistema de referencia con el que pueda interactuar.

Lo antes expuesto demuestra que la relevancia del hecho va a depender del sistema de referencia. Por ejemplo en enfermería, es la actividad de cuidar, lo cual sirve como antecedente para los historiadores de la enfermería, quienes a través del conocimiento sobre los hechos, pueden abordar la historia como ciencia.

Es importante considerar el concepto de tiempo histórico, éste se trata de un “tiempo adaptado al cambio, un tiempo múltiple, de duración diversa y de diferentes ritmos que varían en su desarrollo; un tiempo como realidad y no como pura medida externa”. Hernández J. (1995)

En el proceso de construcción de la propuesta, la autora debe apoyarse en las fuentes que según Bernheim E, referido por Hernández J. (1995), indica que “...Son resultados de la actividad humana, que por su destino o por su propia existencia, origen u otras circunstancias, son particularmente adecuadas para informar sobre hechos históricos y para comprobarlos...”

Hernández J. (1995) plantea que además de los elementos contemplados en el concepto de fuente, que son válidos como referente al conocimiento del pasado, así como la memoria humana (la tradición), debe ser tomada en cuenta en dicho concepto. Lo cual demuestra que la

concepción de “Fuente Histórica” engloba todas las fuentes del conocimiento histórico, bien sea directo o indirecto, todo el testimonio que exista en relación al pasado humano, donde quiera que existan esos testimonios y las vías de transmisión de los mismos.

En el desarrollo de esta investigación la autora se apoya en los diferentes soportes que ofrece la “Fuente Histórica”, tales como los relatos orales, momentos silenciosos, escritos y no escritos, tradiciones, actividades sociales y mentales, el contacto directo con las personas.

Todo proceso de investigación nos conduce a una “auto reflexión” comprometiéndonos a profundizar sobre la temática a indagar para poder llevar a feliz termino la construcción del producto “Material impreso sobre la Historia y Evolución de la Enfermería en el Estado Aragua”. Documento que aporta información sobre el tema, donde los estudiantes de diferentes niveles de formación de enfermería, puedan tener un referente histórico que propicie la identificación con la misión y visión del profesional de la enfermería en su entorno social, resaltando el compromiso y su mística de trabajo.

## CAPITULO II

### CONSTRUCCIÓN TEORICA

#### Estudios Previos sobre el Tema

Existen investigaciones recientes que guardan relación con este estudio. **Rodríguez, Y; Mejías, M y Moreno, M (2011) Historia de la Formación del Recurso Humano de Enfermería en Venezuela**, demostraron que la enfermería dejó de ser oficio para convertirse en una profesión.

**Sánchez, E (2009)** realizo el estudio: **Evolución Histórica de la Enfermería en Venezuela (1830 - 1959)**, su trabajo se fundamento en los cambios económicos, políticos y sociales que determinaron la evolución de la enfermería desde 1830 hasta 1959.

**Ortega, Y (2008)** en su trabajo titulado: **Realidades de la Práctica de Enfermería Comunitaria vista a la Luz de Tres Generaciones de Enfermeras del Estado Aragua**, tuvo como propósito indagar sobre las realidades de la práctica de enfermería comunitaria, basada en las vivencias y experiencias de cuatro enfermeras. El trabajo se enmarcó dentro del paradigma postpositivista, con un enfoque cualitativo y método fenomenológico. Los informantes fueron dos enfermeras jubiladas y dos en ejercicio de la profesión.

#### Teorías de Entrada

##### La Enfermería en las Primeras Civilizaciones

La enfermería en las primeras civilizaciones de Egipto en el siglo XVI a. C fue una sociedad que valoro a la salud y la medicina preventiva. Sus pobladores creían que estos valores servían para aplacar a los dioses y a los espíritus de los muertos. Ellis y Hartke, (1997) citados por Potter (2004)



refieren que “los antiguos egipcios desarrollaron planes sobre higiene y preparación de alimentos para disminuir la transmisión de enfermedades”. También debe señalarse que “las mujeres egipcias se desempeñaban como prestadoras de cuidados a enfermos y ancianos, de igual manera asistían durante el parto a las damas aristócratas”. Cherry y Jacob (1999) citado en Potter (2004)

De tal forma que si existía un cuidado continuo durante el periodo 1400 a 1200 a. C. Los primeros hebreos desarrollaron leyes dietéticas que protegían a la población al indicar que alimentos podían consumirse juntos y cuáles no, así mismo ofrecían guías para la ingesta segura de las carnes de los animales sacrificados. En esta etapa, los enfermos estaban bajo el cuidado de los sacerdotes, viudas y /o las doncellas a nivel domiciliario, las personas con posibles enfermedades infecto-contagiosas debían mantenerse en cuarentena.

Aun cuando se aplicaban todas estas normas sanitarias durante el lapso comprendido desde 1000 hasta 1500 a. C, predominaban las creencias mágico religiosas, los filósofos griegos creían que tanto la salud como las enfermedades eran controladas por los dioses y diosas, mientras que Hipócrates 460 – 362 a. C, considerado padre de la medicina sostenía que “la enfermedad obedecía a causas naturales mas que a sobrenaturales” Kalisch (1995) citado en Potter (2004). Pag. 389.

Los antiguos chinos (551 a 479 a. C) consideraban que “el masaje, la hidroterapia y el ejercicio, eran usados como medidas preventivas” Giger y Davidnizar (1999) citado en Potter (2004) Pag. 389

En la época del periodo Romano 27 a. C 47 d. C médicos preparados trabajaban en hospitales y adoptaban prácticas médicas de los países conquistados, cabe señalar que tanto hombres como mujeres cuidaban a los enfermos. Donahue (1996) citado en Potter (2004) explica que “la

incorporación de las mujeres en la enfermería, puede ubicarse aproximadamente en el año 300 d. C". Igualmente Sryock (1959) citado en Potter (2004) señala que "los Cristianos pensaban que tanto los hombres como las mujeres eran iguales ante Dios y recurrieron a ellas para que llevaran a cabo su trabajo a favor de cualquiera que estuviese en apuros"  
Pag. 389

La fundación de la orden benedictina en el siglo XVI aumento el número de hombres que entraron en la enfermería, independientemente que no eran una de las funciones principales que cumplían ellos, no obstante cuidar enfermos se convirtió en ocasiones en una prioridad y obligación de su vida comunitaria. Donahue (1996) citado en Potter (2004)

### **Edad Media**

Durante la época de 1100 - 1200 d. C, las enfermeras prestaban cuidados de vigilancia y dependían de los médicos y sacerdotes quienes eran los directivos, siendo el rol de comadrona el más antiguo de la enfermería. No obstante, también la sociedad y la medicina participaban en la asistencia a las mujeres durante el parto. Igualmente se formaron grupos de seglares para satisfacer necesidades específicas de atención sanitaria. Deloughery (1998) citado en Potter (2004) Pag. 389

### **Siglo XV a XIX**

Las cruzadas con la construcción de hospitales y la conformación de órdenes de enfermería para hombres, permitió la expansión de la atención sanitaria. Así mismo los Alexian Brothers y otros grupos de seglares, se formaron como respuesta a la peste Bubónica y a la necesidad de cuidar a las víctimas. Posterior a las cruzadas comenzaron a desarrollarse grandes ciudades el crecimiento de estas trajo consigo la aparición de problemas graves de salud.

Cabe destacar que durante los siglos XV al XVII, la falta de higiene y salubridad así como la pobreza, se acrecentaron trayendo como consecuencia graves problemas de salud. Ante esta situación, para dar respuesta a las necesidades planteadas, la Enfermería se hizo responsable.

Debe señalarse que el cristianismo influyó en forma notoria en el auge de la enfermería, particularmente la formación de la Order of the deaconess. Queremos con ello significar que los nombramientos de diaconisa concedidos por los obispos eran muy valorados, y se le asignaban solo a mujeres con un estatus social elevado.

Deloughery (1998) citado en Potter (2004) plantea que “la necesidad de enfermería se debió al crecimiento económico del siglo XVIII, la epidemia de viruela y la Revolución War”. Las Sisters of Charity, fundadas en 1633 por San Vicente de Paul, cuidaban a las personas en hospitales, asilos y casas de caridad. La primera supervisora de esta organización fue Louise de Gras, viuda, de situación social elevada que entro en la orden, y recluto mujeres inteligentes, refinadas y compasivas.

El programa de formación de Las Sisters, incluía experiencias en el cuidado de los enfermos en hospitales, asilos y visitas domiciliarias. En el año 1809 Donahue (1996) citado en Potter (2004) afirma que “Las Sisters of Charity fueron introducidas en América por la Madre Elizabeth Seton y posteriormente la denominación de la organización fue cambiada por el Daughters of Charity”.

En el siglo XVIII, tanto en las colonias inglesas como en las francesas dado el crecimiento demográfico de las mismas, trajo consigo el aumento en el número de hospitales y por ende un rol más amplio de las enfermeras en dichos establecimientos, sumado a ello la epidemia de viruela en las colonias francesas, conlleva a ampliar el servicio de enfermería y la Revolutionary War en las colonias inglesas.

Durante el siglo XIX las iglesias protestantes reactivaron la orden Diaconisas. El diacones Institute en Kaiserwerth, Alemania fue establecido en 1831 por el pastor Theodore Fliedner. La regeneración de esta orden fue reconocida en base a la necesidad de los servicios de enfermería. Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, estableció la primera filosofía enfermera fundamentada en el mantenimiento y restauración de la salud en Notes on Nursiry; What It Is An What If Is Not. Donahue (1996) citado en Potter (2004) Pag. 389.

Florencia Nightingale (1860), citada en Potter (2004) fundadora de la enfermería moderna, quien estableció la primera filosofía enfermera fundamentada en el mantenimiento y la restauración de la salud. Desarrolla el primer plan organizado para formar enfermeras, El Nightingale Training School for Nurses en el St. Thomas Hospital en Londres. Nightingale fue la primera epidemióloga practicante, Cohen (1984) citado en Potter (2004) explica que “sus raíces religiosas se identifican en el análisis estadístico que relacionaba la higiene inadecuada con el cólera y la disentería”. Así mismo, Macrae, (1995) citado en Potter (2004) revela que “ella contemplaba la enfermería como una búsqueda de la verdad en el hallazgo de respuestas a preguntas de atención sanitaria, o el descubrimiento y el uso de las leyes divinas de la curación en la práctica enfermera”. Pag. 390.

Donahue (1996) citado en Potter (2004), da referencia que:

**En 1853 Nightingale llegó a Paris para estudiar con las Sisters of Charity, posteriormente fue nombrada supervisora en el English General Hospitals en Turquía. Durante ese período puso en práctica importantes reformas en la higiene, saneamiento y la práctica de enfermería, y redujo la tasa de mortalidad en 6 meses en el Barracks Hospital en Scutari, Turquía, del 47,2 al 2,2 %. Pag. 390.**

A mediados del siglo XIX, en la década de 1830, Nightingale expresó su firme convicción, en reconocer que el conocimiento sobre la profesión de enfermería era totalmente distinto a la profesión de medicina, puesto que la función principal de una enfermera era atender al paciente hasta que recuperara sus capacidades, de tal manera que pudiera valerse por sí mismo. Los servicios de enfermería se fundamentaban en el conocimiento de las personas y su entorno, totalmente distinto a los servicios que ofrecían los médicos en su práctica. Marriner A (2003) pag. 5.

### **Guerra Civil (1860- 1865)**

Este evento sirvió de estímulo para el desarrollo de la enfermería en Estados Unidos de América, bajo la conducción de Clara Barton, quien fue la fundadora de la American Red Cross, la cual tenía como misión atender a los soldados en campos de batalla, curaba las heridas, les daba apoyo emocional antes y después de la muerte. Después de 10 años (1882) el U.S Congress ratificó la American Red Cross por presión de Barton, Dorothea Lyn Dink, Mary Ann Ball (Madre Bick Kerdykie) y otras, quienes también participaron durante la guerra civil. Donahue (1996) citado en Potter (2004) pag. 390.

Así mismo, la Madre Bickerdyke organizó servicios de ambulancias, “también supervisó a enfermeras y recorrió los campos de batalla abandonados por las noches, buscando soldados heridos, de igual manera Harriet Tubman también tuvo una participación activa ayudando para que dejaran en libertad unos 300 esclavos”. Donahue (1996) citado en Potter (2004). Posterior a la guerra civil las escuelas de enfermería tanto en Estados Unidos, como en Canadá comenzaron a adaptar su curriculum según la Nightingale School, la primera escuela en Canadá, fue la ST Catherine`s en Ontario fundada en 1814.

En 1884 Mary Agnes Snively, asumió la dirección del Hospital General de Toronto y en 1908 ayudó a la formación de la Canadian National Association Of Trained Nurse. Es importante la encomiable labor que ejerció la primera enfermera afroamericana Mary Mahoney, quien se mostró muy preocupada por las relaciones entre las culturas y las razas, como líder destacada en enfermería defendió la diversidad cultural, el respeto por el individuo, independientemente de sus antecedentes, raza, color o religión. También fue autora de muchos textos de enfermería incluyendo Nursing Its Principles and Practice for Hospital and Private Use (1894)". Donahue (1996) citado en Potter (2004). pag. 390.

Así mismo Isabel Hampton Robb tuvo un papel relevante, quien fue la primera supervisora de la Johns Hopkins Training School en Baltimore Maryland, era egresada de ST Catheriners en Ontario, quien además por su sensibilidad con la enfermería ayudo a fundar la Nurses` Asociated Alumnae de Estados Unidos y Canadá en 1896, la cual posteriormente se convirtió en la American Nurse Association (A. N. A) en 1911.

Donahue (1996) citado en Potter (2004) refiere que:

**“La enfermería en los hospitales se extendió a finales del siglo XIX, más sin embargo, la enfermería en la comunidad no aumentó significativamente hasta 1893, cuando Lillian Wald y Mary Brewster, abrieron el Henry Street Settlement, que se centro en las necesidades sanitarias de las personas pobres, quienes vivían en edificios de pisos en la ciudad de Nueva York.”** pag. 390.

El personal de enfermería que laboraban en este asentamiento fueron los primeros que demostraron autonomía en la práctica, quienes a menudo se encontraban en situaciones que ameritaban una solución rápida e innovadora del problema, así como ejercer un pensamiento crítico sin la supervisión o la presencia de un médico. La población pobre de escasos recursos necesitaba de cuidados de enfermería que les permitiera recuperar

su estado de bienestar y salud, por lo que había que suministrarle nutrición, higiene y vivienda adecuados. Donahue (1996) citado en Potter (2004).

## **Siglo XX**

A principio de este siglo se puso de manifiesto un movimiento enfocado en el conocimiento y la práctica de enfermería científica, que se fundamentaba en la investigación. Donahue (1996) citado en Potter (2004) hace referencia sobre eso, al expresar que:

**Las enfermeras comenzaron a asumir roles prácticos ampliados y avanzados. Es el caso de Mary Adelaide Nutting, miembro de la primera promoción de graduados del Johns Hospital y sucesora de Isabel Hampton Robb supervisora de la referida institución, contribuyó en la formación enfermera en las universidades, se convirtió en la primera profesora de enfermería en la Columbia University Teachers College en 1907. pag. 390.**

La Fundación Rockefeller en 1923 patrocinó la formación de enfermeras. A través de un informe presentado a la organización por el Goldmark Report concluyó que se requería de un aporte financiera para asignar recursos a las escuelas universitarias de enfermería. Dicha fundación en respuesta a estos planteamientos creó la ampliación de varios proyectos de enfermería, incluyendo los de las universidades de Yale, Vanderbilt y Toronto.

A medida que se desarrollaba la formación de enfermeras hacia los años veinte, se implementó su especialización, también se iniciaron los planes de formación para comadrona graduada, a comienzo de los años cincuenta se constituyeron las organizaciones de enfermeras especializadas, ejemplo de ella la Association of Operating Room Nurse (1949), la American Association of Critical- Care Nurses ( 1969 ) y la Oncology Nursing Society ( 1975 ). Donahue (1996) citado en Potter (2004). Pag. 390.

En 1965 la National Commission on Nursing and Nursing Education; exploraron aspectos que incluían la provisión y demanda de enfermeras, así como la formación de estas y las funciones de las mismas. De igual manera las oportunidades de la carrera disponibles para las enfermeras. Jerome P. Lysaught dirigió estudios y produjo un informe denominado el informe Lysaught en 1970, que contemplaba la clarificación de las funciones y las responsabilidades de la enfermería en relación con las de otras profesionales de atención sanitaria. Así como también sobre la asignación de un salario mayor para las enfermeras y mas oportunidades para ejercer la profesión, lo que permitiría atraerlas y evitar la deserción hacia otras profesiones.

A mediados de la década de 1970 se evaluó el proceso de investigación en enfermería que se desarrollo durante 25 años develando la carencia de conexiones conceptuales y de marco teórico, lo cual conllevó a una toma de conciencia sobre la necesidad de desarrollo teórico.

Unos de los componentes más importantes de la era de las teorías, fue la de coincidir con una nueva conciencia de la enfermería como profesión, y disciplina académica por si misma, surgió de los debates y discusiones de 1960, sobre la dirección correcta y la disciplina adecuada para el desarrollo del conocimiento de la enfermería.

En la década de los setenta el proceso de transición en enfermería de vocación a profesión, sirvió de impacto para la evolución de la misma y con ella el surgimiento de la siguiente interrogante: ¿La enfermería se basará en otra disciplina o en la misma enfermería? Cuya respuesta fue según Meleis citado por Marriner A. (2003) Pag. 5: “la práctica de enfermería iba a basarse en la ciencia enfermera”. Este progreso en la teoría de la enfermería es unos de los aspectos más importantes de la evolución educativa y supone la piedra angular para la disciplina de la enfermería.



Así mismo en 1980, los resultados obtenidos por el estudio de las teorías en enfermería se caracterizaron por un proceso de transición del periodo pre paradigmático a paradigmático. La clasificación de los modelos como paradigmas y meta paradigma ponen de manifiesto el valor de la teoría como fundamento para la mejor comprensión del conocimiento de la ciencia enfermería dentro de esta perspectiva. Marriner A. (2003) Pag. 5.

### **La Enfermería Gremial en el Mundo.**

Uno de los componentes más importante de los gremios lo constituyen las asociaciones y/o Colegios que representan los intereses de los agremiados, lo cual es de relevante valor en la historia profesional. Sus líderes desde la concepción de Florence Nightingale, introdujeron elementos para el debate y reflexión así como espacios de encuentros para discutirlos y/o defenderlos.

La primera organización que favoreció a la Enfermería tuvo su origen en Inglaterra, producto del auge que generó el movimiento reivindicativo de la mujer. Es así como en 1899 surge el Consejo Internacional de la Mujer, la primera reunión de esta se celebró en Londres, donde participaron enfermeras entre ellas la Sra. Bedford Fenwick y otras quienes, presentaron el proyecto de creación del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) organismo que refleja el desarrollo profesional, en búsqueda de mejores condiciones laborales, tales como la lucha por la autonomía de la profesión, el mejoramiento del servicio de asistencia al individuo y comunidad, el auge de la ética educacional y profesional, la reivindicación de la situación socioeconómica de las enfermeras (os) aunada a la formación de la cooperación y empatía entre ellos y todo el mundo, principios que se mantiene aún vigentes.

Así, para su funcionamiento el (CIE) solo admite una organización por país, que debe estar en consonancia con los reglamentos y estatutos del

mismo. Dicha organización cada cuatro años celebra un congreso. El primero fue en Búfalo (Nueva York) en 1910, a Venezuela le correspondió en 1970.

En cada evento se da una consigna que debe ser cumplida en todos los países miembros durante cuatro años, la cual es evaluada durante la celebración de los mismos. En su estructura dicha organización está conformada por un Presidente, un Vicepresidente, un Tesorero y cuatro Delegados quienes son elegidos cada cuatro años. La Junta se reúne cada dos años todas (os) las (os) Presidentes de las asociaciones miembros.

El consejo directivo designa a un agremiado con carácter de secretario ejecutivo, quien se hace responsable de la sede central. Dentro de este orden de ideas debe mencionarse que el CIE actualmente agrupa a más de ciento veintinueve asociaciones que representan a millones de enfermeras (os) de todo el planeta y por ende la representación de agremiados en las Organizaciones Internacionales como la OMS, ONU, UNESCO, UNICEF y la OTI. Sánchez, E. y Cols (2011). Pag. 95.

Resulta claro que el CIE es una organización con base sólida que tiene reconocimiento tanto de los gobiernos, fundaciones y organizaciones que le apoyan a través de financiamientos para eventos especiales como conferencias, congresos, premios y becas (CIE 2011).

De igual manera los miembros aportan el 80%. En Venezuela esta cuota es de dos dólares anuales por cada agremiado solvente y activo. Dentro de esta marco existen otras organizaciones de profesionales de enfermería como la ANA Asociación Americana de Enfermeras creada en 1911, cuyo objetivos están orientados en preservar y defender la práctica enfermera.

Así como la Fundación Internacional Florence Nightingale (FIFN) creada en 1932, institución que lleva una obra benéfica registrada en el

Reino Unido, la cual motorizó el avance de la formación, la investigación y los Servicios de Enfermería para el bien público.

En Latinoamérica en 1942 se crea la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) cuya primera conferencia se celebró en Chile, no obstante como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial estuvo inactiva hasta 1947 que se retomó la idea y en el año 1960 se reanuda el proyecto para fundar la Federación de Asociaciones de Enfermería Americana como una “Federación Latinoamericana” propuesta que fue impulsada por la Asociación Venezolana de Enfermeras y elevada ante la OPS y OMS, organizaciones que apoyaron la iniciativa con el objetivo de discutir y promulgar proyectos de asociación entre países.

Posteriormente en 1966, en la celebración del VIII Congreso Interamericano de Enfermeras de Guatemala respaldado por la Asociación Guatemalteca de Enfermeras, donde participaron miembros de dieciséis países latinoamericanos, cuyo tema central fue la “Federación Panamericana de Enfermería”, llegando a la conclusión los representantes de los diferentes países en la creación de la Federación.

En el seno del evento se acordó crear un Consejo Directivo Provisional, constituido por los siguientes países: Chile (Presidente), Argentina (Primer Vicepresidente), Costa Rica (Segundo Vicepresidente), Panamá (Secretario), Venezuela (Tesorero). Siendo Chile la sede de este Consejo Directivo Provisional, que asume el compromiso de elaborar la propuesta del estatuto de la Organización, así como el estudio sobre la relación de la naciente Federación con el CIE. Cabe destacar que solo trece de las dieciséis asociaciones se afiliaron a dicha Federación (FEPPEN) 2011. En Sánchez, E. y Cols (2011)

En 1970 en el IX Congreso Interamericano de Enfermeras y el Primer Congreso de la Federación Panamericana realizado en Venezuela, se debatió el tema relacionado con los estatutos y reglamentos de esta Federación. Con su aprobación surgió el nacimiento de la Federación Panamericana de Enfermería.

Posterior a este evento surgieron otras organizaciones que le han dado fortaleza a la profesión de enfermería, debe señalarse entre ellas a la Asociación de Diagnósticos de Enfermería, cuyo objetivo consistió en identificarlos, desarrollarlos y clasificarlos a fin de analizar la naturaleza y asignarle un lenguaje preciso, común y propio, fundada en 1973 por Gebbi y Lavin. Así mismo en 1982, se creó la Sociedad Científica de Enfermería (NANDA), con un objetivo similar al anterior pero con énfasis en la formación de una taxonomía propia. Debe señalarse que esta organización en el 2002 adquiere una categoría de carácter internacional denominada Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

En Ginebra, el 27 de Noviembre del 2006 el CIE y su principal Fundación FIFN, inauguran el Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería (CIRHE).

