



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía

Trabajo Final de carrera del Profesorado Universitario para la educación Secundaria y Superior

Correspondencia del contenido curricular de la carrera de pre y grado de Enfermería con respecto a las necesidades asistenciales actuales de la población en CABA

Hugo Galluzzi

Sede: Centro

2023

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar la correspondencia entre el contenido curricular de la carrera de pregrado y grado de Enfermería con respecto a las enfermedades prevalentes y de mayor impacto en la población, especialmente en CABA. Esta Ciudad concentra la mayor cantidad de establecimientos de Salud, como así también, profesionales titulados de ambas carreras.

Este análisis tuvo en cuenta entre sus objetivos, los conocimientos teóricos básico de los encuestados sobre las enfermedades prevalentes en la población y actividades relacionadas a sus cuidados. Esto se analizó mediante un cuestionario estructurado basado en conocimientos teóricos sobre temas relacionados al objetivo.

Dicho estudio se realizó a partir de datos oficiales para ambas variables, de tipo descriptivo correlacional. Esto proporciono información sobre la relevancia de la adecuación de los contenidos educativos que recibe el profesional de Enfermería en ambas titulaciones para afrontar los desafíos en la atención de estas enfermedades.

Palabras Claves: Curriculum Enfermería-Enfermedades Prevalentes-Conocimientos

Contenido

Resumen.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
Antecedentes de Investigación.	6
MARCO TEÓRICO.....	9
1. Características de la salud de la sociedad Argentina.....	9
1.1 Reseña histórica.....	9
1.2 Situación sanitaria y principales enfermedades en Argentina y CABA.....	12
2. Contexto histórico de la educación y formación de profesionales de Enfermería en Argentina.....	19
2.1. Reseña histórica.....	19
2.2 Desarrollo y evolución de Enfermería en Argentina.....	20
2.3 Definición y el devenir del curriculum de Enfermería en Argentina.....	24
2.4 Niveles de Formación y reglamentación profesional.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	33
Abordaje Metodológico.....	40
CONCLUSIONES.....	48
Bibliografía.....	50

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que realiza sus prácticas en un escenario sociosanitario cambiante y lleno de incertidumbre dentro del campo laboral. La realidad social, política y geográfica en un mundo signado por la globalización, la falta de equidad y expectativas de vida más prolongadas, obliga al sistema sanitario y formador, promover egresados de la carrera de Enfermería con la capacidad de comprender nuevas necesidades de la población.

En el contexto actual de atención de la salud, se producen constantes cambios producto de investigaciones, innovaciones tecnológicas y diagnósticos de nuevas enfermedades. Se implementan programas de calidad en las instituciones que buscan mejores resultados, como así, la aspiración de las enfermera/os de proveer una adecuada atención a pacientes, familias y a la sociedad en donde se desarrollan.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos, es importante remarcar que hay determinantes fundamentales en la salud de la población que difieren y son indicadores condicionantes. Los aspectos sociodemográficos como es la distribución, concentración y dinámica de la población a lo largo de los años. Los socioeconómicos, con características en las condiciones materiales de vida de la población. Socioambientales que se caracterizan por el entorno en el que se vive y la calidad del acceso a servicios básicos. Por último la estructura de los servicios de salud que involucran la organización y cobertura, estos son algunos de los factores que infuyen en la salud de la sociedad. Argentina cuenta con un mapa heterogéneo a lo largo y ancho del país, que muestra distintas realidades.

El ministerio de Salud (2010) en Santa Fe, establece los nuevos lineamientos y políticas sanitarias mundiales, nacionales y provinciales, surgen nuevas propuestas de atención de la salud. Las misma están basadas en los cuidados centrados en las personas y poblaciones del territorio, que incluyen principios básicos como la equidad, la integralidad y la universalidad, pretendiendo alcanzar una visión integral de las necesidades de las personas, familias, grupos y comunidades.

A lo largo del tiempo, enfermería desarrollo sus actividades en un marco conceptual de una medicina hegemónica basada en mínimos cuidados y conceptos empíricos o técnicos que no permitían su desarrollo. La modernización y los avances en la ciencia obligo no solo a este colectivo profesional, sino a los organismos de salud y gubernamentales a accionar y contribuir a los cambios de formación académica.

Arteaga Herrera (2009) enuncia que, la elaboración de una estrategia didáctica, sustentada en la formación de competencias y basadas en el enfoque histórico cultural, mucho más integral, dinámico y flexible a las tradicionales, busca generar procesos formativos de mejor calidad. Estos mismos sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo de la disciplina y del trabajo académico.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2010), hace mención con respecto a la necesidad que los sujetos, estudiantes y futuros enfermeros, comprendan que la salud es un bien social y un derecho humano básico. Que es responsabilidad del estado la atención de ella en todos los niveles y subsectores. Desde esta concepción el ámbito de la práctica enfermera se amplía a partir de este nuevo modelo que incluye la formación de equipos básicos, cuya función primordial es trabajar en salud más allá del puesto o nivel de la organización en que se encuentre situado, un consultorio, el barrio, una sala del hospital, la comunidad, etc.

Este trabajo trata de reconocer, si el producto de estos cambios que afecta al sistema de salud, al individuo y a la sociedad, implico una modificación y actualización de los componentes curriculares para la formación de profesionales de Enfermería, acordes a estas necesidad. Adquiriendo el egresado de ambas carreras los conocimientos para aplicar cuidados de calidad y seguros, dentro y fuera del sistema hospitalario.

Teniendo en cuenta todos los aspectos anteriormente mencionados, la idea es identificar la correspondencia de los contenidos curriculares de centros de formación de pre y grado de la carrera de enfermería. Adaptación de los mismos a las necesidades actuales de salud de la población y el conocimiento básico adquirido del egresado para el desarrollo de sus actividades especialmente en el ámbito de CABA, donde se concentra el mayor número de establecimientos de salud y de recursos profesionales.

Antecedentes de Investigación.

En nuestro País desde el año 1996 el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recopilan datos con respecto a la situación de la población en Argentina. En este caso los indicadores que nos interesan para la elaboración de este trabajo, son aquellos relacionados a la salud.

Según lo publicado en los últimos registros por el Ministerio de Salud Argentino (2022), nuestro País sigue con algunas enfermedades prevalentes que aún no han sido radicadas, como ser; Leptospirosis, Hantavirus, Chagas, Meningitis, tétanos, sífilis congénitas, VIH y Tuberculosis (estas dos últimas con un aumento significativo en los periodos 2021-2022). Sin embargo las enfermedades que siguen siendo de mayor impacto y recurrencia en nuestra población, son las provocadas por las cardiovasculares, tumorales, infecciosas, traumatismos, psiquiátricas y vasculares cerebrales. Las cuales se vinculan con la mayor tasa de mortalidad y discapacidad, siendo eje principal de la atención en centros de salud.

Enfermería durante su historia se desarrolló a partir de una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, de servicio humano, compasivo y de apoyo. Era una actividad regida por vocación de servicio, no se consideraba necesario prescindir de una formación académica, solo la destreza manual y mínimos conocimientos eran suficientes para poder desarrollar la tarea. A fines del siglo XIX, Florence Nightingale, fue la primera en establecer una escuela de Enfermería laica en Inglaterra, dando comienzo a un camino de transformación para la profesión.

A enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. Ponti (2016-2)

La formación profesional está muy ligada a la consideración de la misma como disciplina. “La disciplina se define como una rama del conocimiento o de la enseñanza y, como tal, se espera que produzca un patrón o conducta específica en quienes la practican”. La definición de disciplina implica al conocimiento y su transferencia, a través de la enseñanza. La transferencia del conocimiento tiene como objetivo el compartir el dominio de indagación disciplinar, en este caso, los cuidados de Enfermería. Por tal motivo, el currículo del programa de enfermería, “tiene como objeto de estudio, el cuidado del ser humano, y para enseñarlo el proceso vital humano, a través de las etapas del ciclo vital”. Lo que se transfiere desde la enseñanza de enfermería es el objeto disciplinar, los marcos

filosóficos que obran como contexto y los modelos conceptuales que lo fundamentan (dirección general de cultura y educación, 2009).

De la misma manera plantea Ponti L. (2016), “El desarrollo teórico, está sostenido en la teoría de que enfermería está compuesta por un campo disciplinar y otro profesional. Se la considera disciplina porque es un cuerpo de conocimientos que evolucionó de manera independiente e interpretó los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud; y como una profesión porque se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan en las prácticas, para lograr la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos”.

Entendemos que el currículo es una construcción pedagógica-político-social, en él se plasma la manera en que la institución resuelve las grandes discusiones y sienta los posicionamientos epistémicos que darán lugar a una reconstrucción constante de los saberes de enfermería, abarcando las distintas dimensiones del sujeto de cuidado. Esto requiere la incorporación de actitudes por parte de los integrantes de la comunidad educativa, de actitudes que promuevan el cambio. El currículo implica la búsqueda de ámbitos de decisión y niveles de concreción o ámbitos de diseño curricular. (Facultad de ciencias exactas, 2020)

Según lo que expresa un trabajo de Ayala-Valenzuela, R., & Torres-Andrade, M (2007), la educación superior en salud ha experimentado cambios muy profundos en cuanto el método de aprendizaje y enseñanza. Por tal motivo es imprescindible que la formación de profesionales de la salud y en particular de enfermería, implique la adquisición de habilidades clínicas, de capacidades de gestión y de investigación, incluso para la formación de otros colegas.

La facultad de Ciencias Exactas, Química y Naturales (2020) hace mención de esta realidad socio-sanitaria-educativa, y destaca el posicionamiento de la OPS/OMS (2007), quienes formulan un documento “La orientación para la educación inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020, presentando en el congreso de Educación en Enfermería en Toledo (España)”. El cual contiene metas para tal período tendientes al desarrollo de la Enfermería. Estos orientan a revertir la crisis del sector, posicionándolo como actor fundamental en las estrategias para generar cambios.

Cerdá - Ramacciotii, (2017), manifiestan que los cambios producidos entre los conceptos de salud, enfermedad, muerte y cuidado, en torno a las nuevas posibilidades que ha generado el avance de la ciencia. Como por ejemplo, la reanimación cardíaca, la naciente

tecnología en trasplante de órganos de pacientes clínicamente muertos, y cómo estas innovaciones y técnicas produjeron un cambio en el estatus de la enfermedad y la muerte. Asimismo, se plantea el proceso histórico por medio del cual los avances farmacológicos hicieron posibles la emergencia de la sociedad post-infecciosa con la consecuente disminución de la mortalidad. En forma paralela, el cáncer y las enfermedades mentales se erigen como problemáticas cargadas de miedos e incertidumbres.

Lafuente, Escanero, Manso, Mora, Miranda, Castillo, Mayora, (2007), coincidieron que el diseño curricular es mucho más que la definición del perfil profesional. Es una configuración de una malla secuencial y lógica de asignaturas, experiencias de aprendizajes organizadas para la formación de nuevos profesionales en salud. Asimismo, el perfil profesional de Enfermería está sujeto a sus competencias y como profesional de salud con formación científica, humanística y técnica, es responsable de brindar cuidados a las personas, familias y a la comunidad, asume esta responsabilidad como inalienables a cada persona garantizándola a través de sus competencias.

En 2009 la dirección General de Cultura y Educación en la Provincia de Buenos Aires solicitó la adecuación del diseño curricular de la tecnicatura de Enfermería. Estableciendo que la formación de científicos, profesionales y técnicos se caractericen por la solidez de su formación y su compromiso con la sociedad de que forman parte, garantizando la calidad y excelencia en todo el sistema institucional. Diversificando los distintos niveles de estudios superior que garanticen las expectativas y demandas de la población.

En un trabajo realizado por Morán Peña (2011), hace hincapié en el modelo de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) para el curriculum de pregrado de enfermería. Lo que permitiría desterrar concepciones erróneas, profundizar el conocimiento científico como el diseño de estrategias de aprendizajes, que ayudan a los estudiantes, especialmente de enfermería a su desarrollo profesional.

Según una estadística del Sistema Sanitario Argentino (SISA) realizado en 2018 establece que se encuentran registrados 179.170 enfermeros matriculados en nuestro País. Siendo Licenciado de Enfermería (carrera de grado): 19.730, donde 73.373 son técnicos o profesionales y 86.073, auxiliares (estos últimos representan casi el cincuenta por ciento de plantel general).

Según indica el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018), Argentina cuenta con 25.751 establecimientos de salud de los cuales, la mitad se encuentran en la región centro

de nuestro País. Con la mayor densidad poblacional que representa esta región, sólo la provincia de Buenos Aires se concentra el 26% del total de estos establecimientos.

MARCO TEÓRICO.

1. Características de la salud de la sociedad Argentina.

1.1 Reseña histórica.

La salud pública fue considerada una cuestión privada y ligada a la caridad en los primeros años del siglo pasado, a tomar una trascendencia explícita desde lo discursivo como política de estado durante el gobierno peronista (1946-1955). A partir de una redefinición de los nuevos paradigmas institucionales que se desarrollaron desde los organismos internacionales y desencadenar una gran transformación en la década de 1990. (Cerdá- Ramacciotti, 2017-92).

El problema sanitario, como bien lo expresa Cendali y Pozo (2017), toma un carácter de índole político, ya que hasta ese momento, el Estado no organizaba al sistema sanitario, solo se encargaba de asegurar la higiene pública, sanidad fronterizas y el control de epidemias. La salud se encontraba en un plano de responsabilidad individual o de caridad. A partir de esta intervención se articula esta necesidad poblacional con una estructura sociopolítica y basada en una medicina moderna.

Las mismas autoras describen que durante el periodo comprendido entre 1945 y 1955 la política en salud experimenta un cambio significativo. Entre estos periodos surge la creación de la Secretaria de Salud y del Código Sanitario Nacional en 1947. Estos establecen las bases de las prestaciones dentro del sistema público de salud, con un plan de inversiones para nuevos hospitales y centros de salud ambulatorios y la aparición de los sistemas de obras sociales sindicales (OOSS).

