

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

11/11/86  
52352

ANALISIS DEL DESARROLLO DE LA FORMACION DEL  
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA  
EN HONDURAS

ELABORADO POR:

LIC. ELIA B. PINEDA

LIC. GERTALINA CERRATO G.

TEGUCIGALPA, D.C., NOVIEMBRE DE 1986.

## INTRODUCCION

Las actividades de Enfermería han sido realizadas desde que la humanidad se enferma, su importancia en la prestación de los servicios de salud siempre ha sido reconocida. Sin embargo, en muchas ocasiones y especialmente en la actualidad, han surgido cuestionamientos sobre la contribución de la Carrera a la solución de la problemática de salud.

Se considera que la realización de un análisis de la evolución histórica de la práctica de enfermería y de su sistema de educación puede ser útil para la comprensión de lo que ha sido la contribución de la Carrera en el desarrollo de las acciones de salud, y puede a la vez señalar los problemas que se confrontan, permitiendo de esa manera, la búsqueda de modelos de prestación de servicios y educación que ayuden a superar las deficiencias.

A la vez se estima que la práctica de Enfermería no puede ser analizada sin relacionar su evolución a la prestación de servicios. En general , el desarrollo de enfermería ha girado alrededor de lo que han

sido las características de prestación de servicios y por el rol de enfermería en el cuidado de la salud. Esta a su vez, ha tenido características que reflejan la situación del país: la estructura económica, los modelos de producción, desarrollo tecnológico, etc.

Esta tendencia, o sea el vínculo estrecho entre la práctica, la educación y la prestación de servicios se refleja aún más claramente en lo que ha sido el desarrollo del personal auxiliar de enfermería.

En este documento se abordará básicamente el análisis de lo que ha sido la evolución de la educación del personal auxiliar de enfermería en Honduras, caracterizando la práctica de salud de enfermería y destacando la educación y rol del personal auxiliar de enfermería.

Para efecto del análisis en mención, se estudiará el período de 1940 a la actualidad dividiéndolo en tres etapas, que a juicio nuestro marcan cambios importantes en la situación de salud del país, y reflejan las tendencias en los factores determinantes de la totalidad social, política y económica.

PERIODO 1940 - 1949

En este período las acciones de salud se basan fundamentalmente en lo que es la reparación de la salud; el enfoque del sistema de prestación de los servicios es predominantemente curativo y las acciones fundamentalmente se realizan en Hospitales. Sin embargo, ya se iniciaban a dar algunos cambios en la práctica sanitaria, comenzándose a incrementar las acciones de la medicina preventiva. Se inicia con la preparación de Enfermeras Salubristas, la primera de las cuales llegó al país con su preparación en 1942, y se responsabilizó de impartir cursos de 3 a 6 meses de duración a otras enfermeras.

Las acciones de prevención básicamente incluían los programas "Gota de Leche", en el cual además de brindar la leche a los niños se les controlaba el peso; control de prostitutas, función realizada por los policias sanitarios, consistente en llevar a las meretrices para un tratamiento periódico; tratamiento de parásitos en las escuelas y vacunación antivariolica.

Además de que los servicios de salud básicamente eran curativos y llevados a cabo en las instituciones hospitalarias, el ámbito de las acciones de salud básicamente estaba limitado a las ciudades y especialmente a la capital. La mayor parte de la atención en salud era por lo tanto, brindado por la comunidad a través de la medicina popular.

En lo referente a la atención de enfermería, básicamente estaba en manos de personal empírico; el número de enfermeras era sumamente pequeño, siendo la mayoría religiosas, de las cuales no todas tenían preparación formal en enfermería.

El personal auxiliar de enfermería era empírico, siendo entrenado por las religiosas en las instituciones hospitalarias, con un modelo de formación centrado en el "aprender mientras se brindaba atención". La mayor parte de este personal era captado a través de su participación en los "oficios domésticos" de la institución, o sea que se seleccionaba aquel personal de limpieza, cocina, etc. que mostraba algunas cualidades que la hacían "merecedora" de pasar a la atención directa de enfermería a pacientes.

