PONENCIAS:

2.- MESA REDONDA: "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "LOS DEPARTAMENTOS DE ENFERMERÍA: DIMENSIÓN INVESTIGADORA". Autores: Dña. Mª Dolores Flores Bienert. Catedrática. Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

- **D. David Armero Barranco.** Profesor Ayudante Departamento de Enfermería.
- 3.- MESA REDONDA "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "EVOLUCION HISTORICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN ENFERMERIA"

AUTOR: D. José Siles González. Catedrático de Fundamentos de Enfermería.

Director Departamento de enfermería. Universidad de Alicante.

4.- MESA REDONDA "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "TRANSMISION DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO"

Autor: D. Manuel Amezcua Martínez. Jefe de Bloque de Docencia e Investigación

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Director de la Fundación Index.

5.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DISCÍPULOS"

PONENCIA: "EL ENFERMERO GENERALISTA: TEORIA Y PRACTICA"

AUTOR: D. José Miguel Yague Sánchez. Enfermero. Tutor de prácticas. Hosp. Sta. Mª del Rosell. Cartagena.

6.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DE DISCÍPULOS"

PONENCIA: "ENFERMERO INTERO RESIDENTE (EIR): LAS ESPECIALIDADES COMO DISTINTIVO CATEGÓRICO DE UNA PROFESIÓN".

AUTOR: D. GERMÁN PACHECO BORRELLA. Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Presidente de la "Asociación de Enfermería en Salud Mental".

Nº. 7.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DISCIPULOS"

PONENCIA: "TOMÁS DE AQUINO Y LA ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD"

AUTORA: Dña. Carmen Sellán Soto. Psicóloga. Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del H.U. La Paz. Madrid.

Nº 8.- MESA REDONDA: "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS".

PONENCIA: "LA CLINICA ENFERMERA Y SU EVOLUCIÓN EN EL SENO DE LA UNIVERSIDAD"

Autor: D. José Luis Merino Castillo. Presidente de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia (SEAPREMUR). Sociedad integrada en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Nº 9.- MESA REDONDA "LA ENFERMERA CLINICA: APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS"

PONENCIA: "DEMANDA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN LA CLÍNICA".

AUTORA: **Dña. Pilar Pérez de Ulate Berraondo**. Responsable de programa de Formación Continuada de Enfermería de Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

Nº 10.- MESA REDONDA "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS"

PONENCIA: "MÉTODO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA ENFERMERA!"

AUTORA: Dña. Ángeles Rodeño Abelleira. Enfermera. Licenciada en Antropología

Directora de Enfermería del C.H. Arquitecto Marcide. Prof. Novoa Santos. Ferrol.

Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería Y Podología de Ferrol.

Nº 11.- MESA REDONDA: "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACION DE SUS CONOCIMIENTOS"

PONENCIA: "PROYECTO NIPE: UNIFICACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO"

AUTORA: **Dña. Carmen Arellano Morata**. Enfermera Hosp.G.U. de Murcia. Coordinadora del Proyecto NIPE en la región de Murcia.

Nº 12.- MESA REDONDA: "ENFERMERÍA: CULTURA POLITICA"

PONENCIA: "LA ENFERMERIA EN LAS DISTINTAS CULTURAS ORGANIZATIVAS SANITARIAS".

AUTOR: D. José Francisco García Aguilar. Director de Enfermería Atención Especializada Area 20. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Profesor Asociado de la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante.

13.- MESA REDONDA: "ENFERMERIA: CULTURA POLITICA"

PONENCIA: "GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS"

AUTOR: Javier Iniesta Alcázar. Director de Enfermería Hospital Universitario "José Ma Morales Meseguer" (Murcia)

COMUNICACIONES ORALES

1 "ACTITUD PEDAGÓGICA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN URGENCIAS."

AUTORES: (*)Martín Rodríguez, Miguel; (*)Piñero Zapata, Manuel; (*)Legaz Moreno, Mª Eva; (*)Tomás Manrubia, Mª Teresa; (**)Martín Rodríguez, José; (***)Beltrán Bañon, Marta. (*)Enfermeros del Hospital Los Arcos. Servicio Murciano de Salud. (**)Enfermero del Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena. Ministerio de Defensa. (***)Alumna de segundo curso de la Escuela de Enfermería de Cartagena.

- 2 "MEJORA DE LA CALIDAD DOCENTE EN LA ASIGNATURA DE ENFERMERIA ASISTENCIAL". AUTORES: Carmen Vila Gimeno (DUE), Anna Candel Gil (DUE), Mª Teresa Giró Molner (DUE, Lic. Pedagogía). Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Blanquerna. Universidad Ramón Llull. Barcelona.
- 3 "REPERCUSIONES DE PLANTEAMIENTOS AMERICANOS EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO". AUTORES: Fernández Mérida, Mª Concepción*; Amat Mata, Juan*; García Rodríguez, José Juan*. * E.U.E. Diputación de Málaga.
- 4 "ESTRATEGIA DOCENTE EN EL DESARROLLO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN". AUTORES: M.Teresa Giró Molner (1.2), Carme Vila Gimeno (1), Magdalena Llesuy Salvador (1), Victoria Morin Fraile (1.2), Cristina Olive Adrados (1.2) DUE; (1.2) Lic. Pedagogía; Escuela Universitaria de Enfermeria Blanquerna . Universidad Ramón Llull. Barcelona.

5 "LA IMPORTANCIA DE LA SEMÁNTICA EN LA ENFERMERÍA"

AUTORAS: Laura Baelo Yagüez, Elena Corrales Moreno, María Fernández Martín, Raquel Grijalvo Uriel. Diplomadas Universitarias en Enfermería, Título Superior en Ciencias de la Salud: Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.