Longhi (2020) citando a Berkman y Kawachi en su publicación en el año 2000, describen el proceso salud-enfermedad en las poblaciones humanas, la cual ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Gran parte de las enfermedades y de los problemas de salud de las comunidades se encuentran afectados por el mundo social que nos rodea. El entorno físico, los estados psicológicos, el comportamiento individual y colectivo influyen en todos los factores de salud física y emocional de los ambientes que habitamos.

Cabe destacar que el Sistema Sanitario Argentino, según una revisión realizada por Belló, Becerril-Montekio (2011), está compuesto por tres sectores; el público, de seguridad social y el privado. El público es el primero prestador de servicios de salud en forma gratuita, especialmente a personas sin cobertura sanitaria, mientras que los demás, dependen de obras sociales de trabajadores y sus familias, y sectores privados de prestaciones de medicina prepaga.

Cendali, Pozo, (2008) hacen referencia que la salud al comienzo del siglo XX, la población sufría problemas graves, como la tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla, el mal de Chagas, la mortalidad infantil, la anemia, la desnutrición y los faltantes de alimentación que llegaban a cifras alarmantes. Todas estas enfermedades que se fueron erradicando a medida que la ciencia y la medicina encontraban soluciones a las mismas, hoy algunas de ellas prevalecen en provincias y regiones de nuestro País. También hacen mención a una descripción realizada por Carrillo, a los cambios producidos en la práctica de la medicina a partir de una nueva visión que se va generando en el transcurso de los años. “La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos de la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los bajos salarios, tienen tanta o más trascendencia en el Estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”.

Pero no solo las enfermedades son productos de viejas o nuevas realidades que posicionan al individuo enfermo a ser vulnerable, también se suma la falta de seguridad que proporcionan los centros de atención sanitarios en esta compleja red de minimizar los riesgos ocasionados en el cuidado, tratamiento y estadía de los pacientes internados. Florence Nightingale (1820-1910), pionera de las prácticas de enfermería, supo reconocer el riesgo de la atención sanitaria “Puede parecer extraño decir que el principio en un hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria”. La aplicación de medidas higiénicas, redujo la mortalidad en la guerra de Crimea de un 40 a un 2%, pero sobre todo planteó la necesidad de enseñar a los enfermos y sus familiares a ayudarse a sí mismos para mantener su independencia asociadas a la misma. (Aranaz, J. M., & Agra, Y.2010-1).

Cendali y Pozo hacen referencia a los autores, Katz, Arce y Muñoz, los cuales destacan “un periodo comprendido entre 1977-1990 el cual se caracteriza por la crisis del modelo pluralista de planificación descentralizada y se privilegian las tecnologías de diagnóstico y

tratamiento por sobre el enfoque clínico, en este sentido, se puede afirmar que el modelo de prestación se orienta hacia el tratamiento de la enfermedad y los servicios de alta complejidad”.

Mediando el año 1990, Argentina contaba con aproximadamente 32.6 millones de habitantes, aumentando este número a 40.5 millones en el 2010 y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INDEC en el último censo realizado (2022), este número ascendió a 47.3 millones, un crecimiento del 18% con relación al 2010. A pesar de estos números poblacionales, el País presenta una estructura en franco proceso de envejecimiento, debido a varios factores, entre ellos el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, el descenso de la mortalidad general y el incremento de la esperanza de vida al nacer.

Córdova, Escobar, Rincón, Chaparro, (2022), hace hincapié en el envejecimiento de la población y la importancia de llevar una política para adultos mayores, sanos o con enfermedades limitantes en los cuidados y autocuidados que deberían tener este grupo etario. La clase de estrategias que debe adoptar el estado para un eficiente sector de salud, garantizando la atención, como así también sus derechos.

A pesar de las dificultades del sistema sanitario Argentino, ha mejorado notablemente en los últimos 30 años, sin embargo todavía existen enfermedades comunes que afectan a las poblaciones más vulnerables.

La revolución sanitaria es parte central del proceso de la nacionalización del país, sostenida en el esfuerzo de formación de los recursos humanos. Desde la Secretaría de Salud Pública existía un compromiso de formación con la salud pública, como deber esencial de vida. (Cendalí y Pozo, 2008-6).

Lepez (2020), citando a Cassiani, señala que en el 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó a formar más profesionales en América Latina y el Caribe. Un informe de 2018 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado “Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas”, reveló que Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante, con 4,24 cada 10 mil personas, sólo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití. Chile es el mejor posicionado de Latinoamérica (22), seguido de Uruguay (18,9), Paraguay (14,6), Brasil (7,1) y Bolivia (5,1). En tanto, Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4) son los que mantienen la mayor proporción de todo el continente.

La salud constituye una garantía constitucional, lo cual demanda conocimientos tanto desde lo estrictamente médico hasta de la gestión del sistema político-administrativo para su aseguramiento, por lo que la inversión en salud resulta en un indicador importante que describe la importancia de esta materia en el marco del desarrollo sostenible de la sociedad latinoamericana. Rincón, Díaz, Medina, & Jaimes (2022).

1.2 Situación sanitaria y principales enfermedades en Argentina y CABA.

Un resumen publicado por la OMS (2018) estableció que Argentina, está viviendo una transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas. Las principales causas de muerte en el país son las enfermedades cardiovasculares (35% del total de muertes), el cáncer (21%), las enfermedades respiratorias (7%), las lesiones (7%) y la diabetes (3%). Sin dejar de lado los siguientes componentes que fueron en aumento en los últimos años:

1. En cuanto a los factores de riesgo, 58% de la población adulta tiene sobrepeso según una encuesta nacional realizada en 2013 y la tendencia está aumentando
2. La prevalencia de la diabetes es del 10%, el consumo nocivo de alcohol es del 10% y el consumo del tabaco del 25%.
3. Las lesiones son una de las principales causas de muerte entre los jóvenes primordialmente relacionadas con los accidentes de tránsito. El suicidio y la violencia doméstica también revisten importancia en cuanto a la mortalidad por lesiones.
4. Actualmente, 120.000 personas viven con VIH, de las cuales 70% conoce su estado y un 81% de quienes saben recibe tratamiento antiretroviral.

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se estimó en 3.075.646 habitantes para el año 2020, con una densidad poblacional promedio de 15.075 habitantes por km². El 53% de la población corresponde al sexo femenino y el 47% al masculino. La Ciudad presenta una pirámide poblacional regresiva y envejecida, con un índice de envejecimiento de 83,5 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020)

Según lo que establece el resumen realizado por la CABA (2020), el porcentaje de población que sólo contaba con cobertura del sistema estatal de salud en 2020 fue del

18%. El 82% restante, estaba asociada a algún tipo de cobertura de obra social, prepaga o mutual.

La autopercepción de la salud de la población presenta conceptos provenientes de la intersección de factores biológicos, sociales y psicológicos. Es un indicador válido y relevante del estado de salud que puede ayudar al equipo de salud a priorizar intervenciones y prevenir enfermedades, ya que se encuentra asociado con diversos resultados del proceso salud enfermedad tales como la utilización/atención de los servicios de salud y necesidades de salud de la población. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020)

Este informe establece que la tasa global de fecundidad en CABA (2020), se encuentra por debajo del nivel de reemplazo generacional, siendo de 1,2 hijos/mujer. La edad de las madres fue de 32,7 años promedio, observándose un desplazamiento de las tasas de fecundidad hacia edades más avanzadas, en comparación a los años anteriores.

En el mismo año se registró un brote de dengue en la ciudad, con 7273 casos confirmados de los cuales el 95% refirió no haber viajado a zonas endémicas. Con respecto a la salud sexual en el embarazo, el 60,7% de las personas gestantes declararon que su embarazo no fue planificado. Se comprobó que un 73,3% no utilizaba un método anticonceptivo, mientras que un 25,3% de los embarazos no intencionales se produjo a pesar del uso de al menos un método anticonceptivo.

El ministerio de Salud (2020) estipuló que la mortalidad infantil disminuyó en el 2020 respecto al año anterior. Las tasas de mortalidad infantil más altas corresponden a las comunas de la zona sur de la CABA, siendo la comuna 4 (integrada por el barrio de la Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya) la que registró la mayor tasa de la Ciudad en el 2020.

Dentro de las necesidades asistenciales, Coppola (2020), describe la situación sanitaria con respecto a concentración y mala distribución de la totalidad de camas de internación del país, alrededor de 220.000, la mayoría generales y de estadía prolongadas. Con menor capacidad de respuesta encontramos los centros de atención primaria, los cuales contabilizan alrededor de 8.000, la mayoría tiene atención médica diaria y con especialidades. Un porcentaje alto de estas camas de internación, están concentradas en zonas urbanas, más precisamente en CABA y AMBA.

Esta situación como bien la describen Silberman, Medina, Diaz Bazán, López, Dursi, (2020) se vio agravada con la crisis sanitaria producida por COVID-19, los cuales

destacan las recomendaciones y consideraciones de la OPS. Estas planteaban la necesidad que los países cuenten con profesionales adecuados a la cantidad, capacidad y destrezas para atender las necesidades de la población en forma oportuna, pertinente, eficiente y eficaz.

La Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud, es responsable de la coordinación del Sistema Estadístico de Salud. Para ello, proporciona normas uniformes de recolección, elaboración y análisis de la información estadística. En el año 2021, se han incorporado nuevas categorías y códigos para clasificar los eventos relacionados con la Enfermedad del COVID-19.

El Centro de Implementación de Políticas Para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) elaboró en el 2002 el primer informe sobre los hospitales que se encontraban en la CABA, de los cuales cuenta con 32 centros con internación; 13 son generales de agudos y el resto especializados en: pediatría, oftalmología, salud mental, rehabilitación psico-física, odontología, enfermedades infecciosas, oncología, quemaduras, gastroenterología y maternidad. Además cuenta con 33 Centros de Salud y Acción Comunitaria, y 14 Centros médicos barriales. La totalidad de los mismos alcanza a 3.789 camas habilitadas, lo que significa un promedio de 291 camas por hospital. El 47% del total de las mismas pertenecen a hospitales generales de agudos y el 53% a otro tipo de hospitales. Los hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires cuentan con un total de 4.907 médicos y 3.530 enfermeras. Esto indica que hay un promedio de 377 médicos y 271 enfermeras por hospital. Esta relación con respecto a las camas disponibles, se registra la presencia de 1,14 médicos por cama y 0,82 enfermeras por cama. A su vez, existe un promedio de 1,39 médicos por enfermeras o un promedio de 0.71 enfermeras por médico. Por su parte, el standard internacional señala que deben existir 3 enfermeras por médico. CIPPEC (2002,1-14). Esta disparidad impacta en la atención y calidad otorgada en los cuidados por parte del profesional de enfermería, siendo ajena a la formación y experiencia del mismo.

El Gobierno Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el 2015, según la estadística oficial, el 83,2% de la población de la Ciudad, está aliada a algún sistema de atención de la salud: el 47,1% a obras sociales, el 17,4% a medicina prepaga o mutual vía obra social; el 9,5% a la medicina prepaga por contratación voluntaria; y el resto agrupa a los que tienen mutual y/o sistemas de emergencias médicas. Mientras que el 16,8% de los habitantes sólo tiene acceso al sistema público.

En la siguiente tabla (1) publicadas por el Ministerio de Salud (2022) , establece las causas y tasas totales de fallecidos en nuestro País según edad. Las enfermedades infecciosas fue la de mayor mortalidad a consecuencia de la pandemia desatada por el COVID-19, en un grupo etario que contemplaba edades desde los 60 a los 85 años. Pero la primera causa de enfermedad y fallecimiento sigue siendo las cardiovasculares, seguido de enfermedades tumorales malignas, respiratorias y cerebrales. Estos registros se observan un aumento de causas provocadas por accidentes y suicidios en grupos de adolescentes entre los 15 y 24 años, lo que representa una preocupación para los distintos organismos responsables en el tema.

Tabla 1.

AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE DEFUNCION	AMBOS SEXOS			VARONES			MUJERES		
	Cantidad de muertes	Mortalidad proporcional (%)	Tasa mortalidad (e/100.000)	Cantidad de muertes	Mortalidad proporcional (%)	Tasa mortalidad (e/100.000)	Cantidad de muertes	Mortalidad proporcional (%)	Tasa mortalidad (e/100.000)
Todas las edades									
Todas las causas	436.799		953,5	227.443		1.011,2	206.588		886,0
Todas las causas bien definidas	411.441	100,0	898,2	214.857	100,0	955,2	193.925	100,0	831,7
Enfermedad por Covid-19	84.698	20,6	184,9	48.482	22,6	215,5	35.708	18,4	153,1
Enfermedades del corazón	80.427	19,5	175,6	39.422	18,3	175,3	40.395	20,8	173,3
Tumores malignos	59.722	14,5	130,4	29.853	13,9	132,7	29.580	15,3	126,9
Neumonía e influenza	33.812	8,2	73,8	17.022	7,9	75,7	16.538	8,5	70,9
Enfermedades cerebrovasculares	18.612	4,5	40,6	9.293	4,3	41,3	9.220	4,8	39,5
De 0 a 4 años									
Todas las causas	5.076		137,2	2.878		151,2	2.181		121,5
Todas las causas bien definidas	4.844	100,0	131,0	2.739	100,0	143,9	2.089	100,0	116,3
Afecciones perinatales	2.260	46,7	61,1	1.331	48,6	69,9	926	44,3	51,6
Malformaciones congénitas	1.369	28,3	37,0	722	26,4	37,9	639	30,6	35,6
Accidentes	219	4,5	5,9	121	4,4	6,4	98	4,7	5,5
Tumores malignos	125	2,6	3,4	66	2,4	3,5	59	2,8	3,3
Neumonitis	74	1,5	2,0	39	1,4	2,0	32	1,5	1,8