Es importante mencionar que "las actividades de enfermería en la OPS se inician en la década de los cuarenta, cuando la institución empieza a expandir su campo de acción y definir políticas de salud más amplias para hacerlas coincidir con la realidad de la práctica y de las políticas de salud de los países" (7). En general los organismos internacionales a través de la cooperación enfatizan la educación, como en el principal campo de acción "incluyendo recomendaciones para la construcción de instalaciones, planeamiento curricular, preparación de profesores, desarrollo de áreas clínicas para actividades prácticas." (7).

Todo lo anterior conlleva a que al final de la década se dé énfasis al papel de la enfermería en el control de las enfermedades transmisibles y a la necesidad de crear programas educativos para la preparación del personal de enfermería en Salud Pública. Ya las propuestas curriculares enfatizaban la enfermería en Salud Pública; destacándose las actividades en áreas como el control de enfermedades transmisibles, salud materno infantil e higiene escolar.

PERIODO 1950 - 1972

En la primera década de este período, la panorámica de salud y la realidad socioeconómica de la región demandan nuevas formas de abordar la cooperación internacional en salud. Los organismos internacionales reorientan sus políticas para cubrir ampliamente los campos de salud pública, atención médica y asistencia social.

El control de las enfermedades transmisibles continuaba siendo visto como la actividad central para el mejoramiento de los servicios de salud, haciendo énfasis en el desarrollo de programas de salud pública en centros de salud, la promoción de educación médica y la organización de los servicios hospitalarios. El énfasis para el desarrollo de la enfermería en salud pública se hacía sentir a través de la promoción de la educación en enfermería, realizándose en esta década una serie importante de eventos internacionales para el análisis de los problemas de la educación y de la práctica de enfermería.

Al inicio de este período los organismos internacionales plantearon como estrategia la implementación de programas de auxiliares de enfermería, siendo este tema muy controversial, por lo que los mismos recomendaron que los países tomararan sus propias decisiones respecto a la preparación del personal auxiliar de acuerdo a sus propias necesidades y conveniencias. Sin embargo, el interés por parte de los gobiernos en el adiestramiento de este tipo de recursos era importante y el apoyo de la OMS/OPS brindado a los países para la formación de auxiliares de enfermería fué grande, teniéndose ya al final de la década programas en casi todos los países.

Entre las enfermeras existía un rechazo a la formación de auxiliares de enfermería, supuestamente debido a temor de que esta categoría de personal pasara a sustituir a la enfermera graduada, pues se dada la situación de que un número importante de enfermeras tenían poca o ninguna preparación formal.

A nivel del país, la política del Estado era la extensión de cobertura, lo cual se estableció con la organización de las unidades móviles y la construcción de los puestos, centros y sub-centros de salud. Claro, esta "Extensión de Cobertura" no tenía las

características que tomó en años posteriores al declararse una estrategia fundamental, sin embargo, marcó el inicio del proceso de ampliación de servicios.

La formación de Auxiliares de Enfermería en Honduras se inicia con la creación de la "Escuela de Auxiliares de Enfermería e Inspectores Sanitarios" en 1954. La institución en sí fué creada como un Centro Piloto, teniendo como función principal la preparación de Auxiliares de Enfermería y los Inspectores Sanitarios; sin embargo, a la vez el centro cumplía con la función asistencial.

El Programa de Capacitación era dirigido por una enfermera y dependía directamente de la Unidad llamada Servicios Rurales, también dirigidas por una enfermera.

Desde su inicio, el programa contó con un apoyo muy definido de la OPS, el cual incluía apoyo técnico y financiero. También contó con el apoyo de UNICEF a través de la dotación del equipo necesario para el funcionamiento.

El programa inicialmente preparó personal sólo para el área de salud comunitaria, en un curso de 6 meses de duración.

Las candidatas eran personas muy seleccionadas. Se aceptaba solamente un número reducido de alumnas, dando prioridad a las que venían de áreas donde estuviesen ubicados los puestos y subcentros de salud a fin de que regresaran a laborar en el área de procedencia.

La selección se realizaba por medio de un examen teórico de conocimientos generales y de inteligencia. Además, las candidatas debían tener una escolaridad mínima de Sexto Grado 18 a 30 años de edad, ser soltera y no tener defectos físicos. Las candidatas eran aceptadas en prueba, sujetas a un proceso de eliminación después de 2 meses en casos de bajo rendimiento.