6 "NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: UN ANÁLISIS SOBRE LA INFORMACIÓN QUE POSEEN". AUTORES: Arriaga Piñeiro, Esperanza; De la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Alberdi Castell, Rosamaría; Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; Balle Cabot, María.

7 "INCIDENCIA DE LOS ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN EN LA SATISFACIÓN DE LOS PROFESIONALES UN ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA ANDALUZA". AUTORES: Arriaga Piñeiro, Esperanza; de la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Alberdi Castell, Rosamaría; Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; García Mena, José Manuel.

8 ¿ES LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN UN ELEMENTO DE SATISFACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS?. RESULTADOS DE UN ESTUDIO ANDALUZ".

AUTORES: De la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Arriaga Piñeiro, Esperanza; Alberdi Castell, Rosamaría; Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; Balle Cabot, María.

9 Comunicación que recibió el Premio al mejor trabajo presentado en las XXIV Sesiones AEED.

"ESTUDIO PILOTO PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS DE APRENDIZAJE ESPECÍFICAS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (HUVH)"

AUTOR/ES: *Molina Sánchez T, *Guillamet Lloveras A, **Diez Sanz M J, ***Sánchez Vallejo JC, ***Castrillo Pérez C, ***Martí Mestre M, ***Melado Delgado M, *Profesores de Enfermería. Medicoquirúrgica EUI Vall d'Hebron, Barcelona ** Supervisora unidad de quemados, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona *** Enfermeros unidad de quemados, Hospital Vall d'Hebron Barcelona, **** Estudiantes EUI Vall d'Hebron, Barcelona. Institución: Escuela de Enfermería Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

10 "SATISFACCION DE LOS GRUPOS DE RELAJACIÓN". AUTORES: A Mª HURTADO LOPEZ*; PILAR CARO GUTIERREZ*. * Enfermeras del Centro de Salud Mental de Cartagena, Unidad de Adultos.

11 ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO. UNA EXPERIENCIA EN EL AULA. AUTORES: Valls V., Roca J., Sanromà M., Lamoglia M.

12 "LA ACCION TUTORIAL EN EL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS" AUTORES: Artiga Ruiz, Trinidad*, Hernández Martínez, Helena**, López Martínez, Francisco*, Pascual Benito, Mª Isabel*. *Profesor/ra EUE-SESCAM de Guadalajara. ** Directora EUE_SESCAM de Guadalajara.

13 "LA NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA EN LA DOCENCIA ENFERMERA". AUTORES: Pascual Benito, Mª Isabel*; Artiga Ruiz, Trinidad*; Hernández Martínez, Helena**; LópezMartínez, Francisco*. ** Directora E.U.E. SESCAM Guadalajara. * Profesor/a E.U.E. SESCAM Guadalajara.

14 "INMIGRACIÓN Y FORMACIÓN TRANSCULTURAL". AUTOR: Moreno Preciado Manuel (Profesor Universidad Europea de Madrid).

15 "CONTRIBUCIÓN DE LA ASIGNATURA LEGISLACIÓN Y ÉTICA A LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA ENFERMERA". AUTORES:

Meseguer Liza, C.; *Torralba Madrid, Mª J.;*Sánchez Vigara, E.; ***Hernández García, C. * Profesora Titular Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. ** Profesor Asociado Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. *** Diplomadas en Enfermería.

16 "ORDENACIÓN DE LA FORMACIÓN PRACTICO CLINICA DE ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID". AUTORA: MARIA VICTORIA ANTÓN NARDIZ (*) (*) AGENCIA "LAIN ENTRALGO " PARA LA FORMACIÓN INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS. COMUNIDAD DE MADRID. A.F.I.E.S.

17 "TRABAJANDO HABILIDADES Y ACTITUDES UNIVERSITARIAS: UNA EXPERIENCIA DOCENTE". AUTORES: Pérez Pérez, Isabel (lic enfermeria, lic pedagogía); Costa Tutusaus, Lluis (lic. biología); Garcia Gay, Lourdes (lic quimiques, dra psicopedagogía); Godall Castell, Maria (lic. biología, Dra pedagogía); Muñoz Sanjuán, Consol (dipl.enfermeria lic teologia). Escola univesitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna. Universidad Ramon Llull Barcelona.

POSTERS

1 EL GROUPWARE UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO COLABORATIVO

AUTORES: Arlandis Casanova, Matilde; Castro Marcos, Maria Victoria; Gimena Díaz, Manuel. Estudiantes del segundo ciclo del Titulo Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid: **Institución** Hospital Universitario "La Paz" de Madrid.

2 POSTER: "2001 RECETAS PARA UN ACERCAMIENTO EN

ENFERMERÍA" AUTORES: Chas Barbeito, Manuela Cristina*; Bravo Martínez, José**. Fica Hernando, María Luz*; Ortíz Martínez, Teresa***; Martínez Rodríguez María del Pino***; Culebras Ortiz, Teresa. *****PTEU.Enfermería Lanzarote. **PATC. Enfermería Lanzarote. *** PATP. Enfermería Lanzarote. ***Enfermera Hospital General de Lanzarote. INSTITUCIÓN: Centro de Estudios de Enfermería. Lanzarote.

3 POSTER: COMO FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO. AUTORAS:

M.Teresa Giró Molner (1.2), Isabel Pérez Pérez (1.2), Montserrat. Pérez Guerrero (1), M. Angeles Piñol Torelló (1.3), Isabel Romero Ruzafa (1.4) (1)DUE; (2) Llic. Pedagogía; (3) Llic. Humanidades; (4) Llic. Antropología. Escuela Universitaria de Enfermeria Blanquerna . Universidad Ramón Llull. Barcelona.