De 5 a 14 años								
Todas las causas	1.346		18,2	770		20,3	571	15,9
Todas las causas bien definidas	1.275	100,0	17,3	731	100,0	19,3	540	15,1
Tumores malignos	255	20,0	3,5	147	20,1	3,9	107	3,0
Accidentes	200	15,7	2,7	130	17,8	3,4	69	1,9
Lesiones autoinfligidas	71	5,6	1,0	33	4,5	0,9	38	1,1
Enfermedad por COVID-19	60	4,7	0,8	31	4,2	0,8	28	0,8
Malformaciones congénitas	56	4,4	0,8	27	3,7	0,7	29	0,8
De 15 a 24 años								
Todas las causas	5.381		76,5	3.715		103,6	1.637	47,5
Todas las causas bien definidas	5.184	100,0	73,7	3.586	100,0	100,0	1.569	45,5
Accidentes	1.083	20,9	15,4	893	24,9	24,9	186	5,4
Lesiones autoinfligidas	711	13,7	10,1	544	15,2	15,2	165	4,8
Agresiones	367	7,1	5,2	320	8,9	8,9	42	1,2
Tumores malignos	361	7,0	5,1	225	6,3	6,3	136	3,9
Enfermedad por COVID-19	309	6,0	4,4	152	4,2	4,2	155	4,5
De 25 a 34 años								
Todas las causas	8.358		120,3	5.426		155,8	2.880	83,1
Todas las causas bien definidas	8.009	100,0	115,3	5.184	100,0	148,9	2.774	80,1
Enfermedad por Covid-19	1.236	15,4	17,8	729	14,1	20,9	501	14,5
Accidentes	1.158	14,5	16,7	983	19,0	28,2	172	5,0
Tumores malignos	946	11,8	13,6	389	7,5	11,2	555	16,0
Lesiones autoflingidas	644	8,0	9,3	528	10,2	15,2	114	3,3
Enfermedades del corazón	463	5,8	6,7	299	5,8	8,6	162	4,7
De 35 a 44 años								
Todas las causas	15.043		239,7	9.057		291,7	5.910	186,3
Todas las causas bien definidas	14.368	100,0	228,9	8.621	100,0	277,7	5.673	178,9
Enfermedad por Covid-19	3.770	26,2	60,1	2.335	27,1	75,2	1.419	44,7
Tumores malignos	2.479	17,3	39,5	815	9,5	26,3	1.654	52,1
Enfermedades del corazón	1.350	9,4	21,5	968	11,2	31,2	374	11,8
Accidentes	895	6,2	14,3	739	8,6	23,8	154	4,9
Neumonía e influenza	739	5,1	11,8	468	5,4	15,1	270	8,5
De 45 a 54 años								
Todas las causas	29.180		574,5	17.948		724,2	11.040	424,5
Todas las causas bien definidas	27.954	100,0	550,4	17.121	100,0	690,8	10.646	409,4
Enfermedad por Covid-19	8.853	31,7	174,3	5.682	33,2	229,3	3.113	119,7
Tumores malignos	5.174	18,5	101,9	2.112	12,3	85,2	3.045	117,1
Enfermedades del corazón	3.227	11,5	63,5	2.335	13,6	94,2	856	32,9
Neumonía e influenza	1.533	5,5	30,2	959	5,6	38,7	568	21,8
Enfermedades cerebrovasculares	1.052	3,8	20,7	646	3,8	26,1	402	15,5
De 55 a 64 años								
Todas las causas	57.796		1.428,5	35.802		1.862,3	21.609	1.017,6
Todas las causas bien definidas	55.167	100,0	1.363,5	34.040	100,0	1.770,6	20.748	977,1
Enfermedad por Covid-19	15.718	28,5	388,5	9.909	29,1	515,4	5.720	27,6
Tumores malignos	11.065	20,1	273,5	5.621	16,5	292,4	5.382	25,9
Enfermedades del corazón	8.002	14,5	197,8	5.505	16,2	286,3	2.404	11,6
Neumonía e influenza	3.352	6,1	82,8	2.106	6,2	109,5	1.221	5,9
Enfermedades cerebrovasculares	2.206	4,0	54,5	1.413	4,2	73,5	783	3,8
De 65 a 74 años								
Todas las causas	96.576		3.150,1	57.350		4.164,8	38.621	2.286,9
Todas las causas bien definidas	91.652	100,0	2.989,5	54.291	100,0	3.942,6	36.776	2.177,7
Enfermedad por Covid-19	21.844	23,8	712,5	13.184	24,3	957,4	8.532	505,2
Tumores malignos	17.012	18,6	554,9	9.351	17,2	679,1	7.574	448,5
Enfermedades del corazón	15.653	17,1	510,6	9.743	17,9	707,5	5.789	342,8
Neumonía e influenza	6.861	7,5	223,8	4.093	7,5	297,2	2.714	160,7
Enfermedades cerebrovasculares	4.174	4,6	136,1	2.489	4,6	180,8	1.662	98,4
De 75 a 84 años								
Todas las causas	112.659		6.762,0	57.594		8.765,2	54.409	5.392,4
Todas las causas bien definidas	105.777	100,0	6.348,9	54.196	100,0	8.248,1	50.953	5.049,9
Enfermedades del corazón	22.485	21,3	1.349,6	11.272	20,8	1.715,5	11.053	1.095,4
Enfermedad por Covid-19	19.806	18,7	1.188,8	10.911	20,1	1.660,5	8.793	871,5
Tumores malignos	15.045	14,2	903,0	7.932	14,6	1.207,2	7.050	698,7
Neumonía e influenza	9.800	9,3	588,2	5.046	9,3	768,0	4.674	463,2
Enfermedades cerebrovasculares	5.733	5,4	344,1	2.782	5,1	423,4	2.919	289,3
De 85 y más años								
Todas las causas	103.629		16.676,7	35.877		19.306,3	67.183	15.424,2
Todas las causas bien definidas	95.526	100,0	15.372,7	33.362	100,0	17.952,9	61.628	14.148,9
Enfermedades del corazón	28.590	29,9	4.600,9	8.929	26,8	4.804,9	19.502	31,6
Enfermedad por Covid-19	12.752	13,3	2.052,1	5.356	16,1	2.882,2	7.316	11,9
Neumonía e influenza	10.786	11,3	1.735,8	3.946	11,8	2.123,4	6.770	11,0
Tumores malignos	7.110	7,4	1.144,2	3.119	9,3	1.678,4	3.961	6,4
Enfermedades cerebrovasculares	4.699	4,9	756,2	1.541	4,6	829,2	3.137	5,1

Los registros extraídos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, hace referencia a la mortalidad durante el período 2020, en el cual se registraron 33.231 defunciones de residentes de la CABA, lo que constituye una tasa bruta de mortalidad de 10,80 muertes por cada 1000 habitantes. La tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 6,14 muertes por cada 1000 habitantes. Más del 50% de las muertes se dieron en mayores de 80 años y el promedio de edad fue de 74,2 años.

TASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR 1.000 HABITANTES SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO, POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO. REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2021.

JURISDICCION DE RESIDENCIA	TOTAL	GRUPO DE EDAD										
		Menores de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más
REPUBLICA ARGENTINA	9,54	8,00	0,28	0,18	0,77	1,20	2,40	5,75	14,28	31,50	67,62	166,77
Ciud. Aut. de Buenos Aires	11,76	4,65	0,25	0,13	0,33	0,74	1,51	4,42	11,73	25,83	57,42	165,68
Buenos Aires	10,00	7,92	0,23	0,16	0,72	1,14	2,35	5,92	14,54	32,11	69,03	171,03
Catamarca	8,53	7,56	0,22	0,21	0,70	1,47	2,87	6,41	14,49	31,74	67,73	154,37
Córdoba	9,87	6,64	0,30	0,13	0,69	1,09	2,23	5,14	13,33	30,03	66,07	180,52
Corrientes	8,25	11,24	0,30	0,17	1,00	1,35	2,67	6,12	14,43	31,94	69,15	143,38
Chaco	9,23	9,53	0,42	0,28	1,20	1,75	3,81	8,34	20,34	39,57	81,68	173,67
Chubut	7,13	9,18	0,22	0,11	0,55	1,20	2,22	4,62	12,25	27,50	64,28	159,15
Entre Ríos	9,36	9,51	0,29	0,17	0,81	1,01	2,04	5,18	13,61	31,05	64,54	168,10
Formosa	8,42	11,57	0,42	0,29	1,07	2,00	4,13	8,37	17,62	33,55	65,45	128,12
Jujuy	7,43	9,96	0,26	0,27	0,76	1,40	2,86	5,67	12,49	28,98	67,40	153,18
La Pampa	9,53	4,76	0,14	0,13	0,52	0,89	2,20	4,76	12,80	29,03	60,71	158,83
La Rioja	7,97	10,64	0,49	0,34	1,05	1,30	2,88	5,99	15,71	32,89	62,47	155,87
Mendoza	9,00	6,99	0,28	0,17	0,62	1,02	2,09	4,99	12,58	29,81	67,43	156,41
Misiones	7,56	8,36	0,35	0,31	0,86	1,30	2,92	6,10	15,16	34,45	78,05	158,40
Neuquén	7,74	4,76	0,38	0,19	0,84	1,36	2,45	6,01	15,11	29,69	66,58	161,54
Río Negro	8,83	8,59	0,27	0,21	0,70	1,18	2,33	5,59	14,17	32,61	68,12	161,20
Salta	7,00	8,74	0,38	0,23	0,94	1,39	2,56	5,50	13,04	30,10	66,16	146,22
San Juan	8,73	7,27	0,45	0,19	0,62	1,06	1,88	5,36	13,43	32,72	72,82	185,13
San Luis	9,08	9,82	0,27	0,20	0,76	1,22	2,62	5,36	15,16	33,86	66,23	157,47
Santa Cruz	6,13	7,35	0,26	0,21	0,65	1,33	2,11	5,38	14,32	33,89	75,95	164,40
Santa Fe	10,64	7,83	0,32	0,18	1,01	1,31	2,37	5,95	15,03	31,95	67,99	160,41
Santiago del Estero	8,33	6,75	0,28	0,25	0,73	1,41	3,42	6,87	16,16	35,32	71,50	157,63
Tucumán	8,69	9,87	0,28	0,18	0,95	1,50	2,80	5,86	14,93	35,17	73,26	163,48
Tierra del Fuego	4,78	5,70	0,26	0,14	0,55	1,00	1,07	3,94	11,19	28,18	63,54	159,25

Tabla 2

En la Tabla 2 se puede observar el porcentaje atribuible a los registro del 2021 de la CABA. Cuya tasa de mortalidad era del 11.76 con respecto a 2020.

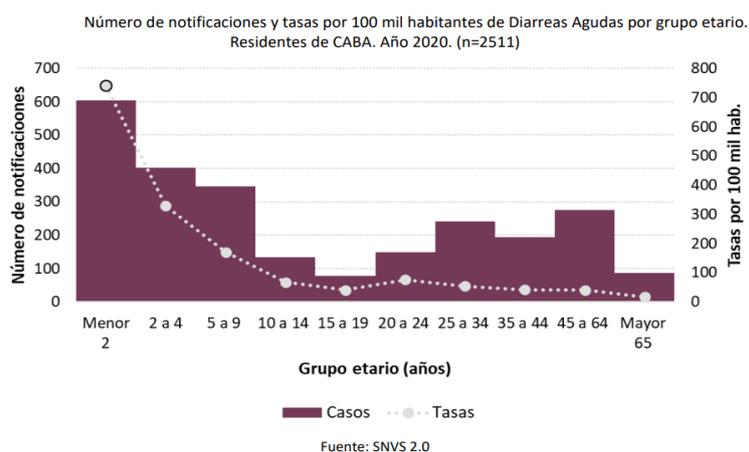
Desde que se confirmó primer caso de COVID-19 en Argentina (2 de marzo del 2020) hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive, se detectaron 701.345 casos sospechosos en residentes de la CABA. Confirmando un total de 173.633 casos de COVID-19 positivos en residentes y 5.621 personas fallecidas.

En los mismos registros se contempla la tasa de mortalidad infantil, siendo un indicador importante y necesario para dar cuenta de la situación de salud de la Ciudad. Este es un

indicador sensible a las diferenciaciones socioeconómicas, por lo tanto la mortalidad infantil se distribuye diferencialmente entre barrios y comunas de la Ciudad. La zona sur de la Ciudad de Buenos Aires es la que presenta mayores tasas de mortalidad infantil, desde el periodo 2016 al 2020. En dicha zona se concentra la mayor parte de población con cobertura de salud exclusiva del subsector público.

Las enfermedades gastroentéricas siguen siendo unas principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños en nuestro País. Diversos factores confluyen en la producción de este evento, los cuales se deben a condiciones de vida precarias tales como: malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada. En la CABA como lo representa la tabla (3), se esquematiza el rango etario más vulnerable a esta causa, proporcionado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, correspondiente al año 2020.

Tabla 3.



Dicho informes destacan del mismo año, un brote de dengue en la CABA con 7273 casos confirmados, de los cuales el 95% refirió no haber viajado a zonas endémicas.

Pero las principales causas de fallecidos en la Ciudad, sigue siendo las descriptas anteriormente, y corresponden a aquellas provocadas por enfermedades del sistema circulatorio, representando el 34% de las defunciones. Le siguieron las muertes relacionadas con Covid-19 y los tumores, significando el 16,9% y el 15,3% respectivamente.

2. Contexto histórico de la educación y formación de profesionales de Enfermería en Argentina.

2.1. Reseña histórica.

El cuidado de la salud en las personas se remonta a tiempos remotos, y es reseñado en el libro más antiguo: “La Biblia”, donde se puntualiza acerca del cuidado realizado a quienes padecían lepra o a las madres asistiendo a sus niños. El cuidado ha evolucionado de ser una práctica doméstica, a ser considerado un arte, un oficio, una disciplina, hasta llegar a convertirse una profesión con un cuerpo científico propio. (Guía-Yanes, M. A., 2022)

La mayoría de estas labores era ejercida por mujeres, puesto que se consideraban las más adecuadas para brindar los mejores cuidados, por el hecho de ser madres o tener un rol más protagónico en el hogar.