El impacto de este programa al inicio fué muy bueno, las egresadas se consideraban como bien preparadas, con una formación no solamente en enfermería sino en otros aspectos como la equitación, natación, comportamiento, matemáticas, gramáticas. Además, se alcanzaron las metas numéricas para la formación de auxiliares de enfermería, lográndose cubrir con este recurso todos los centros y puestos de salud, los cuales, sin embargo, de ninguna manera cubrían la demanda real del país.

Como en 1958, se empezó a notar que la demanda para personal auxiliares de enfermería adicional para el área comunitaria ya no existía, haciéndose necesario que el recurso fuese utilizado en áreas hospitalarias. Además se dió un cambio en la política de asistencia en los centros de salud al integrarse la prevención a la asistencia, dando por resultado que se requería un trabajador polivalente, capaz de dar atención básica en un servicio de salud con hospitalización y de realizar acciones comunitarias de prevención.

Lo anterior dió lugar al cambio curricular del programa de auxiliares de enfermería, a un curso de un año de duración, el cual incorporaba el componente asistencial.

Este programa del Centro de Salud Las Crucitas continuó funcionando hasta 1971, sin cambios importantes ni en los programas ni en la forma de funcionamiento.

A finales de la década de los 50 y en la década de los años 60, se van dando cambios en el enfoque de los servicios de salud, pasando a enfatizarse la atención hospitalaria. Estas

modificaciones supuestamente estuvieron asociados a los cambios en las estructuras sociales que se vieron en Honduras, así como en todos los países de América Latina, debido en gran medida al modelo desarrollista propuesto por la OEA a fines de 1950, el cual promovió el incremento en la industrialización y la expansión rápida de servicios de salud, especialmente en lo referente a complejos hospitalarios.

Lo anterior dió lugar a que se enfatizara el desarrollo de los servicios y la atención de enfermería a nivel hospitalario, dando como resultado la creación de una necesidad en cuanto a la preparación de los recursos de enfermería para el área hospitalaria.

La formación de auxiliares de enfermería para la atención hospitalaria dejó de realizarse en forma empírica al fundarse el Centro de Capacitación del Hospital General y Asilo de Inválidos en septiembre de 1960 bajo la dirección de una hermana de la Caridad. El programa tenía un año de duración con un enfoque hospitalario y básicamente estaba dirigido al personal que laboraba en atención de enfermería en el mismo hospital; o sea

que su finalidad primordial fué la nivelación del personal auxiliar empírico, integrando conocimientos cognoscitivos a la práctica, mejorando de esa manera la calidad del cuidado de enfermería.

En 1966 el programa del Hospital General San Felipe pasa al Instituto Nacional del Tórax, con la finalidad de que se fomen recursos para los hospitales nacionales de la capital. Debido a la movilidad del personal de trabajo hospitalario a comunitario y viceversa, se toma la decisión de cambiar el programa, incorporándose el componente de atención comunitaria.

En 1972 se fusionan las dos escuelas de formación de Auxiliares de Enfermería denominándosele Centro Nacional de Capacitación de Personal de Enfermería. El programa continua funcionando en el Instituto Nacional del Tórax.

El personal Auxiliar de Enfermería formado en este período, fundamentalmente corresponde al egresado de los Centros oficiales que son los antes mencionados. Sin embargo, la formación de auxiliares de enfermería también se dió en otras instituciones

privadas, y en centros hospitalarios del Estado pero a través de programas dirigidos por organismos extranjeros. Estos programas sí fueron importantes pues contribuyeron con la formación del recurso auxiliar de enfermería, a veces en áreas no cubiertas, sin embargo, su contribución fué relativa al compararla con la preparación del recurso en general durante estas dos décadas.

En el cuadro Anexo No. 1 se puede observar que el número de Auxiliares formadas en este período fué de 345 en el Centro Las Crucitas versus 519 en los Centros Hospitalarios, para un total de 864. Sin embargo, al analizar la relación que existía al final del período para auxiliar de enfermería por 10,000 habitantes puede observarse que sólo se había logrado un 6.06.