La evolución de la práctica de enfermería y su formación trajo consigo la revisión del Código Ético de Enfermería, el cual fue debatido inicialmente en 1987, para ser adaptado a los avances científicos.

El primer código escrito de la A.N.A fue propuesto en 1926 para “crear una sensibilidad a las situaciones y formular principios generales que originen la formación de la conciencia y el juicio crítico que ocasionan la acción en situaciones específicas” (A.N.A 1926). Dicho código ha sido adaptado en función de los avances tecnológicos y necesidades de la sociedad. Igualmente sometido a una serie de revisiones, siendo la más reciente Codefor Nurses With Interperativa Statements (A.N.A 1985).

## **Historia de la Enfermería en Venezuela**

Sánchez, E y cols. (2011) expresan que:

**En Venezuela durante la época precolombina; periodo en que en nuestro país las condiciones de salud de la población indígena eran precarias por carecer de una alimentación balanceada, así como la no disponibilidad de recursos médicos y de enfermería adecuados, donde la mayoría de las prácticas estaban impregnadas de magia destacándose entre los procedimientos o medidas curativas el baño frío y enterramiento del enfermo en tierra húmeda, para mitigar la fiebre así mismo practicaban la sangría para calmar el cansancio. Pag. 22.**

Esta primera etapa fue denominada para la historia de la enfermería universal “etapa doméstica de los cuidados”, caracterizada por la división de roles, donde tanto el hombre como la mujer participaban, siendo esta última la responsable de la prestación de algunos cuidados de la vida de la familia en cada hogar. Los servicios de enfermería a nivel de las comunidades indígenas se prestaba como algo natural, donde todos participaban pero, siguiendo las normas del médico tradicional o piache.

Nuestros indígenas se preocuparon por la prestación de los cuidados relacionados con la alimentación y la asistencia durante la gestación y el parto, la crianza y el cuidado de los niños y niñas, así como a los ancianos y enfermos. Con lo cual se evidencia que todas las medidas utilizadas en esta época estaban estrechamente relacionadas con los procesos de salud-enfermedad dirigidos tanto a la preservación de la salud como a la curación de las enfermedades. Sánchez E y colaboradores (2011) Pag. 22.

## **Época Colonial en Venezuela**

Se inicia esta con el descubrimiento o encuentro de dos mundos en Venezuela 1498 y la Independencia 1810. La conquista de los españoles que

corresponde a la primera parte de esta época representa momentos de violencia y poder a través de la guerra y colonización de los indígenas, con fundación de ciudades, la cual se desarrolló en el siglo XVI.

Posterior a este primer episodio prosigue El Periodo Colonial propiamente dicho que corresponde al desarrollo y población del territorio tanto por españoles como por negros y mestizos. Los españoles guiados por la codicia trajeron consigo su medicina provista de una “mejor tecnología”, la cual no era ninguna innovación sino una medicina medieval, galénica hipocrática, cuya práctica estaba centrada en la medición del pulso, examinar la orina y la prescripción de purgas y sangría.

Como hecho relevante Sánchez E y Cols. (2011). señalan que:

**Las diferentes culturas pre-hispánicas fueron afectadas por diversas enfermedades infecciosas endémicas, sumándose a estas otras generadas por el arribo de los colonizadores españoles los cuales produjeron estragos en la población local entre los que se destacaron: el sarampión, la varicela, la tos convulsiva, malaria, fiebre amarilla, peste bubónica, sífilis, tifus exantemático, la lepra, que procedía de Europa y África traídos por los esclavos africanos o los navegantes españoles. Pag. 24.**

Con la expansión de estas enfermedades hubo la necesidad de crear establecimientos de salud como hospitales y refugios, así como también las casas de reposo, de hecho que en los referidos centros se atendían a las personas con bajos recursos, no obstante los españoles de buena posición económica solían ser asistidos en su domicilio donde recibían tanto atención médica como religiosa.

Según Archila (1956) citado por Sánchez R (2005).

**Las personas responsables de ejercer los cuidados de la salud de los afectados estaban ubicadas en estamentos de acuerdo a su condición social y preparación académica. El ejercicio de la profesión médica estuvo sin**

**control legal y unos de los rasgos característicos de la medicina colonial, consistió en la obligada convivencia de médicos, curanderos, barberos, cirujanos, comadrona, sangradores y flebotomistas. p. 24.**

Las damas de la nobleza criolla durante (1498 – 1810), aportaron sus conocimientos domésticos para organizar los primeros servicios elementales de asistencia pública en Caracas y Maracaibo. En ese mismo periodo se dio apertura al hospital de San Pablo bajo la conducción prácticamente de la Escuela de Medicina así como de enfermeros empíricos. Jamienson y colab. (1968) citado por Sánchez E y cols. (2011)

Con la aparición de la lepra, que representó un problema de salud pública en el país, por la Real Orden del 25 de marzo de 1752 según Jamienson (1968) citado por Sánchez E y colab. (2011): “fue creado el Hospital de lazarinos en la esquina de San Lázaro, cuyos pacientes fueron remitidos posteriormente a las colonias de Cabo Blanco Distrito Federal y la Isla de Providencia del Estado Zulia”.

Para la clase media pudiente de esa época no existían hospitales en Santiago León de Caracas, por ello los enfermos de esta familia eran asistidos por mujeres en su domicilio, mencionadas entre esta a Francisca de Torres, Margarita Díaz y Antonia Becerra.

Durante la colonia además de los cuidados de la salud y medicina no tradicionales también existieron las prácticas curativas de los indios y africanos, quienes guiados por la tradición oral de sus antepasados continuaron usando el extenso herbario medicinal y los ritos míticos que venían realizando desde la época precolombina, hasta llegar a la actualidad formando parte de nuestra cultura.

## La República

Los colonizadores introdujeron al país enfermedades como la viruela y la fiebre amarilla que ocasionaron grandes epidemias con consecuencias nefastas en la población, lo cual dio apertura al desarrollo de sistema de salud en Venezuela”. Posterior a la guerra de independencia (1810-1823) o comienzo de la vida republicana (1830), sucedieron algunos acontecimientos que tuvieron influencia en la salud. Archila (1956) refiere que:

**La ley de organización política y de régimen de las provincias de 1830, estableció que los alcaldes municipales velasen por la salubridad pública y ordenó la creación de juntas municipales de sanidad en las capitales de provincia y las subalternas en las laderas de cantones. pag. 27.**

Unos de los componentes importantes que hay que resaltar para ese momento es lo relacionado a la economía primaria exportadora, particularmente agraria, sustentada en la exportación y explotación de cacao, café y ganado sumado a un elevado índice de pobreza y un nivel académico escaso. Lo cual constituyó un factor importante en la socio –génesis con enfoque hacia los cuidados de salud.

Durante este momento histórico (1810 – 1830) aparecieron otras enfermedades como la malaria, fiebre amarilla, tifus y disentería que representaba para la población la forma de vivir enfermar y morir. Según García (1981) citado por Sánchez E y Cols. (2011), la participación del estado para dar respuesta de esta problemática estuvo bajo la dirección de la junta de sanidad y otro organismo cuyo funcionamiento fue ineficiente.

Evidentemente que la práctica de enfermería durante este periodo, se caracterizó por ser empírica y donde la prestación de cuidados se realizaba en el hogar dirigida a los enfermos. Cabe destacar que los cuidados exigían



un sentimiento cristiano con vocación de servicio, además de la observación, conocimientos y habilidades para curar. Posteriormente en 1837 el Dr. José María Vargas, autorizó al Dr. Santo Gaspari citado en Sánchez E y cols. (2011) para que facilitara cupos a las mujeres interesadas en la atención de partos, así mismo Jamienson (1968) citado por Sánchez E y Cols. (2011) refiere que:

**Se creó en el Convento de la Dominicas de Caracas el 24 de Julio de 1874 la casa de beneficencia para los pobres de solemnidad con una sección independiente para los enfermos mentales la cual fue reglamentada por el Decreto el 20 de febrero de 1877 de igual manera se crea en dicha casa una sala de maternidad. pag 27**

Debe señalarse que los primeros reglamentos que describieron las funciones del personal de enfermería en instituciones sanitarias aparecieron entre 1865 y 1889, para esa época la mayor parte de la población estaba ubicada en áreas rurales y los cuidados de enfermería eran realizados en dichas localidades por practicantes empíricos con escasa formación o por asistentes de médicos.

Cabe destacar que los cuidados de salud relacionados con la enfermería en su mayoría fueron llevados a la práctica por mujeres y éstos se caracterizaron por usos de plantas en forma de infusión, cataplasma, vigilancia de alimentación, abrigo masaje, también asistían a partos y los mismos eran realizados en su hogar. Los curanderos, brujos o brujas por su parte ofrecían servicios a la población y le atribuían poderes especiales, donde combinaban ritos mágicos con los conocimientos propios de los cuidados de la salud uso de hierbas rezos y amuletos. Sánchez E y cols. (2011). p 29.

El gobierno de turno dicto una Resolución del 11 de febrero de 1899, contratando a monjas francesas de la orden de las hermanas de caridad de San José de Tarbes y a dos capellanes, quienes eran responsables de la

dirección económica y atención de pacientes, los cuáles fueron ubicados en la infraestructura donde actualmente funciona el Hospital Vargas el cual fue creado en 1888. Sin menospreciar la valiosa colaboración de este recurso humano, hay que resaltar que las congregaciones religiosas significaron un retraso para el desarrollo de la enfermería.

Se observa que es hasta el año 1912 cuando se crea la primera escuela de enfermería en el Hospital Vargas donde las religiosas antes mencionadas obstaculizaron la práctica de las estudiantes en formación, de igual manera no aceptaron el ingreso a este hospital a las primeras enfermeras graduadas que egresaron de él, lo cual trajo como consecuencia el cierre de la escuela de enfermería.

Si bien es cierto, que las hermanas le daban importancia al apoyo y asistencia del enfermo, los conocimientos que ellas tenían eran empíricos y no respondían a los requerimientos médicos de los pacientes. Bajo esta perspectiva, la enfermería no requería ningún tipo de formación profesional especializada, a no ser su dedicación religiosa esto se relaciona en forma significativa con la influencia de la etapa vocacional descrita por algunos autores como Martin Caro citado por Sánchez E y cols. (2011) para quien “las actividades de cuidar se basan en el consuelo, con un enfoque humanitario y estrecha relación con la religión” (p.29).

En Venezuela en 1916 por primera vez se presentó una comisión de higienistas de los Estados Unidos, de carácter cívico-militar con el fin de dar asesoría sobre la lucha contra la fiebre amarilla. La cual estaba dirigida por el Mayor General William C Giorgas.

También Machado (1922) citado por Sánchez, E y Cols (2011) expresa que:

**Para la fundación Rockefeller, la apertura del canal de Panamá podía contribuir a que la fiebre amarilla se extendiese al oriente, considerando que era posible erradicar totalmente los focos endémicos de las regiones en donde existían y decidieron constituir una comisión dirigida a erradicar dichos focos y a cooperar con el gobierno en su eliminación”. pag. 30**

Posterior a la experiencia de los programas de malaria y fiebre amarilla iniciados a comienzo de 1916 y culminados abruptamente en 1932 debido a las condiciones Políticas desfavorables entre el gobierno Venezuela y la Dirección Internacional de la Salud (DISS) de la Fundación RockeFeller las cuales se reanudaron en 1936 después de la caída del régimen de Juan Vicente Gómez 1908- 1935.

El estado venezolano con la apertura de la explotación petrolera en 1917 comienza a mejorar la distribución de la rentas a través de diferentes mecanismos: gasto público, generación de servicio públicos y construcción de infraestructura. Cabe destacar que todo lo expuesto trajo consigo una serie de cambios demográficos tales como: flujo creciente de migraciones de los campesinos a las ciudades en solicitud de mejores condiciones de vida, lo cual generó grandes trasformaciones en la sociedad.

En relación a las acciones del estado con respecto al sistema de salud, Magion (1990) citado por Sánchez E y Cols (2011) expresa que:

**Las acciones del Estado, con respecto a la organización del sistema de salud, consistía en desarrollar practicas para mejorar las condiciones de vida de los mas necesitados, cuya política estaba dirigida a dar respuesta a lo inmediato sin ningún interés en modificar la estructura social, pues solo respondía a los acontecimientos de la época. p. 31.**

## **Presencia de Enfermería en las Instituciones 1935-1960**

Los cambios sociales y demográficos conllevaron a las nuevas demandas de salud en el transcurso de 1935 y por ende el requerimiento de un nuevo modelo de formación para el personal de enfermería, que diera respuesta real a las necesidades existentes. No obstante, debe señalarse, que el bajo nivel educativo de la población fue una barrera limitante que incidió en los proyectos para la formación de personal altamente capacitado.

El Dr. Francisco Antonio Ríquez, preocupado por la necesidad de formar personal de enfermería, facilitó cursos y exigía para ello la instrucción primaria elemental y los egresados de los mismos comenzaron a prestar servicio tanto en instituciones públicas como privadas, de igual manera a nivel domiciliario para las familias de clase social alta.

Jamienson (1968) citado por Sánchez E y Cols. (2011), explica en relación a la enfermería asistencial que:

**Se crearon servicios de puericultura, atendidos por un médico Jefe, dos adjuntos y cuatro auxiliares de enfermería, quienes visitaban en sus hogares a las madres y niños inscritos a fin de comprobar que las prescripciones médicas se cumplían. Igualmente había consultas de tuberculosis, venereología, lepra en los dispensarios atendidos por médicos especialistas y auxiliares de enfermería. p. 32.**

En 1931 por iniciativa de la Sra Paula Santiago de Sanoja, se creó una Escuela de Enfermeras anexa a la Universidad de Mérida, siendo ella su primera Directora, dicha Escuela fue trasladada al Hospital Vargas, donde finalizó su primera promoción en 1934. Fernández A (1943) citado en Sánchez E. y cols. (2011). En el mismo orden de ideas según Jamienson (1968) citado por Sánchez, E y Cols. (2011) señala que: “para 1931, el gobierno contrató enfermeras puertorriqueñas, no solamente para la labor

docente, sino también para cargos administrativos en hospitales, en unidades sanitarias y clínicas particulares”. (p 33).

En Venezuela a partir de la muerte del dictador Gómez en 1935, se suscitaron cambios significativos tanto en el orden económico, como social. Bajo la presidencia de Eleazar López Contreras 1935-1941, se da apertura al progreso en el país, para tal efecto Barona (2003) citado por Sánchez E y Cols. (2011) señala lo siguiente:

**...Entre los más importantes programas se destacaron El programa de Febrero contemplaba como parte esencial, la puesta en marcha de una política para una inmigración selectiva, cuantitativamente importante, dirigida a diferentes campos de actuación del sector público, donde se requerían profesionales bien calificados (planificación urbana, vivienda obrera, sanidad, fomento industrial y desarrollo agrícola haciendo estadísticas y cuentas nacionales etc. (p.33)**

Las Políticas de Estado se enfocaron en la promoción de un proyecto nacional de modernización en materia educativa y por ende en el campo de la salud, para lo cual se requería de personal preparado que Carquez (1995) citado por Sánchez E y Cols. (2011) describe que era la manera de “dar respuesta al avance técnico, científico y cultural que ameritaba el país para el momento”. p. 34.

En atención a la necesidad de mejorar el Sistema de Salud en el país, el General López Contreras en su condición de Presidente de la República creó por Decreto, el 25 de Febrero de 1936 El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) antes Dirección de Salubridad Pública, Agricultura y Cría Archila (1956) citado por Sánchez E y Cols. (2011).

Según Maldonado (1970) citado por Sánchez E y Cols. (2011) el MSAS tenía como tarea:

**La capacitación de recursos humanos, contratación de peritos extranjeros y otorgamiento de becas a personas entre ellas a estudiantes de Enfermería para formarse en el extranjero a través de convenios con la Fundación Rockefeller, el Instituto de Asuntos Sanitarios y la Oficina Sanitaria Panamericana. p. 34**

Por consiguiente, las Políticas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estaban guiadas hacia una concepción sanitaria integralista, cuya orientación preventiva estaría representada en las Unidades Sanitarias las cuales fueron creadas en todas las capitales de los diferentes estados del país, y se convirtieron en el centro de la actividad de Salubridad local.

Al respecto, cabe mencionarse, que también para esa época (1935 – 1960) existió otro centro de enseñanza de carácter privado Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Dr. Francisco Antonio Ríquez (actualmente Colegio Universitario de Enfermería de la Cruz Roja) que graduaba desde 1914, enfermeras en cursos de dos años. En 1928 su director fue el Dr. Ríquez quien continuó con la modalidad de dos años de internado pero bajo la figura de régimen semestral hasta 1937. Citado por Sánchez E y Cols. (2011).

En este mismo año el Ministro de Educación según Sánchez, el Dr. Rafael López fundó en 1937 una Escuela de Enfermería en Caracas adscrita a dicho Ministerio denominada “Escuela Normal Profesional de Enfermeras”.

El Gobierno Venezolano, consciente de la necesidad en el país de recurso docente para formar enfermeras, contrata a dos enfermeras españolas exiliadas, las Señoritas Mas y Ripoll, quienes tenían amplio conocimiento de los principios de la enfermería anglosajona fundamentadas en la filosofía de Florence Nightingale, así como su firme convicción de que el único camino para el desarrollo de enfermería como disciplina era conducir las hacia la profesionalización.

Es importante destacar que estas profesionales formadas en España, Londres, París y Norteamérica, fueron recomendadas al gobierno por la Fundación Rockefeller, ambas profesionales asumieron la conducción de la Dirección y Subdirección de la escuela recién creada. No obstante, estaban conscientes de la limitación presupuestaria que existía para el funcionamiento de la referida institución, así como la escasez de equipos y aulas.

En 1940 la Srta. Mary Elizabeth Tennant, enviada por la Fundación Rockefeller del Programa de Salud Pública recomendó fundar una Escuela Nacional de Enfermería independiente de la Escuela Normal Profesional de Enfermería.

Evidentemente que las primeras escuelas de enfermería en Venezuela atravesaron por un proceso de evolución irregular con cambios intermitentes de integración y/o desaparición, debido a que los programas de formación inicialmente fueron planificados por médicos, cuyo contenido estaba relacionado con componentes de medicina elemental y se fundamentó en el modelo pedagógico del “aprender haciendo”, así como en la observación moral y técnica de los aprendices por parte de sus instructores, quienes en su mayoría eran médicos y/o estudiantes de medicina, cuya formación estaba orientada a ser un personal de apoyo que le permitiera tener competencia para realizar algunas actividades en la atención de los enfermos, bajo la conducta y tutela médica.

Resulta claro que, esta orientación según Sánchez E y Cols. (2011) “determinó en forma marcada el que hacer de los enfermeros de la época, caracterizado socialmente por la adopción de una conducta de obediencia y sumisión fundamentada en el cumplimiento a las necesidades de los médicos”. p. 38.

En atención a la problemática existente en la formación de las enfermeras por decreto ejecutivo el 22 de Julio de 1940 según Gaceta N° 20400, se crea en la Ciudad de Caracas la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE), adscrita al Min SAS, con personalidad jurídica, autonomía y patrimonio propio inaugurada el 15 de Noviembre de ese mismo año. Sánchez E y Cols. (2011)

Debe señalarse que a esta institución fueron transferidos estudiantes e instructoras de la Escuela Normal Profesional de Enfermería. Es conveniente resaltar que las Srtas. Mas y Ripoll quienes trabajaban en la mencionada escuela también se incorporaron como docentes en la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE). En el año 1941 también designan a esta misma institución otra enfermera española ex becaria de la Fundación Rockefeller, Srta Manolita Ricart, quien se desempeñó como docente y posteriormente fue nombrada Subdirectora. Al fallecer la Srta. Ripoll, la Srta. Más asumió la dirección de la Escuela, quien publicó la Revista de la ENE.

Posteriormente en 1943, la Srta. Antonia Fernández enfermera venezolana, graduada en Panamá, experta en Salud Pública es nombrada Directora de la ENE, quien con su espíritu innovador decide contratar a la enfermera Norteamericana Evelyn Sturmer, integrante de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) como instructora del arte de la enfermería, quien además fue responsable no solamente de la formación de estudiantes sino de enfermeras, quienes serían las futuras instructoras tanto de la ENE como de otras Escuelas de Enfermería del país.

La Srta. Sturmer escribió el Manual Técnico de Enfermería con la colaboración de Marieta Lares S. ex –alumna de la primera promoción de la ENE (19 de Mayo de 1946) Debe señalarse que junto a la Srta. Fernández y conjuntamente con sus colaboradores contribuyeron al realce de la



institucionalización de la enfermería venezolana como profesión consolidando el Proyecto de la ENE a nivel nacional.

Se constituyó el Consejo Directivo de dicha institución conformado por tres médicos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, del Ministerio de Educación un representante y otro representando el Gobernador de Caracas.

Es importante destacar que los objetivos de la Escuela Nacional de Enfermería (ENE) según Sánchez E y Cols. (2011), fueron los siguientes:

**a) Formar Enfermeras Profesionales. B) Servir de modelo para la organización de instrucciones de Enfermeras en el País. C) Elevar los estándares de la profesión en Venezuela. D) Coordinar los esfuerzos de todas las agencias interesadas en proporcionar mejores servicios de Enfermería. (p.43).**

Fernández A (1942) citada por Sánchez E y Cols. (2011) destaca que “el propósito fundamental de la ENE fue preparar enfermeras para el ámbito de la Salud Pública, dicha institución fue la Escuela Matriz que sirvió de referencia al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para crear otras a nivel nacional”. p. 43.

### **Sistema Curativo Participación de Enfermería**

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) inició el Plan Nacional para la construcción de Hospitales en el periodo de 1942-1946, para ello creó la División de Hospitales, como quiera que la presencia de enfermería era fundamental para la organización y puesta en funcionamiento de los hospitales, el MSAS consciente de la importancia de este recurso humano, crea dentro de su estructura el Departamento de Enfermería, inicialmente con dos secciones: Hospitales y Salud Pública, siendo la primera Jefe Bertha Naranjo y su adjunta Clementina Sánchez, a quienes “el Despacho les asignó tanto recurso humano como material, para la

organización y programación de las referidas Secciones”. Según Dolores A (2011) citado por Sánchez E y Cols. (2011).

Debe señalarse que entre las principales funciones de la Sección de Hospitales se destacó la organización de los servicios de enfermería adscritos al MSAS, así como la formulación de normas y técnicas administrativas, para la orientación del personal en la práctica de sus actividades.

El crecimiento demográfico (1935-1960) trajo consigo la demanda de servicios y con ello la necesidad de construir nuevos hospitales, situación ésta que movilizó al sector de enfermería en función de ampliar su campo de acción. En este sentido la Sra. Bertha Naranjo en su condición de directiva solicitó ante el MSAS elevar el Departamento a División y con ello hacer una reestructuración de la misma creando constituida así: Jefa de la sección de Hospitales Blanca Lobo: Elena Pardo de Enedaguila Sección Salud Pública, María Amparo Larrosa Sección de Docencia, Lourdes Mujica Coordinadora, Asesora e Esmérita Antonia Fernández y Bertha Viera enfermera nutricionista responsable del área de nutrición y dietética.

El departamento de enfermería mantuvo asesoría permanente de la OMS y la OPS, y facilitó la preparación y nivelación del personal en Universidades. Este organismo también tenía como funciones asesorar y supervisar todas las actividades de enfermería del país, lo cual se mantuvo hasta el año 2000.