TALLERES DE TRABAJO

1 "FORMACIÓN CONTINUADA DESDE LA PRACTICA DIARIA". Autora:

Dña. Mª Consuelo Carballal Balsa. Supervisora de Formación Continuada e Investigación. Complexo Hospitalario "Arquitecto Marcide Prf Novoa Santos"- Ferrol .A Coruña.

2 "LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROTOCOLO COMO GESTION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL". Autora: Dña. Mª José López Montesinos. Profesora titular Dep. Enfermería. Universidad de Murcia.

3 "CUIDANDO AL CUIDADOR PRINCIPAL" Autor: D. Francisco Megías-Lizancos. Prof. Titular. Enfermería Comunitaria y Ecología Humana; y Relaciones de Ayuda mutua. Colaboradores: D. Jorge L. Gómez González: Prof. Interino Enfermería Comunitaria y Ecología Humana. Dpto. de Enfermería. Universidad de Alcalá. **Y** Dña. Marisol Martínez Megías: Enfermera. A.P. Area 2. Madrid.

Nº 1.- CONFERENCIA INAUGURAL:

"ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES AMERICANAS EN LA ENFERMERÍA"

Autora: Licenciada Dña. Susana Salas Segura

Directora Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Autónoma de México.

En el marco de la globalización y la reforma del sector salud de las últimas décadas en las Américas, los recursos humanos constituyen uno de los factores decisivos para la generación de cambios hacia sistemas de salud más acordes a los requerimientos de la población. Como sabemos, la reforma del sector puso en evidencia problemas tradicionales, modificó el mercado laboral y generó nuevas dificultades con respecto a ellos, del orden de la educación, la distribución, la gestión, la calidad y las condiciones de trabajo.

Los recursos humanos de enfermería integran una alta proporción de la fuerza de trabajo en salud, no solo en términos cuantitativos, insumiendo buena parte de los presupuestos sanitarios, sino, especialmente cualitativos, entregando la mayor parte de las prestaciones de salud. En la mayoría de los países de la Región de las Américas se admite que el 80% de la fuerza laboral en salud está compuesta por personal de enfermería ¹.

En este contexto, puede afirmarse que los últimos años han representado para la enfermería un proceso de despegue que pocos hubieran imaginado tiempo atrás, proceso en que la enfermería de las Américas parece haber asumido la responsabilidad de su destino profesional y, en una ética coherente con ese pensamiento, estar produciendo análisis inteligentes, desencadenando proyectos estratégicos y creando las condiciones políticas, técnicas y humanas para conducir el proceso. Nadie puede a esta altura negar que la tradicional quietud e inercia de la enfermería deviniera en movilización Regional en busca de un nuevo lugar sanitario, científico y social ².

Sorprende ver que en muchos países de la Región, las enfermeras se reúnen para estudiar y aprobar políticas y planes de desarrollo nacionales y regionales, desarrollar investigaciones, transformar la educación, ocuparse de la calidad de los servicios, promover la legislación, participar en las decisiones públicas de salud.

² Malvárez, S. Conferencia "La Investigación en Enfermería en el Contexto de la Salud Mundial". VIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. México. Octubre 2002.

¹ La enfermería en la Región de las Américas. OPS-OMS, 1999.

La Organización Panamericana de la Salud ha constituido un factor principal en el proceso de desarrollo de la enfermería en las Américas y tanto en el desenvolvimiento de los servicios, como en el campo de los recursos humanos de enfermería, muestra una larga e intensa historia de contribuciones y avances.

GLOBALIZACIÓN, SALUD RECURSOS HUMANOS Y ENFERMERÍA

El contexto de globalización, del que participa el desarrollo de recursos humanos en salud y de enfermería, se constituye como una densa trama de procesos sociales de diferentes categorías sujetos a permanentes cambios:

- Los procesos históricos y culturales que parecen haber ingresado en un tiempo de aceleración de la historia y la transcultura consecuente de las migraciones, las comunicaciones y las relaciones transnacionales.
- Los cambios geopolíticos devenidos de la mundialización de la economía de mercado que proponen un nuevo orden internacional y como doctrina única, imponen la liberalización de los mercados a escala planetaria manifestándose en todos los órdenes de la vida.
- La explosión científica tecnológica que, implicando hasta los procesos mismos de inicio y final de la vida, ha producido avances sin precedentes en la mejora de la calidad de vida, instalando el conocimiento y la tecnología de la información como insumo estratégico principal del desarrollo y abriendo nuevos escenarios para el desempeño profesional.
- La transformación comunicacional que, al tiempo que vincula con increíble velocidad a las personas y a las instituciones, instala realidades virtuales paralelas y substantivas y genera un espacio de transacciones de diferente orden que impone y desarrolla nuevas lógicas de funcionamiento social.

El impacto de estos cambios en la salud de las poblaciones se debate también en innumerables paradojas:

- Ha sucedido un claro mejoramiento de la vida cotidiana y de las condiciones de salud en el mundo.
 Ha aumentado la esperanza de vida, ha disminuido la mortalidad general e infantil y muchos más hogares tienen acceso a los servicios básicos de salud y saneamiento.
- Simultáneamente aumentaron las desigualdades, la pobreza, la marginalidad, el ataque al medio ambiente y la enfermedad influidas por el grado de inequidad en la distribución de los ingresos, mientras que los indicadores de salud dan cuentas de que las sociedades más sanas, por ejemplo, de las Américas no son necesariamente las más adineradas.