Ramacciotti (2019), describe los acontecimientos enunciados en su momento por Wainerman y Binstock, que a partir de; “Los brotes epidémicos, los accidentes laborales y enfermedades infantiles, era habitual encontrar en las salas de los hospitales la presencia de las hermanas de la caridad, religiosas que estaban a cargo de las salas de internación y mujeres de la sociedad que colaboraban como cuidadoras, enfermeras, mucamas o secretarias”.

Estas actividades, al estar guiadas por la lógica del sacrificio y caridad, fueron argumentos funcionales para mantener sueldos bajos o ad honorem. En efecto, al considerar esas intervenciones como propias de sus condiciones naturales, se produjo una desvalorización de sus tareas y como consecuencia, un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales. (Ramacciotti, 2019).

Marlin, Guía-Yanes (2019), destacan a partir del texto de Amaro, que estas actividades en principio al no poseer una fundamentación teórica y realizar los cuidados de manera empírica, con la lógica que dictan las necesidades de la persona, fue estimada como ocupación. Estas debían poseer la integración de habilidades, destrezas y esmero en su realización. Luego fue considerada como una disciplina, con el aporte fundamental de Florence Nightingale, se logra un cambio total en la concepción de la enfermería. Logrando establecer un cambio necesario para la incorporación de estudios superiores en universidades, y ser incluida como una profesión.

Florence Nightingale junto a otras precursoras, como Dorothea Orem, Virginia Henderson, etc, son impulsora de la profesionalización de enfermería. Sin embargo

Nightingale es la primera en establecer a partir de la guerra de Crimea (1854-1856) un papel muy importante en el rol de enfermería en el cuidado del sujeto (curando heridos y enfermos). Estableció las primeras medidas de implementación para evitar infecciones y aparto los enfermos de mayor y menor gravedad en carpas separadas. Mejoro la educación de enfermería, forjo la creación de instituciones, tanto para médicos militares como enfermeras de hospital. Desarrolló el primer programa de formación de enfermería en 1860 en el hospital de St. Thomas's Hospital en Inglaterra.

Se la reconoce como la creadora de los primeros estudios de educación superior para enfermeras a través de la escuela de formación donde egresaron las primeras profesionales tituladas con estudios superiores. Su trabajo se extendió luego con la creación de escuelas de enfermería en diversas partes del mundo. (Marlín. A. Guía-Yanes, 2019).

Soto Verchér (2009) destaca en su trabajo, las ideas de Florence Nightingale, por su forma de ver, hacer y enseñar el Arte de la Enfermería. Planteo la decisión de sintetizar y organizar la experiencia y la formación que recibió de sus tutores, para generar una revolución en las nuevas egresas de enfermería. Consideraba que éstas eran esencialmente diferentes a la producción y perfil médico, porque su propósito principal radicaba, no en curar, sino en “colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. La formación de nuevas profesionales estaba basado en tres principios básicos:

1. Un aprendizaje basado en el método científico, teóricos generales y de formación práctica especializada en el desempeño de funciones de enfermería incidental.
2. Las escuelas tenían que ser dirigidas y administradas por enfermeras y no médicos.
3. Seleccionar rigurosamente las candidatas, desde lo físico, moral e intelectual y con actitud profesional.

Este modelo inspiró a las escuelas de la Cruz roja y se extendió por todo el mundo a partir de la guerra de Crimea.

2.2 Desarrollo y evolución de Enfermería en Argentina.

Ramacciotti (2019), marca tres momentos apócales en la historia de la Enfermería moderna en Argentina. El primero de estos fue el impulso a fines del siglo XIX, dado por Cecilia Grierson a partir de la organización de los cursos de primeros auxilios. En los años 40 se produce el segundo momento, con el aporte de la fundación Rockefeller y las acciones implementadas por el peronismo que centralizaba los sistemas de salud y la

promoción de la creación de escuelas de Enfermería bajo la órbita estatal. El tercer momento, acontece durante los años 60, donde los organismos internacionales mediante sus recomendaciones se producen cambios e impactan en la implementación en los contextos provinciales.

Ramacciotti, expresa en su mismo trabajo la posterior integración a la Asistencia Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en 1892, para finalmente pasar a la entonces Secretaría de Educación del gobierno de la ciudad, encuadrada en el espacio de formación técnico-profesional dependiente de la Dirección de Educación Superior. Grierson, bajo la influencia de las ideas de Florence Nightingale, elaboró una propuesta sobre estos tres pilares:

- a) la dirección de las escuelas sería ejercida por una enfermera y no por un médico.
- b) las candidatas para ser enfermeras serían elegidas teniendo en cuenta aspectos físicos, morales, intelectuales y profesionales.
- c) implementación de una enseñanza metódica y constante, con actividades prácticas y teóricas.

Sumado a todas estas iniciativas la Cruz Roja Argentina, ya en el año 1928, creó la “Escuela de Samaritanas”, denominadas visitadoras, que también ofrecían cursos de primeros auxilios, medicina preventiva, higiene, como otras orientaciones.

Rodríguez (2020), destaca los lineamientos de Ramacciotti y Valobra, sobre la importancia a partir de la creación del Ministerio de Salud de la Nación, y bajo la gestión del Dr. Carrillo, se impulsa la profesionalización de la práctica sanitaria, enmarcado en el Plan Analítico de Salud. Por ello, se promueve la Escuela Superior de la Secretaría de Salud Pública y la Escuela de Enfermeras, y posteriormente la Fundación Eva Perón, funda la Escuela de Enfermeras. Estas instituciones brindaron una formación apuntada a la atención y cuidado de las personas hospitalizadas y tareas de prevención en espacios rurales y/o urbanos.

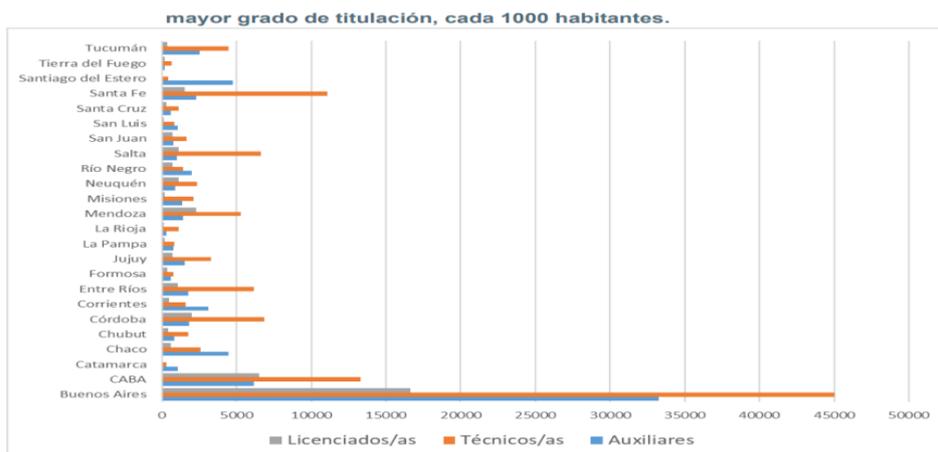
La Escuela de Enfermeras María Eva Duarte de Perón fue unos de los emprendimientos más importante de la época, su inicio de ciclo lectivo y de formación fue en 1949, y se desarrolló en las instalaciones del Hospital Rivadavia, el auditorio para el dictado de las clases teóricas y las salas para las prácticas. Recién en 1950, pasó a la órbita de la Fundación Eva Perón, donde cambió el nombre por "7 de Mayo"; el 3 de junio de 1952 es oficialmente reconocida por el Ministerio de Salud Pública a través de la Resolución N° 46.733. La Escuela de Enfermeras "7 de mayo" mantuvo su funcionamiento hasta

diciembre de 1955, momento en el cuál se pasó a disponibilidad a la Regente y a todas las Enfermeras Instructoras, responsables de los internados, según el Boletín Informativo del Instituto Nacional de Acción Social (Cipolla, 2021)

A partir de la década de 1990, el sistema de salud fue modelado por las reformas impulsadas por el Neoliberalismo (bajo el gobierno nacional de Carlos Menem), reformas que seguían la lógica de privatizaciones, mercantilización. Esta política aplicada en nuestro País, modelaba el sistema sanitario a través de varios ejes: focalización de poblaciones, privatización de lo público rentable, conformación de paquetes básicos de atención, medicinas prepagas. Prácticas que diluían la responsabilidad del Estado, como sujeto que garantizara los derechos humanos fundamentales (entre ellos el derecho a la salud). Las prácticas sanitarias, bajo este nuevo contexto, estaban sometidas a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificados; al profesional de enfermería, se lo responsabilizará de la organización, distribución y control del trabajo de equipo de enfermería. Gradualmente, el enfermero o enfermera se fue distanciando de las actividades propias a su preparación profesional, asumiendo nuevas actividades, dispersas, en tareas administrativas, tareas de administración de recursos materiales, y otras actividades ajenas a su profesión. Este problema, al no tener en claro acerca de las funciones del profesional de enfermería, había generado dificultades para el establecimiento de una política asistencial de enfermería en cualquier institución de salud. Esta etapa histórica está determinada además por la sanción, en 1991, de la Ley Nacional de Enfermería N° 24.004, y reglamentada en 1993. Fue promovida por la Federación Argentina de Enfermeras. La importancia de esta ley es que, además de regular el ejercicio profesional, reconoció a la Enfermería como una profesión autónoma y definió dos clases de ejercicio, el profesional y el auxiliar. También se amplió el campo de ejercicio, agregando la actividad docente, la investigación y la administración. (Rodríguez R, 2020 -9).

En nuestro País la tasa de enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os) por mil habitantes para el año 2019 es de 3,36. En la tabla (3 y 4) se observa la disparidad de nivel de profesionales y no profesionales de Enfermería a lo largo y ancho del territorio Nacional. En Ciudad de Buenos Aires (CABA), el número de enfermeras/os totales se encuentra muy por encima del resto de las jurisdicciones, contando 6,64 enfermeras/os cada mil habitantes. En el otro extremo, provincias como Santiago del Estero y Catamarca, registran los números más bajos, con 0,51 y 0,96 enfermeras/os cada mil habitantes respectivamente.

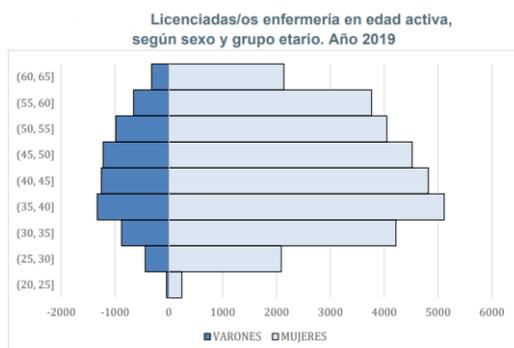
Tabla 3.



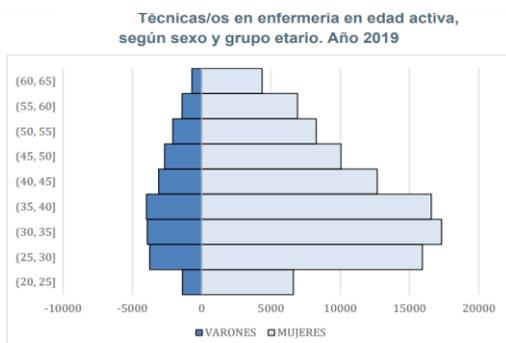
Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. 2019

En la siguientes gráfico (1 y 2), suministradas por el Ministerio de Salud (2020), se observa por separado entre la carrera de pregrado, que concentra la mayor cantidad de profesionales con una gran influencia del sexo femenino, pero ambas se caracterizan por el promedio de edad del mayor número de enfermera/os en actividad.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. 2019



Fuente: Elaboración OFERHUS con base en datos de la Red Federal de Registros de Profesionales en Salud, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud. 2019

Gráfico 2.

Esta distribución y el nivel profesional, podrían impactar en la calidad de los cuidados que se le brinda a los individuos y a la sociedad, asociado con un promedio de edad que ronda entre los 35 a 55 años.

2.3 Definición y el devenir del curriculum de Enfermería en Argentina.

Las nuevas enfermedades a la que está expuesta la población en un sistema de salud poco equitativo, cambiante e inseguro, en un escenario socio-económico y político determinante, especialmente en la salud de las poblaciones más vulnerables; obligan no solo al sistema sanitario, sino al Estado, de generar políticas y nuevo modelo para la formación de profesionales de salud. Enfermería no está exenta de estos cambios, de características biológicas, sociales, ambientales y culturales. Por tal motivo, los diseños de los contenidos curriculares, según el nivel de formación, deben asegurar las incumbencias y competencias necesarias para cada área donde desarrollen sus actividades los egresados de estas carreras.

Cada inicio de siglo se ha caracterizado por una urgente necesidad de darle sentido a valores y actitudes, bajo los cuales se orienten las condiciones para el desarrollo de ideas, proyectos y estrategias, que permitan la preservación y reproducción de la vida material y social, facilitando en el ser humano la contemplación e incorporación de su realidad desde una perspectiva integral, basada en evidencias y acontecimientos significativos e incluyentes, que le dimensionen históricamente. Durante el transcurso del tiempo las necesidades humanas han sufrido transformaciones, debido a esto se han modificado los diferentes procesos humanos. Tanto la educación en general como un proceso dinámico y el aprendizaje en forma particular. Apodaca-Orozco, Ortega-Pipper, Verdugo- Blanco, Reyes-Barribas, (2017).

Cipolla D. (2021) cita a Carrillo, quien enunciaba sobre el avance de la sociedad Argentina y el proceso que producía este cambio social, y las nuevas patologías que esto originaba. Producto de la tecnificación, las migraciones internas, la pérdida de los principios tradicionales, la disolución de la familia; este último como un punto principal por el origen que se conformaba la sociedad. Estas transformaciones se ven reflejados en los contenidos curriculares de las escuelas de enfermería, dejando en evidencia las nuevas necesidades de la sociedad en relación a las demandas sanitarias existentes de la época.