De allí pues, que la creación de hospitales y el fortalecimiento de un sistema curativo, conllevó a la necesidad de incorporar más personal de enfermería. Según Naranjo (1950) citada por Sánchez E y Cols. (2011) expresa que:

**Dichos establecimientos representaron la fuente de empleo para enfermeras, no obstante que las**

**remuneraciones baja, los turnos rotativos, así como la supervisión autoritaria, falta de normas claras y precisas plagaron de inconveniente la enfermería hospitalaria de la época. Ante esta problemática los directivos de los hospitales para cubrir las vacantes decidieron emplear estudiantes en formación. pag. 46.**

La carrera de enfermería par el período de (1935-1960) no tenía un verdadero posicionamiento en el ámbito laboral, puesto que la conducción de la formación del recurso humano no dependía de ellas sino estaba subyugada a las necesidades de los hospitales y de los médicos quienes concibieron a la enfermera, como subordinada a cierta práctica, situación que reflejaba la ambigüedad entre la enfermera no entrenada y la enfermera preparada, sumando a ello la escasa preparación, que se limitaba a la enseñanza de actividades elementales con el fin de ofrecer a los enfermos en los hospitales, una asistencia mecánica, bajo las órdenes estrictas del médico y la asignación de roles muy específicos y repetitivos, elementos que conllevaron a la implementación de una enfermería sumisa a ser considerada como apéndice de las ordenes de los médicos.

### **Imagen y Género. Ingreso y Requisitos para Cursar Estudios de Enfermería en las Escuelas.**

El Gobierno del Presidente Isaías Medina Angarita según Gaceta Oficial de los Estados Unidos de Venezuela N° 21538. Reglamento de las Escuelas de Enfermería. Plantea que en sus inicios el proceso de admisión para ingresar a la ENE se fundamentó en la selección de aspirantes en edades comprendidas entre 17 a 35 años, con certificado de Primer Ciclo de Educación Primaria (hasta la promulgación del Reglamento de las escuelas de Enfermería 1959 Gaceta Oficial N° 26104, con la presentación de un examen de suficiencia ante un jurado designado por la respectiva escuela.

Así mismo la aspirante debía consignar una carta de recomendación del director de las escuelas donde había cursado estudios, junto a un certificado de reconocida solvencia moral, resumen carta de justificación de motivos para ingresar a la Escuela, anexo partida de nacimiento, tres fotografías tipo carnet.

También, las aspirantes debían poseer buenas condiciones de salud tanto físicas como mentales reflejadas a través de certificados de salud expedidos en la Unidad Sanitaria, junto con exámenes de laboratorio específicos, certificado mental y exámenes de la vista.

Es necesario señalar que además de lo antes mencionado para ser admitida, la aspirante debía presentar tres pruebas: 1) Test mental, 2) Examen de Cultura General y 3) Una entrevista personal. Las inscripciones estaban abiertas durante el mes de julio de cada año.

La aprobación y admisión definitiva estaban sujetas a un periodo de tres meses de prueba, siendo la inscripción definitiva después de haber aprobado los exámenes semestrales, con la demostración de aptitudes vocacionales, así como el debido cumplimiento del Reglamento y habilidades físicas suficientes.

Es evidente que hubo cambios en la formación de enfermeras en Venezuela al asumir la Presidencia de la República Rómulo Betancourt, según Gaceta Oficial N°26.104 a través de un reglamento donde se especificaba los requerimientos para ingresar a los estudios de enfermería y su prosecución hasta obtener el título. Existían dos pensas de estudios: el Primer Plan ofrecía estudios con duración de cuatro años, donde la aspirante ingresaba con primaria completa, cursaba primer ciclo de educación secundaria y obtenía Título Profesional de Enfermería. La segunda opción ofrecía estudios con duración de Tres años, donde la aspirante ingresaba con primer ciclo de educación secundaria, obteniendo el Título Profesional de

Enfermería o cuando ingresaba con el segundo ciclo de educación secundaria obtenía la especialidad correspondiente.

Además, para ingresar a los estudios de enfermería se requería un buen examen psicológico que demostrara tener una excelente sociabilidad, discreción, inteligencia normal y excelente memoria, que permitiera memorizar cantidades y datos clínicos, así como apreciar el tiempo y excelente dominio emocional.

Por consiguiente el “psicofisiograma” debía reflejar tanto características físicas como psicológicas que poseían las aspirantes. En términos generales la salud debía ser integral, tomando en cuenta que las exigencias de la profesión así lo requieren, además de la imagen como la buena presencia. “La enfermería es una profesión casi de exclusividad femenina”. Según Sánchez E y Cols. (2011):

**El contexto anterior nos lleva a reflexión acerca del perfil y de las concepciones filosóficas por las cuales se regía la enfermería de la época, caracterizada por conductos apoyados en la disciplina moral, la ética actualmente muchos de los requisitos descritos debería formar parte de las exigencias que deben poseer las aspirantes a estudiar esta carrera. (p.53).**

### **Reformas Educativas Incidencia**

En Venezuela la formación del profesional en enfermería desde su inicio hasta año 1966 era competencia del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en coordinación con el Ministerio de Educación, no obstante otros organismos como la Cruz Roja Venezolana también contribuyeron en la formación del mencionado recurso. Iniciaron los estudios universitarios en el país en la Universidad del Zulia (LUZ 1968), los cuales se fundamentaron en una filosofía y propósito claramente definidos.

La formación a nivel medio de la carrera de enfermería continuó en las escuelas ya existentes. En 1969, la Sección de Docencia e Investigación de la División de Enfermería del MSAS conjuntamente con la Asesora de la OMS y OPS elaboraron programas para cursos post-básicos en las áreas de enfermería materno-infantil y médico-quirúrgica, de administración y supervisión, todos estos programas fueron desarrollados en las escuelas nacionales de enfermería de Caracas, Valencia, Cumaná, Mérida, Barcelona, Barquisimeto y San Cristóbal, con un contenido teórico práctico, para una matrícula de 15 a 25 participantes por curso, con una duración de nueve meses. Según Sánchez E y Cols. (2011). p 54.

En la década de los 70 hubo una reforma en la educación a nivel nacional que involucró el sistema de formación de enfermeras(os). A través de la implantación del ciclo diversificado de educación media, que abarcó estudios de educación asistencial, con mención en enfermería, lo cual incrementó los diferentes niveles de formación, con disposiciones legalmente separados, carentes de mecanismos de coordinación e integración educativa.

En este sentido, quedaron establecidos los siguientes niveles: bachilleres asistenciales con mención enfermería (CDA) periodo 72-88 incluyendo las enfermeras profesionales egresadas de los programas anteriores a 1972 (ENE), las (os) licenciadas (os) en enfermería egresadas (os) de los programas universitarios, así como la preparación de auxiliares de enfermería.

Sánchez E y Cols. (2011) plantean que:

**Resulta claro que la diversidad de niveles trajo consigo problemas en el sistema de enfermería, por ende una fragmentación, obviamente que esta situación fue motivo de reflexión y análisis en función de una integración entre los sectores de enfermería, docencia, asistencia y gremio en búsqueda de una solución. p 55.**

## **La Enfermería Comunitaria en Venezuela**

Para comprender el significado de la enfermería comunitaria actual hay que reflexionar sobre los cambios sucedidos en el país que han llevado a la reformulación del modo de actuación del profesional, con el propósito de prestar los cuidados de fomento, promoción, protección y restitución de la salud. Esta es una de las funciones que la enfermería desarrolla y aplica en forma integral en el campo de la salud pública.

Contribuyendo en forma específica con sus conocimientos a objeto de que las personas, familias y comunidades adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomentan su auto cuidado. Por consiguiente Sánchez E y Cols. (2011) explican que “la enfermería comunitaria es una disciplina que busca en el colectivo, el nivel funcional óptimo del usuario a través de la educación y promoción para la salud, y se inscribe en la Atención Primaria en Salud (APS)”.

El origen de la enfermería comunitaria en Venezuela va paralelo a la creación del Ministerio de Sanidad de Asistencia Social en 1936, para ello el personal de enfermería se preparó en la práctica de la visita domiciliaria a través de cursos de puericultura así como de higiene escolar, de tal manera que cada auxiliar de enfermería realizaba la visita según el programa al cual se encontraba adscrita.

Posteriormente en el año 1937 el MSAS asumió a la familia como una unidad de trabajo, las cuales fueron sectorizadas asignándole a las enfermeras un número determinado de ellas, las actividades que estaban dirigidas a las respectivas familias, comprendían el fomento y protección de la salud tanto a nivel domiciliario como en la consulta ambulatoria. El ejercicio práctico de la enfermería comunitaria, se estructuró impregnado de normas y procedimientos.

La OMS en 1946 a raíz de la definición de la Salud, consideró que la Salud Pública debía extenderse hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas según introducción de la constitución de la OMS, la cual fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946 y firmada el 22 de julio de dicho año por representantes de 61 estados, entrando en vigencia el 7 de abril de 1948. Sánchez E y Cols. (2011)

Desde entonces dicha definición no ha sido cambiada, no obstante fue a partir de la década de los 50 que se iniciara la redimensión de su connotación es así como la forma y estilo de vida fueron tomadas en consideración y objeto de comprensión y aplicación, de allí que en forma simultánea en los Estados Unidos se promulga la creación de las escuelas de medicina preventiva.

En atención a lo antes expuesto, en Venezuela en la década de los años 60 fueron creados Departamentos de Medicina Preventiva y Social, en Universidades y Escuelas de Medicina, de esta manera se da apertura a la formación del médico con una visión integral, hacia la problemática de salud íntimamente involucrada en la prestación de servicio al colectivo en general.

Así mismo la OPS en (1974), citado en Sánchez E y Cols. (2011) define la enfermería en salud comunitaria como:

**...La síntesis, aplicación de amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria. Comprendido de esta forma que el sujeto fundamental es la comunidad y por ende los grupos dentro de ella, unidades de trabajo a través de las cuáles se obtienen los más altos niveles de salud comunitaria. p 79.**

En la década de 1970, tanto la OMS como la OPS se plantean la necesidad de dar a conocer el aporte de la enfermería en pro del



mejoramiento de la salud de las comunidades y por ende la observancia de los cambios esenciales tanto en la concepción como en la reforma de los planes de estudios de enfermería. De esta manera el término enfermería comunitaria según Sánchez E y Cols. (2011) “comienza a ser usado por la OMS en 1974, que motivó a dicha organización a la convocatoria de un seminario denominado “Community Nursing” con el objetivo de presentar un proyecto comunitario sobre los cuidados de enfermería”.

Esta propuesta se consolida para enfermería como tendencias del mismo enfoque de salud en la estrategia de atención primaria en salud a través de la Conferencia Interamericana en 1978 de la OMS en Alma ATA y la meta “salud para todos en el año 2000”. Sánchez E y Cols. (2011)

En Ottawa Canadá se desarrolló la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, como conclusión de la misma surge la Carta de Ottawa (OPS 1986) orientada hacia la búsqueda del objetivo de salud para todos en el año 2000.

Los directivos del Ministerio de Sanidad de Asistencia Social, conscientes que la población rural dispersa o semi dispersa, recibía una atención sanitaria de mala calidad o en su defecto no la recibían, optaron por darle respuesta a dicha problemática a través de la utilización de un recurso humano no profesional, es por ello que en la década de los 60 introdujeron en los dispensarios rurales o estaciones de salud el Programa de Medicina Simplificada, a través de gestiones realizadas por un grupo de médicos sanitaristas del MSAS liderado por el Dr. José Ignacio Baldó, quienes con exposición de motivos plantearon esa situación a la Federación Médica Venezolana y en la XVIII Asamblea Ordinaria celebrada en Barinas en septiembre de 1963 aprobaron la propuesta a través de una Resolución que contemplaba una serie de consideraciones. MSAS (1999) p 7.

En el año 1962 El Departamento de Enfermería asumió la responsabilidad de la preparación y supervisión del personal que sería responsable de la conducción del Programa. El desarrollo del programa estuvo bajo la dirección de la Lic. Marina Castellanos Ostos(+), quien preparó el primer grupo de participantes en la comunidad de Tamatama en Territorio Federal de Amazonas (hoy Estado Amazonas) el cual estuvo conformado por 5 misioneros de las nuevas tribus y la enfermera Nancy de Rubio, quien posteriormente dictaría el segundo curso conjuntamente con la Lic. Castellanos. MSAS (1999) p 5.

Posteriormente en el año 1963 la Lic. Hermelinda Rojas González (+), quien fue la primera enfermera del país nombrada con el cargo de Instructora de Medicina Simplificada asignada al Estado Apure, y a su vez fungió de Supervisora del Programa de dicho Estado. De igual manera fue preparada la enfermera Hugolina Carrillo de Blanco y designada Instructora del Programa del Territorio Federal de Amazonas.

La presencia de personal de enfermería fue fundamental en la consolidación del Programa de Medicina Simplificada en el país. En 1967, se creó la Sección de Medicina Simplificada en la División de Enfermería del MSAS, siendo la Jefa de la misma la Lic. Dilia Becerrit, actualmente jubilada, como el programa requería la participación de la figura de un supervisor, los Estados Apure, Aragua, Amazonas y Táchira formaron a cuatro enfermeros para desempeñar este rol.

Del 23 al 27 de noviembre de 1992 se desarrolló en Puerto Ayacucho, Estado Amazonas las I Jornadas Nacionales de Medicina Simplificada en conmemoración a sus XXX años, con la asistencia de 206 participantes de todo el país. MSAS (1999) p 10.

Es conveniente resaltar que en la década de los 70 se realizó la 6ta Reunión y XVIII de la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en

octubre de 1970 así como la reunión de los ministros de salud para las Américas realizada en Chile en 1972 donde participaron representantes del Departamento de Enfermeras del MSAS. En dicho evento surgieron una serie de recomendaciones.

MSAS Departamento de Enfermería 1977 establece que:

**Al analizar la situación de salud, estudien, determinen los recursos y necesidades de las enfermeras. Que organicen y lleven a la práctica un Sistema de Enfermería, en el cual el número y categoría del personal necesario se determine de acuerdo con las actividades de enfermería, previstas en los planes nacionales de salud. p 2**

Los directivos del referido departamento se plantearon presentar el diseño de un Sistema de Enfermería, que respondiera a las necesidades actuales y futuras de los servicios de salud del país, para lo cual realizaron un estudio que comprendió tres etapas:

- **Primera Etapa:** Preparación (del 5-5 al 15-6-1975)
- **Segunda Etapa:** Ejecución del estudio ( del 21-6 al 30-11-1975)
- **Tercera Etapa:** Desarrollo de un seminario el cual se llevo a cabo durante los días 5 al 30 de julio de 1976, se celebró en la Sede de la ENE en Caracas, Ciudad Universitaria donde participaron representantes de 23 Comisionadurías de Salud, Escuelas Universitarias y de Nivel Medio, Seguro Social, Junta de Beneficencia, Sanidad Militar, Hospital Universitario José Gregorio Hernández de Caracas, Colegio de Profesionales de Enfermería y Departamentos de Enfermería a Nivel Central, siendo un total de 49 participantes quienes tenían bajo su responsabilidad la conducción de los programas tanto de servicio como de formación del recurso de enfermería. MSAS (1977) p 5.

## **El Gremio y su importancia para la evolución de la enfermería en Venezuela**

En Venezuela la enfermería gremial, tuvo su origen en 1941 en Caracas, donde un grupo de cuarenta enfermeras sintieron la necesidad de asociarse en la búsqueda de mejorar tanto su nivel académico, la posición social del gremio y por ende el reconocimiento estatal.

El 25 de Abril de 1941 se constituyó la asociación Venezolana de enfermeras siendo su primera Presidenta la enfermera Paula Sanoja, quedando registrada esta asociación bajo en N° 164 protocolo I tomo VI el día 7 de Junio del mismo año en el registro subalterno del Segundo Circuito del Departamento Libertador del Distrito Federal. Sánchez E y Cols. (2011) p 99.

Comoquiera que la mencionada asociación no tenía un soporte legal con participación a nivel Nacional el Gremio en la celebración del VI Congreso Nacional de Enfermería en Cumana (Estado Sucre) en 1969 surgió la propuesta de cambiar la denominación de la organización a Colegio Nacional de Profesionales de la Enfermería de Venezuela (CNPEV) cuyo marco jurídico fue elaborado por la insigne enfermera, también Abogada, Mercedes Contreras Pulido (+) quien fue su primera Presidenta en 1970. La organización fue registrada como una sociedad civil de carácter exclusivamente profesional gremial y con personalidad jurídica, patrimonio propio, estando al servicio de todos los miembros, con domicilio en la Ciudad de Caracas y Jurisdicción la República de Venezuela, representada por seccionales en cada Estado. Sánchez E y Cols. (2011) p 99.

El Congreso de la República de Venezuela a finales de 1970 decretó la Ley de Carrera Administrativa inscrita en la Gaceta Oficial N° 1428 extraordinaria N° 161, sin lugar a duda esta Ley constituyó un beneficio a la profesión al disponer de un oficina central de personal que vigilara tanto los

deberes como los derechos de los funcionarios públicos tales como: bonificaciones y clasificaciones de cargo, (Ley de Carrera Administrativa 1970).

Posteriormente en 1990 esta Asociación sufre nuevas modificaciones en su denominación y pasa a ser Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela y las seccionales en Colegios, siendo la responsable de este cambio la Dra. Oliva Margarita Surita (Abogada, Enfermera), Presidenta de la organización como representante legal gremial y profesional.

El 9 de Enero de 1992 la referida organización fue inscrita ante la Inspectoría Nacional del Trabajo bajo en N° 20 Folio VI. Durante la gestión de la Dra. Surita surge la Convención colectiva y en ella se aprueban mejoras salariales, a finales de este mismo año se discute nuevamente esta Convención. El 7 de mayo del 2002 fue aprobada la III Convención colectiva de trabajo entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, los Institutos Autónomos Adscritos y la Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela. Sánchez E y Cols. (2011). p. 101.

La Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela, es el ente rector responsable de celebrar con las instituciones tanto públicas como privadas y autónomas, las contrataciones de trabajo en representación de las(os) enfermeras(os). Es importante señalar que en Venezuela se hacía la distinción de obreros y empleados, no obstante la Ley Orgánica del Trabajo (LOT), a eliminado esta diferencia al señalar en su artículo 408 una serie de atribuciones.

En relación al Ejercicio Profesional los Enfermeros y Enfermeras, el marco jurídico se apoya en la Ley del ejercicio profesional de la Enfermería que es de interés gremial, la misma entra en vigencia a partir del 1 de Septiembre del año 2005 en gaceta oficial N° 38.

## **Enfermería en el Estado Aragua**

En el estado Aragua al igual que las demás regiones del país, a finales del año 1983, sus pobladores fueron azotados por la epidemia de la viruela, generando en todos los sectores angustia, zozobra y muerte siendo los más afectados los de bajos recursos.

Para esa época no existía ningún establecimiento de salud en el Estado y los más pobres deambulaban y morían por las calles sin ninguna atención, ante esta problemática, Barrios D (2005) refiere que López Aveledo, quien era párroco de Maracay en su condición de Pastor:

**No solo ora, sino olvidándose de si mismo desafia aquella situación, trata de auxiliarlo, de consolarlo, de aliviar su miseria. Es un hombre fuerte y valiente, los toma en hombro y los traslada a donde puedan ser atendidos de alguna forma, cuando nada puede hacer, lo ven de rodillas ante el agonizante encomendando su alma con lagrimas en sus ojos, los médicos entre ellos: José Félix A y Rafael Milano son incansables junto a el.**  
p. 41.

Barrios D (2005) refiere que el párroco exhortó a sus fieles a solicitar colaboración en la comunidad, la mayoría lo comprenden, mas sin embargo hay quienes lo tildan de "loco", pero el continúa y en nombre de Dios y la Caridad Cristiana organizan a un grupo de jóvenes para recaudar insumos como: alimentos, medicamentos, ropa usada y dinero en efectivo. Como no existía un espacio para albergar a los enfermos, alquila una casa en la calle Miranda con Sucre en Maracay y funda el 5 de noviembre de 1983 en ese sitio el primer hospital denominado "Hospital San José" con una capacidad para atender a 16 enfermos 7 hombres y 9 mujeres, para el funcionamiento del mismo organiza una junta directiva constituida por un Presidente, dos Secretarios, una Vicepresidenta y una Tesorera, el equipo medico va a estar conformado por los doctores Calatrava y Monje de igual manera los farmacéuticos José Maria Hernández y Esteban Jiménez.

En esa época no existía personal de enfermería preparado, las funciones del mismo eran cubiertas por jóvenes entre las que se mencionan a Laura Alvarado Cardozo (Madre Maria de San José), quien aspiraba irse a un convento, pero por solicitud del Padre López Aveledo, decidió apoyarlo para atender a los enfermos, a dichas jóvenes las denominaron “Samaritanas”, quienes prestaban cuidados de higiene personal, cura de úlceras por decúbito, preparación de alimentos y labores domésticas en el mantenimiento del ambiente y de la lencería.

Barrios D (2005) refiere que Los recursos para el mantenimiento del referido hospital eran insuficientes, no contaban con apoyo gubernamental, era sostenido a través de las donaciones de la comunidad, la economía del país para ese momento estaba deprimida los productos de exportación como el café y el cacao no eran rentables, por lo demás la región fue azotada por la plaga de la langosta, así como la aparición de otras enfermedades como la tuberculosis, anquilostomiasis, malaria, y gastroenteritis.

En 1894 el Padre López Aveledo contrata a la Sra. Juana Sotomayor como economía del hospital y en 1899 delega en Laura Alvarado Cardozo (Madre Maria de San José) la dirección y administración del hospital. El 22 de enero de 1901 nace una congregación de religiosas denominada “Hermanitas de los Pobres de San José” y Laura Alvarado ingresa a la misma, adoptando el nombre de “Maria” es designada superiora de dicha congregación.

El Padre López Aveledo para proyectar el hospital San José ante la comunidad funda un pequeño periódico denominado “El Josefino”, el contenido de la referida prensa estaba constituido por artículos de opinión tanto en el campo cultural como religioso y hacia referencia del movimiento estadístico del hospital.

Las hermanitas de los pobres de San José, no solamente prestaban servicio de enfermería en el hospital de San José sino que se proyectaban a

otras regiones del estado como La Victoria, donde fundan el Hospital San Vicente, conjuntamente con el Dr. Carlos Meyer, la Sra. Mercedes Tosta y otras damas honorables.

Barrios D (2005) comenta que la situación política del país afecto a la población particularmente en el estado Aragua que constituyo una de las principales zonas de enfrentamiento donde hubo muertos y trescientos heridos en Cagua quienes fueron atendidos por las hermanas Agustinas (nuevo nombre asignado a las hermanitas de San José de los Pobres), donde se encontraba el Cuartel General, en la guerra (10 de diciembre de 1902) de Manuel Antonio Matos concuñado del Presidente Guzmán Blanco. En ese mismo año el padre López Aveledo, funda en Villa de Cura el hospital Santo Domingo, que solo duro cuatro años porque no disponía de recursos para su funcionamiento.