- Se observa una superposición y entrecruzamiento de perfiles epidemiológicos en que conviven enfermedades del tercer mundo con el del primero y padecimientos milenarios con padecimientos de la hipercivilización. Se observa una re-emergencia de enfermedades infecciosas y crónicas, siendo las cardiovasculares las que llevan el predominio de la mortalidad. La pandemia de SIDA, la persistencia de altos índices de mortalidad materna e infantil en algunos lugares, la malaria y la tuberculosis parecen destacarse entre los países de menores ingresos, mientras que la hipertensión, obesidad, el alcoholismo, las adicciones, la violencia, las enfermedades cardiovasculares y degenerativas se destacan entre los países de altos ingresos.
- Ha cambiado el ranking mundial de las enfermedades con predominio de los padecimientos vinculados al sufrimiento psíquico y al comportamiento: los problemas de salud mental no discriminan: un 42% de la carga mundial de enfermedades está constituida por padecimientos mentales severos (8%) y problemas del comportamiento (34%). Para el año 2020 los problemas de salud mental constituirán la principal causa de morbilidad y discapacidad en el mundo³.
- La tecnología de la información ha impactado radicalmente en el desarrollo de los servicios de salud y representa un enorme desafío mantener y aumentar la conectividad.
- En este contexto, los recursos humanos para la salud constituyen el núcleo central de las prácticas sanitarias, las reformas y, en algún sentido, las debilidades.
- El mundo educativo en la formación de personal de salud ha cambiado y muestra las consecuencias de la desregulación a la par que desarrollos científicos positivos impactan en una especialización desigual de las profesiones y al interior de ellas.

En el contexto global y Regional, la enfermería transita un doble proceso de cambio: un cambio regresivo y otro progresivo que permite advertir positividades y negatividades, unidad en la diversidad, dialogicidad y movimiento.

El cambio regresivo ajusta la enfermería regional y particularmente la enfermería latinoamericana a condiciones vinculadas a las diversidades del desarrollo y la reforma del sector salud, tales como:

- La pauperización y lenta desaparición de los servicios públicos de salud.
- La incipiente politización y mercantilización de los puestos de enfermería.
- El tradicional autoritarismo de las instituciones y de la propia enfermería en sus sistemas de relaciones y de organización vertical.
- La substitución e intermediación de las relaciones con los sujetos de cuidado.

3

³ Dejarlais. "La salud mental en el mundo". OPS/OMS, 1998.

- La casi ausencia de evaluación y control en la calidad de los cuidados.
- La migración de las enfermeras.

En contraste, un cambio progresivo también esta sucediendo. Analizando los últimos 20 años, es posible mirar los avances de la enfermería, siendo estas últimas décadas las que seguramente la historia mostrará con un salto cualitativo.

- El proceso de profesionalización se ha iniciado.
- Aunque de manera no uniforme ni mayoritaria, se están produciendo cambios en la composición de la fuerza de trabajo, signados por los procesos de escolarización primaria, secundaria, auxiliar y técnica; por el acceso a licenciaturas, maestrías y doctorados y por una búsqueda de formación permanente, estudio y progreso en todos los niveles mostrando un aumento de profesionales y una disminución de personal empírico.
- Se han iniciado acciones relativas a la legislación en materia de ejercicio y carrera profesional.
- Muchos grupos de enfermeras han avanzado en la inserción política accediendo a lugares centrales de participación en las decisiones de salud.
- En materia de ciencia y tecnología, aún cuando los desarrollos son incipientes y no obstante las dificultades para definir el objeto de estudio, la carencia de teorías integrales y las precarias condiciones de realización de la investigación, se advierte un esfuerzo por desarrollo de la investigación.
- Y en contre con las dificultades económicas de todo orden, las asociaciones profesionales han comenzado a activarse.

MISIÓN DE ENFERMERÍA

Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario a fin de contribuir a un mayor bienestar de la población en sus procesos de desarrollo.

Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana ⁴.

VISIÓN DE ENFERMERÍA

Los servicios de enfermería son un componente de los sistemas de salud esencial para el desarrollo de la sociedad. Contribuyen eficazmente al logro de mejores condiciones de vida de los individuos, las familiar y

⁴ OPS, La Enfermería en la Región de las Américas. Serie 16 Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1999. pg. 45.

las comunidades mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención a toda la población.

Su reto es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la formación, la práctica y la investigación. Por esta razón se proyectan hacia el mantenimiento de la excelencia técnica de las intervenciones que realizan, teniendo en cuenta los avances sociales, científicos, humanos y tecnológicos 5.

CARACTERÍSTICAS DE LA FUERZA LABORAL EN ENFERMERÍA

Uno de los aspectos más importantes a considerar es la oferta de personal de enfermería. En diferentes análisis se ha identificado que si bien el número de profesionales y auxiliares de enfermería ha aumentado, aún se registra escasez en la mayoría de los países. Iqualmente, se presenta deserción o abandono de la profesión u oficio en busca de opciones con mejores remuneraciones y condiciones de trabajo; falta de aspirantes para ingresar a los programas de formación en enfermería, especialmente en el nivel universitario. Las relaciones enfermera - población, enfermera profesional - auxiliar, enfermera - médico, no han avanzado los suficiente para dar respuesta a las necesidades de la comunidad y del sector salud. En el informe de enfermería de la Región de las Américas, se observa un rango muy amplio de enfermeras por 10.000 habitantes, desde 1,07 en Haití hasta 97,2 en los Estados Unidos ⁶. Canadá, Estados Unidos y algunos países del caribe tales como Cuba, Guayana Francesa, tienen una situación más favorable, dado que cuentan con un mayor número de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes.

Igualmente existe una gran desigualdad en la distribución geográfica del recurso humano de enfermería, puesto que la mayoría se encuentra ubicado en los grandes centros urbanos; así mismo, este recurso se concentra en instituciones dedicadas a acciones curativas. Por ejemplo, en Guatemala el 70% del personal de enfermería esta ubicado en hospitales 7. También la migración entre países afecta dicha distribución en la Región y los países que ofrecen mejores condiciones de vida y de trabajo concentran un mayor recurso.