Gimeno Sacristán (2010), relaciona al conocimiento como motor del funcionamiento de una sociedad, donde surgen nuevos estilos de vida, aumentan las posibilidades de adquirir saber, establecer relaciones de lo aprendido con el otro, nuevas actividades profesionales surgidas de la demanda que ocasiona, etc. Todas estas oportunidades, lamentablemente no generan muchas veces igualdad de condiciones para todos y por ende, surgen nuevos motivos de desigualdad, discriminación y exclusión, y en todas estas posibilidades, tanto positivas como negativas, no deja de ser indiferente a las instituciones educativas, en cuyo curriculum se expresan los conocimientos e información de quienes la reciben.

Coscarelli (2013), describe en su texto sobre la teoría y desarrollo del curriculum, como el devenir histórico, que en distintas relaciones como proyecto educativo entabla con la sociedad y su cultura, transcribiendo múltiples concepciones que lo constituyen. Expresa su importancia en las prácticas educativas que procesan concepciones, deseos y valores diversos en el transcurrir del tiempo, en su actualidad y en su proyección futura. Transformado por sus múltiples facetas, el curriculum es una especial conformación, donde lo humano y lo social “vincula distintos sujetos que lo propician, cuestionan, resisten y en definitiva lo habitan en conflicto y/o consenso construyendo su identidad individual y colectiva”, con la comprensión de múltiples corrientes que interpretan y explican el campo curricular; los procesos de elaboración ajustados a los desafíos de la práctica, de la ética y lo social, basados en criterios de intervención acordes a estas necesidades.

F. Bobbit (1913), propuso la adaptación de los principios del taylorismo a las escuelas, de lo cual definiría luego al curriculum como el campo de especialización profesional y no como una mera rama de la educación general. Otro autor, como lo es Ralph Tyler, expresaba la necesidad de integrar las vertientes conceptuales y metodológicas de su tiempo, invitando a los profesores a reflexionar, centrándose en un enfoque técnico de una elaboración racional y deductiva, considerando el programa de enseñanza como instrumento de educación efectivo. Este mismo modelo racional-científico-deductivo fue adoptado por Hilda Taba agregando la importancia de estudiar las fuentes de las decisiones curriculares, en cuanto a lo social, cultural y sus consecuencias educativas, generando un modelo en el proceso: diseño-implementación-evaluación.

Michael Apple (1942), observo que el currículum tenía por objeto el control social, y la distribución de conocimiento dependía de la clase social, por lo que significaba, que este era un instrumento de construcción social de acuerdo a las creencias e intereses de sectores dominantes de la sociedad. Implementa el concepto de *curriculum oculto*, el cual se

referiría a la variedad de influencias educativas que no estaban expresadas formalmente en el currículum prescripto.

Inés Dussel, enuncia a Jallade en un documento del BID donde expresaba, que “el currículum es el corazón de cualquier emprendimiento educacional y ninguna política o reforma educativa puede tener éxito si no coloca al currículum en el centro”

Alba (2000), destacaba tres tipos de sujetos sociales del currículum; *Los sujetos de determinación curricular*, interesados en determinar los rasgos básicos o esenciales de un currículum particular (el estado, sector empresarial, populares, iglesia, partidos políticos, etc.); *los sujetos del proceso de estructuración formal del currículum*, que dan formas y estructuran al currículum (consejos universitarios, academias, equipos de diseño y evaluación curricular) y *los sujetos de desarrollo curricular*, aquellos que convierten en práctica cotidiana un currículum (profesores y alumnos).

Arteaga Herrera (2009), enuncia lo siguiente;” muchas instituciones académicas y sociales en general, han expresado su preocupación y ocupación, por los desafíos y retos que deben enfrentar, y han elaborado sendos informes que recogen orientaciones y lineamientos a tener en cuenta en la confección de programas de intervención-acción que no solo mitiguen las dificultades existentes, y den respuesta a los desafíos que se expresan (viabilidad, equidad, calidad, eficiencia, excelencia, creatividad y flexibilidad curricular, producción intelectual científica, relación con todos los sectores de la sociedad, relaciones con los distintos contextos socio-culturales del País, provincias incluso con el mundo, rapidez en la obsolescencia de los conocimientos, globalización ,etc.”

Ponti (2016) hace mención al análisis de la currícula de las escuelas de enfermería (que por su historia se han basado en el modelo médico-biologista) indica el objetivo de formar un personal para cubrir las necesidades institucionales y no para realizar el cuidado, tan destacado por Florence Nightingale. Ella señalaba que el mismo debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, sus necesidades y su observación, defendiendo la relación enfermera-paciente, separando a la enfermería de la medicina e indicando los rumbos que esta debía tomar en la educación. Sin embargo estas ideas no fueron aplicadas en el contexto de los programas de educación y formación, quedando subordinada a la medicina, sin identidad propia.

A partir de 1949-1950 se observaba una notable diferencia en el contenido curricular de los planes de estudios en la carrera de enfermería (**tabla 4**). La escuela de Enfermería María Eva Duarte de Perón que funcionó en las instalaciones del Hospital Rivadavia y la

Maternidad Peralta Ramos, que heredo la estructura y la curricula de las Escuelas de enfermería de dichas instituciones que pertenecían a la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, iniciaron un proceso de transformación en su planes de estudios. Si tenemos en cuenta el plan de formación del año 1932 del Instituto de Maternidad Peralta Ramos, este contaba con siete asignaturas y una extensión de 2 años de carrera. Por tal motivo, dado la implementación del proyecto sanitario promovido por el Dr. Ramón Carrillo desde la Secretaria de Salud, se puede observar en la cantidad de materias cursadas que presenta el programa de formación de la “Escuela 7 de mayo” y que las mismas encuadran en torno a la apertura social a través de las cuales ponían énfasis las acciones de la salud según el marco normativo promovido por el Estado. Recordemos que según el Dr. Carrillo, la salud debía ser garantizada como función del Estado Nacional a través de la Medicina Preventiva, Asistencial y Social, conjuntamente con la investigación de las causales de la enfermedad hasta el control de la misma. Se comienza a abandonar paulatinamente, la mirada biológica de la medicina para dar paso a un conjunto de variables que terminan constituyéndose en causales de enfermedades o en factores influyentes en perturbaciones anatomo - fisiológicas de la población. Por lo tanto hay que tener en cuenta todos los factores intervinientes como serian psico-sociales y antropológicos-culturales. (Cipolla, D. 2021-30).

Tabla 4

Distribución de las asignaturas correspondientes a los programas			
Años	Escuela Instituto de Maternidad Peralta	Escuela Maria Eva Duarte de Perón (1949)	Escuela 7 de Mayo (1950-1955)
1°	Anatomía	Anatomía y Fisiología	Anatomía
	Fisiología y Primeros Auxilios	Biología	Fisiología
	Higiene	Bacteriología	Biología
	Terapéutica	Deontología y Medicina Social	Higiene
		Higiene	Terapéutica
		Anatomía	Semiología, Patología General y Terapéutica
		Fisiología	Anatomía y Fisiología
		Higiene y Epidemiología	
		Defensa Nacional y Calamidades Públicas	
		Semiología y enfermería	
2°	Ginecología	Semiología y Patología General	Semiología y Patología General
	Obstetricia	Terapéutica	Cirugía
	Puericultura.	Primeros Auxilios	Terapéutica
		Defensa Nacional y Calamidades Publicas	Defensa Nacional y Calamidades Públicas
		Cirugía	Primeros Auxilios
		Semiología	Enfermería Médica y Quirúrgicas
			Obstetricia y Puericultura
		Dietética	
		Medicina Social	
3°		Obstetricia y Ginecología	Obstetricia y Ginecología
		Dietética	Dietética
		Infeciosas	Infeciosas
		Puericultura	Puericultura
		Neurología	Neurología
			Neurología y Psiquiatría
			Medicina Social

La organización de la metodología y didáctica de la misma fue delegada a un grupo de médicos, los cuales se encargaron de ajustar los contenidos de los planes de estudios. Los primeros cambios realizados eran alcanzar algunas metas propuesta por la Secretaria de Salud Pública, estableciendo la siguiente estructura del contenido curricular:

En Primer Año: Anatomía y Fisiología, Higiene y Epidemiología, Defensa Nacional y Calamidades Públicas, Semiología y enfermería, Biología, Patología General y Terapéutica.

En Segundo Año: Cirugía, Terapéutica, Primeros Auxilios, Enfermería Médica y Quirúrgicas, Obstetricia y Puericultura. –

En Tercer Año: Obstetricia y Ginecología, Dietética, Infecciosas, Puericultura, Neurología y Psiquiatría, Medicina Social

Para finalizar su formación, las alumnas debían cumplir con la residencia o prácticas hospitalarias. (Cipolla, D. 2021-30).

Guía-Yanes (2019) establece que en el campo curricular para conseguir el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido preciso establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están soportados los principios y objetivos de la profesión. Así como adecuar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería. Esto implica la utilización de un método sistemático, el *Proceso Enfermero* (PE) para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados. Este PE ha sido fundamental para la práctica diaria en la atención de los cuidados, fundamentados en el conocimiento científico para la gestión y administración de los mismos, ya que es un método sistemático que permite la planificación de estos en forma personalizada para cada sujeto. La autora define, “La preparación profesional de calidad incluye aspectos éticos, contenidos curriculares acordes con el desarrollo de cada País, con una preparación cónsona con los cambios y procesos tecnológicos aplicados en cada uno de los campos laborales donde deba desempeñarse. Una formación, donde se consideren las posibilidades de campo de empleo y el acceso y necesidades de los profesionales y de las personas a quienes van dirigidos los cuidados de enfermería, en cuanto a preparación académica y número de egresados por año”.

La Comisión Nacional de Formación y Desarrollo de la Enfermería encargada de instituir los requisitos para las titulaciones de enfermería y la validez de las mismas, establece:

1. Contenidos curriculares mínimos.

2. Perfil profesional.
3. Carga horaria mínimas.
4. Criterios para las prácticas formativas.

Como algunas otras funciones importante, establecidas en el Art,9, en el diseño de las bases para el desarrollo y la regulación de prácticas avanzadas de enfermería en la Argentina en cuanto a las incumbencias y formaciones necesarias a tal efecto. Nuevas ofertas educativas y certificaciones presentadas por las instituciones formadoras. La definición de mecanismos de ponderación de saberes y experiencias laborales adquiridas para los procesos de profesionalización de auxiliares de enfermería. El desarrollo del catálogo nacional de las cualificaciones profesionales de enfermería y su articulación con las certificaciones educativas.

Estos procesos a lo largo de los años, que han acompañado la evolución en la enseñanza en enfermería, permitieron aumentar el número de profesionales calificados, con conocimientos científicos y prácticos, que permiten realizar su desarrollo profesional con fundamentos teóricos basados en la evidencia científica y en beneficio de los cuidados otorgados a los individuos, grupos y comunidad.

Cerdá y Ramacciotti (2017), concuerdan que en un País donde el contexto sociopolítico es cambiante e inestable, la elección de una carrera universitaria, debería estar signada en torno a la utilidad, ya que dicho concepto se lo asocia a la búsqueda de una salida laboral, una profesión rentable para quienes la van a estudiar y sea beneficiosa para el resto de la sociedad. “Esta mirada economicista pone en cuestión las lecturas que consideran que la universidad debe recuperar la promoción de la conciencia, el desarrollo de la habilidad de problematizar y la defensa de la verdad sobre la utilidad”.

2.3 Niveles de Formación y reglamentación profesional.

El primer programa desarrollado para enfermería fue a partir de 1860 mediante la fundación Nightingale, en ese momento la formación de enfermeras estaba fuera del sistema hospitalario y el modelo de educación no estaba orientado a las enfermedades y/o tratamientos, sino al cuidado y servicio.

Durante la época denominada “Guerra Fría”, las nuevas Escuelas de Enfermería surgieron bajo los lineamientos impartidos por organismos internacionales como la Organización de

las Naciones Unidas, la Unión Panamericana o la Organización de Estados Americanos (OEA), organismos que impulsaron programas específicos para la promoción social de las mujeres en “contextos de países subdesarrollados”. Esta situación, a mediano plazo, generó una diferenciación en la enseñanza de la enfermería: las denominadas “profesionales” (provenientes de carreras universitarias) y las “auxiliares” (provenientes de institutos). Merece mencionar que, a partir de 1967 se habilitó la formación profesional en la Universidad de Buenos Aires. La misma estaba marcada con una posición subalterna, es decir, una profesión bajo la supervisión médica. (Rodríguez R, 2020-9).

En el año 1969 se instituye a efecto de unificar los criterios de formación profesional de enfermería en todo el País, la resolución Nacional N° 35/69 del Ministerio de Educación, que reglamenta la enseñanza de la enfermería no universitaria, a nivel nacional. El plan de estudios aprobado por Resolución 35/69, exige como requisito acreditar formación secundaria completa, abarcando la carrera una duración de dos años y medio, a tres. La formación durante el período reseñado, estuvo marcada con una fuerte mirada vocacional y técnica, centrada en el ámbito hospitalario.

En 1991 se publica la sanción de la ley 24.004 por el Honorable Congreso de la Nación Argentina, esta establecía las bases sobre el ejercicio de la Enfermería sobre los derechos y obligaciones de la misma. Dentro del ámbito de Capital Federal y esta constituía las reglamentaciones para el ejercicio profesional, que estaba sujeta a las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. La docencia, investigación y administración de servicios también estaban relacionados a la actividad. Reconocía 2 niveles, el profesional y auxiliar, este último con actividades sujetas a las prácticas técnicas y cuidados, bajo supervisión. Prohibía el ejercicio a personas que no tengan aprobadas cualquiera de estas 2 titulaciones. Así mismo, el ejercicio de la enfermería en el nivel profesional estaba reservado sólo a aquellas personas que posean título habilitante otorgados por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por la autoridad competente. Del mismo modo el nivel auxiliar está sujeto a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería, otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas.