La meta de la Madre Maria de San José era fundar un orfanato donde ofrecer un hogar y cuidado maternal a niños(as) huérfanos(as) y desvalidos, desde niña soñaba con una gran casa llena de infantes a quienes cuidaba y atendía como una madre. Barrios D (2005) refiere que:

**El 24 de mayo de 1905 “Después de muchas angustias y desvelo se pudo llevar a cabo la fundación del Asilo la Inmaculada Concepción, se hizo de nueve huerfanitos que se hallaban asilados en el hospital San José de Maracay. Inicialmente comenzaban las actividades en una casa alquilada donde permaneció durante un año”. p 10.**

Debido a que el numero de niños fue aumentando, el Sr. Francisco “Pancho” Gómez en 1906 dona su casa en la calle Santos Michelena, Residencia definitiva de la Institución y de la Madre Maria de San José y su congregación, allí sobrevive el asilo hasta la actualidad con una trayectoria de cien años de servicio.



Barrios D (2005) sostiene que la Madre María de San José, consciente de la problemática del país en relación a la atención de los enfermos y por su experiencia como directora del hospital de San José, con su grupo de hermanas se dirige a Coro en 1909 y funda el hospital de Santa Ana, en 1910 funda el hospital Las Mercedes en Calabozo, por solicitud del Presidente del Estado David Gimón y en 1911 funda un hospital en Ocumare del Tuy donde las hermanas duraron siete años cumpliendo funciones de enfermería, hasta que el gobierno del Estado Miranda construyó un edificio.

Barrios D (2005) indica que en 1917 fallece el Padre Agustín López Aveledo, gran propiciador y protector de todas estas obras en beneficio de la comunidad Aragueña. En 1967 fallece la Madre María de San José.

En 1930 fue construida la Clínica Maracay (Hospital Civil de Maracay) durante el mandato del General Juan Vicente Gómez, quien lo consideró con orgullo su Obra Maestra, y por su ubicación frente a la Plaza Bolívar, representó una solución para la atención de salud de la comunidad maracayera, fue inaugurada el 19 de Diciembre del mismo año. Llama la atención que no se hace mención del número de enfermeras asignadas, se instruye que al igual que el resto del país en su mayoría eran auxiliares de enfermería, ya que en Venezuela para esa época no existían escuelas de Enfermería donde se formara este recurso humano, no obstante en la infraestructura hospitalaria se diseñaron áreas destinadas para el personal de enfermería.

Aproximadamente en 1943 ingresaron las primeras enfermeras a la Clínica Maracay (Hospital Civil), egresadas de la Escuela Nacional de Enfermeras de Caracas (E.N.E.), así como algunas enfermeras extranjeras. En la década de los años 50, según relatos de colegas que prestaron servicios en esta Clínica, informaron que existían las cuatro áreas básicas: Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia, así como las consultas externas.

Las relaciones de las enfermeras con los demás miembros del equipo de salud eran excelentes, donde reinaba respeto, fraternidad y confianza. El número de enfermeras era insuficiente para cubrir los diferentes turnos de guardia, los cuales eran de ocho horas que podían prolongarse hasta doce y veinticuatro horas. Con la puesta en funcionamiento del Hospital Central de Maracay (H.C.M.), tanto los pacientes como el equipo de salud que prestaba servicios en el Hospital Civil fueron transferidos a esta nueva institución.

El 25 de Febrero de 1936, según Gil Botello (1995), citado por Contreras, F (1997), el presidente constitucional, General Eleazar López Contreras, decreta la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Para esa misma fecha inicia sus actividades la Unidad Sanitaria de Maracay, fundada por el Dr. Abel Mejía, siendo esta la segunda que se creó en el país, la cual según Contreras F (1997) “fue considerado un instrumento de aplicación de programas de indiscutible corte preventivo y los Hospitales para las acciones curativas”. p.44

Evidentemente que para esa época las funciones de Enfermería la cumplían las personas que académicamente no estaban formadas, se intuye que seguían instrucciones de los médicos quienes le enseñaban procedimientos que le permitían realizar actividades prácticas como la asistencia a la diferentes consultas, así como registros de datos de identificación de los consultantes y al igual que en la Clínica Maracay, en la década de los cuarenta ya ingresan enfermeras formadas en la E.N.E.

Cabe señalar que en octubre de 1950 ingresa a este establecimiento de salud como Enfermera jefe Blanca Noemí Rojas (+), quien era egresada de la Escuela Nacional de Enfermería (ENE) Caracas. En 1949 ya había prestado servicios en la Unidad Sanitaria de Valencia, estaba capacitada para cumplir funciones docentes, administrativas y asistenciales, quien conforma su equipo con aproximadamente ocho Auxiliares de enfermería.

Para 1954 ingresan dos enfermeras más, siendo una de ellas Carmen Inocencia Lugo, egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras Francisco A. Rísquez de Valencia, quien se desempeñó como enfermera visitadora rural del programa de tuberculosis, teniendo que viajar a Choroni, Ocumare de la Costa y Palo Negro a visitar casos diagnosticados con la enfermedad. Así mismo aplicaba la vacuna BCG y prueba de PPD.

De acuerdo a lo referido por Farías A. (2006), en 1957 – 1958 la enfermera Blanca Rojas realiza curso en Caracas de Supervisión y conducción de conferencias, así como de Salud Pública. En 1963 en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, realiza el curso de Enfermería Avanzada. El 27 de julio de 1973 recibe el título de licenciada en Enfermería en la Universidad de Los Andes, estado Mérida, Venezuela. Permanece en el cargo de Enfermera jefe de la Unidad Sanitaria hasta 1974.

A partir de 1956 el personal de enfermería que prestaba servicios en la unidad sanitaria y centros materno infantiles creados posteriormente para cumplir con las actividades que exigieran los diferentes programas de salud pública, se guiaba por un Manual de Técnicas y Procedimientos, elaborado por el Departamento Nacional de Enfermería del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Evidentemente que el Estado Aragua ha sido privilegiado en el campo de la salud, por ser la sede de la primera Región Sanitaria del país, la cuál fue creada en 1945. A este respecto, Contreras F (1997) indica que:

**Por disposición de la Junta Revolucionaria de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela y en ejecución del decreto n° 31, publicado en la Gaceta Oficial n° 21850 de fecha 2 de noviembre de 1945, se crea la primera Región Sanitaria, tendrá su sede capital en la ciudad de La Victoria, Estado Aragua y jurisdicción en los Estados**

**Aragua, Carabobo y Miranda, en los distritos Nirgua del Estado Yaracuy y Rosario del Estado Guárico. p 90.**

De este modo quedó constituido dicho organismo, siendo su primer director el Dr. Armando Castillo Plaza, quien inicia su gestión con un equipo de trabajo constituido por un médico epidemiólogo, un ingeniero sanitario, un médico veterinario, una secretaria, un chofer, oficial de proveeduría y una supervisora de enfermería, de quien no se obtuvo información.

De 1948 a 1950 la Srta. María Silvia Velásquez Rodríguez, egresada de la ENE cumple funciones de Enfermera Supervisora de la Región sanitaria. La Sra. Bernarda González se incorpora en el año 1954 como Supervisora Regional hasta el año 1974, que egresa jubilada y es reemplazada por la Licenciada Blanca Noemí Rojas en el mismo año, quien venía de prestar servicio como Enfermera jefe de la Unidad Sanitaria de Maracay.

El Hospital Central de Maracay (HCM) inició sus servicios en 1973; se ha convertido en un hospital de emergencia porque no solo atiende a la población del estado Aragua, sino que también a pacientes que vienen de otros estados como Carabobo, Guárico y Apure, y por su cercanía a la Autopista Regional del Centro atiende a todas las emergencias por accidentes que se producen en esa zona, por supuesto colapsando la atención. Comenzó a funcionar con 420 camas, actualmente atienden 670 camas y hay 2000 enfermeras(os) prestando servicio, aún cuando no fue concebido como hospital universitario, cumple funciones de centro de formación de pregrado y postgrado para profesionales de la salud, tiene todas las especialidades y está adscrito al Ministerio para el Poder Popular de la Salud y por su categoría y nivel de complejidad está clasificado como hospital tipo IV.

La primera Enfermera Jefe de este establecimiento de salud fue la Sra. Marly Valera de Rangel, con sus respectivas adjuntas: Sra. Zoraida

Mora Adjunta asistencial y Sra. Omaira Alcalá de Pereira Adjunta Docente, quien en la década de los noventa fue Enfermera Supervisora de la Región Sanitaria del Estado Aragua.

El Hospital del Seguro Social Obligatorio Dr. José María Carabaño Tosta denominado así a partir del año 78, por iniciativa de un grupo de trabajadores en reconocimiento al noble médico, quién prestó servicio en el mismo y se destacó como insigne profesional. Este hospital comenzó a funcionar en la calle Soubllette en el año 1953, luego fue trasladado a la sede de la cruz roja en el año 1959, posteriormente comenzó a funcionar en la sede actual a partir de 1960.

Actualmente funciona con 273 camas, en él prestan servicio 386 enfermeras, 19 auxiliares de enfermería, además cumple funciones docentes tanto en el área de pregrado como postgrado. El Hospital José Vargas, conocido como la Owallera por estar ubicado en la comunidad que lleva ese nombre, está adscrito al Seguro Social, inició su funcionamiento en el año 1987 y también cumple funciones docentes.

El 15 de noviembre de 1983 fue inaugurado en la Placera de San Jacinto el Hospital Militar e inicia su funcionamiento en enero de 1984 con el nombre de Coronel Elbano Pérez Vivaz, siendo su primer director el Coronel Aviador Vicente Silva Márquez (médico cirujano), trabajando en equipo con las enfermeras Elena Fernández y Aura Zambrano; es un hospital tipo III, posee 200 camas y su capacidad arquitectónica es para 270 camas. Hoy en día, atiende tanto a militares como civiles.

El primer hospital ubicado en la Glorieta se llamó Alí Gómez fundado el 1 de marzo de 1923, siendo su primer director el Dr. Manuel Núñez Tovar. Reinaugurado el 19 de diciembre de 1934 bajo el mandato del General Juan Vicente Gómez, después de su muerte le cambiaron el nombre por Hospital Militar Girardot el 21 de abril 1936.

En 1964 el Gobierno central tomando en cuenta la experiencia de Aragua crea los Servicios Cooperativos de Salud, diecisiete años antes impulsados en Aragua. Estos servicios de salud estaban dispersos y fragmentados bajo la dirección de las gobernaciones o municipios, dando apertura con este modelo organizativo al proceso de descentralización de los servicios de salud, con el decreto de la regionalización en el país en 1982.

La Región Sanitaria cambia su denominación y pasa a ser Sub – Región de Salud, con lo cual se profundiza la concentración de poder en el nivel central, asignando los recursos tanto financieros como de personal a los hospitales y ambulatorios de la región, además se reservan las competencias y recursos para la obtención de equipos y tecnologías, integrando un cuadro centralista, sin ninguna participación del nivel regional en la gestión sanitaria.

Feo (2003) refiere que: “ya consolidado el proceso centralizador los organismos regionales de salud pasan a denominarse Comisionadurías de Salud, recalcando la total concentración del poder en el nivel central.”

Por primera vez en la historia nacional se celebraron elecciones para gobernadores el 3 de diciembre de 1989, resultando electo Carlos Tablante; siendo una de sus primeras decisiones crear una Comisión para la Reforma del Estado que posteriormente conducirán a la descentralización.

Con la reelección en 1993 del gobernador Carlos Tablante, se cree la Comisión de Salud de la Gobernación y el 4 de octubre del mismo año se firmó el convenio de descentralización creándose el Servicio Autónomo de Salud (SASEA) para la integración y administración de los servicios recién descentralizados y los ya existentes a nivel de la Gobernación.

Se crea una dirección única bajo la conducción de Edgar Capriles, quién por Políticas de Estado había comenzado la recuperación de los

Servicios de Salud y promocionando la creación de una estructura novedosa de prestación de los Servicios de Salud en los Núcleos de Atención Primaria (NAP), que representaron un modelo de gestión promovido y con la participación de las comunidades.

En 1995 se efectúan nuevas elecciones, resultando electo Didalco Bolívar, durante su gestión, en enero de 1996 se aprueba la Ley de Salud del Estado Aragua, creando un instituto autónomo regional llamado Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud Aragua), permitiendo agilizar y dinamizar una reforma del sector salud, que ya fortalece los derechos de la población y continua mejorando la prestación de servicios

Para conducir la presidencia de la reciente organización fue designado el Dr. Oscar Feo Isturiz (presidente), quien antes había sido Director General de Salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Feo (2003) plantea que: “el éxito de la descentralización y la gestión de salud en Aragua ha sido efectivo gracias a la continuidad de Políticas y estrategias en las últimas administraciones regionales y sanitarias”. (pág)

Todos estos factores conllevaron a la conformación de un equipo de trabajo y compromiso, cuya meta era avanzar en la construcción de un sistema regional de salud orientado a mejorar la calidad de los servicios y mejorar las condiciones de salud de las comunidades, bajo una gran consigna que unifica a todo el equipo de salud.

Para poder impulsar los las Políticas de salud en el estado Aragua debía existir sintonía con el órgano rector, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para ello había la mejor disposición del ministro de turno el Dr. Carlos Walter, quién hizo una propuesta en el año 1996, Feo (2003) refiere:

**Nuestro compromiso con la vida es asumir la necesidad de una profunda reforma del sector salud, a través de las**

**líneas de acción del (MSAS), para recuperar el papel de rector del Ministerio de Sanidad, su reestructuración y desarrollar nuevos modelos y financiamiento. (p.102)**

En los inicios de la Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud), se constituyó un equipo conformado por los doctores Oscar Feo I (presidente), Gilberto Rodríguez Ochoa y Luis Valera, con el fin de establecer lineamientos para dar continuidad y afianzar el trabajo iniciado durante la gestión del Dr. Edgar Capriles, fortalecer los procesos de despartidización de la salud, adcentamiento de la gestión administrativa; lo cual ameritó un trabajo participativo, donde se elaboraron Políticas de salud consensuadas. Con respecto a ello, Feo (2003) refiere: “Se construye colectivamente la misión y visión de la organización, señalando ocho (8) proyectos estratégicos que se tornaron como guías que direccionan la acción sanitaria para exaltar la calidad de salud y satisfacer las necesidades de la población”. (p.104)

Feo (2003) presenta la Misión y Visión de Corposalud:

**Misión: Garantizar el derecho a la salud de la población del estado Aragua, estimulando la participación consiente y democrática de la junta en la búsqueda del bienestar optimizando el funcionamiento de la red sanitaria asistencial, para incrementar su productividad, generando una cultura de servicio, en la cual trabajadores y comunidad luchan juntos por la vida, la salud, la calidad de atención.**

**Visión: La salud es un es un derecho social que debe ser construida colectivamente. Nuestra aspiración es que todos tengamos salud y bienestar, que Corposalud contribuye en la construcción de un sistema sanitario accesible y de calidad, que dé prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Queremos ambulatorios y hospitales productivos, sanitarios, en donde los trabajadores de salud llenos de calor humano, trabajamos por la vida. Ese sueño parte de un país nuevo, más participativo y consiente en el cual cada uno de nosotros asume su responsabilidad,**



**trabajando día a día con amor y fuerza para construir una realidad. (p.104)**

En relación a esto existen las Políticas de Salud en Aragua, las cuales tienen los siguientes objetivos:

1. Combatir las desigualdades sociales con relación a la enfermedad, salud, mente y el acceso a los servicios.
2. Desarrollar un sistema de salud integral.
3. Fortalecer el papel rector y conductor de Corposalud para mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

Los principios que orientaban esas Políticas de salud, refiere Feo (2003) que debían ser: “la equidad, solidaridad, participación, integralidad, ética y eficiencia”. Por lo tanto para ejecutar el proyecto con las nuevas Políticas de salud se requería fortalecer y modernizar los ambulatorios, para ello el presidente de Corposalud y su equipo solicitaron apoyo económico a través del financiamiento multilateral (Proyecto Salud/ Banco Mundial), respaldado por una propuesta para la modernización del sistema de salud, con énfasis en la Red Ambulatoria. El referido proyecto tenía tres grandes componentes: rehabilitación de los ambulatorios, equipamiento y dotación de tecnología y suministro y la capacitación del personal.

El referido proyecto se logró a través de una gran inversión de recursos económicos, voluntad política, la participación de un gran número de trabajadores de la salud y los representantes de las comunidades. Por consiguiente que una de las herramientas que consolidó el proyecto fue la Propuesta del Módulo de Atención Integral (MAI), cuya base fue el relanzamiento de los nuevos programas para dar respuesta a la mayor aspiración del Ministerio de Salud y Desarrollo, como ente rector de la salud en el país y con ello romper los paradigmas creados hace 40 años,

cambiando del modelo de atención tradicional a un modelo de atención integral.

Este nuevo modelo cuyo propósito era obtener instituciones de salud al servicio de la gente, propiciando un encuentro entre el equipo de salud, el individuo y la comunidad. No obstante para el desarrollo de nuevos modelos de gestión hubo que analizar diferentes opciones jurídicas, estudiando las ventajas y desventajas de las fundaciones o asociaciones civiles y servicios autónomos, todos públicos, sin fines de lucro y con amplia participación de la comunidad.

Feo (2003) refiere que se experimentaron tres modelos:

**1) La creación de nuevos centros, bajo la figura de fundaciones o asociaciones civiles, con cuatro casos paradigmáticos: Hospital los Samanes, La Asociación para el Diagnóstico en Medicina (ASODIAM), Centro Cardiológico y Centro Clínico la Morita. 2) Conversión de los grandes hospitales en servicios autónomos del Hospital J.M Benítez de la Victoria y el Hospital Central de Maracay. 3) Los Núcleos de Atención Primaria (NAP), muy vinculados a las comunidades y con modelos de gestión diferenciados de los ambulatorios tradicionales. (p.112)**

Se plantea fortalecer la Red de Ambulatorios, a partir del incremento de su capacidad resolutive y propiciar de ese modo la incorporación de la comunidad en estos centros. La participación de enfermería en todo el desarrollo del Modelo de Atención Integral, fue muy importante, estando presente en la elaboración del Manual de Implantación, donde intervinieron la Lic. Moira Tovar (Especialista en Salud Pública) el Lic. Reynaldo Carpio como miembro del equipo de salud. Asimismo durante la gestión del Dr. Edgar Capriles comienza la designación de Enfermeras (os) como Directores de Ambulatorio, quienes fueron formados para desempeñar el cargo. Entre ellas podemos mencionar a la Lic. Olga Casanova directora del Ambulatorio Urbano tipo I Santa Rita.

## **Formación Académica de Enfermería en el Estado Aragua**

En 1976 en Maracay se inició la formación del recurso de enfermería de nivel medio (Bachilleres Asistenciales Mención Enfermería) que ofertaba el Ministerio de Educación, siendo la primera sede el Liceo José Luis Ramos en el período académico 1976 – 1977. Luego por decisión del Director de la Zona Educativa, así como del equipo técnico del nivel central, se trasladó a la sede Unidad Educativa Nacional Andrés Bello por su proximidad al Hospital Central de Maracay, donde realizan las prácticas de enfermería los estudiantes. La primera coordinadora de la referida mención fue la Lic. María J. Párraga de Véliz. .

En 1974 en el Instituto Tecnológico Dr. Pérez Alfonzo (IUTEPAL) se inicia la formación de Técnicos Superiores en Enfermería. La primera coordinadora de la referida institución fue la Magister Omaira Ramírez, actualmente profesora ordinaria de la Escuela de Enfermería “Gladys Román de Cisneros” de la Universidad de Carabobo.

Para crear la Extensión Aragua de la Escuela de Enfermería “Gladys Román de Cisneros” de la Universidad de Carabobo, fue nombrada una comisión a través de una asamblea de profesores, realizada en la sede de la referida escuela en Valencia el 1 de noviembre del año 2005. De dicha extensión han egresados dos cohortes de licenciados en enfermería y cuatro cohortes de Técnicos Superiores.

La Universidad Central, la Universidad Rómulo Gallegos y el Instituto Universitario Cecilio Acosta de los Teques, fueron las instituciones que a nivel del Estado asumieron la profesionalización tanto de los Auxiliares de Enfermería, como de los Bachilleres Asistenciales y Enfermeros de nivel medio.

Cuando fue creada la Misión Sucre en 2008, fue designado por el Ministerio para el Poder Popular de Educación el Colegio Universitario Cecilio Acosta para formar Técnicos Superiores en Enfermería.

En el 2009 la Escuela Militar María Antonieta Fernández adscrita al Ministerio para el Poder Popular para la Seguridad y Defensa de la Nación, se inició la formación de Licenciados en Ciencias y Artes Militares Mención Enfermería en la sede de la antigua escuela Básica, de donde han egresado algunas promociones con un total de 215 licenciados, que cursaron estudios con una duración de cuatro (4) años. Sin dejar de mencionar la UNEFA que se inició con el programa de enfermería en la Formación de Técnicos Superiores en el año 2005.

### **La Enfermería Gremial en el Estado Aragua**

El gremio en Aragua se organizó en 1958 con la creación de la Seccional de la Asociación Venezolana de Enfermeras Profesionales, siendo su primera presidenta la Sra. Bernarda de González, quien para esa época era también enfermera supervisora de la región sanitaria del estado Aragua, no se tiene conocimiento de cuantos enfermeras(os) existían para el momento.

En el año 1969 en el VI Congreso de Enfermería celebrado en la ciudad de Cumaná en el marco del mismo se propone y acuerda constituir el Colegio Nacional de Profesionales de Enfermería de Venezuela. En la elaboración de su marco jurídico participó, en forma destacada la insigne enfermera y abogada la Dra. Mercedes Contreras Pulido; quedando registrada la organización gremial como una sociedad civil de carácter exclusivamente profesional y gremial, con personalidad jurídica y patrimonial, propia al servicio de todos sus miembros con domicilio en la

ciudad de Caracas y jurisdicción en la República de Venezuela, la cual fue representada según Moreno, F (2002): “por las llamadas seccionales y el Colegio Nacional de Profesionales de Enfermeros de Venezuela Seccional Aragua”.

En el periodo 1971 al 1973 se eligió a la Sra. Margarita Padrón de Díaz como primera presidenta de la Seccional del Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Aragua. No se obtuvo información de cuantos agremiados (as) tenía la seccional para ese momento, sin embargo todos los (as) profesionales estaban adscritos a la referida seccional. En 1978 se crea una filial de la Seccional en la Victoria, debido a que en esa entidad habían veinticinco (25) enfermeras, número mínimo para crear la misma según lo exigido por el estatuto del Colegio.

En noviembre de 1977 se celebró en Maracay la X Convención de Profesionales de Enfermería, la ponencia central de la misma fue el Diseño del Sistema de Enfermería, este trabajo estuvo dirigido por la Sección de Programación e Investigación del Departamento de Enfermería del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social conjuntamente con la Seccional del Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado Aragua; en tal encuentro se resalto lo siguiente: “el sentimiento de optimismo que nos anima, nos hace pensar, que de las deliberaciones de esta magna asamblea, se obtendrán frutos positivos para el futuro de nuestra carrera”

Posteriormente en la reunión efectuada en el IV Consejo General Ordinario celebrado el 19 y 20 de julio de 1979 en la ciudad de Trujillo, se aprobó elevar la filial de la Victoria a la categoría de “Seccional la Victoria” tomando en cuenta que para el momento habían 65 profesionales.

La presidenta actual es la MSC. María Hernández y según Hernández, M (2012):” hay 705 agremiados (as) del eje este del estad

Aragua, incluye los Municipios Ribas, Bolívar, Revenga, Santos Michelena y Tovar que agrupan la referida organización”.

En el estado Aragua hay dos seccionales de la Federación de Colegios de Enfermeros y Enfermeras de Venezuela. De la Victoria y Maracay se obtuvo información de los agremiados donde hay un total de 6.952 de estos 5.268 son Licenciados (as), 1.584 Técnicos Superiores, Bachilleres Asistenciales 184 y 382 auxiliares de enfermería. Aunque sean Bachilleres Asistenciales y aún no se han profesionalizado el colegio los agrupa.