En resumen, al final de la década de los 60, se observa una hegemonía de los servicios médicos hospitalarios y un estancamiento de la salud pública. Aproximadamente un 80% del personal de salud se concentra en los hospitales. Al mismo tiempo en la situación industrial, económica y agrícola se dan una serie de problemas que requieren de cambios y nuevas estrategias, las cuales marcan las modificaciones que se dan en el siguiente período de análisis.

PERIODO 1972 - ACTUAL

En el decenio de los 70 surgen las primeras políticas de extensión de la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones rurales; comienzan a emerger durante la crisis mundial de alimentos (1972) y se intensifica el proceso con la introducción de la política económica de adoptar medidas para la modernización de la agricultura y la ganadería. Los cambios en la política de salud se oficializan cuando los ministros de Salud del continente establecen como una de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas (1972 - 81) la ampliación de cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades de menos de 2000 personas, dándosele así un carácter universal a la extensión de cobertura.

La Declaración de Alma Ata (1978) afirma que para alcanzar esta meta la atención primaria asume carácter prioritario.

Estos acontecimientos inductores se presentaron en el Ministerio de Salud en condiciones especiales de motivación; para producir modificaciones favorables en las condiciones de salud del pueblo hondureño se establecieron áreas prioritarias de atención para

lograr los cambios de la siguiente situación de salud (2).

Tasa de Mortalidad General: 14.2 x 1000 hab. (16.5 en el área rural)

Tasa de Mortalidad Infantil: 117.6 x 1000 nacidos vivos (128.1 en el área rural).

Relación Médico por 10,000 habitantes: 3.3

Relación Enfermera por 10,000 habitantes: 0.7

Relación Auxiliar de Enfermería por 10,000 habitantes: 6.06

Tasa de Fecundidad por 1000 mujeres en edad fértil: 239.0

Porcentaje de Defunciones por enfermedades infecciosas y parasitismo intestinal: 19.9

En 1973 el Gobierno realizó un diagnóstico de la situación de salud que sirviese de base para la definición de la política de salud y las acciones a seguir.

Entre las políticas, metas y estrategias se tuvieron las siguientes:

- 1.- Extensión de la cobertura de servicios en el área rural
- 2.- Prioridad a los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades

- 3.- Control de la desnutrición
- 4.- Incremento de los abastecimientos de agua
- 5.- Mejoramiento de la atención médico hospitalaria
- 6.- Desarrollo de los recursos humanos
- 7.- Mantenimiento adecuado de instalaciones y equipos
- 8.- Desarrollo integral de la comunidad

Los cambios proyectados e iniciados en la práctica de salud repercuten en el sector educacional; en el país se toman una serie de medidas tendientes a una readecuación del sistema formador a los requerimientos de la nueva política de salud. Esto, más el abastecimiento del costo de la educación llevan a iniciar una serie de actividades tales como: integración docencia-servicio, preparación de personal en gran escala, auto instrucción, etc.

En la práctica de enfermería surge la tendencia de cambiar un enfoque clínico administrativo por uno comunitario, aparecen los cursos de especialización en Materno Infantil, Médico Quirúrgico y Psiquiatría.

En 1974 la OMS, publica un informe sobre Enfermería y Salud de la Comunidad donde se recomiendan cambios fundamentales tanto en la práctica como en la formación del personal, enfocando hacia los problemas básicos de la comunidad. Las numerosas publicaciones sobre extensión de la cobertura, atención primaria, participación comunitaria, pasan a constituir los documentos básicos para la programación en enfermería.

Con la aceptación de que la atención primaria debe ser realizada por personal auxiliar y agentes de la comunidad, surgen en 1976 los cursos diversificados para Auxiliares de Enfermería Rural y Hospitalaria; con un curriculum de 10 meses en el cual el diseño parte de una base modular común para todos los alumnos y luego se diversifica en enfermería hospitalaria y comunitaria.

Con el surgimiento de este planteamiento la División de Enfermería en coordinación con la División de Desarrollo de Recursos humanos (la cual fué creada en 1975) inicia este proceso de formación con un nuevo enfoque. En primer término, reorganizando los tres centros ya existentes en el país, dotándolos de mayor número de docentes, edificio, mobiliario y todas las facilidades pa-

ra una mayor producción de este recurso. Consecuentemente el nombre de Escuela para Auxiliares de Enfermería se cambió por Centros de Formación de Recursos Humanos, creándose además, los Centros del Sur y Norte (CENARH, CERARH SUR y CERARH NORTE), ya que pretendía formar allí todo el recurso auxiliar y técnico medio necesario para el país.

