

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS(OS) EN COSTA RICA

Nursing's History and Training of Nurses in Costa Rica

Nery Parada-Bonilla*
nery.parada@ulatina.cr

Resumen

Estudiar la evolución de la profesión de Enfermería, a lo largo de su historia, es indispensable para comprender la situación en la que se encuentra esta disciplina en la sociedad actual. Ahí están las causas de la mayoría de las situaciones actuales, y solo así pueden ser comprendidos si se conocen los motivos que originaron estos comportamientos para mejorar, modificar o construir un cambio, de acuerdo con el desarrollo de la sociedad y sus necesidades. Si no se conoce su origen habrá dificultades para identificar dónde se está y hacia dónde se debe ir.

La enfermería, al igual que otras profesiones, es un producto social que adopta, en cada época, la forma que implican las circunstancias del momento.

En este artículo se revisan, además, tres aspectos importantes que deben orientar la formación de los futuros profesionales en enfermería. Una malla curricular, basada en competencias con la utilización de prácticas en ambientes controlados con la utilización de simuladores, y el trabajo en equipo como forma de integrarse a los futuros ambientes laborales.

Palabras clave

Historia de la enfermería, Formación de enfermeras-enfermeros, Competencias, Trabajo en equipo, Simulación Clínica.

Abstract

Studying the nursing profession's evolution is essential to understand the situation in which it is in nowadays' society. In the history are the causes of most current situations and can be understood those ones that generated these different behaviors to improve, modify, or build a change according to the development of society and its needs. If its origin is unknown, it will be difficult to identify where it is, and where it should go.

Nursing, like other professions, is a social product that take shape in accordance with the circumstances of the times.

This article also reviews three important aspects that should guide the training of future nursing professionals. A competence-based curriculum is implemented by using a controlled practice in the use of simulators and teamwork as a way to integrate future working environments.

Key Words

Nursing's History, Professional Training, Competences, Teamwork Skills, Clinical Simulation.

* Directora de la Escuela de Enfermería, Universidad Latina de Costa Rica.

Primeros tiempos

El origen de las prácticas en los cuidados por enfermeras (os) está ligado a las intervenciones maternas, que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie.

En lo referente a este apartado referimos a los siguientes autores: (Arias, 2008; Benavent, Ferrer y Francisco del Rey, 2012; Garita y Solís, 2003; González, 2004; Hernández-Conesa, 1995; Reyes, 2009; Solís, 2000; Siles, Oguiso, Fernández de Freira y Souza, 2010).

Según la historia de nuestra disciplina es evidente que al ser humano se le enfatizaba la importancia de autocuidarse, desde la perspectiva de la limpieza y la higiene, como práctica para mantener la vida y la prosperidad en la persona. La gente se enfermaba principalmente por hacinamiento, mala alimentación y falta de higiene.

Fueron las diaconisas las que iniciaron el proceso de cuidar. La palabra diaconisa viene del griego diaconía, que significa servir o suministrar en el sentido material y moral. Formaban un grupo de mujeres, de buena cuna y elevada posición social, integradas como servidoras de la Iglesia, quienes también, ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados, proporcionando a las familias más desatendidas dinero, ropa, y cuidados de los enfermos. Las primeras diaconisas que se conocen son Febe y Olimpia. Febe es citada como la primera diaconisa y la primera enfermera sanitaria. Era una viuda respetable que se convirtió al cristianismo tomando como misión la atención de enfermos en sus casas. Dedicó su vida al servicio de la Iglesia y al servicio de los demás. Podemos considerar la labor de Febe como un antecedente en los cuidados de enfermería.

A través de su historia, la enfermería ha pasado de ser una práctica empírica hasta llegar a ser una profesión que utiliza modelos para comprender el ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, prodigando cuidados independientes, dependientes e interdependientes en los diferentes escenarios donde se desarrolla su actividad. De esta manera, se ha evolucionado hasta llegar a la época actual donde se enmarca la atención desde la prevención, promoción, curación y rehabilitación del individuo y su familia, en el mundo, dentro del entorno al cual pertenece y el que ejerce influencia directa o indirecta en su salud (véase Reyes, 2009).

Desde las primeras sociedades, se sabe que la práctica relacionada con los cuidados era proporcionado por mujeres, práctica que sigue prevaleciendo hasta el día de hoy pues, continúa teniendo un alto predominio femenino. Esta característica es propia de la enfermería y tendrá repercusión en su desarrollo. El aspecto religioso es de clara influencia, pues la formación de enfermeras se inicia con voluntarios que ofrecían atención a personas enfermas, y estas eran mayoritariamente mujeres de distintas órdenes religiosas, con escasa formación, que prestaban cuidados al prójimo. Su labor se enfatizó en monasterios e iglesias. La práctica de velar por los enfermos y menesterosos continua siendo el carisma de algunas órdenes religiosas en todo el mundo. La enfermería surge de una experiencia de carácter humanista. Los valores y la ética que esto conlleva continúan a pesar de los cambios de la sociedad actual.

En algunos países, principalmente europeos, la enfermería como disciplina fue considerada como una ocupación de bajo estatus, adecuada solo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor remunerado. Esto debido a su relación con la enfermedad y la muerte.

El origen de la palabra enfermera fue cambiando de acuerdo con las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados a los enfermos o necesitados. El nombre ha variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos), así tenemos: *macipa*, *mossa*, *clavera*, *donado*, *do-*

nada, hospitaler, hospitalera, enfermero, enfermera (véase Arias, 2008).