En el periodo 2000 a 2006, durante la gestión de la Licenciada Victoria Contreras (Presidenta), el licenciado José Molina (Vicepresidente) de la seccional Maracay, se creó un Premio Regional denominado “Mireya Arrechadera de Urdaneta” y se otorgó la primera vez el 12 de mayo del 2000, para conmemorar el día Internacional de la Enfermera y se otorgó hasta el año 2009, desde entonces no ha sido asignado.

La elección de la epónima fue por considerar la trayectoria de la profesional, quien se inició en el año 1958 y ha incursionado en todas las áreas de la enfermería tanto a nivel privado como público, fue docente, a partir de 1987, de la Universidad Rómulo Gallegos en la Escuela de Enfermería y es especialista en bioética, además tiene un doctorado en Ciencias de la Educación. Actualmente se encuentra jubilada.

La presidenta actual, de la seccional Maracay, es la MGS. Fanny Gamarra y en el Colegio de enfermeros y Enfermeras no solamente sus directivos se limitan a velar por la actividad gremial, sino también tienen incorporados encuentros deportivos, culturales y de investigación a través de congresos, convenciones , así como asesorías individuales para los(as) agremiados (as) que lo soliciten.

## **Marco Regulatorio**

En atención a la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería aprobada en Gaceta Oficial N° 38213 el 1 de septiembre de 2005 en el Título III del Capítulo VI el cual está referido a registros de enfermería, historia de enfermería y el secreto profesional, en el artículo 41 dice: “Todo profesional de Enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios en dependencias universitarias, comunitarias y asistenciales, debe guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o a la institución”.

El contenido del referido artículo guarda estrecha relación con la investigación realizada, tomando en consideración que salvaguarda tanto la imagen de la organización como la del usuario. De igual manera, es por ello que todo profesional de la enfermería debe tener amplio conocimiento de toda la estructura de la ley y respetarla. En la investigación están reflejadas opiniones de profesionales de la enfermería, quienes exponen como informantes clave sus puntos de vista en el guión de las entrevistas formuladas por el investigador, a quien también por derecho protege su integridad personal obviando su identificación.

Es importante destacar que en el artículo 109, en el título III de la Constitución Bolivariana de Venezuela (1999) con el nombre de Derechos Culturales y Educativos que textualmente en el artículo 109 dice:

**El estado reconocerá la autonomía universitaria como principio y jerarquía que permite a los profesores, profesoras, estudiantes, egresados y egresadas de su comunidad dedicarse a la búsqueda del conocimiento a través de la investigación científica, humanística y**

**tecnológica, para beneficio espiritual y material de la Nación.** (pag. 114)

Este artículo se relaciona con el trabajo realizado porque a través de su contenido orienta a la búsqueda del conocimiento que por ende representa un aporte, tanto para los(as) profesionales de enfermería en ejercicio como para los estudiantes en formación.



## **CAPITULO III**

### **CONSTRUCCIÓN METÓDICA**

#### **Orientación Epistemológica**

Se considera como la visión o concepción del mundo a partir de la cual se construye el conocimiento y la investigación, desde ella se definen los modos de conocer, pensar y vivir en una sociedad.

Así, se toma como referente la orientación epistemológica de la complejidad a partir de la visión holística de pensamiento, la cual según Barreras, M (2008) considera que es: “un modelo integrativo, amplio y universalista que permite evidenciar un complejo de ideas y valores conectados en relaciones para distinguir un evento” (p. 112).

Por considerar que desde esta visión ella se aprehende la realidad y se contextualiza el conocimiento, entendido como un holos o totalidad que es captado con la relación de otros eventos. Así mismo, se toma como visión holística por la posibilidad creativa y la oportunidad que brinda el investigador de favorecer la inventiva, la innovación los procesos integrativos del pensamiento.

Además porque ella permite según Barreras, M (2008): “el ejercicio hermenéutico que advierte la posibilidad de comprender, integrar, establecer nexos y profundizar en los análisis, y en las vivencias de los sujetos” (p. 114).

Finalmente la escogencia de esta visión se hace pertinente porque ella permite análisis multidimensionados y complejos desde distintos puntos de vista que propician libertad epistémica, conceptual, paradigmática y metodológica, requerida para lograr un análisis profundo de lo que ha sido el proceso de desarrollo evolutivo del ejercicio de enfermería.

### **Paradigma de Investigación**

Se asumió el paradigma de investigación cualitativo, según refiere Meza D (2008): “Aquel que permite desarrollar procesos interpretativos a partir de testimonios que emergen de una realidad determinada por un evento significativo”.

Se selecciona este paradigma por considera que desde el se puede recuperar la historia de una realidad partiendo del testimonio dado por una fuente viva, el cual es considerado un documento.

### **Modalidad de Investigación**

Se abordó la modalidad de investigación hermenéutica considerada por Usher y Bryant (2000), citado por Meza (2008): “Un método de tipo interpretativo que permite comprender un fenómeno a partir de la relación entre las causas que lo producen”. (p.45)

Este método hace posible la interpretación de la realidad que se estudia de forma contextualizada y multidimensionada, es decir partiendo del círculo hermenéutico que explica la interpretación de un evento desde las causas que lo producen, las relaciones entre dichas causas y los juicios de valor que introduce en la comprensión del fenómeno, quien investiga

### **Informantes o sujetos de la Investigación**

Se abordó la categoría de informantes clave, entendida por Galeano (2003) citado por Meza (2008), como: “Aquellos sujetos que poseen la información clave para el desarrollo de una investigación”. (p. 38)

En el caso de estudio está referido a los profesionales de la enfermería que participaron activamente: como docentes, personal de servicio y/o estudiantes, en el proceso de capacitación de las diferentes etapas y modalidades de formación de profesionales de enfermería en el estado Aragua, así como el personal activo en ejercicio y/o jubilados ubicados en el ámbito nacional, instituciones educativas, gremiales, establecimientos de salud y domicilio, los cuales constituyen un total de 6 sujetos.

El número de sujetos seleccionados es pertinente según la modalidad de investigación abordada, ya que, en lo cualitativo no es significativa la representatividad muestral, haciéndose posible un estudio de esta naturaleza, asumido desde uno hasta (n) sujetos. Además porque está sustentado en criterios de intencionalidad, definidos por Hernández, R (2008): “Aquellos que dan la posibilidad al investigador de ser quien tome la decisión de seleccionar el número de sujetos según la naturaleza del estudio, sus objetivos o propósitos y los intereses de quien investiga, sin recurrir a procedimientos estadísticos”.

De aquí que se puedan escoger sujetos tipos, expertos o voluntarios. En este caso se tomó como criterio de intencionalidad a los sujetos tipo, es decir, aquellos informantes que tipifican a la profesión de enfermería.

### **Registros de Información**

Se utilizaron como registros de información las entrevistas de preguntas enfocadas, las cuales permiten direccionar la información hacia los aspectos requeridos para el levantamiento de la investigación. Así mismo

se utilizaron registros de campo que permitieron recoger algunas informaciones importantes dadas por los sujetos de la investigación.

### **Procedimiento**

La investigación en cuestión se ejecutó desde el método hermenéutico, a partir del análisis de contenido desarrollado de la siguiente manera:

- Se procedió a la categorización de testimonios, la cual consistió en la organización de la información y clasificación de la misma a partir de categorías y testimonios registrados en un cuadro de dos columnas.
- Se procedió a aplicar los criterios de saturación a los testimonios de los informantes, así cuando más de dos informantes coincidieron en un testimonio expresado de de maneras diferentes, se consideró como evento significativo para ser interpretado.
- Luego se aplicó la técnica de descripción, contraste y triangulación que es aquella en la cual se presenta el fenómeno tal cual ocurre, el contraste, entendido como la confrontación entre dos actores de la investigación y finalmente la triangulación que consiste en develar la opinión de los informantes, la del investigador en contraste con las teorías de entrada que sustentan la investigación.
- Finalmente se procedió a develar los hallazgos más significativos, encontrados en el proceso de investigación.

## CAPITULO IV

### CATEGORIZACIÓN Y TEORIZACIÓN DE TESTIMONIOS

#### Ordenadores Epistemo - Metodológicos

##### Ítem I

Categorías o Preguntas	Testimonios de las Informantes
1.-¿ Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?	1.1 El inicio de la profesión de enfermería se corresponde con el nivel nacional. Me inicie en Maracay en 1973 y desde su inicio gran dedicación, vocación de servicio en la prestación de cuidado.
2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua?	2.1 <u>Enfermería se inició con auxiliares de enfermería, después con enfermeras graduadas formadas en otros estados en 1979 en Maracay comenzaron a egresar bachilleres asistenciales hasta 1989, posteriormente Técnicos Superiores y Licenciados en Enfermería, bajo el Programa de Profesionalización.</u>
3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la	3.1 <u>En Virginia Henderson, Cecilia Perodin, Fridman Abdalah Hanner. Manual de Procedimientos del</u>

enfermería en el estado Aragua?	MSAS.
4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted trabajaba?	4.1 <u>Era armónico bien organizado, se aplicaba el proceso administrativo, funcionaba bien la supervisión, existía compañerismo, respeto y armonía</u> entre el equipo de enfermería.
5- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?	5.1 Visita domiciliaria en área comunitaria, proceso administrativo. En los hospitales el sistema Kardex se dio inicio en 1973.

## Ítem II

<b>Categorías o Preguntas</b>	<b>Testimonios de los Informantes</b>
1.- ¿Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?	1.2 Palo Negro comenzando como Coordinadora, posteriormente fui Coordinadora Municipal de los Municipio Libertador y Lamas, posteriormente ocupe el puesto de Directora del Ambulatorio de Palo Negro, después como coordinadora <u>Programa de Salud de ambos municipios, esta incursión ha sido a través de concursos del Colegio de Enfermería</u> como lo establece la ley preparándonos, demostrando con otros colegas la capacidad técnica de conocimientos que uno debe tener para ocupar estos puestos, actualmente me desempeño a nivel regional en lo que es la parte de epidemiología llevando lo que es la vigilancia epidemiológica el telegrama de todo el estado, y evaluando la situación de salud a

	<p>nivel de todo el estado prácticamente aquí estoy desde el año 2008 desempeñándome en esas funciones. <u>En cuanto a fortalezas tenemos una gama de profesionales capacitados en casi todas las áreas, conversaba con nuestra enfermera Jefa Regional tenemos enfermera obstétrica que es un área tan necesaria,</u> si de verdad nosotras queremos disminuir la tasa de muerte materna que actualmente el Estado Aragua está en 4to lugar, es preocupante y nosotros en el Estado tenemos muchas enfermeras que han egresado de universidades especialistas y con maestría en lo que es la educación a lo mejor no están en las áreas específicas para dar esa atención, pero muchas veces no es tomado en cuenta esa fortaleza que tiene el estado. Hay enfermeras formadas en el área de salud mental tan necesaria tanto para nosotras como para muchos pacientes. Enfermeras preparadas en lo que es la atención comunitaria, gerencia en salud, Maestría en Salud Ocupacional, Maestrías en el área de Epidemiología, enfermedades metaxénicas y actualmente que el estado hace como 4 o 5 años que no contábamos con la especialidad en neonatología ya que el estado está formando enfermeras en ésta área. La necesidad que teníamos en hemoterapia que ya casi los</p>
--	--

	<p>bancos de sangre se estaban quedando sin este recurso, ya actualmente creo que van por el 2do postgrado en esa formación. El estado tiene una formación de alto nivel y gracias a Dios casi en el 5to nivel en todas las áreas que necesitan tanto en el área comunitaria como asistencial y gerencial. Las debilidades y le diría como un poco de la ética se ha perdido en lo que es la atención del enfermo en que es resguardar esos secretos que nos enteramos o nos confiesan muchas veces en nuestras áreas de trabajo eso hay que fortalecerlo de verdad es una debilidad y otra es la falta de unión que uno ve en otras profesiones, en enfermería todavía falta enlazar muchos lazos en sentido de que seamos una sola fuerza en enfermería ,las cosas que no se han logrado es por la falta de unión que existe en la profesión y siento que cada día nos vamos separando un poco que debería ser lo contrario fortalecernos porque estamos mejor preparados, tenemos muchas más herramientas, tenemos una Ley del Ejercicio que antes no teníamos, tenemos dirigentes gremiales, en si tenemos enfermeras que han ocupado puestos importantes, que bueno que eso no nos ha dado una ventaja para lograr las cosas que queremos como están en otros países como España que tiene una Protección del Trabajo en</p>
--	---



	<p>Enfermería maravillosa y eso lo han logrado gracias a la unión y a la lucha de los gerentes que han visto la necesidad de darle esos cambios a la profesión.</p>
<p>2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>2.2 Desde mi punto de vista siento que tuvimos que iniciar a resolver situaciones de salud muy puntuales en cuanto a lo que es atender <u>el paciente y posteriormente se da esa etapa en que necesitamos fortalecer la profesión con mejores conocimientos y tomar el mando en muchas áreas de servicio de gerencia, en el área gremial y que prácticamente nos fuimos avanzando en esas etapas, unas que otras desarrollándose más en el área asistencial, otros más en el área comunitaria, pero sin embargo en Aragua hemos estado dando esos pasos y se ha logrado la formación de gerentes, especialistas, doctoras en enfermería, formación de enfermeras a nivel del área comunitaria a nivel que estamos en puestos. Tenemos hoy una enfermera como directora en epidemiología, también enfermeras como directoras de ambulatorios eso es un paso bien importante porque la historia nos decía que esos puestos eran exclusivos de los médicos y ahora tenemos enfermeras epidemiólogas como directoras de epidemiología, hemos tenido enfermeras como directoras</u></p>

	<p>generales en salud, enfermeras adjuntas al director de la Corporación de Salud del estado, tomando en cuenta su capacidad técnica de gerencia científica y de dominar masas, es decir gerencia porque a nivel de publico somos más de 5000 enfermeras sin contar el sector privado que un porcentaje de esos se desarrolló en el área pública. Aquí el desarrolló ha sido maravilloso, hemos tenido hasta enfermeras directoras de Hospitales Tipo I y II que han dado la talla. El desarrollo de enfermería de nuestro estado es maravilloso y cuando a veces tenemos la oportunidad de estar en otros escenarios de otros estados, prácticamente se asombran de que es en Aragua, particularmente hablo del estado donde resido y trabajo enfermería han sabido escalar esos puestos y siempre recuerdo las palabras de un médico guía el Dr. Oscar Feo decía: Si usted tiene la capacidad y usted tiene la formación, usted puede llegar hasta donde quiera, ¿y quién no va a querer ser presidente de una Corporación de salud?, sí nos dan la oportunidad podemos desempeñar también ese cargo.</p>
<p>3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la</p>	<p>3.2 Prácticamente siempre me ha acompañado <u>Virginia Henderson</u>, porque es esa atención a las</p>

<p>enfermería en el estado Aragua?</p>	<p><u>necesidades, bien importante, conocí en lo que es bien importante siempre se nos nombró en enfermería en lo que era los planes de cuidado a Carpenito,</u> la conocí en una asistencia que ella tuvo a Venezuela y bueno la principal que se debe tener presente es a nuestra Florencia Nigthingale, quien fue una de las primeras enfermeras que habló sobre la epidemiología y llevo estadísticas, fueron bien importantes que sirvieron de base para los estudios epidemiológicos que tenemos hoy en día y es bien importante a pesar de que haya sido contar heridos y muertos, pero esos datos fueron significativos para los avances en nuestra carrera y ella es la teorizante que prácticamente lo relacionado con el ambiente del enfermo que va a mejorar sus condiciones de salud es lo que hoy en día todavía se mantiene.</p>
<p>4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted trabajaba?</p>	<p>4.2 <u>Hoy en día, pero si con mucho respeto, disciplina, puntualidad lograr el objetivo que era el cuidado de esos pacientes. Algo que se mantuvo por lo menos hasta los años 90,91. De ahí en adelante hay cosas que se han perdido en lo que es el aspecto de enfermería como tal, el ambiente de trabajo hay mucho irrespeto, mucha impuntualidad que parece que el paciente tiene que esperar y no nosotras esperar por él y esas</u></p>

	<p>cosas. Pensamos nosotras que estamos en un periodo de salida, se mejore, se recupere y en la formación que se está haciendo de los nuevos ingresos a enfermería, lo que se les pide es posible y que se mantenga, pues lo que este bien alto el nombre de enfermería. La profesión de enfermería</p>
<p>5.- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?</p>	<p>5.2 Yo creo que se valían unos del conocimiento y otros de la disciplina que se imponía en esa formación exigente, yo que me formé todavía a 30 años de servicio todavía no me pinto las uñas, porque era algo bien exigente y uno entendía el porqué, que era por cuidar al paciente para evitar la transmisión de enfermedades, por evitar muchas cosas, y lo que es tu presencia, tu postura ante el enfermo, tu uniforme, la limpieza, algo que fue inculcado y por más que tú quieras desprenderte de eso ha sido difícil y todavía yo veo enfermeras de la misma etapa en la que yo me forme conservan esos aspectos, fue mucho, usaba la disciplina para entender el porqué de hacer las cosas bien hechas.</p>

### Ítem III

<b>Categorías o Preguntas</b>	<b>Testimonios de los Informantes</b>
<p>1.-¿ Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la</p>	<p>1.3 Como usted sabe yo egresé del Andrés Bello en 1981 como bachiller</p>

<p>profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?</p>	<p>asistencial y desde entonces comencé a laborar en el HCM, me inicie en la primera etapa como profesional, con respecto a lo que yo pudiera mencionar como <u>fortaleza dentro de nuestra profesión yo creo que fuimos formadas con mucha mística y muchos elementos que tenían que ver con eso de nuestra atención a nuestros pacientes de servicios, usted fue un modelo para nosotras con respecto a eso, como fortaleza en nuestras instituciones, donde el paciente siempre fue lo primero para nosotras. Como debilidades puedo mencionar el déficit de enfermeras que había en el Estado,</u> las estimaciones de enfermería, nunca correspondían con la realidad el número de enfermeras por pacientes considero que <u>es una debilidad en nuestra profesión,</u> que de alguna manera alteraba lo que es la actuación de enfermería, de igual manera el hecho de que las nóminas nunca fueron sinceradas, porque tal vez yo puedo recordar desde hace 10 a 15 años que no se crean nuevos cargos dentro de la disciplina siempre en la necesidad de servicio se va creando servicio, pero no se crean nuevos cargos para nuestras enfermeras .</p>
<p>2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el</p>	<p>2.3 Bueno, con respecto a eso, pudiera hablar también de esa parte, como en docencia hemos visto, en el caso de nuestros años como se ha</p>

<p>estado Aragua?</p>	<p>ido profesionalizando enfermería, tenemos ya desde el año 1996, ya no hay <u>ingresos de auxiliares de enfermería, porque fue un decreto de MSAS para ese momento y se elimina la formación de auxiliares de Enfermería, por ejemplo ya en nuestro estado no se siguió aceptando desde el año 2002 a 2005, ya no teníamos ingreso de auxiliares de enfermería y los que ya tenemos comenzaron a profesionalizarse</u>, de esto le puedo hablar de propiedad que ya para el año 2008 el 48 y 52% más o menos de auxiliares de enfermería eran Técnicos Superiores y de ese grupo el 20% en ese año ya eran licenciados, hoy por supuesto ha aumentado.</p>
<p>3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>3.3 Nosotros por ejemplo en el Hospital Central de Maracay (HCM) cuando comencé a cumplir funciones de gerencia allí, diseñamos un formato de enfermería donde nos apoyábamos en <u>Dorotea Orem, pensando en o que es el autocuidado</u>, además se diseñó un registro de historia de enfermería que tenía una escala que nosotras evaluábamos de acuerdo a los niveles de dependencia del paciente, de eso se hizo una prueba piloto en el área de observación de la emergencia de adultos del HCM en el año 2002-2003 y la comenzamos a aplicar, de allí trabajamos con esa historia como 6 a 8 meses, <u>se hacia</u></p>

	<p><u>una revista de enfermería</u> y después procedíamos a evaluarla como piloto aproximadamente durante tres meses y también se conversó con algunas personas de universidades también, de manera que pudiéramos avalar, pero lamentablemente a partir del 2005 cuando yo salí del HCM no se siguió llevando.</p>
<p>4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted trabajaba?</p>	<p>4.3 Donde estuve, en el HCM <u>un ambiente muy bueno</u> década en donde enfermería como tal tenía con el equipo, por ejemplo me tocó vivir en el HCM el hecho de que las enfermeras éramos quienes tomábamos la decisión con respecto al material que se compraba y se conformó una comisión, comité de provisión de insumos en ese momento el Director era el Dr. Humberto Trejo quien designó dicha comisión y conformamos un grupo de Coordinadoras de enfermería de dicho hospital y de hecho las juntas de compras se hacían por esa vía, si enfermería no estaba de acuerdo con el producto no se compraba, solo se compraba lo que las enfermeras decían, para nosotras ese fue un paso bien bonito, parte de que se reconoció el hecho de que somos las enfermeras la que conocen de material, se incluye una enfermera en el almacén del HCM como algo que nosotros teníamos que ver.. La responsabilidad que tenía enfermería con respecto al</p>

	<p>manejo y conocer en las aéreas la primera enfermera, para que estuviera en la farmacia como adjunta a la regente porque se comenzaban a perder medicamentos, desde el punto de vista laboral nos sentíamos que participábamos en todos los aspectos de enfermería y de todo lo que se hacia dentro del hospital enfermería tenía un puesto. Con respecto al área desde el punto de vista de estructura nosotros teníamos por ejemplo <u>las relaciones interpersonales con el quipo de salud eran muy buenas, nosotros con los jefes de servicio</u>, de hecho había una junta directiva que la enfermera jefe y las coordinadoras formaban parte. La primera enfermera adjunta a un director de hospital a nivel nacional fue aquí en Aragua fue la Sra Texas Reyes que estuvo adjunta al Dr. Humberto Trejo cuando el fue Director del HCM y así mismo cuando e fue director regional como presidente de Corposalud y la enfermera Texas Reyes como su adjunta, pienso que esa fue una época de mucho auge en enfermería se instalan Clínicas de enfermería una de las personas pioneras de esto fueron la Lic. Fanny García quien renunció a Corposalud y trabaja como docente en la Universidad de Carabobo, la Lic. Moira continúa en Corposalud, esa clínica de enfermería que era comunitaria y a nosotras en el</p>
--	--



	<p>hospital nos toco hacer la primera clínica de enfermería hospitalaria en marzo de 2004, las primeras enfermeras que estuvieron allí fue Paula Araujo y Mirna Perdomo hoy todavía enfermeras del HCM, bueno me toco a mi inaugurar esa primera clínica de enfermería hospitalaria, también la hubo en el Hospital &lt;Rafael Rangel de Villa de Cura a cargo de Milagros y la Lic. Nancy Querales quien en ese momento era la enfermera Jefe de esa institución, también hubo mucha relación con el área de afuera de las comunidades de los municipios. Se noto pues como la enfermería estaba en todas partes como debe ser.</p>
<p>5.- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?</p>	<p>5.3 Creo que como herramienta los estudios que tenemos, porque hay algo bien importante que no tienen todo el mundo que nosotras como enfermeras vemos administración por todas partes y por eso damos las gracias a Dios, como administradores hemos sido reconocidas en todos los niveles, nuestras enfermeras que egresan de las escuelas de esas casas de estudios conocen, somos planificadoras, somos personas que estamos al día, a parte que por supuesto que el proceso de atención de enfermería en la parte asistencial, nosotras manejamos nuestro proceso, vemos también como afuera en el área comunitaria, las herramientas que nos da en los</p>