En México la fuerza laboral de enfermería presenta extrema heterogeneidad, que a la vez se diferencia entre estado y municipios, zonas urbanas y rurales y entre instituciones del sector salud. El Sistema Administrativo de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reportó en 1999 que laboran en el sector 152.157 enfermeras, el 61.51% es personal profesional y el 39.49% no profesional. El 55.19% de las enfermeras prestan sus servicios en los hospitales de 2° nivel, el 18% en hospitales de alta especialidad y sólo el 21.81% en unidades de 1^{er.} nivel.

⁵ OPS, Plan de Desarrollo de la enfermería para América Latina: Una Respuesta. Serie 6 Desarrollo de Recursos Humanos. 1997. pg. 11.

⁶ Op-cit, pg. 8-11

⁷ Esto es debido al modelo curativo de atención en salud, imperante en toda la Región.

En los EE.UU., el envejecimiento del personal de enfermería es uno de sus problemas más importantes; se calcula que para el año 2010 el 50% de las enfermeras actuales estará fuera del mercado laboral, esto posiblemente influirá en la migración de enfermeras de los países menos desarrollados. En Guatemala también se presenta este fenómeno que incrementa el déficit de enfermeras en el sector público pues las jubiladas continúan trabajando en el sector privado.

En México ocurre la misma situación con respecto a las diferencias salariales que varían entre instituciones del sector salud públicas y privadas. En particular no existe una retribución diferenciada entre el licenciado en enfermería y el técnico en enfermería. Con mucha frecuencia enfermeras profesionales tienen sueldos de auxiliares de enfermería y éstas de enfermeras profesionales como resultado de negociaciones sindicales y políticas de ajuste escalafonaria que privilegian la antigüedad laboral y no la formación profesional.

FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

La educación es uno de los elementos claves para hacer posible que el personal de enfermería contribuya eficiente y eficazmente a la transformación de los sistemas de salud y a lograr la meta de salud para todos. Los datos recolectados por la OPS, muestran que actualmente existen en la región 2.173 programas de formación en enfermería clasificados en categorías de licenciatura (4 a 5 años), diplomado (3 años) y de nivel técnico (2 años) ⁸. Sin embargo los contenidos de los programas pueden ser bastante diversos entre los países y aún dentro de un mismo país.

En este campo se han impulsado proyectos que buscan mejorar la formación de enfermeras y cualificar su desempeño. Un ejemplo de ello es el programa multiprofesional que la Fundación Kellogg apoya en diferentes países y a través del cual se busca elevar el nivel de formación del personal de enfermería de acuerdo con la situación de cada países en particular. El desarrollo constante del conocimiento y el incremento de la investigación y las tecnologías en la ciencias de la salud hacen perentoria la formación continua de enfermería, tan vital para afrontar con éxito los cambios que el sistema de salud y la sociedad deparan.

Hace falta unificar, a nivel de cada país, los contenidos curriculares y los requisitos académicos básicos para ingresar a programas de formación de enfermería en los países de la Región que faciliten la movilidad de profesionales (convalidación) entre países.

_

⁸ OMS, La Enfermería en la Región de las Américas. 1999:14.

Para responder a las necesidades de salud de las comunidades el grupo de expertos de la OMS ⁹ propuso en 1992 la formación de la enfermera generalista o "enfermera salud para todos", quien debía poseer el conocimiento y las habilidades para desarrollar acciones de salud tanto en el

campo clínico como comunitario. Ello implica el análisis detallado, la reestructuración o ajuste de los programas de formación, con una metodología que asegure la apropiación del conocimiento tanto del campo clínico como comunitario. Se debe considerar que la formación no sólo se adquiere con la asistencia a seminarios y congresos, sino también con las sesiones clínicas, las reuniones de equipos de enfermería y multidisciplinarios. La educación avanzada prepara al personal de enfermería para contribuir en igualdad de condiciones y de manera competente al desarrollo del equipo de salud.

En cuanto a los programas de formación de posgrado, éstos han tenido un desarrollo creciente en los países de la Región. Según el informe de la OPS (1999:17), en 1994 había 690 programas de posgrado distribuidos en 271 de especialización; 311 de maestría y 71 de doctorado. La formación de posgradudados en el área cardiovascular, por ejemplo, aporta elementos transformadores en la calidad del cuidado al usuario, cuya eficacia se traduce en la toma de decisiones oportuna, segura, integral y acorde con las necesidades.

ROL DE ENFERMERÍA EN NIVELES DE DECISIÓN

Del informe de la reunión regional sobre "El Rol de la Jefe de Enfermeras de los Países de la Región de las Américas" celebrada en Cuba en Septiembre de 1996¹⁰, se destacan los siguientes aspectos:

- En Canadá fue necesario crear una representación de enfermería en el gobierno central, además del nivel de las provincias ya existente. En los Estados Unidos se cuenta con enfermeras en la jefatura de la División de enfermería en el nivel nacional, en el Consejo Asesor del Ministro y en el Instituto Nacional de Investigación en Enfermería, entre otros.
- México al parecer está enfrentando una situación más difícil pues no hay cargos, ni una estructura de enfermería a nivel nacional, se tiene una posición de asesoría a nivel de la Secretaria de Salud.
- En Centroamérica las enfermeras están participando en los procesos de reforma del sector salud, aunque no ha sido fácil involucrarse en el nivel político. Panamá tiene una situación ventajosa en al medida que el 50% del recurso de enfermería es profesional, existe una Asociación de Enfermeras fuerte, una División de enfermería bien organizada y una unidad entre docencia-servicio-gremio. En Costa Rica, se tiene una estructura fuerte y hay una enfermera en el Ministerio de salud participando

⁹ OMS, La Enfermería en Acción. 1993:20.