La enfermería moderna

Entre los años 1500 y 1860, se consideró que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico era innecesario. La escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales, por ejemplo: nodrizas, parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras. Además, tras la reforma protestante se produjo una desmotivación de las laicas por dedicarse al cuidado de los enfermos, obligando a dicha labor a antiguas pacientes, prisioneras y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad. Esto se debió a que la reforma protestante, ocurrida en el siglo XVI, suprimió las instituciones de caridad. Lo que se tradujo en un abandono de la dedicación al cuidado de los enfermos. Aunque continuó existiendo en el ámbito católico.

La enfermería moderna se da a partir de mediados del siglo XIX con el inicio de una formación regulada con programas oficiales para formar enfermeras. Aquí es preciso mencionar al responsable de dicho cambio: el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), quien enfatizó, al margen de lo religioso, que los cuidados se brindaban de forma desorganizada, y propuso una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Este hecho, acaecido en el ámbito protestante, puede suponer en un análisis superficial una contradicción; sin embargo, el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica.

La escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le

brindó el impulso para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale, y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa, y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Se puede decir que es con Florence Nightingale, en 1859, que inicia la enfermería moderna pues, tras sus experiencias en la guerra de Crimea, decide fundar la *Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras*, la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la *Fundación Nightingale*. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería, mediante programas específicos de formación, y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud, del individuo y de las familias. Nightingale, reformadora de la práctica de enfermería, le dio una nueva directriz a la disciplina, del cuidado del ser humano, además de diferenciar lo que era la medicina de la enfermería, ya que la enfermería se dedicaba al control de los cuidados y condiciones necesarias para la curación, y no a los aspectos de la terapia propiamente dicha.

Uno de los hechos relevantes que se dan en esta época es la fundación del *Consejo Internacional de Enfermería (CIE)*, la más antigua de todas las organizaciones internacionales para trabajadores profesionales en el campo. Constituyó la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo. Es dirigido por enfermeros y también lo enfrentan en el plano internacional. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), con Sede en Suiza, trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mun-

do, acorde con el avance de la ciencia y la tecnología, la evolución de los conocimientos de enfermería y la presencia mundial de una profesión respetada, y de unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios (véase Solís, 2000).

El avance de la profesión se enmarca en la teoría del ambiente y el entorno en el cual se vive, propuesta por Florence Nightingale. Otros cambios se dan con la creación de teorías de enfermería, que fundamentan el quehacer de la profesión y que, además, le darán un carácter científico.

Poco a poco la consolidación de la enfermería como profesión se da a partir de un cuerpo de conocimientos propios. Si bien obtiene apoyo en diversas disciplinas, se ha logrado establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan su quehacer. A continuación presentamos las contribuciones más importantes de los que llamamos teorizantes (véase Marriner-Tomey, 1995).

Virginia Henderson, teorizante de enfermería estadounidense, definió que la única función de una enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a mantener la salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila). Actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudar al paciente a alcanzar su independencia con la mayor rapidez posible. Su teoría establece 14 necesidades básicas de todo individuo, entre las que se incluyen, además de las fisiológicas, necesidades psicológicas y sociales.

Dorothea Orem, definió la enfermería como un servicio humano cuyo aspecto esencial es atender las necesidades personales, mediante la enseñanza a las personas de como autocuidarse, de forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación, tras la enfermedad o la lesión. En su definición

incluía a la persona como parte importante de su propia recuperación y a la enfermera como facilitadora de su autonomía (Marriner-Tomey, 1995).

Lydia E. Hall sostenía que los cuidados de enfermería eran más necesarios cuanto menor atención médica se recibía, y que la labor que realizaban las enfermeras aceleraba la recuperación. Su teoría se formula utilizando la lógica inductiva, partiendo de observaciones específicas hasta llegar a conceptos generales.

Hildegard Peplau enfermera y psicóloga planteaba que lo realmente profesional en la enfermería era la relación enfermero-paciente, en el aspecto psicodinámico de los cuidados. Consideraba el cuidado en enfermería como un proceso educativo que tiende al desarrollo y crecimiento personal, gracias a las relaciones interpersonales (paciente-enfermera) y la educación del mismo en sus necesidades de cuidado. Su principal aporte fue destacar la labor comunicativa de la enfermería, e identificar funciones relacionadas con la asistencia en la educación para la salud y la docencia, en el ejercicio de formación de nuevos profesionales.

Martha Rogers, postulaba que el modelo conceptual de enfermería se construye alrededor del proceso vital del ser humano, y que los conocimientos deben ser aplicados en la práctica. Concebía la enfermería como arte o ciencia, identificando una única base de conocimientos procedente de la investigación científica, y el análisis lógico que puede trasladarse a la práctica. Estableció la importancia de la investigación que perdura hasta la actualidad. Para Rogers, el mantenimiento y la promoción de la salud, (atención primaria) deben llegar a ser las primeras funciones de la enfermera y las considera aún más importantes que el tratamiento de las enfermedades. Explicitaba la necesidad de tener en cuenta la promoción y la prevención en la definición de las funciones de la profesión.

Existe una gran cantidad de enfermeras de reconocida trayectoria científica, escritoras, y con experiencias en las áreas del quehacer enfermero (a): docencia, cuidado directo, investigación y administración. Sin embargo para los propósitos de este trabajo, los mencionados hasta aquí son un ejemplo suficiente.