	<p>formatos, el que es la atención integral que fue un modelo que se implementó en Aragua que fuimos estado piloto a nivel nacional en la creación de la atención integral.</p> <p>Cuando estaba de Ministro el Dr. Rodríguez Ochoa con la Dra. Nora López de Aragua, ellos diseñaron esto y participo también enfermería se hicieron muchos avances y que estos nos permitió estar metidas en todo. Diseñamos inclusive protocolos de actuación a nivel regional como el del Dengue que enfermería participó directamente se creó el protocolo que también lo aprobó la OMS que era el Síndrome respiratorio, se acuerda cuando fuimos, ese protocolo o hicimos también desde aquí lo avalaron allá en la OPS.</p>
--	---

#### Ítem IV

<b>Categorías o Preguntas</b>	<b>Testimonios de los Informantes</b>
<p>1.-¿Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?</p>	<p>1.4 Una de las fortalezas que tiene la profesión de enfermería en el Estado Aragua es específicamente las <u>Políticas de salud, ya que siempre ha sido pionero para ejecutar programas que establece el Ministerio de Salud</u>, ya sea de manera preventiva los programas que están dirigidos a la comunidad pero que los ejerce enfermería a través de la ejecución de esos programas, ahí la enfermera tiene</p>

	<p><u>una herramienta para proyectarse hacia la comunidad</u> para que vean esa esencia de lo que es la enfermería, que no es más que cuidar, curar, además de una serie de cualidades, por supuesto ellos a través de esos programas que están implementándose no solamente en la parte preventiva, sino en la curativa, verdad, la enfermera ahí puede desarrollar, si está centrada en lo que es su profesión como tal esa sería la herramienta para ella proyectarse con la sociedad y en la sociedad y que la sociedad reconozca que el profesional de enfermería dentro de la sociedad ocupa un lugar importante, como imagen de la profesión, pero para eso por supuesto, ese profesional de enfermería debe ser capacitado en eso.</p>
<p>2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>2.4 Bueno yo soy muy joven en esta área en el Estado Aragua me formé en 1988 en Guárico como bachiller asistencial, llegue aquí a Aragua en 1989 tengo 24 años ejerciendo la profesión de enfermería y lo que hemos visto de esa evolución que ha hecho enfermería a nivel de profesión, primero la <u>formación académica que hemos tenido, la enfermería hoy está a nivel universitario hace mas de 20 años</u> <u>teníamos nada más que los bachilleres asistenciales,</u> <u>la enfermera de escuelas, que</u></p>

	<p><u>representaba la parte profesional y luego a nivel de las universidades, fue formándose el técnico superior, la licenciatura, la maestría y hoy en día tenemos el doctorado en Venezuela, donde ya para hoy tenemos la primera Doctora en Enfermería del Edo Aragua que es la Licenciada Orelis Álvarez, que ya se está graduando ayer firmó el libro y el 4 de diciembre recibirá el título, pienso que el estado Aragua como tal tiene muchas herramientas en cuanto a enfermería en preparación académica hoy en día podemos decir que el nivel que tenemos en cuanto a la población es de licenciados, no tenemos esa población tan grande de técnicos, sino que cada quien que va siendo técnico se va preparando, <u>porque la demanda y la exigencia del cuidado así lo exige, ya hoy tenemos que tener mínimo un diplomado en el área donde voy a estar desarrollándome, la gente va buscando mejorar siempre su educación</u> continua entonces como ha ido evolucionado desde el punto de vista gremial, a <u>enfermera antes no se preocupaba por conocer si existían organizaciones que defendieran sus derechos, que conocieran cuáles son los objetivos del colegio.</u></u></p>
<p>3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la</p>	<p>3.4 En mi desempeño profesional en el asistencial <u>Kozier y Dugas.</u> Formó parte de esa formación</p>

enfermería en el estado Aragua?	<p>integral como profesional asistencial. Tuve la oportunidad desde que comencé a trabajar en el área de emergencia traumatología y siempre me identifiqué en Kozier traía todos los procedimientos y todo es hasta que lego el momento que me desligue para entrar en la especialidad materno infantil, que es mi especialidad y área, ahí me fundamenté en la teoría de <u>Dorotea Orem, porque esa parte de los sistemas como dice Dorotea es un Sistema total</u>, educativo y de apoyo, creo que ha sido la herramienta que me ha dado a mí para orientar a la puérpera en este caso que siempre he trabajado en cuidados neonatales de cómo formar a esta madre o de cómo formar a esa puérpera, para cuando llegue a su casa que está sola que ya os familiares los primero días tuviste al bebe chévere y luego te vas, como baño al niño, yo como me hago la asepsia basándome en la teoría de Dorotea Orem, trato desde el momento, como es un lapso tan pequeño yo a veces digo es tan pequeño, que el parto termina con la expulsión y el alumbramiento y luego pasa al puerperio, cuantas horas pasa o dura la mujer en el hospital en un puerperio 24 horas si es un parto normal, tengo que darle lactancia materna cuidado del niño en el hogar todas las herramientas que tengo preparada para que ella vaya al hogar prácticamente utilizo</p>
---------------------------------	--

	<p>dos modelos Dorotea Oren como modelo de enfermería y utilizo también el libro de formación Materno Infantil de Wooders, creo que lo tengo acá, el cual sirvió para formarme en la licenciatura en la UNERG que habla de los posibles diagnósticos y una vez trae el plan, siempre que voy al servicio lo utilizo como guía soy fanática en comprar libros y sobre todo del área acabo de comprar el libro de la OPS de partería en otros países lo que llaman la comadrona aquí, allá se llama partería es una profesión como tal.</p>
<p>4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted trabajaba?</p>	<p>4.4 No me encontré con esa persona que me quería conseguir que te dijera cuando tu comiences es así, tu formación, y yo por ser adolescente una actitud tome una <u>actitud rebelde</u> porque era la forma como ellos me lo pintaban pues, hasta las compañeras me escondían el uniforme, cosas que yo decía esto es así, yo me voy a experimentar a otro sitio pues, trabajé ahí un año y medio y dije me voy para Maracay a experimentar en otro lado para un cargo público ese cargo que tenía era por sanidad, me vine para acá y comencé a trabajar en la Clínica Lugo gracias a Dios me conseguí con una enfermera de cuidados intensivos Isabel- no era Isabel Martínez y ella fue quien me dio esa formación que considero que</p>

	<p>debieron darme al principio cuando llegue, orientarme, mira aquí están las cosas, esto se hace así, las normas y reglas necesarias en ese momento, ya para ese momento mi esencia había cambiado, porque yo ya estaba a la expectativa, dije no me voy a dejar hacer daño con nadie, voy a luchar por lo mío, voy a mantenerme acá , sin embargo nunca he perdido lo que es la amabilidad con el paciente, el paciente para mi es ca ca.</p>
<p>6.- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?</p>	<p>6.7 Yo creo que primero conocimiento <u>el proceso</u> para atención de enfermería digamos que los medios, las universidades como quien dice es <u>una herramienta para nosotros poder desarrollarnos</u>, el hecho de que tengamos las universidades, la carrera, el hecho que tengamos profesores de escuelas eso es importante, yo pienso que los profesores de escuelas aquellas personas que nos formaron a los bachilleres eran profesores enfermeras que venían de escuelas que nos dieron esas herramientas de <u>valores, de principios, de fundamentos teóricos</u>, que dijeron a nosotros enfermería si puede llegar lejos.</p>

Ítem V

Categorías o Preguntas	Testimonios de los Informantes
<p>1.-¿Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?</p>	<p>1.5 De los inicios de la enfermería te pudo hablar desde que yo comencé desde el año 1958 nosotras teníamos para <u>esa época más fortaleza que debilidades</u> por que nosotras éramos un grupo donde se incluía enfermeras extranjeras, fueron de las primeras enfermeras que vinieron te acuerdas en toda Latinoamérica en todos los países estaban las puertorriqueñas, las españolas, las lituanas, alemanas, nosotros trabajamos en el hospital con enfermeras de todos esos países que vinieron como inmigrantes aquí a Venezuela. Estos eran en realidad grupos pequeños de enfermeras y mucha gente joven egresadas de las diferentes escuelas nacionales y se trabajaba con mucha armonía. <u>Había mucha ética, los valores se demostraban tanto en el cuidado como en la relación con los demás miembros del equipo de salud porque nosotros éramos como hermanos en ese hospital, médicos, enfermeras, bioanalistas, todos trabajamos juntos técnicos , radiólogos, o sea que había como una familia, no había separación y te digo que habían pocas debilidades</u> porque, que podemos llamar debilidades, dentro de la carrera, de repente que no <u>teníamos el conocimiento científico,</u></p>



	<p>como se tiene ahora de verdad después cuando uno estudia con más profundidad las teorías, pasamos de ser enfermeras de sexto grado a enfermeras bachilleres y luego licenciados en enfermería el Doctorado en enfermería, podría ser una debilidad de esa época, pero como eran los inicios prácticamente yo creo que no se podría considerar <u>eso como debilidad.</u></p>
<p>2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>2.5 Como te iba diciendo nosotras cuando llegamos al hospital bueno de las enfermeras extranjeras, no sabemos cuál era su grado educativo eran enfermeras graduadas que llegaron de muchas partes, recuerdo mujeres que fueron como claves para la formación, <u>la coordinación de la formación de nosotras que veníamos egresando de las escuelas nacionales allí había gente de la Escuela Nacional de Caracas, de Valencia que soy yo por ejemplo, había gente de Barquisimeto, de San Cristóbal, de donde estaban todas las escuelas, las nuevas escuelas que se fundaron por allí en el año 49 más o menos, 40 creo yo que comenzaron las escuelas. Bueno la evolución de enfermeras graduadas con 6to grado, como te dije que era el grado equivalente a</u></p>

lo máximo que existía, después del bachillerato pasamos al bachiller asistencial que podía tener sus debilidades, yo particularmente pienso que las debilidades eran porque se masificaba, las circunstancias de lo que estábamos viviendo acá, pero también muchos hospitales y pocas (os) enfermeras (os), pero quienes estaban en manos de esos bachilleres asistenciales formando enfermeras como tú por ejemplo, como la difunta Zoila verdad, como Rosa de Velásquez, gente egresada de escuelas nacionales y universidades que tenían una formación rígida, como nos formaron a nosotras y no teníamos el conocimiento científico, pero conocíamos ampliamente de la teoría de enfermería, pero teníamos lo primordial que era el arte de la enfermería que era lo que se cultivaba en esa época y lo que más las instructoras nos recalcaban que debíamos seguir, luego vienen las maestrías, la Licenciatura, TSU y las especialidades que ayudaron a que cada enfermera (o) se fuera por donde tenía más inclinación, pero sin embargo la enfermería sigue creciendo, empiezan las universidades a ofertar la licenciatura tu eres unas de las pioneras aquí en Aragua, la primera que llegó fue Rosa de Velásquez, en estos días

	<p>estuvimos conversando, yo decía que la primera eras tú y la Sra. Rojas, ella llegó en el año 73 y posteriormente a mediados de año la Lic. Blanca Rojas, no Rosa llegó primero al Ambulatorio María Teresa Toro y después al año paso al HCM, en el Civil no hubo Licenciados, no hay seguridad de cuando comenzó el Doctorado en Valencia. Se empiezan a desarrollar más porque empieza la gente, a mayor avance académico, mejor preparación y <u>profundizando un poco más la parte de investigación que es una de las cosas que yo no estoy de acuerdo cuando dicen que enfermería no investiga, claro que si investiga porque en cada universidad cada vez que sale un montón de egresados allí hay por lo menos 50 a 80 tesis</u>, que una sean repetitivas bueno, pero hay unas que son my importantes, por ejemplo hay gente que le gusta investigar realmente temas que no son cotidianos y eso lo tenemos en enfermería, por eso yo difiero de algunas enfermeras que dicen que enfermería no investiga.</p>
<p>3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>3.5 Estudiando, cuando estábamos en la Escuela a nosotras nos formaron <u>para el trabajo no para la ciencia</u>, verdad que si entonces nosotras ahora al contrario como docentes fuimos más científicas que trabajadoras,</p>

	<p>aplicamos la enseñanza para el cuidado, basándonos en las teorías, no éramos como nosotras, que estábamos sacando trabajo, que trabajábamos de noche, hacíamos guardias siendo estudiantes eso hoy en día cambió verdad, pero cambió para bien de la profesión.</p>
<p>4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted laboraba?</p>	<p>4.5 <u>Muy bueno como te dije al principio, era un ambiente de mucha armonía, mucha hermandad, yo recuerdo que en el Hospital Civil nosotras éramos una familia, era un grupo tan pequeño que te digo el técnico radiólogo, el anesthesiólogo, el cirujano de guardia todo el mundo que estaba allí y nosotras dormíamos en la parte alta del hospital civil, como en el 3er piso y eso daba con el cine tropical que estaba por la Miranda y nosotras nos compartíamos para ver las películas en las noches que teníamos guardia, cuando nos tocaba el reposo en lugar de dormir nos íbamos a ver películas por que había hasta las 12 de la noche ahí nos sentábamos con unas sillas que ya las teníamos acomodadas con banquitos y alguien se ocupaba de hacer alguna comida, café, traer refrescos, compartíamos todo en armonía verdad, después cada quien se iba a su reposo, porque eso era un rato y siempre los días de la enfermera cuando se celebraba tu veías que había un</u></p>

	<p>entusiasmo como que las(os) enfermeras(os) eran todos, los médicos celebraban el día de la enfermera como si ellos eran partícipes de la profesión y nosotras participábamos en la celebración..</p>
<p>5.- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?</p>	<p>5.5 Bueno sabes que para nosotras <u>era el proceso</u>, pero no se le llamaba así realmente, porque cuando a nosotras nos enseñaron el arte de la enfermería que nos enseñaron los procedimientos, nos hablaban de los <u>principios científicos, te acuerdas?</u>, no te hablaban <u>del proceso de enfermería</u>, pero te hablaban por el libro de Mis Esturmer. Realmente tu tenias que saber <u>todos los principios científicos, fisiológicos, mecánicos, anatómicos</u>, todos para poder desarrollar un procedimiento, verdad esa era <u>la herramienta que nosotras utilizamos que fue la que nos enseñaron, posteriormente bueno en el 71 creo yo que se aprobó el proceso, en el 70</u> allá en los EEUU la Asociación de Enfermeras Norteamericana. Cuando se aprueba el proceso como tal que ya ellas lo utilizaban y después se difundió por toda Latinoamérica y el mundo, pues algo así como Florencia con su enfermería moderna y el proceso de enfermería <u>marco como 5 a 10 años</u>. Esa fue la gran diferencia en los estudios universitarios</p>

científicos y el método que estudiaba enfermería era el método científico. Te voy a decir algo una vez un médico en la Universidad una estudiante le dijo que enfermería era una ciencia conversando ella con él y él le dijo que enfermería era un oficio, porque las enfermeras lo que hacían era cumplir órdenes médicas y bañar pacientes, entonces ella ya estaba en 2do año y bueno le refutó al médico, después ella me hizo el comentario en clase, yo le dije usted tiene que decirle al médico así como la medicina comenzó en una forma empírica y tuvo mucho tropiezo, incluso nosotros íbamos primero que ellos, después fue en la época de los barbaros, la enfermería se acabo todo lo que había y ellos continuaron, la medicina siguió su auge bueno hasta que se consolidó, pero si tenemos método, tenemos un sujeto que es el paciente y tenemos la herramienta que es el proceso de enfermería, ustedes le dicen que eso es ciencia., la enfermería es una ciencia.

## Ítem VI

Categorías o Preguntas	Testimonios de los Informantes
1.-¿Podría hablar usted acerca de las fortalezas y debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua desde su inicio?	1.6 <u>Debilidades muchas, pero poco a poco se han convertido en fortalezas el estado Aragua ha aumentado el personal de enfermería en cantidad, ahorita tenemos que fortalecer la calidad, han existido una gran cantidad de contratos con poco experiencia, creo que eso ha sido las grandes debilidades, pero actualmente en el HCM se ha retomado la parte de los talleres de inducción que anteriormente no existía y con eso también se ha retomado la selección del personal de enfermería y las entrevistas pre-empleo, que anteriormente no existían, actualmente se han convertido en una fortaleza, ya que se ha determinado en algunos casos que el personal nuevo tiene algunas debilidades para que estas personas ingresen al HCM se han realizado estrategias, pero lo personal como charlas para minimizar esa debilidad de mucha cantidad pero poca calidad, pero</u>

	<p>tenemos estrategias que van a mejorar esas debilidades. <u>En cuanto a fortalezas hay mucha vocación y nos fortalecemos con las personas que tienen experiencia y son las que estamos utilizando como monitores para que nos ayuden a fortalecer.</u> Fortalezas desde el punto de vista presupuestario están aumentando el número de contratados, también se ha determinado que des el punto de vista de estructura ha aumentado y desde ese aspecto debe mejorar la calidad. El HCM tiene presupuestados desde que fue fundado en el 73 hace 39 años hasta aproximadamente 400 y pico, actualmente ha aumentado 300 llegando a tener 700, pero el espacio es muy reducido, por ejemplo en el piso 8 de medicina siguen estando las 64 camas, lo único que se estableció cuartos especiales, pero siguen siendo las 64 camas, por tal motivo aumentó el número de contratados que anteriormente no existían, solamente la figura de suplente, que no tenían ningún beneficio actualmente hay 500 enfermeras fijas (os) y 600 contratadas es decir que hay más enfermeras contratadas que fijas total estamos en 1800 enfermeras de las cuales creo que son solo 500 fijas y las demás entre contratadas y suplentes eventuales. Me inicié en el HCM en 1980 como enfermera I</p>
--	--



	<p>después fui coordinadora de cuidados intensivos, así como coordinadora de la Unidad de Coronaria, después supervisora del área de emergencia de adultos en el turno de la noche.</p>
<p>2.- ¿Puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>2.6 Más que todo en eso en aumentar la cantidad de personas para la atención, esto conlleva a muchos beneficios, de que ahora el personal contratado goza de sus vacaciones, de su descanso trimestral, de sus aguinaldos y anteriormente nada de eso, el personal suplente que era la gran mayoría no gozaba de esto, desde ese punto de vista presupuestario y bueno que ahora se está tomando en cuenta la relación enfermera-paciente de acuerdo a las condiciones del paciente, anteriormente decíamos bueno necesito 8 enfermeras pero no sacábamos o no se obtenía mediante la relación enfermera-paciente y se determina, eso está escrito de toda la vida que por ejemplo Butin que es terapia neonatal es el 1x1y anteriormente teníamos el 3x1, ya nos estamos acercando al 1x1 es decir se necesita una enfermera para 1 paciente por ejemplo el área de observación de emergencia para los 16 pacientes de dicha área ahora es el 2x1 es decir, 1 enfermera para</p>

	<p>dos pacientes. <u>En grado de preparación se ha mejorado mucho desde el punto de vista académico, todas estas enfermeras, TSU, ya no, pocas auxiliares quedan en enfermería inclusive, ya no hay el ingreso de auxiliares de enfermería y las TSU se están nivelando haciendo la licenciatura desde el punto de vista académico, pero lo que nos falta fortalecer es la atención de calidad, que las enfermeras que se están nivelando y que están llegando a ser licenciadas, Magister.</u> Fue necesario en el HCM hace dos años aproximadamente, tengo tres años en la Jefatura desde hace dos años se ha tomado en cuenta la parte inclusiva, el personal está haciendo, para ingresar debe ser vista por un psicólogo, porque desde el punto de vista vocacional se está determinando, verdad que anteriormente cuando no ingresaban con estas evaluaciones habían muchos problemas a nivel de aptitud y actitud, desde hace dos años nosotras estamos realizando estos ingresos para tratar de mejorar, reflexionar, de establecer la parte vocacional y la parte de sentido de <u>pertenencia</u> de este personal porque digo esto? Porque se diferencia de hace 3 años todas estas personas que ingresaron tiene esa debilidad, son personas, que no tienen sentido de pertenencia. <u>Ni vocación y desde</u></p>
--	--

	<p><u>hace dos años esto ha mejorado,</u> con esta estrategia que se retomó el ingreso de este personal para que sea evaluado también por Salud Ocupacional antes de entrar a buscar cargos en el HCM.</p>
<p>3.- ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado la enfermería en el estado Aragua?</p>	<p>3.9 Bueno anteriormente cuando estaba por todo el proceso que ha pasado como enfermera I, II y III en cada etapa me he apoyado en la teoría de <u>Virginia Henderson y Dorotea Orem</u> eso desde el punto de vista asistencial, porque hay mucha debilidad en la jerarquización de necesidades, ese es uno de los aspectos que hemos observado, no tomamos en cuenta la jerarquización de necesidades y la parte de los sistemas .¿Cuánto necesita aquel paciente para que yo lo pueda atender? Entre los talleres de inducción que se les ha dado al personal de enfermería, siempre nosotros hemos determinado eso y lo más importante es que es una herramienta básica en el personal de enfermería, desde que nos graduamos hasta que nos jubilamos <u>es el proceso de enfermería verdad, establecer bien las etapas y que el personal entienda es decir todo el personal, tanto asistencial, administrativo, de acuerdo al nivel que tenga esto se debe tomar en cuenta la aplicación del proceso de enfermería en donde la valoración que es un aspecto tan importante que no sea tomado a la ligera,</u></p>

	<p><u>porque en la valoración, es donde nosotras vamos a determinar y jerarquizar cuales son los diagnósticos y vamos a planificar toda esa calidad integral que queremos darle al paciente teoría de Dorotea Orem y de Virginia Henderson y sin obviar el proceso de enfermería.</u></p>
<p>4- ¿Cómo era el ambiente laboral donde usted trabajaba?</p>	<p>4.6 Una de las cosas que he tenido en mi vida profesional es que he quemado las etapas, entonces he podido lograr e identificar el ambiente de trabajo o mejorarlo. Actualmente desde el punto de vista administrativo que es en el que más me he desempeñado a pesar de que estoy en una Coordinación general siempre me dirijo hacia la parte asistencial. <u>El desarrollo del ambiente es una Coordinación y una supervisión eficaz, hemos rescatado muchos aspectos importantes del proceso administrativo fijese que anteriormente le hable de la parte asistencial, pero ahorita estoy en esta Coordinación</u> hemos rescatado el proceso administrativo y dentro de este para iniciar aquí se han dado muchos talleres de inducción, donde el aspecto importante es la <u>relación interpersonal</u> verdad, que de una a otra forma es la que nos estaba debilitando la atención del paciente, porque de acuerdo a ese clima organizacional que la enfermera trabaje va a existir una</p>

	<p>armonía en el trabajo y en eso va a radicar la atención del paciente.</p>
<p>5.- ¿De qué herramientas se valía la enfermería para impulsar el desarrollo de la profesión en las décadas anteriores?</p>	<p>5.6 Cuando yo ingresé en 1980 en el HCM, a pesar de existir poca relación enfermera- paciente, pero si se utilizaban <u>muchas herramientas</u>, por la experiencia he observado que anteriormente, por ejemplo en neonatología que yo ingresé éramos tres enfermeras y todos los pacientes <u>eran evolucionados</u>, todos los pacientes le relacionábamos el ingreso y los entregábamos. Hay una etapa en que eso se rompe, pero, es por la misma gran cantidad <u>de nuevos ingresos que hay entonces se les escapo de las manos a la coordinación general</u>, verdad por la gran cantidad de personal que ingresó, la gran cantidad de contratos y llega un momento que eso se escapa uno de mis objetivos al ingresar en la Coordinación General de Enfermería. Como ya tengo experiencia y son cuestiones que no pasan, que son cuestiones de un proceso administrativo, que es el proceso de enfermería. eso no cambia, eso es lo que se está tratando de rescatar en estos momentos, por ejemplo se está tratando de <u>rescatar las supervisiones por objetivos que son unas herramientas eficaces para las coordinadoras, estas no son supervisiones de castigo, de vigilancia, las supervisiones por</u></p>

	<p>objetivo consisten en detectar la <u>debilidad para que se corrija desde el punto de vista asistencial</u>, la parte del control de ingestas por mencionarle algo. El correcto llenado de una hoja de tratamiento que ya se había perdido y donde hay muchas situaciones legales actualmente en el HCM, por la inadecuada utilización de esta hoja, entonces conjuntamente con docencia nosotras y con las coordinadoras, ese porcentaje que le toca a las coordinadoras de docencia se ha hecho énfasis en el rescate de todo eso: La hoja de tratamiento, la hoja de ingesta y excretas, la hoja de evolución. Tenemos una debilidad en la evolución <u>donde estas no dicen nada</u>, pero si tenemos los signos vitales, verdad por ejemplo la condición del paciente, que hasta cada media y una hora debemos medir signos vitales y eso no se estaba haciendo hace tres años, se ha realizado esas supervisiones a todas las hojas de todo el personal y si se ha observado que ha mejorado.</p>
--	---

## **Análisis de Contenidos**

En relación al análisis de resultado o categorización Meza, D (2008) expresa que ésta consiste en: “Juntar, agrupar datos que comportan significados similares” (p.88).