El ministerio de Salud (2020) expresa que a partir del 2013 la enfermería fue incorporada dentro del régimen del artículo N° 43 de la Ley de Educación Superior 24.521 (1995) esto implicó que se definiera como una profesión “estratégica” y de interés público,

impulsando la Licenciatura en Enfermería. Apoyando a las facultades que contaban con dicha carrera, se promovió el Programa Nacional de Formación de Técnicos en Enfermería (PRONAFE). Estas políticas de educación colaboraron para que en la Argentina pasara de un total 179.000 enfermeros/as en 2013 a 234.527 en 2019. Es decir, un crecimiento del 30 %. Ese mismo año el grupo de Licenciadas y Técnicas constituían el 68 % del total del sector. A partir de este escenario, Argentina enfrentó la primera pandemia del siglo XXI.

Ramacciotti (2022) hace mención sobre esta oferta formativa de enfermería en la Argentina la cual quedaba estipulada en tres tipos de titulaciones: los y las enfermeras/os que tienen como titulación la Licenciatura, un programa de formación universitaria de grado de gestión pública o privada de cinco años; las Tecnicaturas, una formación de pregrado universitario (enfermera universitaria) o carrera corta en tecnicaturas en Enfermería (Técnicos/as en Enfermería) ambas de tres años de duración, y las y los Auxiliares quienes tienen una formación de un año y pueden cursar sin poseer estudios secundarios completos. La oferta formativa del auxiliarato se ha reducido notablemente, pero las personas con dicha titulación continúan en ejercicio sus actividades en el campo asistencial. Estas últimas, durante la pandemia, estuvieron expuestas a dos situaciones: algunas dejaron de trabajar por edad avanzada o por mayor riesgo de contagio, y otras fueron contratadas, a pesar de que, en muchas jurisdicciones, como el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, su ejercicio no está reglamentado para las nuevas contrataciones y que el Ministerio de Salud dejó de otorgar matrículas a las auxiliares desde el año 2015.

El decreto 252/2023 de la ley 27.713, establece la Promoción de la formación y del Desarrollo de la Enfermería, con el objeto de; “establecer los mecanismos necesarios para promover la formación de calidad y el incremento de la cantidad de enfermeras y enfermeros, así como la profesionalización y el desarrollo de la enfermería en todo el territorio nacional, en concordancia con lo establecido por la Ley de Educación Nacional 26.206, Ley de Educación Superior 24.521, la Ley de Formación Técnico Profesional 26.058 y la Ley del Ejercicio de la Enfermería 24.004. Esta última en el Artículo 3° establece los siguientes Principios, a) reconocimiento y jerarquización de la enfermería como trabajo profesional de la salud, b) La relevancia sociosanitaria del proceso de mejora continua de la calidad del trabajo profesional de enfermería en la República Argentina, c) La importancia del aumento y de la distribución federal de la dotación de enfermería en el territorio del país, para la mejora de la calidad del sistema de salud de la República

Argentina, d) La relevancia fundamental de la participación igualitaria de enfermeras y enfermeros en todos los niveles, ámbitos y jerarquías del sistema de salud de la República Argentina. Como así también reglamenta el derecho establecido en Art. 9 inc. C. Garantizar un sistema integral, continuo, ético y calificado de cuidados de enfermería, acordes a las necesidades de la población, sustentados en los principios de equidad y solidaridad, para contribuir a mejorar la salud de las personas, familia y comunidad.

La Autoridad de Aplicación de la presente ley será el Ministerio de Educación, quien podrá articular y cooperar con el Ministerio de Salud en todo aquello que sea pertinente. Por tal motivo dentro de algunas de sus funciones, tendrá la responsabilidad de Generar instrumentos y procedimientos para el ordenamiento y la regulación de la formación de superior técnico, grado, postgrado y la formación continua de las y los profesionales de enfermería en la Argentina. Facilitar la creación de nuevas carreras universitarias y superiores técnicas de enfermería y el fortalecimiento de las existentes, contribuyendo con recursos económicos, académicos, materiales y de infraestructura. Administrar la creación y continuidad de incentivos económicos para las y los estudiantes de pregrado, grado y postgrado de enfermería y formación continua de enfermeras y enfermeros. Garantizar y mejorar la calidad de la formación de las y los profesionales de enfermería, de manera accesible y equitativa, estimulando la elección de esta carrera. Contribuir con recursos y aportes económicos para la mejora continua de la calidad de las instituciones formadoras de enfermería en todo el país. Propiciar la articulación entre instituciones y programas de formación de enfermería con los ámbitos de la ciencia y la tecnología, la salud y el trabajo. Definir, en conjunto con el Ministerio de Salud, las líneas estratégicas y acciones específicas de la Comisión Nacional de Formación y Desarrollo de la Enfermería en la República Argentina, creada en el artículo 6° de la presente ley. Implementar, monitorear y evaluar el grado de avance de las recomendaciones de la Comisión Nacional de Formación y Desarrollo de la Enfermería en la República Argentina. Articular y regular el acceso igualitario desde el nivel técnico superior al nivel de grado sobre la base de la homologación de títulos y la acreditación de carreras y generar capacitaciones con nuevas herramientas, métodos y tecnologías favoreciendo la investigación en enfermería.

La Facultad de Ciencias Exactas, (2020) hace referencia que estos 2 niveles de formación académica comparten gran parte del contenido curricular. Sin embargo, la carrera de pregrado con título de Enfermería profesional o tecnicatura en enfermería, el graduado obtiene un título intermedio que le otorga competencias en el desempeño técnico-crítico y reflexivo para brindar cuidados de enfermería integral y de calidad a las personas, familias

y comunidad mediante una actitud humanística, ética y de responsabilidad legal y social, en cualquiera de las etapas de la vida, en los niveles de complejidad mínima e intermedia, en instituciones hospitalarias y comunitarias. En cambio la Licenciatura de Enfermería, es un profesional que ha obtenido el grado académico, formado en la disciplina con conocimientos científicos, humanísticos, éticos, legales, políticos y de investigación para proporcionar atención de calidad de enfermería a las personas, familias y grupos de la comunidad, con un fuerte compromiso social y humanístico. Administra y gestiona servicios de enfermería y procesos de cuidados en los distintos niveles de complejidad, en ámbitos hospitalarios y comunitarios, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño profesional, basada en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico. Además de planear y dirigir programas de formación disciplinar y educación continua en el cuidado profesional para las distintas categorías del personal de salud, así como otros sectores y de la comunidad. Participa en investigaciones en el campo de la salud. Divulga y aplica los resultados a fin de contribuir a la mejora de la atención en los servicios y el desarrollo de los trabajadores de salud. Formula, dirige y evalúa proyectos de investigación en el campo de la enfermería. Interactúa de manera interdisciplinaria, intrainstitucional e intersectorial con diferentes niveles, involucrados en el campo de la salud. Promoviendo la participación activa en las organizaciones científicas y profesionales, en el desarrollo de la imagen y la identidad profesional. Diseñar e implementar políticas, normas, protocolos de funcionamiento de los servicios de enfermería y de salud, redes de apoyo y contención, programas con base en evidencia científica y estándares de calidad.

MARCO METODOLÓGICO.

Planteo del problema de Investigación.

Fundamentación.

En un trabajo realizado por Ponti (2016) hace mención sobre la problemática en el concepto de educación para la salud en el currículum de las escuelas de enfermería, destaca que es un proceso político que socialmente nunca fue indiferente. La educación para la salud siempre estuvo latente en la sociedad, más allá de la evolución de los valores

sociales, de la misma forma que siempre estuvo presente en el sujeto de atención la necesidad de aprendizaje. Pero no debemos olvidar que existe el “prejuicio” de que un concepto vale más que otro o que tiene mayor peso social o cultural, y como los currícula de la escuela de enfermería viraron hacia el modelo médico y el concepto biólogo, la educación para la salud quedó desvalorizada.

Hoy en día la sociedad espera de la práctica de enfermería nuevas formas de acción que logren modificar las tradicionales bases epistemológicas de la disciplina, de forma tal que la prestación de servicios comience a estar en consonancia con las necesidades concretas que día a día plantea nuestra población. Pero para que esto se pueda realizar se deben adoptar nuevas formas de acción producto una preparación adecuada, de allí que el presente cambio curricular sea condición de la posibilidad de las nuevas políticas de salud públicas pretendidas. El nuevo perfil de atención y calidad de los cuidados, afronta el desafío de preparar enfermera/os para todos los niveles de atención en salud, que brinden cuidados seguros, básicos y de alta complejidad. Capaces de ayudar a resolver las problemáticas de salud y enfermedad de las personas, grupos, familias y comunidades contemplando todas sus dimensiones; biológicas, subjetivas, sociales, culturales, históricas, ecológicas, ambientales, políticas y ciudadanas y, tendiendo a construir proyectos terapéuticos en un equipo de salud a través de la participación ciudadana, comprendidas dentro de las políticas sanitarias articuladas en todos los niveles de atención. Ministerio de Salud y educación, Santa fe. (2010-1).

Potter, Perry, Stockert, & Hall, (2005) destacan que la enfermería es una ciencia que incluye muchas actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales, ciencias físicas, ética, cuestiones contemporáneas entre otras áreas. Es una profesión única ya que estudia las respuestas de las personas y las familias a la promoción, mantenimiento y problemas de salud. Los cuales asumen múltiples roles relacionados a la prestación de cuidados, toma de decisiones clínicas derivadas de sus competencias, investiga, considera los derechos y seguridad del paciente y familia, se dedica a la educación formal e informal.

El Ministerio de Salud y la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería (CNAPE) (2022), define a través de la Resolución Ministerial N°2621, “la Reconceptualización de la Enfermería como Profesión del siglo XXI en Argentina”, Definiendo las bases de Enfermería como profesión, con una visión de futuro en nuestro País. Esta resolución es un paso más hacia una modernización y adecuación de los

contenidos curriculares que permiten actualizar los nuevos conceptos de enfermedad, salud y necesidades que hoy atraviesa la sociedad Argentina.

Guía-Yañes (2019) expresa en su trabajo la importancia del enfermero/a en el cuidado de las personas, realizando un análisis de esta disciplina que se remonta desde tiempos inmemoriales y forma parte de un eslabón muy trascendental dentro del equipo de salud. Cabe recordar que antes de convertirse en una profesión, ésta carecía de fundamentación teórica y los cuidados que se proporcionaban estaban otorgados con un carácter enteramente empírico sustentado solo en las necesidades de las personas, por tal motivo se consideraba como una ocupación, que debía valerse de habilidades, destrezas y esmero en su realización. Además agrega que estos procesos de adecuación y preparación, permitieron el incremento de personal calificado con conocimientos científicos y prácticos, aumentando la calidad y seguridad en los cuidados otorgados, tratando de adecuarlos a las necesidades existentes a cada población y ámbito donde desarrollan los mismos. Estos cambios surgidos a partir de una sociedad más compleja y con un notorio avance de la tecnología en el área de salud, obligo la transformación de la profesión de enfermería, a través de planes de estudios a nivel universitarios de educación superior.

En un estudio realizado, por Martín, Lastra, González y González. (1997), Expresan la idea que el colectivo de enfermería no radica su eficacia en el accionar de su destreza técnica ni de su experiencia, sino la calidad reside en el conocimiento de las ciencias médicas, psicológicas y sociales, contribuyendo a la formación de ese conocimiento enfermero, es aquí donde este profesional comienza a explicar el porqué de sus acciones y como estas actúan para mejorar la calidad de los cuidados proporcionados.

En los últimos años la enfermería fue adquiriendo mayor capacidad y autonomía en el desarrollo de sus actividades, sin embargo, los avances científicos han generado mejorar el nivel de salud de la población, pero la sociedad se plantea otras prioridades sanitarias, donde la respuesta de enfermería se coloca dentro de un plano fundamental en el cuidado de la población, ancianos, enfermos crónicos debido a la eficacia de los tratamientos terapéuticos, el derecho del enfermo, la ética, humanización de los cuidados paliativos y la atención primaria de la salud.

Dentro de la ley de educación superior (2015), establece la enseñanza a estar orientada al conocimiento epistemológico y científicamente desarrollado y propone un carácter dinámico del proceso enseñanza-aprendizaje que en su conjunto conduce a los estudiantes a comprender el fundamento del ejercicio de la enfermería a partir del desarrollo de un espíritu crítico y con conciencia social, humanística y ética. Sin duda, esta apreciación

pone en manifiesto, que la organización curricular para la formación profesional debe contener temas centrados en estas premisas, permitiendo la conformación de enfermero/as que puedan dar respuestas a distintas situaciones que se presenta dentro del contexto hospitalario y extrahospitalario.

Como bien describe Guía- Yañes, en un enunciado de Cuello (2010); “Cimenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin, dar cuidado integral, ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables, que permitan salvaguardar el estado de salud en todas las etapas de la vida.

L Ponti (2016) expresa que “su sentido más amplio se deduce que una de las funciones del equipo de salud es educar y que la educación para la salud es uno de los pilares para modificar hábitos no deseables en los sujetos de la atención”. Siguiendo los conceptos de esta autora, conceptualiza que las actividades de enseñanza influyen en los modos de conductas y actitudes que van asociados con el proceso de socialización, haciendo referencia a otro autor (Sacristan G.) sobre su teoría que esa socialización no solo comienza en la familia y en los grupos sociales, sino se extiende en los sistemas formadores, teniendo claro el objetivo básico y prioritario, que es la preparación de futuros profesionales para la incorporación dentro del mundo del trabajo, con criterios firmes sobre su profesionalismo.

Un estudio realizado en la universidad de Colima (2013), destaco la necesidad de transformación en la educación de Enfermería para que los contenidos teóricos se reflejen en la formación, la investigación y la práctica de la profesión, ya que es necesario desarrollar evidencias de buenas prácticas, reformular la educación y los modelos pedagógicos en su formación, para mejorar los cuidados enfermeros y responder en forma adecuada a las necesidades sociales.