Desarrollo de la enfermería en Costa Rica

Para este apartado nos basamos en el siguiente conjunto de autores costarricenses: Garita y Solís, 2003; González, 2004; Salazar, 1989; Solís, 2000. Organizamos discurso propio en el marco de las contribuciones cuando consideramos la necesidad de integrar alguna referencia textual, así lo explicitamos. Luego de una revisión de algunas precursoras importantes de enfermería a nivel mundial, trataremos de ubicar en dicho contexto el desarrollo de la enfermería en Costa Rica, observándose que el inicio de esta profesión es muy similar con lo ocurrido en otros países, donde los cuidados que se brindaban a personas enfermas eran proporcionados por mujeres religiosas carentes de preparación profesional, con el único interés de ayudar a los enfermos y ser caritativas. El conocimiento en enfermería se inicia a partir de conceptos religiosos, donde la disciplina era muy estricta; la pasividad, la abnegación, la caridad, la humildad, la virtud y la obediencia fueron los factores que le dan el sello histórico a la génesis de esta profesión. Es necesario destacar que en sus inicios en Costa Rica, la preparación de enfermeras estuvo asignada a los médicos, quienes, en su mayoría, por esa época se habían formado en el extranjero, principalmente en Europa y, por lo tanto, tenían conceptualizado el modelo de enfermería de los países provenientes.

Solís (2000, p 37) dice que:

V. Curling (1980) menciona que la primera escuela de enfermería que se fundó en Costa Rica fue la de Obstétricas establecida en 1894 en el Hospital San Juan de Dios, así como la Escuela de Enfermería Hospitalaria, conocida con el nombre de *Escuela*

de Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Medicina financiada principalmente por la Junta de Protección Social de San José; más tarde, el nombre de la Escuela se cambió por el de *Escuela de Enfermería y Obstetricia del Colegio de Médicos y Cirujanos*, anexa al Hospital San Juan de Dios y se llamó así hasta el período de reorganización, en 1951, en que la escuela fue dirigida por un médico.

En 1917 se funda la Escuela de Enfermería en el Hospital San Juan de Dios; dependiendo de la Facultad de Medicina, en dicho hospital, con una duración de tres años, sin requisitos de admisión en cuanto a escolaridad.

Para el año 1935, la Facultad de Medicina construyó su edificio, dando cabida a la Escuela de Enfermería. En esta época se exigió la terminación de la enseñanza primaria como requisito de ingreso. Los estudiantes, como parte de su formación cumplían una práctica de dos años en el Hospital San Juan de Dios, trabajaban ocho horas como enfermeras de la institución, sin supervisión directa de parte del personal de enfermería.

Para el año de 1940, se exigió la terminación del segundo año de educación secundaria como requisito para iniciar los estudios de enfermería. Aquí, aún los médicos continuaban dando las clases y las enfermeras enseñaban mediante demostraciones, habilidades y prácticas de algunos procedimientos de enfermería con teorías relacionadas. Al concluir los estudios las alumnas recibían el título de Enfermera y Obstétrica.

Cuando se hace referencia de la historia de enfermería en Costa Rica, no puede obviarse el aporte de la enfermera Sor Ángela Lazo, nacida en la República de Honduras, quien posteriormente fue llevada por sus padres a Guatemala, donde creció y se educó, obteniendo la ciudadanía guatemalteca. Realizó estudios sobre Administración de Hospitales y Escuelas de Enfermería, en la Universidad de San Louis Missouri, Estados Unidos de América. En Nueva Orleans también rea-

lizó estudios sobre supervisión e instrucción clínica. En San José de Costa Rica hizo estudios sobre Psicopedagogía. Además del idioma español, sabía inglés y francés (véase Solís, 2000).

En el área docente, por la organización de la Escuela de Enfermería se le reconoce como su fundadora. Organizó el primer curso de Auxiliares e inició los programas de Educación en Servicio, permanece hasta agosto de 1954 en Costa Rica.

Con Sor Ángela Lazo, como Directora de la Escuela, se realizaron grandes modificaciones en el plan de estudios, se equipó el primer laboratorio de enfermería para la práctica de las estudiantes. Se exigió la culminación del tercer año de secundaria para las candidatas.

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en 1945, realizó en el país un estudio de las condiciones de la Enfermería, cuya principal recomendación fue la de constituir la Escuela de Enfermería existente en una institución independiente.

En el año 1950, otra consultora de la Oficina Sanitaria Panamericana, llevó a cabo un estudio detallado de las condiciones en la preparación básica de enfermeras profesionales y los aspectos en que se habían alcanzado logros. Las conclusiones de este estudio se centraron en la reorganización de la Escuela de Enfermería; se dieron recomendaciones específicas para normas administrativas y de organización, nombramiento y preparación de la facultad, expansión de las facilidades existentes, desarrollo del currículum, posición de las estudiantes, adaptaciones en los servicios de enfermería del Hospital y un programa de becas. Además, se incluyeron consideraciones para la preparación de personal de enfermería subprofesional y saloneras, incorporación a la universidad y legislación en enfermería. Basado en el estudio anterior, tanto en su recomendación como en las conclusiones, se firmó un contrato entre el Gobierno de Costa Rica y la Organización Mundial de la Salud en junio de 1951, para un proyecto de asistencia técnica por cinco años, con el fin de reorganizar la Escuela de Enfermería y

Obstetricia anexa al Hospital San Juan de Dios. Como resultado de las recomendaciones de la OPS, en 1951 la Escuela de Enfermería se independizó administrativamente del Colegio de Médicos, pasando a estar bajo el control oficial del Ministerio de Salud Pública, exigiéndose el bachillerato de Educación Media como requisito de ingreso, además se creó el curso de post-grado para dar el título de obstétricas.