El CERARH SUR, se destinó para formar auxiliares de enfermería rural, el CERARH NORTE Y CENARH prepararon Auxiliares de Enfermería para los Hospitales de Area, Regionales y Nacionales.

La duración de los programas de estudio fué de 10 meses y los requisitos de admisión: primaria completa, tener de 18 a 40 años, hacer y aprobar un examen de admisión, presentar la documentación personal. Tal como puede apreciarse, estos requerimientos no han sido modificados en forma importante desde que se inició la preparación de auxiliares en 1954.

Las aspirantes a los cursos eran seleccionadas por la comunidad donde se iba a construir un Centro de Salud Rural, siendo algunas de ellas personal voluntario (Guardían de Salud, Partera o Representante de Salud).

El curriculum de la Auxiliar de Enfermería Rural se reestructuró así:

Unidad de Participación Comunitaria .

Unidad de Atención Médica Simplificada

Unidad de Atención Materno Infantil (Plan Familiar)

Unidad de Epidemiología

Unidad de Elementos de Administración

El curriculum total cubría 1,260 horas docentes de las cuales el 40% estaban dedicadas a labor teórico y el 60% al trabajo práctico.

Los recursos humanos responsables de la actividad docente estaban distribuidos en la siguiente forma:

CERARH SUR: 5 Instructores Nacionales  
2 suministradas por CARE hasta  
1978

CERARH NORTE: 7 Instructores Nacionales y hasta  
1979, 1 del Cuerpo de Paz

CENARH: 12 Instructores Nacionales y hasta  
1979, 1 del Cuerpo de Paz

Las estudiantes de éstos programas contaban con una Beca de Lps. 150.00, las cuales fueron financiadas por la Agencia Internacional para el Desarrollo. El número de becas fué de 300 por año, 100 para cada centro. Además, la AID apartó los fondos necesarios para la construcción y equipamiento del internado del CERARH Sur. La OPS financió todo el material y equipo educativo necesario a través del Proyecto NIDES (Núcleo de Investigación y Desarrollo de Recursos Humanos).

La formación de personal auxiliar en un programa diversificado incrementó en gran medida el número disponible para los Centros de Salud Rural y éste personal se constituyó en el recurso nuclear de la programación de actividades del primer y segundo nivel de atención. El hecho de contar con este tipo de personal en las comunidades más lejanas mejoró la situación de salud de esas localidades.

En 1980 surge el cambio de Gobierno en el país, la política de salud enfoca el proceso de extensión de cobertura pero no como la más alta prioridad, se disminuyen las actividades comunitarias y se dá un poco más de énfasis a los hospitales. Esto condiciona

la prestación de servicios y comienza una gran movilización de personal auxiliar de enfermería de un área de trabajo a otra (área rural a hospital y viceversa). En muchos casos esos cambios no pudieron darse por falta de conocimientos del personal en todos los ámbitos de acción, como resultado la auxiliar de enfermería tuvo que quedarse en su sitio de trabajo por tiempo indefinido o se trasladaba para aprender en el sitio de trabajo las técnicas necesarias para poder desempeñarse en su nuevo rol; todo esto tuvo como consecuencia la creación de una serie de problemas en el sistema de prestación de servicios.

En vista de dicha situación la División de Enfermería y la de Desarrollo de Recursos Humanos, realizaron una nueva revisión del curriculum y se vuelve a implementar el curriculum polivalente en el cual se prepara a la auxiliar de enfermería para trabajar indistintamente en hospitales y comunidad, con destrezas tanto en la atención de individuos hospitalizados como en el trabajo en grupos y comunidades, aplicando medidas de prevención secundaria y terciaria, enseñando autocuidado y dando continuidad a la atención.

En esta etapa a cada centro formador se le asignan las diferentes regiones sanitarias para que se responsabilice de la preparación de Auxiliares de Enfermería para cada una de ellas. En los tres Centros se desarrolla el mismo Plan de Estudios.