La misma autora antes citada señala que la categorización:

**Es clasificar la información por categorías de acuerdo a criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados. Es conceptualizar y codificar, con un término o expresión que sea clara e inequívoca el contenido, de cada unidad temática, con el fin de clasificar, contrastar, interpretar, analizar teorizar. (p.88).**

De esta manera la agrupación, que se reflejó en el estudio en cuestión, en una matriz, en la cual se reorganizaron los ordenadores epistemo – metodológicos (categorías) en la pregunta que se expresa a continuación: En cuanto a la primera de ellos se plantea: ¿Podría usted hablar acerca de las fortalezas, debilidades de la Profesión de enfermería en el Estado Aragua?. Se señalaron las coincidencias entre los testimonios de los informantes clave, es decir, la frecuencia en la cual se repitieron, aunque desde distintas expresiones lingüísticas, pero con ideas similares denominada esta por Meza (2008) como: “saturación” (P.88), para luego ser contrastadas a través de los documentos revisados.

De allí pues, se instituyó el criterio para asumir la teorización de testimonios en las cuales se fundamentan las técnicas de descripción, contraste, triangulación según refiere Meza (2008) como:

**La descripción: es el momento en el cual se presentan los testimonios de los informantes tal cual se producen y sin interpretaciones. El contraste: se establece en la disertación entre quien investiga y las bases documentales existentes sobre el tema o entre el investigador y los informantes. La triangulación, que consiste en la confrontación o diálogo entre fuentes (investigador, informantes clave, protagonistas, teorías sobre el tema) a partir de la cual se reconoce la heterogeneidad de la condición humana y se construye o legitima al saber de una realidad. (p.89)**

A partir de allí se iniciará dicha teorización con el fin de determinar si es necesario o no construir un documento informativo sobre la historia y evolución en Enfermería en el Estado Aragua.

Debe señalarse que en el ordenador epistemo – metodológico relacionado con la fortalezas, debilidades de la profesión de enfermería en el estado Aragua, se encontraron coincidencias en más de tres (3) informantes clave, criterios necesarios según refiere Meza (2008) para asumir: “Confiabilidad, Validez de un testimonio” (p.89).

Estas coincidencias de los informantes clave en cuanto a fortalezas se refiere son las siguientes:

**Gran dedicación y vocación de servicio en la presentación y vocación del servicio en la prestación de cuidado, hay mucha vocación y nos fortalecemos con las personas que tienen experiencia y son los que estamos utilizando para que nos ayuden a fortalecer, en Aragua ha aumentado el personal de enfermería en cantidad, el Estado Aragua ha sido el pionero para ejecutar las Políticas de salud, tenemos una gama de profesionales capacitados en casi todas las áreas. Entre las debilidades se pueden mencionar: gran cantidad de contratos con poca experiencia, mucha cantidad, con poca calidad, diría como un poco de la ética se ha perdido en lo que es la atención del enfermo en lo que es resguardar esos secretos que nos enteramos o nos**



**confiesan muchas veces, falta de unión que uno ve en otras profesiones, en enfermería todavía falta enlazar muchos lazos, en sentido de que seamos una sola fuerza en enfermería y siento que cada día nos vamos separando un poco que debería ser lo contrario porque estamos mejor preparados. (p.89)**

Aun cuando los testimonios expresados por los/las informantes clave fueron distintos concluyendo en igualdad de criterio. En relación a las fortalezas se ha incrementado la contratación de profesionales de enfermería, así como mejoramiento en su capacitación y se ha mantenido la vocación, no obstante hay debilidades en la calidad, presentación y cuidado humano para el desempeño, en el aspecto actitudinal en la ética profesional y unión en el gremio.

Con la finalidad de disminuir las debilidades, es conveniente hacer una evaluación del currículo de las casas de estudio formadoras de este valioso recurso humano, así como la implementación de educación permanente en los establecimientos de salud y la organización que los agrupa (gremio).

Los entes empleadores y el gremio no se han pronunciado ante las universidades y tecnológicos en relación al déficit en la calidad del egresado(a). En tal sentido Álvarez, D (2001) señala que a través de la evaluación externa del diseño curricular se:

**Constata el grado de aceptación que tiene el egresado, el producto del proceso docente – educativo, del proceso curricular en el medio social. Para ello se harán averiguaciones necesarias con aquellos que emplean el egresado, que pueden constatar la calidad de su labor profesional. (p.72).**

La evaluación externa es fundamental para el buen desempeño del profesional de enfermería en el área de trabajo y aun si se toma en consideración que el modelo curricular contempla una serie de parámetros dentro de la evaluación general del referido modelo como son: pertinencia, la sistematicidad, el impacto y la trascendencia, donde particularmente la pertinencia, el impacto y la trascendencia están íntimamente relacionados con la evaluación externa.

En relación al segundo ordenador epistemológico (categoría) referido a la investigación ¿puede usted comentar sobre las etapas de desarrollo que han atravesado Enfermería en el Estado Aragua?. Observé las siguientes coincidencias entre los testimonios de los informantes clave, expresados de forma directa:

**Enfermería se inició con auxiliares de enfermería , después con enfermeros graduados formados en otros estados en 1979 en Maracay comenzaron a egresar bachilleres asistenciales mención enfermería hasta 1990, posteriormente Técnicos Superiores y Licenciados en Enfermería en el programa de profesionalización. En grado de preparación si ha mejorado mucho desde el punto de vista académico, todos estos enfermeros, TSU, ya no, pocos auxiliares quedan en enfermería, inclusive, ya no hay el ingreso de auxiliares de enfermería ; los TSU se están nivelando y están llegando a ser licenciados , Magister.**

**Ya no hay ingresos de auxiliares de enfermería, porque un decreto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) para ese momento 1996 por ejemplo en nuestro estado no se siguió aceptando desde el año 2000 a 2005, ya no teníamos ingreso de auxiliares de enfermería y las que ya tenemos comenzaron a profesionalizarse, primero la formación académica.**

**Hoy está a nivel universitario hace más de 20 años teníamos nada más que bachilleres asistenciales, la enfermera de escuelas, que representaba la parte profesional y luego a nivel de universidades fue por mandato el técnico superior, la licenciatura y la maestría;**

en las escuelas donde me forme nos recalcan que debíamos seguir estudiando.

Luego vienen las maestrías... las especialidades ayudaron a que cada enfermera(o) se fuera por donde tenía más inclinación, pero sin embargo la enfermería sigue creciendo y toma el mandato en muchas áreas de servicio: gerencia, gremial y en la que prácticamente avanzamos en esas etapas, unos que otros desarrollándose, más en el área asistencial, otros más en el área comunitaria.

Sin embargo en Aragua hemos estado dando esos pasos y se ha logrado la formación de gerente, especialista, doctores en enfermería, formación de enfermeros a nivel del área comunitaria a nivel que estamos en puestos. Tenemos hoy una enfermera como directora en epidemiología, también como directoras (es) en ambulatorios, eso es un paso bien importante.

Debe señalarse que hubo en todos los seis (6) informantes clave, elementos de coincidencia entre los testimonios, aunque expresados en forma diferente. Una visión uniforme en relación a las etapas de desarrollo que ha atravesado enfermería en el estado Aragua, tanto a nivel académico, como a nivel gerencial, lo cual se evidencia en el desempeño de cargos administrativos: como directivos de ambulatorios que en décadas anteriores eran cargos desempeñados exclusivamente por médicos.

Sánchez (2011) coincide en sus planteamientos teóricos con los testimonios expresados por los informantes clave al plantear lo siguiente:

**La enfermería profesional en Venezuela comienza con el desarrollo de los primeros programas de formación profesional en 1940 con el otorgamiento del título profesional prosiguiendo su consolidación mediante la creación de las escuelas de enfermería universitarias, siendo la Universidad del Zulia, en 1966, la precursora de esta iniciativa, seguida en 1967 por la Universidad de los Andes y en 1972 por la Universidad de Carabobo,**

**posteriormente la Rómulo Gallegos , la Universidad Central , la Centro Occidental Lisandro Alvarado, finalmente la Universidad de Oriente. Así mismo Colegios Universitarios tanto públicos como privados que otorgan el título de TSU. (p. 132)**

En el mismo orden de ideas el autor señala que los conocimientos adquiridos en las diferentes Universidades así como la experiencia, capacitan al profesional de enfermería para:

**Conformar el equipo de salud en diferentes ambientes de trabajo: centros de salud públicos, privados, empresas y comunidades, desempeñando funciones asistenciales de docencia, gerenciales e investigativas para ofrecer un cuidado integral a la persona , a la familia y a la sociedad en general. (p. 132)**

Ahora bien, debo referir al tercer orden epistemo – metodológico (categoría) que se reseña así ¿Durante su experiencia laboral en que teóricos se ha apoyado para el desempeño de sus funciones?. En este orden encontré las siguientes coincidencias en el testimonio de más de tres informantes clave que expresan lo siguiente:

**Me he apoyado en la teoría de Virginia Henderson y Dorotea Orem, sin obviar el proceso de enfermería, me fundamente en la teoría Dorotea Orem porque era parte de los sistemas como dice Dorotea Orem un sistema total, prácticamente siempre me ha acompañado Virginia Henderson porque es esa atención a las necesidades bien importantes, siempre se nos nombró en enfermería en lo que eran los planes de cuidado a Carpenito, en Virginia Henderson, en Dorotea Orem, pensando en lo que es auto cuidado.**

**Uno de los componentes más importantes en la práctica de enfermería en el uso de la teoría, lo cual es vital, sin ella no podría considerarse una profesión, ya que a través de la misma la enfermera puede organizar y**

**comprender lo que acontece en la práctica, además es útil para la investigación.**

Entre los teóricos que señalaron los informantes claves en su testimonio está Virginia Henderson quien contribuyó con la enfermería durante sus 60 años de experiencia como enfermera, profesora, autora e investigadora; publicó un gran número de obras y afirma que la única función de una enfermera es según Marriner, A (2002)

**Ayudar al individuo o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Así mismo, es imprescindible realizar estas acciones de tal forma que pueda ser independiente lo antes posible. (p.19)**

Por otra parte, Virginia Henderson en sus afirmaciones teóricas consideró que en la relación enfermera paciente hay tres niveles, que van de una dependencia mayor a menor y los describió así Marriner, A (2002):

**a) La enfermera como sustituta del paciente, b) la enfermera como ayudante del paciente y c) la enfermera como compañera del paciente. En los casos de enfermos muy graves, la enfermera es el sustituto del todo lo que el paciente necesita para asistirse como plato o independiente y no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimientos. Henderson reflejó esta opinión en su afirmación: La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la porta voz de aquellos demasiado débiles que han renunciado a hablar, etc (p.100).**

Cabe señalar que otra de los teóricos mencionados en su testimonio por informantes clave es Dorotea Oran, quien en 1950 comenzó a publicar una obra sobre la práctica y la enseñanza de la enfermería en 1958 ofreció explicación en relación a su propio concepto sobre enfermería. Además definió el autocuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio a la humanidad. Su meta era mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generados de todo el estado de Indiana (1949 - 1957). Dorotea Orem denominó su teoría de déficit de autocuidado y la describió según Marriner A (2002) como:

**Una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas; la teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistema de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. (p. 191)**

Es conveniente resaltar que tanto los testimonios de los informantes clave, como las teorías que se cruzan con ellos coinciden con las exposiciones aportadas, desde el análisis de documentos sobre esta categoría del apoyo de teorías para el desempeño de las funciones de la enfermera, lo cual se relaciona con el propósito de la investigación construir un documento informativo sobre la historia y evolución de la enfermería en el Estado Aragua, lo cual ubica al gremio de enfermería en ejercicio y al personal en formación sobre la realidad social del siglo XXI.

En cuanto al cuarto ordenador epistemo metodológico (categoría) referida a ¿Cómo era e ambiente laboral donde usted trabajó o trabaja?, observé las siguientes coincidencias entre los testimonios de los informantes clave, aunque expresados de manera diferente:

**Era armónico, bien organizado, funcionaba bien la supervisión, existía compañerismo, respeto entre el equipo de enfermería, mucha disciplina, puntualidad, lograr el objetivo que era el cuidado de los pacientes, algo que se mantuvo por lo menos hasta los años 90 – 91**

**De ahí en adelante hay cosas que se han perdido en el ambiente de trabajar hay mucho irrespeto, mucha impuntualidad, que parece que el paciente tiene que esperar y no nosotros esperar por él, en cuanto al desarrollo del ambiente hemos rescatado la relación inter personal, un ambiente muy bueno**

Evidentemente que hay congruencia entre los testimonios aportados por los informantes clave, referente a esta categoría particularmente lo concerniente a los relacionados interpersonales, por ser el ambiente armónico, con respecto, compañerismo, disciplina; elementos que denotan relaciones satisfactorias los cuales influyen favorablemente en el buen desempeño de la enfermera(o), quien en su ejercicio profesional debe proyectarlos, aplicando los principios de las relaciones humanas, tomando en cuenta los diferentes roles que debe cumplir enfermería.

En tal sentido para Peplau citada en Marriner, A (2002) la enfermería es psicodinámica:

**Porque su modelo evoluciona a través de este tipo, intenta entender la conducta de una misma para ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades e intenta aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas y emergen de todos los niveles de experiencia. (p. 382)**

Así mismo, la autora antes citada describe seis roles de la enfermería en las diversas fases de la relación enfermera – paciente, los cuales son: el rol de extraña, rol de suministradora de recursos, rol de educadora, rol de sustituta y rol de consejera.

De esta manera, el ordenador que ese está contrastando también hay testimonios de algunos informantes, que expresan lo contrario por ejemplo; “mucho irrespeto, impuntualidad, parece que el paciente tiene que esperar y no nosotros esperar por el”, expresión que quienes actúan así no están clara sobre la concepción de la profesión, si para corroborar lo antes expuesto tomamos en consideración la descripción que hace Peplau de enfermería citado por Marriner, donde una de sus frases expresa : “... una fuerza madura, que pretende promover el desarrollo de la personalidad en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario” (P.384).

Por otro lado también hay que tomar en cuenta que puede haber debilidades en los funcionarios de recursos humanos y las jefaturas de los departamentos de enfermería de los establecimientos de salud empleados del profesional de enfermería al obviar lo que plantea la Escuela Sociológica o del comportamiento humano en la administración de Personal relacionado al sistema de valores que propone Gracia, T (2000):

**a) La concepción de hombre como una unidad biológica completa. b) Concepto de la motivación consideran que al trabajar el hombre obedece a múltiples y complejos motivos y ello amerita verdadero estudio. c) Concepto del individuo en la empresa... considerado como un ser eminentemente que ya vio y en consecuencia pertenece a diferentes grupos de integración. Él es muy importante para la eficiencia de un trabajador. d) Concepto de relación individuo empresa...amplían su enfoque sobre el individuo y realizan investigaciones sobre la relación hombre – trabajo...(p.58)**

Finalmente haré el abordaje del quinto y último ordenador epistemo - metodológico que se refiere a la categoría ¿De qué herramienta se valía la enfermería para impulsar al desarrollo de la Profesión en las décadas anteriores?, en el cual encontré en el testimonio de los informantes clave las



siguientes coincidencias: “Creo que en los estudios que tenemos nosotros (as) como enfermeros (as), vemos administración por todas partes, proceso administrativo, en los hospitales el sistema de Kardex en el área comunitaria la visita domiciliaria, el proceso de enfermería, valores, principios”

En atención a los testimonios aportados por los informantes clave debe señalarse que aún están vigentes en el área hospitalaria de pediatría (HCM) herramientas como es el sistema de Kardex que fue incorporado en 1974 en los hospitales públicos del país como un aporte del equipo de supervisión de la antigua División de Enfermería del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, representó un trabajo de investigación que duró aproximadamente cuatro años (1969 -1973), siendo el centro piloto el Departamento de Enfermería del Hospital General de Cumaná “Dr. Patricio Alcalá” bajo la conducción de la enfermera docente Nailing Oleksiuk.

El propósito de la referida herramienta era disponer de un sistema de trabajo organizado para registrar el desarrollo del proceso de enfermería, el cual constituye el instrumento fundamental que guía el trabajo práctico de enfermeros para la prestación del cuidado humano.

Ahora bien, se presenta el concepto de sistema Kardex según Castillo E y colaboradores (1980) el cual:

**Es un medio de comunicación y una metodología de trabajo utilizado en Enfermería como ayuda en la eficiencia y economía de los recursos que permite la planificación, programación, cumplimiento y control de la Práctica de Enfermería. Proporcionó una guía de cuidado individualizado al enfermo y un medio de comunicación para el equipo de Enfermería que simplifica la metodología del trabajo. (p. 10)**

Resulta claro que de acuerdo al enunciado contenido en el concepto se puede observar que es un instrumento completo que además está implícito el proceso administrativo, contempla elementos que se denominan

componentes que según Castillo, E y colaboradores son: “Tarjeta Kardex, hoja de asignación de enfermos y de actividades del servicio, hoja guía del trabajo Individual, hoja de medicamentos, tarjeta de tratamiento y hoja de evaluación de enfermería” (P. 10).

Debe señalarse que el sistema de Kardex también incluye elementos del proceso de enfermería, el cual según Socorro, D (2009): “Es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de la enfermería. Comprende una serie de procesos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas” (P.27).

Ahora bien, es importante destacar que esta herramienta es básica para el manejo del cuidado humano individualizado, bajo un enfoque holístico y por ende facilita el trabajo en la práctica de la enfermera(o).

La práctica comunitaria de enfermería a través de la visita domiciliaria en el sistema de Venezuela constituyó una de las herramientas que la enfermera facilitó en el país. Ella realizaba esta actividad, la cual permitía la ejecución del diagnóstico integral de la familia, de cada uno de sus integrantes, con el seguimiento y control de casos, orientación, promoción de la salud. Salazar de Vega (1993) refiere lo siguiente:

**En relación a los antecedentes de la visita domiciliaria... una vez más... por tradición la visita domiciliaria de salud pública, ha sido siempre responsabilidad de enfermería... solo a partir de la instauración todavía incipiente de la medicina de familia como estrategia, cuando se plantea a este nivel la estructuración de un equipo de sanidad y asistencialidad; teniendo en ejecución un programa de visita domiciliaria por parte de enfermería. (p.2).**

Dentro de este orden de ideas en la actualidad se observa un gran vacío dejado por la enfermera en esta actividad que permitía el contacto directo entre el establecimiento de salud, la atención domiciliaria de las familias, esta ausencia puede obedecer a la no inclusión de la misma en los programas de formación del futuro profesional, el déficit de personal de enfermería para desarrollar esta actividad o la exclusión de la visita domiciliaria como una herramienta básica para ampliar la cobertura de atención de la salud que conlleva a obtener una mejor calidad de vida de la familia Aragüeña.

No obstante se observa que solamente se visita aquellos casos considerados factores de riesgo que ponen en peligro la salud de algún miembro de la familia, obviando así el objetivo inicial al ser asumida la familia como unidad de trabajo para el mantenimiento de la salud y la educación de la calidad de vida.

## HALLAZGOS

Entre los hallazgos encontrados a lo largo de la investigación se tienen que:

- La enfermería sigue creciendo y toma el mando en muchas áreas de servicio, de gerencia y en el área gremial avanzando por etapas.
- Hubo en los 6 informantes clave elementos de coincidencia entre los testimonios, expresados de manera diferente.
- Se evidenció el desempeño de cargos administrativos por enfermeros(as): como directores de ambulatorios que en décadas anteriores eran desempeñados por médicos.
- Los conocimientos adquiridos en las diferentes universidades facilitan la capacitación y experiencia al profesional de la enfermería.
- La conformación de un equipo de salud pública y privada que desempeña funciones asistenciales y docentes en la práctica de la enfermería con el uso de la teoría.
- Virginia Henderson contribuyó con la enfermería como profesora, autora e investigadora con sus obras, afirmando la función única de una enfermera la cual es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a una muerte tranquila.
- Dorotea Orem ofreció grandes aportes a la enfermería: un concepto sobre enfermería, una definición sobre autocuidado como una necesidad humana.

- Peplau en su concepto de psicodinámica dio un gran aporte a la enfermería ya que explica de cómo ayudar a los demás a que identifiquen sus dificultades.
- Actualmente hay mucho irrespeto, impuntualidad, el paciente tiene que esperar y no nosotros esperar por él.
- Aún está vigente el sistema Kardex que fue incorporado en los hospitales públicos en 1974. Es un medio de comunicación y una metodología de trabajo utilizado en Enfermería como ayuda en la eficiencia y economía de los recursos que permite la planificación programación, cumplimiento y control.
- Actualmente se observa que ha aumentado el número de profesionales de enfermería, más sin embargo ha decrecido la calidad en la prestación del cuidado humano.
- La práctica comunitaria de enfermería a través de la visita domiciliaria en el sistema venezolano constituyó una de las herramientas que la enfermería utilizó para la realización del diagnóstico integral de la familia.
- En la actualidad se observa un gran vacío dejado por la enfermera en la atención domiciliaria de las familias.
- La ausencia de la visita domiciliaria puede obedecer a la exclusión de la misma en los programas de formación del futuro profesional personal de la enfermería.
- Se observó que solamente se visita aquellos casos considerados factores de riesgos que ponen en peligro la salud de algunos miembros de la familia, obviando así el objetivo inicial que es asumir la familia como unidad de trabajo para el mantenimiento de la salud y la elevación de la calidad de vida.

## **REFLEXIONES DE LA AUTORA**

Las herramientas aportadas por la hermenéutica, que sirvieron de base para la construcción metódica del trabajo de investigación “Historia y Evolución en Enfermería en el Estado Aragua”; me permitieron profundizar en lo que ha sido el proceso; evolutivo del Ejercicio de la Enfermería en el Estado Aragua.