En 1953 inició el primer grupo de enfermeras nacionales preparadas en universidades extranjeras desempeñando el puesto de profesoras en la Escuela de Enfermería.

Finalmente, se recomendó que la situación de la enfermera profesional se definiera por medio de la ley, lo cual era de interés general para las enfermeras costarricenses y la Escuela de Enfermería, como la única institución del país que preparaba enfermeras.

Algunos datos históricos son importantes de conocer, marcarán un nuevo derrotero para la enfermería en Costa Rica, veamos:

En 1963 la Escuela de Enfermería abrió sus puertas a los estudiantes del sexo masculino, se matriculan dos hombres, retirándose uno al inicio del curso por razones personales. El primer varón se graduó de enfermero en 1966.

En marzo de 1967, se realizó la primera reunión conjunta Facultad de Medicina-Escuela de Enfermería, para estudiar los términos de la relación de las dos entidades. En agosto de 1973 dio inicio al curso postbásico en Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental, este es un paso de mucha importancia para la atención en ese campo de salud, fue la génesis de los futuros programas de licenciatura y maestría en salud mental y psiquiatría que hoy conocemos.

Luego de muchos años de ardua lucha y después de cinco años de afiliación a la Facultad de Medicina, el 2 de noviembre de 1972 el Consejo Universitario

de la Universidad de Costa Rica aceptó a la Escuela de Enfermería como escuela anexa a la Facultad de Medicina, en esa lucha se destacó la Dra. Irma Sandoval Bonilla quien fungió posteriormente como directora.

Este hecho marca una época memorable en la historia de la Escuela de Enfermería ya que su reorganización fue total. Se la independizó del Colegio de Médicos y Cirujanos y se nombró un Patronato para su funcionamiento que le dio independencia administrativa, de la Facultad de Medicina, ya que quedó bajo el control oficial del Ministerio de Salubridad Pública. Se hizo una reorganización total del plan de estudios de acuerdo con las tendencias más modernas de la enfermería. Se exigió el Bachillerato de Educación Secundaria como requisito de ingreso. Se dotó a la Escuela de presupuesto propio y se obtuvieron fondos para dotar de becas a las estudiantes, se organizó, además, la Biblioteca. Las egresadas recibían el título de enfermeras únicamente, dejando para cursos de postgraduado el título de obstetricia. Las enfermeras nacionales, que iban a colaborar luego en la enseñanza de enfermería, fueron con becas de la Organización Mundial de la Salud a prepararse en diversas universidades del extranjero.

En mayo y junio de 1972, bajo la asesoría de la Consultora en Educación en Enfermería de la OPS/OMS, Aída Declét, la Facultad de la Escuela llevó a cabo una evaluación con el objeto de presentar los resultados y solicitar a la Universidad de Costa Rica la incorporación definitiva de la Escuela a ese centro educativo. El 2 de noviembre de 1972, el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica aceptó a la Escuela de Enfermería como escuela anexa a la Facultad de Medicina, además, el Consejo Directivo y la Asamblea de la Escuela de Medicina apoyaron también la gestión para que la Escuela fuera aceptada en Escuela de la Facultad de Medicina.

En agosto de 1973, dio inicio al curso postbásico en Enfermería Psiquiátrica y Sa-

lud Mental. El incremento y la formación de personal de Enfermería requerido para atender las crecientes demandas de la población asegurada, no fue planificada en la medida en que esta demanda lo exigió.

En 1976, se otorgaron los primeros títulos de Bachiller en Enfermería a estudiantes del Programa Básico de la Escuela. Durante los últimos 10 años, la enfermería en Costa Rica se ha visto afectada por las siguientes políticas no definidas, a nivel nacional, para la formación y utilización del recurso de enfermería: a) aumento de la demanda de personal, al incrementarse los servicios de salud por la extensión de la cobertura y, b) la universalización del Seguro Social.

Finalmente, en 1977, la Asamblea Colegiada Representativa de la Universidad de Costa Rica aprobó la división de la Facultad de Medicina en dos escuelas: La Escuela de Enfermería y la Escuela de Medicina, manteniendo sus labores en su edificio. No fue sino hasta el año de 1985 que se efectúa traslado definitivo al Campus Universitario (véase Solís, 2000).

Cabe mencionar que paralelamente hubo otras instituciones que, por sus propias necesidades y porque la ley lo permitía, crearon escuelas para formar su personal de enfermería; se puede mencionar lo siguiente:

La Escuela de Enfermería de la Clínica Bíblica, creada en el año 1929. La carrera duraba tres años, las profesoras eran enfermeras norteamericanas y médicos costarricenses. Las estudiantes, una vez graduadas, laboraban 12 horas diarias, con disfrute de una tarde libre por semana y residían en la clínica.

El nivel de disciplina de las estudiantes fue punto crucial, en la excelencia del cuidado al enfermo y que, aún hoy, se observa en la asistencia que brindan las nuevas enfermeras en dicha institución.