La distribución se hace de la siguiente forma:

CENARH:	Región Número 1 y Metropolitana
CERARH NORTE:	Región Número 5, 3 y 6
CERARH SUR:	Región Número 4, 2 y 7

En el año de 1981 finaliza el Convenio de Becas con AID teniendo que firmar en 1982, un Convenio con EDUCREDITO para obtener préstamos - becas para los estudiantes; fondos que tienen que ser reembolsados al finalizar los estudios y comenzar a trabajar. En vista que el Ministerio de Salud Pública no fué capaz de absorber todas las promociones que egresaban cada año, EDUCREDITO suspendió este plan, teniendo actualmente que financiarse cada aspirante sus estudios.

La OPS continuó aportando a través del Programa 6900 un pequeño estipendio a los alumnos para sus prácticas de campo.

En 1983 finalizó el Programa Honduras 6900 de OPS, absorbiendo el Ministerio algunos de los gastos de los centros. Sin embargo, ha sido notable la disminución del apoyo que tienen las diferentes actividades de los centros formadores de personal Auxiliar de Enfermería.

La Educación Continua de los docentes se desarrolló paralelamente a los cambios surgidos en la formación del Auxiliar de Enfermería tanto el campo de tecnología educativa como en los avances de los programas de salud. Esta actividad tuvo su auge en los años de 1976 a 1980 desde entonces dicha capacitación ha disminuido considerablemente en todos los rubros.

En 1982 se realizó una reunión a nivel de los centros formadores con participación de docentes y personal de enfermería de los servicios; en dicho evento se estableció un sistema de seguimiento para los egresados de los cursos con el propósi-

sito de identificar fallas en el desempeño de su trabajo y me  
jorar en esa forma el curriculum.

En ese mismo año se revisaron los sistemas de evaluación y el  
de selección de los estudiantes, estableciéndose los siguientes  
pasos para la selección:

- 1) Reclutamiento en las Regiones de Salud
- 2) Examen de Admisión
- 3) Asistencia a un Curso de nivelación con duración de 3 sema-  
nas en las cuales se enfrenta al estudiante en la realidad  
del trabajo de enfermería
- 4) Admisión en los Cursos

En 1984, las Divisiones de Planificación y Desarrollo de Recur-  
sos Humanos, a través del proceso de programación local de acti-  
vidades inició una revisión de las normas de los Programas Bási-  
cos de Salud, (Programa Ampliado de Inmunizaciones, Infecciones  
Respiratorias Agudas, Saneamiento Ambiental, Control de Diarreas,  
Materno Infantil, Planificación Familiar), revisión de Perfiles

Ocupacionales y Educativas del Auxiliar de Enfermería, Promotor de Salud, evaluador del Programa de Control de Vectores y del Personal Comunitario (Partera Tradicional capacitada, Guardián y Representante de Salud). Esta revisión marca un cambio fundamental en la formación del personal Auxiliar de Enfermería, pues requiere que el mismo sea preparado en las tareas y actividades de cada programa básico de Salud y además, en el componente hospitalario. La duración de este Plan de Estudios es siempre de 10 meses y continúa desarrollándose en la actualidad.

En este mismo año, se comienza a implementar con mayor énfasis dentro del Programa Materno Infantil, el componente de Planificación Familiar, tanto en los planes de formación del personal institucional, como el comunitario y además se incorporó como área prioritaria dentro del Programa de Educación Continua para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

ANALISIS DEL PROCESO DE FORMACION Y UTILIZACION  
DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

En el Sistema de Salud, múltiples hechos han determinado cambios en las funciones del Auxiliar de Enfermería, entre ellos se destacan las Políticas de Salud, respecto a extensión y cobertura, enfoque multisectorial y desarrollo de recursos humanos, así como reformas institucionales que se derivan de esas políticas y que abarcan tanto el sistema de prestación de servicios como el sistema educativo.

Una visión retrospectiva permite reconocer que aunque en los últimos años ha habido aumento de Auxiliares de Enfermería, éste número no ha llenado las necesidades de los servicios de salud y de la población; ya que la relación auxiliar habitante en su mayor auge fué de 7.6 por 10,000 habitantes en 1983 y actualmente ha habido un leve descenso a 7.4 por 10,000 habitantes.