A través del recorrido histórico obtenido por las diferentes fuentes y la interpretación epistemológica del hecho histórico se evidenció, la enfermería se inicia en Aragua como un oficio que data del 1.893 al 1910 con la incursión de la Madre María de San José en la prestación del cuidado humano impregnado de amor, solidaridad y entrega a los pobladores de nuestro estado víctima de la epidemia de viruela ocurrida en esa época; quien junto al Padre López Aveledo fundan el primer hospital en Maracay 1.893.

Posteriormente en 1930 con la apertura de la Clínica Maracay (Hospital Civil), se intuye que la prestación del cuidado a los pacientes hospitalizados estuvo bajo la conducción de las auxiliares de Enfermería, quienes inicialmente fueron formadas por médicos. A partir de 1.943 ingresan las primeras enfermeras egresadas de la Escuela Nacional de Enfermeras de Caracas (ENE) y enfermeras extranjeras, donde ya pasa enfermería de ser un oficio a una profesión.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1936), y la fundación en ese mismo año de la Unidad Sanitaria de Maracay, como entidad responsable de la aplicación de los programas de corte preventivo, con proyección al individuo familia y comunidad, enfermería se hace presente con la representación de las auxiliares de enfermería en forma inicial, posteriormente con la incorporación de enfermeras en 1943 al igual que en el Hospital Civil.

El 02 de noviembre de 1.945, fue creada la Región Sanitaria del Estado Aragua siendo la primogénita del país, con ubicación en La Victoria, denominada macro región por tener bajo su responsabilidad de control sanitario de los estados Aragua, Carabobo, Miranda, los Distritos Nirgua del Estado Yaracuy y Roscio del Estado Guárico, aunque en la designación del equipo de salud, aparece la figura del la supervisora de enfermería , no se obtuvo información, de quien fue la primera que asumió el cargo. Con esta organización, nuestro estado se vio fortalecido desde punto de vista sanitario, por ende enfermería que, tenía un mayor campo de acción. En ese mismo año se funda la Unidad Sanitaria de La Victoria siendo su primer Director el Dr. Luis J. Gil Gamboa.

En 1947 el Dr Armando Castillo Plaza, Director de la Región Sanitaria, diseñó un programa de un cursillo para formar auxiliares rurales, con un enfoque integral y la interpretación epidemiológica vigente para la época, con duración de 4 meses, donde fueron seleccionados 8 participante de 20 aspirantes (Contreras F 1997). Aun cuando se hace referencia de las supervisoras de enfermería regional y nacional como jurado evaluador de las participantes en la culminación del cursillo, no obstante considero que las enfermeras adscritas tanto al Hospital Civil como a la Unidad Sanitaria fueron quienes participaron activamente en la formación de este recurso humano durante la realización de la práctica, tanto en el Hospital Civil como La Unidad Sanitaria.

Para los años 1948 -1949 entran en funcionamiento los centros de salud de Villa de Cura, San Sebastián y Cagua. No se tiene conocimiento de los cargos de enfermería presupuestados para los referidos establecimientos. En cada uno de ellos existían enfermeras, tomando en cuenta que para esa época no solamente funcionaba la Escuela de Enfermería de Caracas E.N.E, sino también la de Valencia y Maracaibo. Así mismo había auxiliares de enfermería. No se obtuvo información acerca de los nombres de las primeras Enfermeras Jefes de estos centros de salud.

En el periodo 1948-1950 es nombrada la Srta. María Silvia Velázquez Rodríguez (+) enfermera supervisora Regional del Estado Aragua, quien era egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras de Caracas. (ENE).

En 1950 que se tiene información de la enfermera Blanca Nohemí Rojas (+), graduada en 1949 en la ENE de Caracas. Es nombrada en 1950, Enfermera jefe de la Unidad Sanitaria de Maracay y forma equipo con 8 auxiliares de enfermería, para atender a nivel ambulatorio y domiciliario a las comunidades de Maracay. Realiza Curso de Enfermería Avanzada en la Escuela de Salud Pública de la UCV, en el año 1964, vacante temporal que fue suplida por la autora. Posteriormente en 1973, se gradúa de Licenciada en Enfermería en la ULA y un año mas tarde asume el cargo de Supervisora de Enfermería de la Región Sanitaria.

En 1954 ingresa a la Unidad Sanitaria de Maracay la enfermera Carmen Inocencia Lugo egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras "Francisco Antonio Ríquez" de Valencia, designada para prestar cuidado a los enfermos con tuberculosis a través de visitas domiciliarias en las comunidades de Choróní, Ocumare de Costa y Palo Negro. Se intuye que no se designaron mas enfermeras para esa época en estos establecimientos de salud, posiblemente por la incipiente formación en las escuelas formadoras de este recurso y/o por razones presupuestarias.



En 1954 se incorpora como Supervisora de Enfermería de la Región Sanitaria la Sra. Bernarda de González, quien era responsable de velar por el cumplimiento de todos los programas de Salud Pública emanados del MSAS, que deberían ser ejecutados en el nivel local (Unidades Sanitarias, Centros de salud, Medicaturas Rurales y Dispensarios) por parte del personal de enfermería. Otras de las funciones que debía cumplir la Supervisora de Enfermería era rendir cuenta al Médico Jefe de la Región Sanitaria, a la Jefe del Departamento de Enfermería del Nivel Central (MSAS), así como asesorar a las enfermeras jefes de hospitales adscritos a la Región Sanitaria. La Sra. González prestó servicios hasta el año 1974 cuando egreso por jubilación, formé parte de su equipo (periodo 1959-1964).

En 1951-1955 se crean los Centros Maternos Infantiles Negra Matea y María Teresa Toro en Maracay, dependientes de la Unidad Sanitaria, asignándose en ambos una Enfermera coordinadora, siendo la de María Teresa Toro la Srta. Gladys Rada, egresada de la Escuela Nacional de Enfermeras "Francisco Antonio Rísquez" de Valencia. De igual manera se nombran auxiliares de enfermería para ambos establecimientos quienes forman equipos con las enfermeras a fin de aplicar las pautas de los programas maternos infantiles en las comunidades que son áreas de influencia de los mismos.

El 5 de febrero de 1959 se inaugura la Clínica Psiquiátrica de urgencias en Maracay (Hospital Día) siendo la primera que funciona en el país con esta modalidad. Con un equipo de enfermería conformado por 02 enfermeras, asumiendo la coordinación la Srta. Lourdes Bejarano, teniendo a su cargo 07 auxiliares de enfermería.

En ese mismo año ingresa la autora a la Unidad Sanitaria de Maracay, siendo ubicada en el Centro Materno Infantil Negra Matea, donde presté servicio hasta el año 1961, como enfermera visitadora y de allí fui transferida

al Centro Materno Infantil María Teresa Toro para cumplir funciones de Coordinadora, realizando actividades administrativas, asistenciales y docentes.

Para el año 1965, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social inicia en el Centro de Salud Nuestra señora de la Caridad, de San Sebastián de los Reyes, el primer Curso de Auxiliares de Medicina Simplificada, en el estado Aragua, para atender la población rural dispersa, siendo la primera instructora la Srta. Carmen Castillo.

En este mismo año, la autora se ausenta del estado Aragua, por haber sido designada Enfermera Jefe Regional del Estado Apure, retornando de nuevo al Estado Aragua en el año 1976, cuando se incorpora como Docente fundadora de la Mención de Enfermería, del programa de Formación de Bachilleres Asistenciales del Ministerio de Educación.

En 1970 las representantes de enfermería del nivel central (Min. De Sanidad y Asistencia Social) conscientes del déficit de enfermería que prevaleció en el país hasta la décadas de los 90 diseñan un programa integral para formar auxiliares de enfermería a nivel Nacional, tanto para el área hospitalaria como para el área comunitaria, el cual no fué avalado por el Ministerio de Educación, sin embargo era necesario con duración de 9 meses.

En nuestro estado se inicia la formación de Auxiliares de Enfermería en el Hospital Civil sin ningún programa y luego en 1973 continúa en el Hospital Central de Maracay bajo la conducción de la adjunta docente, Sra. Omaira Alcalá de Pereira, facilitado por una docente instructora a su cargo, para la formación de este recurso humano, que estuvo vigente hasta el año 1992. Es importante recalcar que la Sra. Omaira Pereira se desempeñó en la década de los 90 como Enfermera Supervisora de la Región Sanitaria de Aragua. Simultáneamente, el Instituto Nacional de Capacitación Educativo

(INCE) desarrolló el programa de Formación de Auxiliares de Enfermería a nivel nacional y por ende en la región Aragueña.

En 1973 se da apertura al Hospital Central de Maracay el cual comienza a funcionar con los pacientes que existían en la Clínica Maracay (Hospital Civil) y el personal que estaba adscrito en este establecimiento. De igual manera también es transferida la Unidad Sanitaria a esta infraestructura constituyéndose el Hospital Central un establecimiento de Atención Integral, mas sin embargo por razones de espacio físico la Unidad Sanitaria posteriormente fue transferida al Hospital Civil donde actualmente funciona bajo la denominación “Ambulatorio Urbano Dr. Efraín Abad”.

En el año 1974 entra en funcionamiento el Hospital “José María Benítez”, en la ciudad de La Victoria, el cuál cumple funciones Asistenciales y docentes, además es un hospital de encrucijada por su ubicación cercana a la Autopista Regional del Centro. Constituye el segundo Hospital en complejidad e importancia en el estado, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud. No obtuvo información de quien primer enfermero jefe.

Dado el hecho de que las 9 escuelas de enfermeras existentes en el país que dependía del MSAS, no egresaba el número suficiente de enfermeras que se requería en los establecimientos de salud, por esta razón el MSAS en forma conjunta con el Ministerio de Educación diseña un pensum de estudios para formar Bachilleres Asistenciales Mención Enfermería, quienes fueron formados en planteles de educación media diversificada en las capitales de los estados donde no existían las escuelas de enfermeras, que fueron transformadas en escuelas técnicas.

Es así como en Maracay en 1976 se apertura en el liceo “José Luis Ramos,” la Mención Enfermería la cual permaneció hasta 1977, siendo transferida posteriormente al Ciclo Combinado Andrés Bello (actualmente Unidad Educativa) donde se continuo la formación de este recurso humano a

partir del periodo académico 1977-1978 hasta el año 1989. Se graduaron aproximadamente 450 bachilleres asistenciales (no se pudo obtener datos exactos por deterioro de los expedientes en la Unidad Educativa Nacional Andrés Bello donde se formaron y en la Zona Educativa desaparecieron en un incendio); la mayoría de los (as) egresados (as) cursaron estudios superiores y actualmente cumplen Funciones Docentes y Administrativas en cargos claves tanto en el sector público como privado. En esta etapa participé activamente en la formación de este recurso humano cumpliendo funciones docentes, administrativas y de Extensión, recibí Reconocimiento tanto de los (as) egresados como del personal directivo. Para el desarrollo de este trabajo se conto con el apoyo incondicional y colaboración de varios egresados quienes se mostraron satisfechos por este reencuentro y aportaron la información requerida, lo cual fue de gran regocijo para mí.

En el año 1990 ingresa la autora a la Escuela de Medicina Dr. Witremundo Torrealba Sede Aragua como Docente Contratada por once (11) horas para facilitar la asignatura Práctica Médica I adscrita al Departamento de Medicina Preventiva y Social donde permanecí hasta el 31-07-92, con esa denominación. En ese mismo año a través de un Concurso de Oposición, incursiono como Docente Ordinaria el 16/09/1992 al cargo de Profesor Instructor a Dedicación Exclusiva, siendo la primera Licenciada en Enfermería que ingresa como docente a esta casa de estudios, actualmente me desempeño como Profesora Asociada.

En 1994 el Instituto Universitario Pablo Pérez Alfonzo (IUTEPAL) comienza a formar Técnicos Superiores en Enfermería, donde varios bachilleres asistenciales iniciaron sus estudios superiores. Por disposición del Ministerio de la Salud y la Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros se da apertura a la Profesionalización tanto de los Auxiliares de Enfermería como de los enfermeros (as) de nivel medio y bachilleres asistenciales, con lo cual se ve favorecido el personal. Las Instituciones que

participaron fueron el Colegio Universitario Cecilio Acosta (CULTCA) de los Teques, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos.

Con los cambios en las Políticas de salud en el Estado Aragua a partir de 1995, en el marco del proceso de descentralización del sector Salud, se hace un reconocimiento del liderazgo del Personal de Enfermería en la gestión local de salud, haciéndose presente como un miembro protagónico del equipo de Salud, capaz de participar en cargos jerárquicos que antes eran competencia exclusiva del médico (a). Esta situación se ilustra claramente en la conformación del Municipio de Salud Santiago Mariño en el año 1997, donde el Licenciado Freddy Mejías asume la Dirección del Ambulatorio Urbano tipo III de Turmero. Para el año 1998, La Licenciada Olga Casanova toma posesión de la Dirección del Ambulatorio Urbano tipo I de Santa Rita y la Licenciada Dinaisy Mosqueda en el Ambulatorio Urbano tipo II Sorocaima. Posteriormente en 1999 la licenciada Elsa Albornoz es nombrada Adjunta de la Dirección del Municipio de Salud Santiago Mariño. Actualmente los ambulatorios del Municipio Linares Alcántara Santa Rita, Paraparal y Francisco de Miranda están dirigidos por las Licenciadas Nelly Báez, Herlinda Rodríguez y Margelis Camargo, mientras que en el Municipio Mariño la lic Elba Petit está dirigiendo el Ambulatorio de Turmero y la Lic Dinaisy Mosqueda continua al frente del Ambulatorio de Sorocaima. Así mismo en el Municipio Girardot, la Licenciada Rosalía Araujo se Desempeñó como directora del Ambulatorio de La Coromoto.

En el año 2005, el Dr. Carlos Callegari Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, consciente de expandir la Sede Aragua. En un consejo de Facultad decide la Creación de la Extensión de la Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros en Aragua, para ello solicita mi apoyo, por ser la única Docente Licenciada en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud Sede Aragua. A partir de

ese momento asumí el compromiso de formar parte de la Comisión tanto de la Extensión, como para la Creación de la Escuela de Aragua.

Enfermería como disciplina del Área de la Salud también tiene la oportunidad de participar en los Post-grados que oferta la UC en la Sede Aragua. De igual manera en el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP). Así mismo puede acceder a estudios en el Área de docencia en las Universidades UPEL, UBA, UNEFA, UNERG.

A partir del año 2010 se han incorporado a la Escuela de Medicina Dr. Witremundo Torrealba Sede Aragua nuevos colegas a facilitar la asignatura Práctica Médica I en calidad de contratados, quienes han tenido un buen desempeño demostrando con ello que el Profesional de Enfermería también está capacitado. En este mismo año inicia la Universidad Rómulo Gallegos, en las Instalaciones del Centro Clínico Universitario La Morita, el Programa de Prosección de estudios de TSU a Licenciatura en Enfermería.

En el año 2011 FUNDAUC apertura en la Sede Aragua de la Facultad de Ciencias de la Salud los diplomados en: Instrumentación Quirúrgica, Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto Críticamente Enfermo y por empezar el diplomado de Cuidados de Enfermería Cardiovascular; todos estos diplomados con duración de 6 meses los fines de semana, en los cuales han participado TSU y Licenciados en Enfermería.

Posteriormente, en Enero 2013 la Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros en la sede Aragua da inicio al programa PROSET (Prosección de Estudios de TSU en enfermería para obtener la licenciatura en enfermería) en el mismo están inscritos TSU egresados del IUTEPAL, UNEFA y CULTCA. En este mismo año el Licenciado José Molina ingresa a través de un Concurso de Oposición a la Escuela de Medicina Dr. Witremundo Torrealba Sede Aragua a Tiempo Completo en el Departamento de Salud Pública.

Con estas reflexiones he podido plasmar el desarrollo evolutivo que ha tenido Enfermería en nuestro estado, siendo una de sus grandes fortalezas la preparación académica de los y las profesionales de enfermería que hacen vida en nuestra región Aragüeña, lo cual le ha permitido incursionar en todos los ámbitos laborales (asistencia, docencia e investigación), no obstante están presentes desafíos que se deben superar para mejorar la calidad del “cuidado humano”, herramienta básica del que hacer del enfermero o enfermera, el cuál no debe delegarse a familiares; fortalecer la unión en el gremio, incentivar más el liderazgo, disminuir la competitividad y afianzar el sentido de compromiso y pertenencia, así como lograr el crecimiento personal desde una visión humanística.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, D (2001) *El Diseño Curricular*. La Habana. Cuba. Editorial Pueblo y Educación.
- Archila (1956) *Historia de la sanidad en Venezuela*. Citado en Sánchez, R (2005) *Evolución y Tendencias de la enfermería en el Mundo*. Tesis de Grado no Publicada. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Barona, M. (2008) en Sánchez y Cols. (2011): Universidad de Los Andes. Escuela de Enfermería. Mérida, Venezuela.
- Barreras, M (2008) *Modelos Epistémicos de la Investigación*. Caracas: Editorial Sypal.
- Barrios, D (2005). *Perfil Biográfico de la Beata María de San José*. (9na Edición) Los Teques, Venezuela.
- Bernhaim en Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Caro, M. en Sánchez y Cols. (2011): Universidad de Los Andes. Escuela de Enfermería. Mérida, Venezuela.
- Carquez, F. en Sanchez y Cols. (2011): Universidad de Los Andes. Escuela de Enfermería. Mérida, Venezuela.
- Castillo, E y Cols. (1980) *Sistema de Kardex*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Cherry y Jacob (1995) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.



- Cohen (1984) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2011) *Como se financia el CIE* [Documento en línea] Disponible en: <http://www.icn.ch/es/abouticn/how-is-icn-funded.html> Consultado: 21/03/2012.
- Constitución Bolivariana de Venezuela* (1999). Gaceta oficial N° 5.453 Extraordinario del viernes 24 de Marzo de 2000. Caracas. Versión Bolsillo.
- Contreras, F. (1995) *La Región Sanitaria del Estado Aragua. Apuntes para su Historia*. Maracay, Venezuela.
- Creación de la Escuela Nacional de Enfermería*. (1940) Gaceta Oficial 20.400 del 22 de julio de 1940. Caracas
- Declaracion de Alma Ata (1978) “Salud para todos en el año 2000” OMS.
- Decreto Creación Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1936)
- Deloughery (1998) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Dolores, A. (2011) en Sánchez E y Cols. (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y Lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.
- Donahue (1996) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Ellis y Hartke (1997) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Farias A. (2006). Comunidad y Salud, Vol. 4 No. 2 Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua. Blanca Nohemi Rojas: 1926-1984. Digna representante del gremio de enfermería en el Estado Aragua
- Feo, O (2003) *Repensando la Salud. Propuesta para Salir de la Crisis. Análisis de la Experiencia Venezolana*. Maracay. Venezuela: Universidad de Carabobo. Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón.

- Fernandez, A. (1943) en Sanchez y Cols. (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.
- Gaceta Oficial N° 26.104. Caracas.
- Galeano, M. (2003) *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Fondo editorial universidad EAFIT.
- García (1981) en Sánchez E y Cols (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.
- Gil, B. (1995) en Contreras, F. (1995) *La Región Sanitaria del Estado Aragua. Apuntes para su Historia*. Maracay, Venezuela.
- Ginger y Davignizer (1995) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Gracia (1981) en Sánchez E y Cols (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.
- Guillamón A. en Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Hernández, R. (2008): *Metodología de la Investigación*. México: Mc- Graw Hill Interamericana.
- Hernández, M (2012) *Informe del Colegio de Enfermería Seccional de la Victoria. Estado Aragua*.
- Informe Lysanglit (1970) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Jamieson E. y Cols. (1968) *Historia de la Enfermería* (6ta Ed.). México: Interamericana S.A.

Kalisch (1999) en Potter (2004) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.

*Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería* (2005) Gaceta Oficial N° 38213 el 1 de septiembre de 2005. Caracas.

*Ley de Salud del Estado Aragua* (1995) en *Constitución del Estado Aragua* (1995) Departamento de Relaciones Interinstitucionales. Maracay Estado Aragua. Venezuela. 12 de enero de 1995.

Macrae (1995) en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.

Maigon (1990) en Sánchez E y Cols (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.

Maldonado (1970) en Sánchez E y Cols (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida. Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.

Marriner, A. y Raile, M. (2003) *Modelos y Teorías en enfermería*. (5ta. Ed.) Madrid: Elsevier Science.

Meleis en Marriner, A. y Raile, M. (2003) *Modelos y Teorías en enfermería*. (5ta. Ed) Madrid: Elsevier Science.

Meza, D (2008) *Manual para el Fortalecimiento de la Actividad Académica del Personal Docente de la Escuela de Bioanálisis*. Sede Aragua. Universidad de Carabobo – La Morita.

Ministerio de Salud (1999) *Manual del Auxiliar de Medicina Simplificada*. Caracas: Dirección General Sectorial de Salud Dirección Técnica de Servicios.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1975) *Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería de Salud Pública*. (2da.Ed.) Caracas: Departamento Nacional de Enfermería.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1977) *Diseño del sistema de enfermería*. Caracas: Departamento de Enfermería.

- Moreno F y Colaboradores (1999 - 2002) *Gestión Gremial*. Caracas: Federación del Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Venezuela F.C.E.U.
- Nightingale, F. (1860) citada en Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Organización Mundial de la Salud (1974) *Enfermería y Salud de la Comunidad*. Ginebra. Serie Informes Técnicos, N° 558.
- Organización Mundial de la Salud. (1978) *Declaración de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”*. Alma Ata, URSS
- Organización Panamericana de la Salud (1974) *Enfermería y Salud de la Comunidad*. Ginebra. Serie Informes Técnicos, N° 558.
- Organización Panamericana de la Salud (1986) *Carta Otawa para la Promoción de la Salud* [Documento en línea] disponible en <http://otawacharterp.pdf>. (Consulta 2011 Jun 4).
- Ortega, Y. (2008) *Realidades de la práctica de enfermería comunitaria vista a la luz de tres generaciones de enfermeras del estado Aragua*. Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Grado de Magíster en Enfermería, mención Salud Comunitaria. [On line] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos61/enfermeria-comunitaria/enfermeria-comunitaria2.shtml>. Fecha de consulta: 03/12/2012
- Potter (2004) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana de España.
- Reglamento de las Escuelas de Enfermería*. (1940). Gaceta Oficial de los Estados Unidos de Venezuela n° 21.538 Caracas.
- Rodríguez, Y., Mejías, M. y Moreno, M. (2011) *Historia de la Formación del Recurso Humano de Enfermería en Venezuela*. Publicado en Revista Electrónica Enfermería Global. Vol 10, Núm 4 (2011): #24 – Octubre. [On line] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137501> Fecha de consulta: 03/12/12
- Salazar de Vega (1993) *La Visita Domiciliaria. En el Programa de familia*. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes

- Sánchez A y Cols (1998) *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. (2da edición). Madrid: Mc – Graw- Hill. España.
- Sánchez, E. (2009). *Evolución Histórica de la Enfermería en Venezuela (1830-1959)*. [On line] Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t7109r.php> .consultado: 03/12/12
- Sánchez E y Cols. (2011) *La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y lucha colectiva*. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones Universidad de los Andes.
- Sánchez, R (2005) *Evolución y Tendencias de la enfermería en el Mundo*. Tesis de Grado no Publicada. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Socorro D (2009) *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Mérida. Venezuela: IMMECA.
- Usher y Bryant (2000) *Educación de Adultos en el Triangulo Cautivo*. Citado por Meza (2008): *Manual para el Fortalecimiento de la Actividad Académica del Personal Docente de la Escuela de Bioanálisis*. Sede Aragua. Universidad de Carabobo – La Morita.