En esa Escuela se contó con una matrícula alta de estudiantes de otros países, a saber: Colombia, Puerto Rico, Panamá,

Honduras, Perú, Venezuela y otros; al graduarse los estudiantes regresaban a sus respectivos países. Las estudiantes costarricenses, al graduarse, buscaban trabajo en otros centros que generalmente eran el Hospital San Juan de Dios, Instituto Materno Infantil Carit, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia y el Hospital William Allen, de Turrialba. La Escuela de Enfermería de la Clínica Bíblica dejó de funcionar por los años 1957 - 1958. En el año 1960, la mayoría de las enfermeras graduadas en la Escuela de Enfermería Bíblica, presentó examen de incorporación, haciéndose acreedoras a la licencia para ejercer, protegidas por la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, (Colegio Profesional creado en 1959) adquiriendo el derecho de gozar de todos los beneficios, así como de cumplir con las obligaciones en igualdad de condiciones con las enfermeras graduadas en la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Costa Rica. Antes de referirnos a la Escuela de Enfermería de la Universidad Latina es preciso primero, hacer una revisión de cómo fueron apareciendo las escuelas de enfermería de Costa Rica. Fenómeno unido al surgimiento de universidades privadas.

La primera escuela de enfermería, a nivel privado, que surgió fue la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Centroamericana adscrita al Colegio Andrés Bello (UACA), la cual fue fundada en el año 1982, después de un largo análisis realizado por un cuerpo de enfermeras del Hospital San Juan de Dios.

Posteriormente y por orden de aparición tenemos:

1. Escuela de Enfermería Universidad Panamericana (UPA), creada en el año 1994. Niveles de salida: Bachillerato y Licenciatura. (Ya desaparecida)
2. Escuela de Enfermería Universidad Ciencias y el Arte (UNICA). Niveles de salida: Bachillerato y Licenciatura
3. Escuela de Enfermería Universidad Adventista de Centro Améri-

ca (UNADECA), creada en el año 1994. Niveles de salida: Bachillerato y Licenciatura.

4. Escuela de Enfermería Universidad Hispanoamérica, creada en el año 1994. Niveles de salida: Bachillerato, Licenciatura y Maestría en Pediatría y Gerencia en Enfermería
5. Escuela de Enfermería Universidad Iberoamericana (UNIBE), creada en el año 1995. Niveles de salida: Bachillerato, Licenciatura y Maestría en Cuidados Intensivos
6. Escuela de Enfermería Universidad Santa Lucía, creada en el año 1996 Niveles de salida: Bachillerato, Licenciatura y Maestría en Obstetricia
7. Escuela de Enfermería Universidad Latina, creada en el año 1996. Niveles de salida: Bachillerato y Licenciatura.

Una aproximación a la práctica de la enfermería en Costa Rica

Una vez realizada esta revisión general de la historia de la enfermería desde sus inicios, en diferentes partes del mundo y, finalmente, sus particularidades en Costa Rica procederemos a explicar brevemente la historia de la prestación de cuidados de enfermería.

Actualmente, la enfermería es una profesión de titulación que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. En España, Colombia, Costa Rica, Panamá y otros países de la región centroamericana existe otro tipo de personal dentro de la Enfermería, cuyas funciones complementan la labor de los enfermeros: el titulado técnico en cuidados auxiliares de enfermería, más conocido como Auxiliar de enfermería.

En Hispanoamérica, existe la figura del denominado *nurse* (*enfermera/o*), que, a diferencia del conocido como *Auxiliar de enfermería* o *cuidador* de una perso-

na enferma, es una persona que ha sido formada en todos los ámbitos de las ciencias de la salud, y que se caracteriza por tener conocimientos de anatomía, fisiología, patología, epidemiología, semiología, procesos de valoración de Enfermería, docencia, administración, gerencia y otras áreas. Para una enfermera (o) jefe la vocación de servicio, la sensibilidad humana y social, la capacidad de interactuar con los seres humanos, en diferentes grupos sociales y de diversas edades, capacidad de tomar decisiones de manera asertiva, y afinidad por las ciencias de la salud son rasgos que caracterizan su valía. Además, debe ser una persona estable, sensata, respetuosa, lógica, asertiva, estudiosa y laboriosa. Un enfermero puede ejercer diferentes funciones y abarca, de forma independiente, diferentes campos como la asistencia, la administración, investigación, docencia, y labor social, entre otros. El profesional de enfermería tiene una visión reformadora, tendente a cambiar de forma preventiva los aspectos y entornos de la sociedad, que son negativos para la salud, busca transformar y convertir en una sociedad saludable con acciones de promoción en todos los ámbitos.

Merece una breve explicación la metodología de la enseñanza de las habilidades y destrezas requeridas para la práctica de la profesión.

En los inicios de la formación de enfermeras, 1929, en Costa Rica, las docentes preparaban sus clases teóricas en borradores oficios o cuadernos, y con lapiceros o lápices, para lo cual consultaban libros y artículos publicados en revistas; además, presentaban ayudas visuales como rotafolios, u otros, de acuerdo con su creatividad y medios disponibles, incluyendo el tradicional pizarrón y tiza.

Posteriormente, como ayudas visuales se utilizaban las láminas como filminas de retroproyector, hechas del material de placas de rayos X desechadas, las cuales se lavaban con un ácido que al quitarse la tinta quedaban de un color celeste claro, lo que permitía escribir con *pilot*, hacer di-

bujos o calcar imágenes, siendo estas las ayudas visuales más atractivas.