Por otra parte a pesar de los esfuerzos de preparar este recurso para el área rural, no se ha logrado aún, ya que éste personal continua ubicado en las áreas urbanas, el 44,4% está prestando su servicio en la Región Metropolitana (Anexo No.3). De lo anterior se deduce la urgencia de planificar la formación y utilización de los recursos humanos, integrándola en la programación del desarrollo de los servicios de salud; dicha política debe enfatizar el incremento del personal auxiliar, cuyos requerimientos cualitativos y cuantitativos obedezcan a los cambios predecibles en el sector y a las funciones con miras a su mejor utilización y a la programación de corto y largo plazo según metas de los programas de salud, derivados de las necesidades de la población.

Uno de los aspectos que condiciona más severamente la formación de los Auxiliares de Enfermería, es el relativo a disponibilidad de recursos para la enseñanza. Estos recursos están constituidos por el conjunto de facilidades físicas, materiales, humanas, didácticas y financieras indispensables para la actividad educativa y definir la capacidad instalada para la producción de auxiliares de

enfermería. Esta capacidad no guarda relación con la expectativa de incremento cuantitativo y cualitativo del recurso humano, que estima necesario para extender la cobertura de los servicios de salud; más aún las políticas pertinentes carecen en muchos casos de la expresión presupuestaria que debe respaldarlas.

En conclusión, los programas educativos del Auxiliar de Enfermería están condicionados por fuerzas sociales, políticas y económicas que predeterminan muchas de sus características. Cabe esperar que cambios en esas condiciones conduzcan a su vez a cambios en las condiciones en qué se forma al auxiliar y como consecuencia, a cambios en su formación. Lo que si sería muy poco probable es que la sólo modificación del plan de estudios bastará para producir las transformaciones deseadas. Otras condiciones esenciales para agilizar y aumentar la producción de auxiliares de enfermería serán consideradas a continuación:

- 1.- Existencia de normas de los Programas de Salud definidas por niveles de atención, de los cuales se derivan los diversos tipos y perfiles ocupacionales del Auxiliar en el Sistema de Salud

- 2.- Programación de corto y largo plazo de la fuerza de trabajo que absorberá el sistema de prestación de servicios de salud, incluyendo la especificación de plazas a crear para Auxiliares de Enfermería y su ubicación, haciendo se necesario que el programa educativo esté alerta a los cambios que ocurren en áquel, y exhiba toda la flexibilidad posible introduciendo las modificaciones y ajustes pertinentes en el plan de estudios, cuando tal cosa ocurra.
  
- 3.- Personal Docente Idoneo. Buena parte del éxito de los programas formativos depende de la habilidad del docente para guiar el aprendizaje, lo cual a su vez está en función de su dominio de: la materia a enseñar, el proceso educativo y la tecnología educacional. La primera no se limita al crecimiento que se adquiere durante la formación básica, sino que ha de estar enriquecida por experiencia de buena calidad y educación clínica post básica. Igualmente, la experiencia del trabajo debe abarcar la prestación de servicios en las condiciones y con el enfoque actual del Sistema de Salud, así como el desarrollo de una actitud renovada de compromisos hacia la comunidad y hacia las nuevas generaciones.

- 4.- Supervisión.- Esta es necesaria en los diferentes niveles de atención, pero más aún en el básico donde muchas veces, según se señaló ya, el auxiliar es el único miembro del equipo que está presente permanentemente. Por razón de su preparación limitada él requiere supervisión directa e indirecta frecuente, para asegurar cuidados libres de riesgos y para mantenerlo motivado por medio de apoyo, estímulo y asesoría, los cuales al favorecer su desarrollo son instrumentos para lograr efectividad y eficiencia en el trabajo.

## CONCLUSIONES

Las consideraciones que preceden conducen a cuestionar la práctica imperante de reconocer como verdaderos programas educativos solamente aquellos cuyas características responden en términos de requisitos de ingresos, duración y curriculum a los establecidos oficialmente en décadas anteriores a ésta, o inspirados en aquellos.