La OPS/OMS (2016) alienta a “los gobiernos de los Estados Miembros de toda la región de las Américas a transformar la educación y la práctica de la enfermería en sus países a través de medidas como:

- actualizar los programas de estudios de enfermería para abordar mejor las necesidades de atención primaria de salud de la población;
- incorporar la educación interprofesional a los programas de estudios de enfermería y hacer un mayor énfasis en la atención primaria en salud;

- adoptar programas de enfermería de práctica avanzada y asignarles una función clave en los servicios de atención primaria de salud;
- promover los estudios de educación superior y posgrado para el personal de enfermería; y
- ofrecer oportunidades de educación continua para las enfermeras”.

Aguirre Raya (2020) “plantea que las condiciones de la práctica profesional se transforman a diario por los efectos del desarrollo tecnológico, los sistemas de comunicación, la situación epidemiológica con la aparición de enfermedades reemergentes, los cambios demográficos de la población y otros problemas relacionados con la pobreza. Se le añaden las costumbres, creencias, valores, actitudes e historias de vida de las personas que están rodeadas de símbolos que han de tenerse en cuenta durante la interacción, puesto que estos elementos forman parte de la cultura”.

El ministerio de Salud de nuestro País y la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería (CNAPE) establece en 2022, los “nuevos componentes considerados sustantivos para identificar una Enfermería actualizada y de calidad, donde se involucran la inclusión de los derechos humanos y diversidades, la humanización de los cuidados, los cuidados progresivos, el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación; y la autorrepresentación e identificación profesional de la Enfermería como profesión”.

La mayoría de los autores coinciden que estos cambios pueden contribuir a disminuir la escases de profesionales de enfermería como prestadores de atención de salud, mejorar y fortalecer al personal de enfermería hacia una salud universal con mayor costo-eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud.

Por tal motivo, el profesional de enfermería actualmente es totalmente distinto a aquel de hace más de 20 años atrás. Según enuncia este estudio, hoy las universidades tienen un compromiso con la formación de profesionales que, no solo deben dominar su disciplina, sino sean líderes capaces de influir en las agendas de política sanitaria, y el cuidado de enfermería como un asunto de interés público y demuestre los beneficios de la salud y bienestar de las personas. En otras palabras, los profesionales de enfermería hoy deben tener un entendimiento de lo que sucede en el mundo y el papel que juega su disciplina de estudio en ellos. Deben ser conocedores de los problemas globales de salud, de su ejercicio profesional y del desarrollo de su disciplina, en una forma tan importante como el conocimiento profundo de los problemas de salud en todos los ámbitos así como su forma de tratarlos, deben igualmente, tener la capacidad para identificar su papel y su

nivel de competencia para la solución de los mismos y asumir un profundo compromiso con el mundo.

Teniendo en cuenta las estadísticas publicadas por el ministerio de Salud de Argentina en 2021, y considerando que a las enfermedades prevalentes, como ser las cardiológicas, tumorales, cerebrales, infecciosas, especialmente la reciente pandemia producida por el COVID-19, han aumentado otras como ser; las diabetes, enfermedades respiratorias, del sistema urinario y aquellas producidas por trastornos mentales y del comportamiento, que se refleja mucho más en niños y adolescentes. Sin dudas, todas estas enfermedades deben ser contempladas en el programa curricular de la carrera de pre y grado de Enfermería, para que estos profesionales desde los espacios asistenciales puedan dar respuesta eficaz y eficiente a los cuidados proporcionados en cada una de ellas.

Lafuente (2007), establece que las competencias son una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes al desempeño adecuado y oportuno de una tarea en el campo de las ciencias de la salud. Las básicas, con las que cada uno construye sus propios aprendizajes personales, las que nos permiten actuar responsablemente y profesionalmente y las que garantizan el cumplimiento del ejercicio profesional. Estas deberían estar establecidas en el curriculum de cada uno de los niveles de la carrera, para garantizar una respuesta de calidad en la atención brindada por parte del profesional de enfermería.

Identificando las necesidades poblacionales, un curriculum adaptados a las mismas, y asegurando los conocimientos mínimos para la práctica asistencial, el profesional de enfermería estaría en condiciones de poder ejercer su profesión en forma efectiva y eficaz, con características humanizadas en la aplicación de sus cuidados y fundamentados en la teoría científica, por tal motivo es importante identificar si estos requisitos para el egresado cumplen con lo anterior mencionado.

Tema

Correspondencia del contenido curricular de la carrera de pre y grado de Enfermería con relación a las enfermedades prevalentes más importantes actualmente de la población en CABA.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la correspondencia entre los contenidos curriculares de la carrera de enfermería con respecto a las enfermedades actuales y los conocimientos de las mismas que poseen los enfermeras y enfermeros que realizan sus actividades en CABA?

Objetivos:

Objetivo General

Evaluar si el contenido curricular de la carrera de Enfermería de pre y grado se adecua a las necesidades asistenciales de salud de la población actualmente en CABA.

Objetivo específico:

1. Identificar los conocimientos de profesionales en enfermería de ambas titulaciones universitarias sobre las enfermedades más recurrentes del sistema hospitalario.
2. Analizar la adecuación de los contenidos curriculares de ambas carreras con respecto a las enfermedades más prevalentes.
3. Elaborar recomendaciones o ajustes en los programas curriculares de enfermería de ambas carreras.

Hipótesis.

Los contenidos curriculares de la carrera de Enfermería de pregrado y grado actualmente no reúnen los requisitos necesarios para una formación académica que permita una atención de calidad a individuos con enfermedades de alto impacto en la población que se asiste en CABA.

Los profesionales de ambas carreras no poseen todos los conocimientos necesarios sobre las patologías más prevalentes para generar una atención adecuada.

Definición del tipo de Investigación.

Esta Investigación tiene características descriptivas correlacional de sus variables, sujetas al contenido curricular, enfermedades prevalentes y conocimientos adquiridos.

ABORDAJE METODOLÓGICO.

Selección del diseño de Investigación.

El diseño es cuantitativo, correlacional. Cuadro comparativo de las materias de ambas carreras relacionadas a enfermedades de alto impacto dentro de la sociedad.

Técnica de recolección de datos.

Se realizará a todos los sujetos involucrados, un cuestionario diseñado a base de los conocimientos que deben tener en relación a las patologías de mayor grado de incumbencia en la atención asistencial. La misma estará compuesta por preguntas múltiple choice.

Se analizará mediante una Matriz relacional los contenidos curriculares generados por el Ministerio de Salud y Educación para la carrera de pregrado (Tecnatura en Enfermería) y Grado (Licenciatura de Enfermería) y su implicancia con las enfermedades más prevalentes que informan la OMS, el Ministerio de Salud Argentino y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Como se van a analizar los otros objetivos.

Los objetivos propuestos se analizarán relacionándolos entre las diferentes variables propuestas, contenido curricular (materias), enfermedades de mayor prevalencia sujeta al ámbito geográfico enmarcado en el trabajo.

Se medirá el conocimiento básico suscripto al contenido del currículum actual de ambas carreras.

Instrumentos utilizados.

Los instrumentos a utilizar será un cuestionario estructurado con preguntas básica de conocimientos general de las enfermedades descriptas. Una matriz comparativa de datos entre el contenido de las materias de ambas carreras y sus incumbencias con respecto a estas patologías.

Muestra de Investigación.

La muestra está suscripta a 32 enfermeras y enfermeros de ambas carreras (pregrado y grado de Enfermería) que estén desarrollando actividades en el campo laboral asistencial en instituciones públicas o privadas de CABA.

Se analizará los contenidos curriculares oficiales vigentes compuesto por 26 materias para ambas carreras, con 7 enfermedades de mayor tasa dentro de los centros de salud en CABA.

Análisis de Datos.

Se utilizará una matriz cualitativa con enfoque cuantitativo para expresar el porcentaje de relación entre las variables.

En forma cuantitativa mediante cuestionario se medirá el nivel de conocimientos de los profesionales en actividad que ejercen sus actividades en centros asistenciales.

Análisis de Conocimientos Básicos sobre Enfermedades prevalentes de mayor tasa de atención en instituciones de salud.

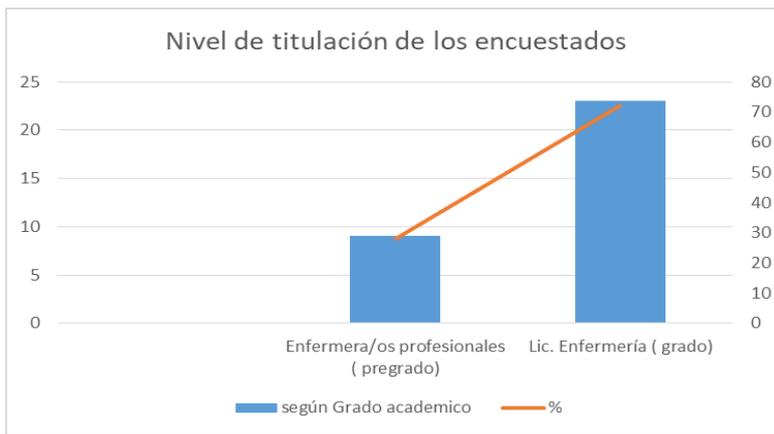
Unos de los objetivos de este trabajo es evaluar los conocimientos de enfermeras y enfermeros que desarrollan sus actividades en instituciones públicas y privadas en CABA. Basados en las enfermedades prevalentes que atraviesa hoy la sociedad Argentina, especialmente en CABA Se diseñó preguntas relacionadas al tema, de contenido básico, tanto para el pre y grado de enfermería, con respuestas Múltiple Choice. Como así también se indago a los encuestados la relación de su titulación y formación académica.

Cuestionario.

Titulación académica de todos los encuestados en Enfermería

Carreras universitarias	según Grado académico	%
Enfermera/os profesionales (pregrado)	9	28
Lic. Enfermería (grado)	23	72

Tabla 1.



En la **tabla 1** podemos observar una gran disparidad entre las 2 titulaciones, esta población fue realizada al azar con **n: 32 enfermeros**, los cuales, a diferencia que demuestra la bibliografía, era mayor la cantidad de carrera de grado que de pregrado.

Egresados de Enfermería de Universidades de CABA y Bs.As

Distrito de titulación	Total de enfermera/os de ambas titulaciones	% Según distrito
CABA	13	41
Buenos Aires AMBA.	19	59

Tabla 2

La **tabla 2** nos muestra el origen de donde realizaron su formación profesional, en este caso la relación es casi similar entre ambas titulaciones, con leve inclinación (59%) a las universidades que se encuentran en la provincia de Buenos Aires

Distribución de los egresados encuestados de ambas titulaciones en CABA

Instituciones de Salud CABA	Enfermeros egresados
Hospitales Público	12
Instituciones privadas	16
Otras	4

Tabla 3

En la **Tabla 3** podemos observar cómo se distribuyen laboralmente todos los encuestados, tomando como prioridad la zona de estudio que es CABA con el 50% de enfermera/os distribuidos en centros privados de salud, mientras que el resto desarrollan sus actividades en Hospitales Públicos y otras instituciones.

Percepción del enfermero sobre contenidos curriculares que pueden ser útil para su desarrollo laboral

Temas relacionados al contenido curricular	Muy importante	Poco importante	Nada importante	Ninguna
Educación al paciente y flia	31	0	1	0
Autonomía del desarrollo profesional	20	4	8	0
Conocimientos y prácticas durante la carrera profesional.	14	15	2	1

Tabla 4

Con respecto a la información que nos proporciona la **tabla 4**, se realizó preguntas abiertas sobre la opinión de todos los encuestados, sobre temas de interés y que consideraban importantes o no, que contenga el contenido curricular actual, la mayoría considero (97%) muy importante que la educación es parte fundamental dentro de los cuidados otorgados y debe realizarse dentro del sistema hospitalario al paciente y la familia cuando este permanece internado. Hubo una leve paridad sobre la consideración que le adjudicaban a la autonomía profesional, pero no descartaban a la misma fuera de los contenidos académicos, considerando que la misma puede causar en algunas enfermera/os que están bajo la supervisión y mandato del profesional médico.

Preguntas relacionadas patologías neurológicas	Nivel de conocimientos de ambas titulaciones		% correctas
	Correctas	Incorrectas	%
Conocimiento básico.			
Lesiones cervicales en pacientes traumatizados	15	17	47
Nivel de consciencia en pacientes lesión cerebral	32	0	100

Tabla 5

Podemos observar en la **tabla 5** un dato interesante, un porcentaje menor de la mitad de profesionales de pregrado y grado (47%) conocía las causales y cuidados en una lesión con compromiso medular causada por traumatismo. Sin embargo el 100% de los encuestados sabía como clasificar los pacientes su nivel de conciencia, usando un instrumento de medición para tal fin (escala de Glasgow). Este último al estar relacionado con este instrumento, permite la facilidad de incorporar de forma sencilla los componentes de evaluación, y de mayor medida sin son aplicables en forma cotidiana con el paciente.

Preguntas relacionadas a de patologías cardiacas	Nivel de conocimientos de ambas titulaciones		% correctas
	Correctas	Incorrectas	%
Conocimiento básico.			
Enfermedad cardíaca IAM	18	14	56
Diagnóstico de Paro Cardíaco y RCP	27	5	84

Tabla 6

Ref: IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

En la **tabla 6** se puede apreciar que las respuestas a las preguntas más comunes relacionadas con la identificación de un Infarto Agudo de Miocardio, un poco más del 50% contesto correctamente. El 84% de los encuestados tenía conocimientos como identificar un paro cardio respiratorio y las maniobras de RCP, esto puede deberse a que muchas instituciones se adhieren al plan de capacitación sobre RCP avanzada para todo el personal de salud.

Preguntas relacionadas patologías infecciosas	Nivel de conocimientos de ambas titulaciones		% correctas
	Correctas	Incorrectas	%
Conocimiento básico.			
Que son las infecciones intrahospitalarias	31	1	97
Infecciones relacionadas a la ARM	3	29	9

Tabla 7

Ref: ARM: Asistencia Respiratoria Mecánica.