Al no existir, en los inicios de la formación, tecnología tan desarrollada como con la que se cuenta hoy en día, se recurría a diseñar, improvisar o simular colostomías con residuos de café, que simulaban heces saliendo por un orificio hecho con látex de guantes que se habían desechado; estos se estiraban y se ajustaban y pegaban en la zona donde se ubicaba el estoma, alrededor del cual se pintaba con *merthiolate* una zona enrojecida. De la misma manera, se simulaba una herida a la cual se le habían puesto suturas en el guante para que los estudiantes aprendieran a realizar curaciones y retiro de puntos. En la administración de medicamentos vía intramuscular, se solían utilizar naranjas dado que la textura era similar a la piel, recordando además, que la jeringas eran de vidrio y se reutilizaban después de volver a esterilizarlas o hervirlas en agua, sobre todo en aquellos lugares que no había autoclaves. A las agujas se les hacía filo en una piedra especialmente diseñada para este procedimiento. Estas agujas se empacaban junto con la jeringa en un cuadro de tela, el cual se introducía en autoclave para su proceso de esterilización. Al comentar lo anterior buscamos recordar algunos procedimientos de la carrera, ya que otros procedimientos se practicaban directamente en el paciente como canalización de vías periféricas. Cuando se comenzaron a utilizar maniqués, estos eran de material duro y rígido y sin orificios, por lo que cada profesor debía improvisar, de acuerdo con su creatividad, el procedimiento.

Desde los años 1906 a 1985 los cambios que sucedían en todos los ámbitos de la Ciencias de la Salud eran lentos y paulatinos, lo cual repercutía en los cambios que se generaban en los procesos de enseñanza.

Posteriormente a esta fecha, se inicia la era de las comunicaciones y el advenimiento de los computadores, lo que hizo que fueran desapareciendo algunas de las prácticas anteriores.

Las nuevas posibilidades tecnológicas permitieron hacer uso de varias formas de comunicación en la formación de enfermeras (os). El computador nos comunica con todo el mundo, solo en segundos. Y la educación en enfermería hace uso hoy de las bondades de la tecnología para incorporarlas, en variadas formas metodológicas, en la enseñanza de sus estudiantes.

La educación en enfermería ha debido actualizarse para enfrentar los problemas de salud que se están sucediendo aquí y a nivel mundial, para aprovechar los avances. Esto se debe, por ejemplo, a los cambios en los perfiles epidemiológicos, a los avances en los medios de diagnósticos, la aparición de nuevas enfermedades, medicamentos, los avances en las cirugías, tales como el uso de láser, y el descubrimiento de tratamientos menos invasivos. Todo esto conlleva a la reorganización de los programas de salud, adecuación de mallas curriculares. Las escuelas de Enfermería deben, a su vez, reenfocar su Plan de Estudios si se pretende formar enfermeras a la altura de los cambios que están sucediendo, y los que a futuro se presentarán, esta vez, enfatizando la enseñanza más profunda, científica, con tecnología de punta, con una base ética muy sólida sin dejar de lado el aspecto humano.

La Universidad Latina y las tendencias actuales en la enseñanza por competencias en Enfermería y prácticas simuladas

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de enseñanza en la formación de los recursos humanos en salud, que permitirá una mejor articulación entre gestión, educación y trabajo. En una visión y organización sistemática, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema de certificación legalmente establecido en varios países del mundo, incluida América Latina (véase Rama, 2010). Más que una moda se trata de un vínculo entre el trabajo, la educación y la capacitación. El enfoque de competencias puede ser considerado como una herramienta capaz de proveer

un modo de hacer y un lenguaje común, para el desarrollo de los recursos humanos.

El tema de la formación de los recursos humanos en salud y específicamente lo relativo a su gestión, ha estado hasta hace muy poco tiempo ausente de las agendas de las reformas del sector salud en la mayoría de los países de la región. Algunos países, como Costa Rica, han mostrado interés evidente, como fue la integración de una Comisión de Recursos Humanos en Salud conformada por miembros representantes del Sistema Nacional de Salud, y liderada por el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuyo objetivo principal era conocer la realidad de estos recursos, en términos de necesidades de profesionales por disciplina, distribución de acuerdo con necesidades del país, aspectos laborales y salariales. De esta Comisión se escribió un libro que se utiliza como referencia en los diferentes colegios profesionales para toma de decisiones. Aún es usual encontrar expresiones acerca de que los recursos humanos son el elemento esencial de los sistemas de salud y un factor clave en las reformas del sector, sin embargo, es poco lo que se hace por demostrar este interés.

La preparación de profesionales de la salud, para dar respuesta a las crecientes necesidades de salud de la población con la nueva concepción de su desarrollo y salud integral, implica la búsqueda de estrategias que aseguren la calidad en la prestación de los servicios y la relevancia del impacto deseado.

La definición de las competencias del estudiante es una tarea fundamental, que permite coordinar la formación y determinar la priorización de los objetivos de aprendizaje, tanto en pregrado como en postgrado. Es importante constatar el esfuerzo de diversas escuelas y universidades para introducir cambios en los planes de estudio y nuevas estrategias metodológicas, encaminadas al objetivo de una educación basada en las competencias finales del alumno.

La simulación clínica como metodología de enseñanza está adquiriendo cada vez mayor relevancia en la enseñanza de Enfermería, en todos los programas de formación; es una metodología educativa que está siendo utilizada a nivel mundial en la enseñanza de las áreas de salud de pregrado y postgrado. Es un método innovador, que integra conocimientos científicos y factores humanos, para preparar a los profesionales a entregar una atención clínica de mejor calidad y segura.