¹⁰ OPS, Reunión Regional sobre "El rol de la jefe de enfermeras de los países de la Región de las Américas" celebrada en Cuba en septiembre de 1996. pg. 10.

en los procesos de Reforma. En Guayana, la partería está organizada por un Consejo de Enfermería General.

- Cuba parece tener una posición más favorable, en la cual desde una Dirección Nacional de Enfermería se definen estrategias para este servicio y se cuenta con la voluntad política del Ministerio de Salud para apoyar su desarrollo, centrado en la Acreditación de hospitales, la ética, la bioética, la educación permanente, la educación para la salud, la atención del adulto mayor, el control de infecciones, la investigación y los programas de maestría y doctorado para enfermeras.
- En Bolivia a partir de las reformas del Estado se elimina el are de enfermería en el nivel nacional y las enfermeras pasan a ser parte de equipos multidisciplinarios, donde se ocupan específicamente de aspectos normativos y de ejecución de proyectos de salud. Es importante resaltar la experiencia de este país, donde no existe Departamento, División o Dirección Nacional de enfermería; sin embargo, mediante el trabajo en equipo multidisciplinario, enfermería ha ganado liderazgo y reconocimiento por su calidad técnica y profesional.
- En Venezuela existe una jefe de la oficina técnica de enfermería del Ministerio de Salud.
- En Colombia no existe una Dirección Nacional de Enfermería en el Ministerio de Salud, ni en ninguna institución de dirección de carácter nacional o territorial. Existen algunas enfermeras que hacen parte de los equipos técnicos que desarrollan proyectos de salud, tanto en el nivel nacional como en el departamental, en las diferentes entidades del sistema.
- En las entidades Internacionales, tales como la OPS, OMS, UNICEF y OIT existen pocas enfermeras vinculadas. En el caso de la OPS ha habido una disminución progresiva de los cargos de enfermeras en la planta de personal de la institución.

Es importante tener en cuenta que el propósito fundamental del posicionamiento de enfermería en los niveles estratégico y de gestión de las instituciones nacionales e internacionales es asegurar una contribución de enfermería al desarrollo de la política de salud para beneficio de los ciudadanos y no representar a la profesión en el Ministerio para beneficio de la misma ¹¹. El posicionamiento se logra en la medida en que las acciones y contribuciones de las enfermeras en estos niveles generen impacto en la gestión del sistema, en el sector, en sus organizaciones y por supuesto, en la salud de la población. Es de manera eficiente y eficaz a la disminución de los costos sanitarios, a mejorar el estado de salud y a mantener un alto grado de satisfacción. La contribución de enfermería en el diseño de políticas y la organización de los servicios fortalece la visión y el desarrollo integral de los mismos.

¹¹ OPS, Reunión Regional. "El rol de la jefe de enfermeras gubernamentales en los países de la Región de la Américas. 1996. pg. 51.

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

Para hacer una reflexión respecto al liderazgo que enfermería requiere en América Latina, es necesario hacer notar algunos cambios que están afectando al Sector Salud y por tanto también al Sistema de Enfermería, entre ellos destaca el envejecimiento de la población, los cambios en el perfil epidemiológico hacia uno de transición, donde no han desaparecido los problemas propios de los países en desarrollo se les agregan aquellos de los países industrializados, la modificación de la estructura familiar con un alto porcentaje de mujeres entrando a la fuerza de trabajo, la ubanización masiva, el aumento de las expectativas de la población en cuanto a la calidad y cantidad de los servicios de salud, la aparición de los problemas sociales impactan negativamente la salud y el bienestar de personas y comunidades, relación numérica inadecuada entre los diferentes grupos profesionales del área de salud y la reducción de donaciones de agencias filantrópicas especialmente desde la apertura de los países de Europa Oriental (Lange J., Urrutia M., 1997).

Por ser enfermería el personal de salud más numeroso y estar presente en todos los niveles de atención le exige ineludiblemente asumir su responsabilidad en promover los cambios necesarios para lograr que la población tenga acceso a una atención de salud integral, de buena calidad, oportuna y continua. El abrirse estos espacios de participación requiere de liderazgo.

La enfermera profesional vive, hace ya bastante tiempo una crisis de identidad expresada en una necesidad imperiosa de buscar limites precisos que separe su quehacer del de otras profesiones o del resto del equipo de salud. Esta dificultad para decidir los límites — lo que ha sido visto por los profesionales de enfermería como una debilidad interna — es una característica que precisamente los demás valoran como fortaleza ya que se traduce en la capacidad para captar y manejar globalmente las situaciones.

El proceso de liderazgo en enfermería implica asumir el desafío de clarificar y dar visibilidad a su rol, educar al público en relación al mismo y fortalecer su respaldo legal, lo cual permitirá lograr un mayor estatus de la profesión.

Para resolver de modo integral los problemas de salud de la población debemos reconocer y aceptar que debido a la complejidad de la situación de salud es necesario que la atención de salud sea cada día más interdisciplinaria e incluso transdisciplinaria lo que significa que una misma acción puede ser ejecutada, dependiendo del momento, sitio y concepto, por diferentes miembros del equipo de salud. Esta sobreposición de roles y tareas entre los distintos profesionales y técnicos del equipo de salud es inevitable, y concllevará en una primera etapa a muchos conflictos profesionales y gremiales. La complementariedad intersectorial es necesaria para una intervención integral en salud y resalta la necesidad de comprender los

argumentos de los otros sectores sociales para poder potenciarlos o enriquecerlos con el aporte específico de la profesión de enfermería y lograr así un modelo sanitario que esté apoyado por los diferentes sectores y que contribuya eficientemente al desarrollo.