En cuantos a las enfermedades prevalentes a nivel de infecciones producidas dentro o fuera del contexto intrahospitalario y los cuidados de bioseguridad que debe ser parte muy importante de la labor diaria por parte de enfermería. **La tabla 7** se observa un importante conocimiento de todos los profesionales sobre el manejo de los pacientes en el cuidado de las posibles infecciones relacionadas al cuidado, el 97% conocía los conceptos básicos de

atención. Con respecto a las infecciones asociadas a la ventilación mecánica (ARM) hay un gran desconocimiento sobre el cuidado de vías aéreas con dispositivos invasivos. Esto se reflejó en ambos niveles académicos con respuestas correctas que no superaron el 9%, Esta información identifica, más allá de la experiencia laboral, que este contenido académico no se encuentra en forma recurrente en las materias que componen la formación profesional.

Preguntas relacionadas a los Procesos de Atención Enfermería En los cuidados del paciente.	Nivel de conocimientos de ambas titulaciones		% correctas
	Correctas	Incorrecta	%
Conocimiento básico.			
Objetivo del PAE	28	4	88
Seguridad en administración de oxigenoterapia	23	9	72

Tabla 8

La **tabla 8** se observa los conocimientos basados en los procesos de atención de Enfermería (PAE). Un porcentaje alto del 88% conocía la aplicación de un plan de cuidados, su interpretación y sus etapas, dentro de estos planes de cuidados se indago sobre la seguridad que proporcionaba la administración de oxígeno terapia, sus incumbencias y cuidados, el 72% tenía conocimientos básicos sobre el tema.

Análisis del contenido curricular con respecto a las enfermedades más prevalentes existentes en el sistema de salud.

Con respecto al objetivo de Análisis en la relación de los contenidos curriculares de la Carrera de Enfermería de ambas titulaciones con respecto a las Enfermedades más prevalentes, se realizó una matriz comparativa entre estas 2 variables, el contenido Curricular de la Carrera de Enfermería de Pregrado, que se establece a partir de la “ley de Educación Técnico Profesional N° 26058, de la Tecnicatura Superior en Enfermería (2016)”. Mientras que la carrera de grado, reglamentada por el Ministerio de Educación y Salud, se definen en la ley 24.521 de la resolución 2721 de la Licenciatura de Enfermería (2015).

Como se estableció anteriormente, esta Matriz comparativa está compuesta por las enfermedades más importantes dentro de la atención médica y de Enfermería en nuestro País y especialmente en CABA.

Este análisis estuvo compuesto por esta 2 variables y la correlatividad de ambas para establecer si existía correspondencia entre las mismas. Para constituir esta relación se comparó cada una de las enfermedades con todo el contenido de la carrera de pre y grado para la formación de profesionales de enfermería. Como instrumento de medición se clasifico con la palabra “*Aplica*” a todo aquel contenido que involucraba una intención directa o indirecta sobre la enfermedad analizada. Considerando esta clasificación como correspondencia sobre esa variable (enfermedad) que examinada.

Los resultados se midieron en porcentajes y se estableció el grado de incumbencia de cada una de las variables (enfermedades) con relación a la variable (contenido curricular). Estos se dividieron en 3 categorías de impacto, *baja-media-alta*. Este porcentaje estuvo sujeto a la cantidad de materias que forma el curriculum de ambas titulaciones (26 en total) relacionadas con cada una de las enfermedades.

De tal manera que la relación en cada correspondencia estaba establecida en:

Baja: 0-8 materias

Media: 9-18 materias

Alta: 19 -26 materias

Matriz de Datos.

Matriz comparativa del contenido curricular de la carrera de grado y pregrado de la carrera de Enfermería con relación a las enfermedades prevalentes							
Matriz comparativa	Enfermedades prevalentes de la Población						
Materias pregrado y Grado	Cardiovasculares	Tumorales	Neurológicas y Rehabilitación	Lesiones/Trauma	Infecciones	Covid-19	Enfermedades de la infancia y adolescencia
Salud pública I y II	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Biológica humana	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Condiciones y medio ambiente del trabajo	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Psicología	No Aplica	No Aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Teorías socioculturales de la salud	No aplica	No Aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No Aplica	Aplica
Fundamento del cuidado	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Cuidados de la salud centrados en la comunidad y la familia	No Aplica	No Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Comunicación en Ciencias de la salud	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Nutrición y dietoterapia	Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Inglés	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Introducción a la Metodología de Investigación en Salud	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Farmacología en Enfermería	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería Materno Infantil	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería del adulto y del adulto Mayor I y II	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	No aplica
Enfermería Salud Mental	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería Comunitaria y Práctica Educativa en Salud	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería en Emergencias y Catástrofe	Aplica	No Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Organización y Gestión de Servicios de Enfermería	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Aspetos Bioéticos y Legales de la Profesión	No Aplica	Aplica	No Aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería del niño y Adolescente	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Aplica	No Aplica	No Aplica	Aplica
Práctica Integrada	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Microbiología y Parasitología	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Ética y Deontología Profesional	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica	No Aplica	No Aplica	No aplica
Epidemiología	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Enfermería Cuidados Críticos	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Educación de Enfermería	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica	No Aplica	Aplica
Aplica	⇒ 12	⇒ 11	↑ 13	⇒ 11	↑ 17	↓ 0	↑ 19
Porcentaje de incumbencia	46%	42%	50%	42%	65%	0%	73%

Tabla 9.

En la **Tabla 9**, se puede observar la correspondencia curricular de los contenidos con las enfermedades más importantes establecidas por el Ministerio de Salud, evidenciando los siguientes datos: Las enfermedades relacionadas a las infancias y adolescencias se consideraban la de “*mayor*” incumbencia en el curriculum, con un 73% de aplicación en los diferentes contenidos. Mientras que las enfermedades infecciosas promediaban un 65% del total de las materias que forman parte del programa, siendo la segunda patología más considerada dentro del componente curricular. El resto de las enfermedades que se encuentran involucradas en la formación académica están por debajo del 50%. La enfermedad producida por el Covid-19 no estaba comprendida en ninguna de las materias,

incluida las Epidemiológicas, ni catástrofe. Esta última cabe aclarar que por la antigüedad de los decretos, no estaba considerada, y los resultados eran los esperados. No obstante y por la magnitud de los sucesos, es importante establecerla como futuras incorporaciones dentro del campo educativo disciplinar.

CONCLUSIONES

Como resultado final podemos considerar que esta relación entre el contenido de las materias que componen la formación actual de las carreras de Enfermería y sus incumbencias con las enfermedades consideradas prevalentes o de mayor impacto en la sociedad, se creen insuficientes. Considerando que el promedio de materias involucradas en cada una de las enfermedades enunciadas, es de 12 de un total de 26 (46%) que comprenden a las 2 titulaciones de formación.

De tal manera, considero y teniendo en cuenta a los distintos autores que hacen referencia sobre la importancia del Curriculum y el impacto sobre quienes reciben la educación y saberes a través del mismo. Sería apropiado que este contenga contenidos suficientes sobre las enfermedades más recurrentes en la sociedad para garantizar conocimientos y competencias reales a las cuales se debe enfrentar el egresado de ambas carreras en la aplicación de cuidados de calidad fundamentados en el conocimiento científico.

Sin embargo se pudo apreciar que los encuestados que ya tenían una cierta experiencia en el campo laboral tenían los conocimientos básicos sobre las enfermedades expuestas. Entre ellas había un reconocimiento suficiente (100%) en aplicación de instrumentos de valoración para la evaluación de consciencia dentro de las patologías neurológicas. La mayoría de las respuestas de estas enfermedades se encontraban por encima del 50%.

Los conocimientos de estas enfermedades, pero sujetas a factores críticos que sugerían mayor profundidad de los temas, como ser la atención en áreas críticas, estuvo por debajo del 50% en todos los encuestados. Unos de los problemas de salud asociadas a las infecciones respiratorias con vinculación asistida externa, era la mayor debilidad, con un índice inferior al 10%. Sin duda la composición de algunos criterios específico curricular para la incorporación de conocimientos sobre las competencias que debería lograr el enfermero titulado, no está desarrollado de manera adecuada en el curriculum para que estos deben respuestas y cuidados seguros.

En este trabajo se enunció las nuevas enfermedades que atravesó todas las sociedades del mundo, incluida nuestro País, el Covid-19. Sin embargo no se tomó en cuenta al momento de enunciar las preguntas, ya que se consideró que al no ser propio del contenido curricular actual, el conocimiento adquirido esta por fuera de este.

Actualizar el contenido curricular es todo un desafío y a pesar que los mismos no aseguran que los resultados del aprendizaje, por múltiples factores que en este trabajo no se tuvieron en cuenta. Es imprescindible no dejar de lado estas enfermedades de difícil erradicación, las cuales deben ser consideradas fundamentales, para que los individuos enfermos puedan recibir la mejor atención y cuidados.

Bibliografía

AGUIRRE RAYA, Dalila Aida. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. 2020, vol.19, n.3, e3229. Epub 10-Jul-2020. ISSN 1729-519X.

AYALA-VALENZUELA, R., & TORRES-ANDRADE, M. (2007). Didáctica de la enseñanza: prácticas ejemplares en el sector salud. *Educación Médica Superior*, 21(2).

APODACA-OROZCO, G. U. G., ORTEGA-PIPPER, L. P., VERDUGO-BLANCO, L. E., & REYES-BARRIBAS, L. E. (2017). Modelos educativos: un reto para la educación en salud. *Ra ximhai*, 13(2), 77-86.

ARANAZ, J. M., & AGRA, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clínica*, 135, 1-2.

BELLÓ, M., & BECERRIL-MONTEKIO, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(suppl 2), s 96 -s109.

CENDALI, F., & POZO, L. (2008). Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. In V Jornadas de Sociología de la UNLP 10, 11 y 12 de diciembre de 2008 La Plata, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

CIPOLLA, D, (2021), El camino hacia la profesionalización de la enfermería y la fecunda experiencia de “La Escuela 7 de mayo de la Fundación Eva Perón”. Aproximaciones cuantitativas y cualitativas, *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, Vol. 08, N° 02, pp. 89-122.

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO (CIPPEC) .(2002)

COPPOLA, Leonardo, (2020), El COVID-19 y el sistema de salud argentino, *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, Vol. 07, N° 02, p. 18-28

COSCARELLI M. (2013). Perspectivas de las innovaciones educativas. EN: A. Dumrauf, S. CORDERO Y A. MENGASCINI. *De docentes para docentes: Experiencias innovadoras en ciencias naturales en la escuela pública*. Buenos Aires: El Colectivo. pp. 75-85.

HERRERA, J. (2009). El aprendizaje por competencia en medicina: un nuevo enfoque. Edumecentro, 1(1), 65-77.

Dirección General de Cultura y Educación. Provincia Buenos Aires. Diciembre 2009.

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS, Q. Y. (2020). Escuela de Enfermería. Plan Curricular 2020 UNaM.

LAFUENTE, J. V., ESCANERO, J., MANSO, J., MORA, S.,MIRANDA, T.,CASTILLO, M.,MAYORA, J. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Red iberoamericana para la formación continua de los docentes de áreas biomédicas, 26.

GIMENO SACRISTÁN, J. (2010). ¿ Qué significa el currículum?(adelanto). Sinéctica, (34), 11-43.

GONZÁLEZ PÉREZ, UBALDO. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 28(2), 157-175

Buenosaires.gob.ar.(2015).<http://buenosaires.gob.ar/noticias/en-los-hospitales-de-la-ciudad>.

GUÍA-YANES, M. A. (2022). Enfermería: evolución, arte, disciplina, ciencia y profesión.

CHACÓN VÍQUEZ, L. D. (2018). El diseño curricular por competencias y su impacto en los procesos de enseñanza-aprendizaje de los profesionales de enfermería.

MORÁN PEÑA, L. (2011). La práctica basada en evidencia, algunos desafíos para su integración en el currículum del pregrado de enfermería. Enfermería universitaria, 8(4), 4-7.

LAFUENTE, J. V., ESCANERO, J., MANSO, J., MORA, S., MIRANDA, T., CASTILLO, M.,MAYORA, J. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Red iberoamericana para la formación continua de los docentes de áreas biomédicas, 26.

LEPEZ, C. O. (2020). Formación por competencias e inserción laboral de los egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires (Doctoral dissertation).

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA CABA. (2020).Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 8.

Ministerio de Salud y Educación. Ley de educación superior, 2721 (30 de octubre de 2015).

PONTI, L. E., CASTILLO BENITES, R. T., VIGNATTI, R. A., MONACO, M. E., & NUÑEZ, J. E. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*, 31(4), 1-12.

PONTI, L. (2016), *La enfermería y su rol en la educación para la salud*. Buenos Aires: Ed.Teseo.

Observatorio Federal de Recursos Humanos OFERHUS

2020.<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180918-fuerza-trabajo-sector-salud-2016.pdf>

CERDÁ- RAMACCIOTTI (2018). Historia y cine documental en la enseñanza de enfermería. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FAHCE); Universidad Nacional del Litoral (UNL). 87-100

POTTER, P. A., PERRY, A. G., STOCKERT, P. A., & HALL, A. M. (2005). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. *Fundamentos de enfermería*. Elsevier Mosby.

RAMACCIOTTI, K. I. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y comunicaciones*, (49).

RAMOS, A. S. (2010). La práctica docente de enfermería en “educación para la salud”. *Revista de Enfermería Neurológica*, 9(2), 83-85

SILBERMAN, P., MEDINA, A., DIAZ BAZÁN, J., LÓPEZ, E., & DURSI, C. (2020). Políticas de planificación y gestión del talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 11-11.

SOTO VECHÉR (2009) *Enfermería Modelo de teselaciones para la Formación Superior*.

VENTURELLI, J. (1997). *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000; 5.

RODRÍGUEZ, R. R. (2020). La enfermería en Argentina: una mirada histórica. *Human@s-Enfermería en Red*, (1), 5-13.

RINCÓN, I. C., DÍAZ, A. E., MEDINA, J. C., & JAIMES, E. C. (2022). Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 18(2), 182-198.