Esto se logra con centros de simulación que recrean, lo más real posible, actividades que suceden en una institución de salud. Están constituidos por áreas interactivas incorporando las TICs (tecnologías de información y comunicación) en sus espacios, en un entorno seguro, donde el estudiante tiene la oportunidad de vivir y repetir cualquier situación recreada sin poner en riesgo la vida de un paciente real. Se trabaja con modelos, simuladores y equipos que tienen incorporados *software* capaz de resolver múltiples situaciones que se encuentran en la actividad laboral diaria. Reproducen lo más fielmente posible, tanto la fisiología como determinadas situaciones patológicas del paciente en distintos escenarios: quirófanos, sala de partos, sala de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, laboratorios de anatomía, fisiología, biología. El estudiante tiene la posibilidad de identificar, tratar y resolver situaciones clínicas.

La utilización de las TICs y simuladores clínicos elevan los niveles de confianza y competencia antes de la experiencia clínica. La utilización de las tecnologías de información y comunicación (TIC), junto con la simulación clínica marcan nuevos retos para conseguir enfermeros entrenados en competencias, (programas multimedia, sistemas interactivos, realidad virtual) y pacientes y escenarios simulados, junto con simuladores integrados, constituyen herramientas docentes imprescindibles para que, durante los estudios, los estudiantes adquieran las competencias necesarias que los capaciten en el desempeño profesional. La preocupación por la seguridad del paciente plantea cuestio-

nes sobre la eficacia de la formación de estos profesionales, y si ofrece suficiente experiencia práctica a los estudiantes universitarios antes de que se enfrenten a la profesión sanitaria; la enseñanza a través de TIC y técnicas de simulación son una respuesta clara a la necesidad de proteger la seguridad del paciente y garantizar una formación continuada eficiente.

Conjuntamente con los espacios controlados para el aprendizaje de competencias se debe fomentar el trabajo en equipo, el cual se fundamenta en la colaboración, dado que el ser humano convive todos los días con personas diferentes, circunstancia que lo conduce a desarrollar habilidades que le permiten realizar trabajos con otros individuos, no solo de su disciplina sino en colaboración.

La acción grupal suele ser más segura y efectiva que la gestión individual o la simple adición de acciones individuales. Mediante la colaboración, las ayudas pedagógicas facilitadas a los estudiantes son más posibles de optimizar. La colaboración, mediante el trabajo en equipo, permite analizar problemas que son comunes, con mayores y mejores criterios. Exige, entre los maestros que educan, el acuerdo en planteamientos comunes así como criterios y principios de actuación suficientemente coherentes. El trabajo colaborativo en equipo, da como resultado la cohesión, en ello se justifica esa condición como mecanismo para proporcionar una atmósfera que anime a los alumnos a trabajar con entusiasmo, y sentimientos de propiedad y pertenencia respecto a la escuela; la colaboración mediante el trabajo en equipo es un objetivo ineludible en la educación, porque desde allí se cultiva una necesidad social, colaborativa y en un ambiente de respeto.

La simulación clínica se inicia en la Universidad Latina de Costa Rica desde el año 2005, en un espacio donde se realizaban prácticas de habilidades en los procedimientos básicos de enfermería, con un equipo básico y un maniquí poco moderno, y en el que el profesor, por interés particular, diseñaba sus prácticas y objeti-

vos de aprendizaje con el escaso recurso material que se contaba y sin rúbricas que guiaran este aprendizaje.

A partir del año 2010, con la incorporación de la Universidad Latina de Costa Rica a la *Red Laureate International Universities*, se comienza con el desarrollo de la Metodología Activa de Simulación Clínica, invirtiendo no solamente en equipos e infraestructura, sino también en recurso humano; se crea entonces el Departamento de Simulación Clínica en el 2011, el cual es liderado por una profesional de Enfermería, como es costumbre en la organización de los centros de simulación. Este centro logra liderazgo a nivel nacional y centroamericano desde el año 2013 (Ramos, 2012).

Perspectivas actuales

Este apartado hará referencia a la forma en que se pretende realizar el proceso de enseñanza aprendizaje, en la formación de los recursos humanos en Ciencias de la Salud, con una nueva malla curricular basada en competencias en la Universidad Latina de Costa Rica, con la cual se pretende la aplicación de los conocimientos y el desarrollo de sus habilidades profesionales y actitudes en las actividades, funciones y tareas, así como mejorar la capacidad para identificar y solucionar nuevos problemas en su relación con los usuarios en general.

Con el enfoque señalado, el ambiente en simulación permite realizar la práctica en un ámbito de acción y reflexión, selección, cuestionamiento e indagación y punto de partida para la búsqueda de información y la aplicación de teorías. Junto a esta integración de teoría y práctica, la consideración del trabajo, como eje del proceso educativo, representa la valorización del conocimiento construido en la práctica del universo cultural del estudiante, y del ámbito concreto de realización de las actividades de aprendizaje que lo orientan hacia la transformación

Desde el punto de vista del currículo, la competencia no debe tomar el lugar del conocimiento dentro de las disciplinas,

es más bien un instrumento para la aplicación del conocimiento. El concepto de competencias, como base para orientar los procesos de cambio en organizaciones u orientar los programas de formación, se viene discutiendo desde hace más de dos décadas y ha tenido diversas connotaciones en diferentes contextos y países.