La enfermera profesional tiene múltiples espacios para desarrollar su liderazgo. Se requieren enfermeras que contribuyan a: la consejería en la promoción, prevención y cuidados de la salud; gerencia de proyectos que fomenten la salud biopsicosocial de los grupos sociales más vulnerables; definición de prioridades y asignación de recursos en salud a nivel local; gerencia de los servicios de salud; informática en salud; creación de instituciones de cuidado intermedio y esquemas de atención domiciliario; modificación de políticas de salud para valorizar el trabajo de los profesionales no médicos y facilitar el trabajo interdisciplinario; organización e iniciativas sociales de cuidados de salud y control de riesgos, como son la formación de grupos de autoayuda.

El empowement mal traducido al español como empoderamiento, es el proceso a través del cual se le sayuda a las personas o grupos en una institución o en una comunidad a tomar control sobre los factores que afectan su vida. Según Coop, las personas que ayudan al empoderamiento generalmente son personas abiertas y receptivas; muy vitales; bastante libres de prejuicios y estereotipias; creen en la justicia y en la equidad, tienen recursos, contactos y trabajan en redes. Las enfermeras podrían incrementar el poder de la profesión si son capaces de privilegiar los intereses comunes sobre aquellos particulares. También, las enfermeras que deciden asumir el rol de seguidoras deben estar dispuestas a "empoderar a aquellas que lideran, para así unificar y cohesionar a todas las enfermeras". Las enfermeras necesitan aprender a valorarse mutuamente y reconocer la contribución de cada cual al cuidado de la salud. La incorporación del concepto de interconsulta en enfermería es una forma de empoderamiento.

Los esfuerzos focalizados y dedicados a fortalecer la capacidad de las enfermeras a mejorar su autoimagen, a través del desarrollo de actitudes positivas hacia sí mismas y hacia su profesión, permitirá que la profesión incremente su nivel de energía y que renueve sus compromisos con las personas, grupos y comunidades a quienes sirven.

Las diferentes organizaciones de enfermería en vez de competir deben potenciar sus esfuerzos. Para ello se requiere cambiar el paradigma de escasez por otro de trabajo en redes y de abundancia. Es necesario recordar siempre que la enfermería como grupo es un gran recurso porque en número sobrepasa a todas las demás profesiones en salud. Por ello, en teoría, debiera tener la capacidad de influir en las decisiones si se organiza inteligentemente.

El estilo autocrático de liderazgo, que es tan prevalente no ayuda a desarrollar habilidades de liderazgo en los demás; al contrario, este estilo contribuye a confirmar a las enfermeras que más que pensar deben cumplir indicaciones. Existe una tendencia mundial de reemplazar las estructuras jerárquicas por otras más horizontales en que se estimula el trabajo en redes, la cooperación, se da fuerte énfasis a las buenas relaciones laborales, a la creatividad y a la innovación. En enfermería el cambio ha sido muy lento y con la tendencia a la descentralización no se ha logrado resolver ni la insatisfacción laboral permanente ni el déficit de enfermeras.

Es necesario contar con enfermeras con iniciativa, creatividad, originalidad para buscar nuevas soluciones a antiguos problemas, confiables, con confianza en sí mismas, buenas comunicadoras, con habilidades para motivar, entusiasmar y persuadir, con capacidad de adaptación y sensibilidad para reconocer a sus aliados. Si las enfermeras queremos adquirir status y ser valoradas dentro del equipo de salud entonces debemos abrirnos a nuevas misiones y visiones en la medida que la realidad así lo exige (Sweeney).

"Si las enfermeras no pueden demostrar que lo que hacen es valioso, entonces la sociedad no estará dispuesta de pagar por sus servicios". (Aldunce, 1999).

La enfermera debe mostrar claramente a la comunidad lo que la enfermera es y lo que hace. Sólo así se logrará un mayor reconocimiento social el que aumentará la demanda de la población por servicios profesionales de enfermería, influirá sobre las posibilidades para acceder a oportunidades de participación en la toma de decisiones y en la formación de equipos interdisciplinarios influyentes.

PRÁCTICA BASADA EN TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIAS

Las teorías de enfermería en conjunto con la práctica basada en investigación es vista como fundamental para el desarrollo profesional y por tanto para la práctica autónoma de enfermería.

Teoría y práctica no pueden ser entidades mutuamente excluyentes, las dos son inseparables. Es imperativo que las enfermeras puedan evidenciar y describir su contribución profesional a la salud de individuos, grupos, comunidades y población en general. El uso de los diagnósticos de enfermería por parte de las enfermeras es una forma de articular esta contribución.

La práctica basada en evidencias se origina en la certeza de que los profesionales de salud no pueden seguir basando sus prácticas en intuición, tradiciones o creencias, sino que en información basada en hallazgos de investigación y en el desarrollo científico.

El desarrollo de investigaciones centradas principalmente en el cuidado de enfermería, deberán contribuir al establecimiento de un cuerpo de conocimientos propios y a la fundamentación de la docencia y el servicio.

Es también indispensable la socialización de los resultados de investigaciones, no solo oralmente sino por escrito a través de publicaciones nacionales e internacionales; así mismo se debe estimular la aplicación de las mismas en la práctica cotidiana del profesional de enfermería.

No cabe duda que enfermería deberá mostrar su contribución específica en aquellos indicadores que tienen que ver con la recuperación del paciente y/o cambios en los perfiles de morbilidad de poblaciones concretas, de manera que se valores su trabajo desde dentro del sistema prestador de servicios y de la sociedad misma.

Para esto, es indispensable que base sus acciones en evidencia científica y documente su trabajo con los usuarios en términos de resultados deseados. Es decir, que provea evidencia que está utilizando conocimiento científico en el logro de resultados buscados con sus intervenciones como sería mejorar el estado de salud de los individuos, retardar la aparición de complicaciones, incrementar la calidad de vida, disminuir los re-ingresos, etc.