Reconsiderar esta creencia sería el primer paso para emprender una revisión de las disposiciones legales que existan en lo relativo a la formación de la Auxiliar de Enfermería ó para reflexionar sobre ellas donde no existan. Así, se podrían pasar alternativas tales como modificar los programas en marcha, o crear otros que permitan preparar en tiempo prudencial auxiliares calificados para cada nivel de atención, en un sistema educativo donde los diferentes currícula orientados todos hacia la prevención en sus tres niveles, provean a los alumnos las oportunidades necesarias para adquirir las destrezas psicomotoras e intelectuales indispensables a su ejercicio competente en el nivel de atención a

que vayan a ser destinados, y para aprender a trabajar como miembro de un verdadero equipo de salud.

Para finalizar, determinar tipos y números de Auxiliares de Enfermería necesarias es una tarea que requiere investigación constante, sólo así se podrá asegurar la formación de un personal que responda a las necesidades cambiantes del sector salud, la sociedad y la propia persona.

PRODUCCION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LOS  
CENTROS DE CAPACITACION UBICADOS EN  
TEGUCIGALPA, D.C.

AÑOS 1957 - 1971

AÑOS	CENTROS DE CAPACITACION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA		TOTAL
	LAS CRUCITAS	TEGUCIGALPA	
1957-1959	42	-	42
1960-1961	43	65	108
1962-1963	33	215	248
1964-1965	34	93	127
1966-1967	105	68	173
1968-1969	50	48	98
1970-1971	38	30	68
TOTAL	345	519	864

FUENTE DE INFORMACION: Libros de Registro de los Centros de Capacitación Las Crucitas y CENARH.

## ANEXO No. 2

PRODUCCION DE PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LOS 3 CENTROS  
FORMADORES. 1974 - 1985

AÑOS	CENTROS FORMADORES			TOTAL
	CENARH	CERARH NORTE	CERARH SUR	
1974	57	45	24	126
1975	60	61	41	162
1976	68	52	60	180
1977	77	92	116	285
1978	190	80	82	352
1979	105	84	105	294
1980	83	95	94	272
1981	99	88	92	279
1982	109	57	42	208
1983	54	59	46	159
1984	67	51	36	154
1985	105	49	33	187
TOTAL	1074	813	771	2,658

## ANEXO No. 3

DISTRIBUCION DE PERSONAL AUXILIAR POR REGIONESDE SALUD. 1982

REGIONES DE SALUD	NUMERO	%
METROPOLITANA	1,263	44.04
No. 1	144	5.02
No. 2	212	7.39
No. 3	400	13.93
No. 4	189	6.59
No. 5	260	9.07
No. 6	256	8.92
No. 7	141	4.91
Nivel Central	3	0.11
TOTAL	2,868	100.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Abarca, Alfonsyna y Colaboradores. Preparación Personal Auxiliar de Enfermería. Tema presentado en el I Congreso Nacional de Profesionales de Enfermería, Enero, 1974
- 2.- Abarca, Alfonsyna y Colaboradores. La Enfermera en el Plan Nacional de Salud de Honduras. Antología de Experiencias en Servicio y Docencia en Enfermería en América Latina. Publicación OPS No. 393
- 3.- Chan Salgado, Mayra y Emma de García. Bosquejo Histórico de la Escuela para Auxiliares de Enfermería del CENARH. Material mimeografiado. Junio 1979
- 4.- MSP, Honduras Memorias 1976 - 84
- 5.- MSP, Bases conceptuales del Proceso de Extensión de Cobertura en Honduras, 1977
- 6.- MSP, Informes de la División de Desarrollo de Recursos Humanos, 1979-80 - 81 y 82

- 7.- OPS, El Auxiliar de Enfermería, Consideraciones Generales sobre su formación y utilización, 1979
- 8.- Pineda Elia B. y Colaboradores. Estudio sobre características de la fuerza de trabajo y las condiciones y práctica del personal de Enfermería en Honduras, 1985
- 9.- Souza A. Desarrollo de los servicios de Enfermería en la OPS: Impacto en la Educación de Enfermería en la América Latina. 1940 - 1980. 1982
- 10.- Verderese, Olga. Análisis de la Enfermería en la América Latina. Antología de Experiencias en servicio y docencia en Enfermería en América Latina. Publicación OPS No. 393, 1980
- 11.- Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras, Situación del Recurso de Enfermería en Honduras, 1982.