La formación basada en competencias tiene como propósito contribuir al desarrollo de los profesionales de la salud, prepararlos para lograr un *alto desempeño* en la realización de sus actividades y funciones, estar técnicamente calificados para la investigación y ser capaces de desarrollar habilidades en la respuesta a los problemas, con una consecuente y real sistematización de la experiencia científica y su impacto en los servicios. Este proceso de formación *desarrollado con prácticas en simulación clínica* es un aprendizaje activo centrado en el estudiante, es una técnica que permite ampliar las experiencias que tienen los estudiantes con los usuarios reales, por medio de experiencias guiadas, artificiales, simuladas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera completamente interactiva

La necesidad de analizar las características de la profesión de enfermería desde el punto de vista social, implica reconocer que a través de la historia, la enfermería ha sido influenciada por diversos factores como son: las organizaciones sociales, las actitudes del público y de los usuarios hacia las enfermeras, y la imagen social de la profesión; es por ello que se requiere retomar estos elementos como básicos para explicar la evolución de la enseñanza de la enfermería profesional actual.

Comprender la situación actual de la enfermería en la asistencia dentro del sistema de salud, pero aún más el desarrollar en el futuro, a partir del planteamiento de estrategias, para responder a las necesidades del contexto y visualizar en un medio cambiante y turbulento, las tendencias que tendrá, y producir los retos

que se avecinan para el desarrollo de las funciones como una profesional.

La educación a través de la simulación es, por tanto, una respuesta clara a la necesidad de proteger la seguridad del paciente y de garantizar una formación continuada eficiente.

Es así como la metodología de aprendizaje activo, con la constitución de equipos, es el vehículo fundamental de acercamiento, que permite la adecuación del proceso de formación dentro del aula y prepara a los alumnos para que sean el tipo de profesionales que demanda la sociedad actual; esa es la labor, la formación de equipos de trabajo en el aula y la consecución de objetivos que den cuenta de la tarea realizada.

Conclusión

La visión que tienen las autoridades de la Universidad Latina de Costa Rica, se enfoca en una estrategia de enseñanza que favorezca la formación de profesionales en una nueva era del conocimiento, acorde con las tecnologías, expectativas de los actores sociales, demandas de la sociedad, por lo que las nuevas mallas curriculares deben evidenciar la integración de los elementos expuestos anteriormente, como la enseñanza basada en competencias, que aseguren un profesional formado con los más altos estándares de calidad, con tecnología actualizada, dinámica, activa, participativa, fomentando el trabajo en equipo interdisciplinario, que garanticen la integración de los estudiantes desde las aulas con sentido de responsabilidad, respeto, colaboración, autonomía y confianza

La simulación es un método muy útil en las Ciencias de la Salud, tanto cuando se emplea con fines educativos como evaluativos. Acelera el proceso de aprendizaje del educando, eliminando los disgustos que se producen durante su desarrollo, cuando se trabaja con pacientes, y en la organización de los servicios de salud. Requiere su concatenación lógica en el Plan de la Asignatura. Se concluye que es un buen complemento del proceso do-

cente que facilita, el aprendizaje pero no sustituye la interacción del educando con la realidad de los servicios de salud.

Referencias

- Arias, J. A. (2008). *Historia de la Enfermería*. Medellín, Colombia: Instituto Técnico Industrial.
- Benavent, G. M., Ferrer, F. E. y C. Francisco del Rey (2012). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid, España: Ediciones DAE.
- Garita, V. M. y E. Solís (2003). Práctica de liderazgo profesional en Enfermería. *Revista de Enfermería en Costa Rica*, 25 (1), 22-25.
- González, J. A. (2004). Historia de la enfermería en Costa Rica. Evolución sociolaboral de la enfermería en Costa Rica. *Revista de Enfermería en Costa Rica*, 18 (3), 3-5.
- Hernández-Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Marriner-Tomey, A. (1995). *Modelos y teorías en Enfermería* (3a. ed.). Madrid, España: Mosby, Doyma Libros.
- Rama, V. C. (2010). Los nuevos escenarios del aseguramiento de la calidad en la educación superior en América Latina: certificación y recertificación de competencias profesionales. *Gaudeamus*, 2 (1), 115-140.
- Ramos, Y. (2012). Plan estratégico de simulación clínica. (Documento no publicado). San Pedro, San José, Costa Rica: Universidad Latina de Costa Rica.
- Reyes, G. E. (2009). *Enfermería una profesión en evolución. Ciencia, metodología y tecnología*. D.F., México: Editorial El Manual Moderno.
- Salazar, D. (1989). Apuntes sobre la historia de la enfermería en Costa Rica. En Ruiz, A. y L. Camacho (Eds.), *La historia de la*

ciencia y la tecnología: el avance de una disciplina (pp.341-3459). Cartago, Costa Rica: Editorial Tecnológico de Costa Rica.

Siles, G. J.; Oguisso, T.; Fernández de Freira, G. y P.F. Souza (2010). *Cultura de los cuidados. Historia de enfermería iberoamericana*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.

Solís, M. E. (2000). *Rescate histórico de la enfermería en Costa Rica*. San José Costa Rica: EDNASS, CCSS.

Recibido: 15 de diciembre de 2014

Reenviado: 13 de marzo de 2015

Aceptado: 13 de mayo de 2015

.....