Al respecto, en México la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) se encuentra operando tres líneas de investigación sobre el impacto del cuidado de enfermería en la atención del anciano, del diabético, de la mujer embarazada y el niño, con el propósito de difundir los resultados y proponer modelos exitosos de intervención de enfermería comunitaria en el país.

Algunas preguntas que han surgido del análisis y reflexión realizada para elaboración del documento práctica de Enfermería en México incluyen las siguientes.

- ¿Qué modelos de atención de enfermería pueden mostrar calidad-costo efectividad y ser rentables socialmente sin dejar de lado a la población desprotegida o sin acceso a los servicios?
- ¿Cómo mostrar la contribución específica de enfermería en la salud de la población a pesar de no tener por el momento una alta proporción de profesionales y no estar en posiciones de liderazgo?
- ¿De qué manera se logra ascender a posiciones de nivel gerencial alto para ser parte del grupo que toma decisiones y establece políticas?
- ¿De qué manera la práctica independiente se transforma en una práctica privada rentable y competitiva para que sea reconocida por los seguros de gastos médicos ya sean privados o institucionales?
- ¿Cómo formar a los nuevos profesionales de la enfermería para que tengan una visión empresarial, sin dejar de lado a los grandes sectores de a población que viven en la pobreza?

- ¿Cómo desarrollar modelos de atención en grupos de población que por el momento no son atendidos y que el desarrollo social y la transculturación los influye para se atendidos por el grupo mostrando de esta manera una diversificación?
- ¿Cómo puede afectar en el futuro la reforma del Sector el costo efectividad en enfermería?

POSICIONAMIENTO EN EL ÁMBITO GLOBAL DEL ÁREA DE LA SALUD

Es imprescindible recuperar o crear espacios en todos los niveles de toma de decisiones con el fin de participar activamente en la definición, monitoreo y evaluación de las políticas de salud a través de la coordinación de programas de enfermería a nivel local y nacional. La presencia de una dirección o dependencia de enfermería, o al menos de una enfermería jefe, en el nivel de gobierno central es importante ya que permite que la enfermería influya en las políticas nacionales de salud en la reforma sanitaria.

UNIDAD GREMIAL Y REGLAMENTACIÓN DE LA PROFESIÓN

Motivar a las enfermeras para que participen activamente en el desarrollo profesional personal y de la enfermería como un todo es imperativo para el desarrollo futuro de la profesión y las adecuadas respuestas a los cambios del sector salud y sociales.

DESAFÍOS EN CUANTO AL DESARROLLO PROFESIONAL

Lograr la profesionalización es otro desafío, no obstante que los pasos han sido lentos, se está avanzando y una estrategia son los programas de educación a distancia para enfermeras que desean lograr la licenciatura, los cuales son ya una realidad en México.

En este país la Comisión Interinstitucional de Enfermería se propuso, impulsar y promover políticas y estrategias que regulen el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en sus dos ejes: el ejercicio y la formación de la enfermería.

En relación con la práctica, la comisión se ha formulado las siguientes políticas y estrategias:

Políticas y Estrategias:

- □ Impulsar el desarrollo integral de la calidad total.
- □ Definir modelos de enfermería de acuerdo a los Servicios de Enfermería hacia los niveles de atención y estructura.
- Promover la acreditación de las Instituciones de Salud y la certificación del personal de enfermería.
- Disponer de un Sistema Nacional de Información en Enfermería.
- ☐ Impulsar el desarrollo del personal de enfermería hacia la calidad en atención.
- Establecer un Sistema de Certificación de la Enfermería dentro de las instituciones de salud.
- □ Fortalecer la profesionalización y desarrollo del personal de enfermería.

- □ Integrar al personal de enfermería en los procesos de planeación, organización y operación de programas.
- Definir un Modelo Organizacional de Enfermería.
 - Ampliar los programas de estímulos al desempeño personal.
 - Definir los perfiles de puesto acordes a la formación de las enfermeras.
 - Incorporar el desarrollo humano como parte de la agenda de actualización a fin de reincorporar en la práctica los valores humanos.
- □ Garantizar un ejercicio profesional congruente con las necesidades de salud del país y del avance de la profesión.

OTROS DESAFÍOS PROFESIONALES INCLUYEN:

- □ Definir nuevos roles y campos de acción de enfermería que permitan su diversificación y desplazamiento a otros campos de trabajo.
- Definir los requisitos para la prestación de los servicios de enfermería en todos los niveles.
- □ Definir los lineamientos para la educación de enfermería (Formación y Educación Continua) con planes de estudio acordes a las necesidades de salud del país.
- □ Fortalecer la función gerencial para la participación activa en el enfoque integral e interdependiente del ejercicio de la práctica de enfermería.
- Incrementar los servicios de enfermería en unidades de primer nivel de atención.
- □ Definición de categorías congruentes con la preparación académica.
- □ Incrementar el número de personal de enfermería en unidades del primer nivel de atención.
- Distribuir el personal profesional y no profesional de acuerdo con estándares internacionales.
- Actualizar los indicadores de acuerdo a las necesidades del sector salud del país.

14. CONFERENCIA DE CLAUSURA.

"Implicaciones de las universidades Europeas en la evolución de enfermería".

Autora: Licenciada Dña, Fernanda B, Belmar

Profesora titular de Enfermería Maternal Escuela univ. de Enfermería. Universidad de Umea. Suecia.

La profesión de enfermera esta hoy en día ante una fase de desarrollo muy importante donde se trata de innovar y profilar el contenido de la carrera, la cual después de haber sido una carrera práctica vocacional, pasa a ser una profesión que esta a nivel académico universitario. Durante el último siglo la profesión de enfermera ha pasado a través de varias fases de cambios extensivos hasta llegar a ser una profesión establecida e imprescindible de la sociedad moderna.

Ahora que estamos en los inicios del siglo XXI es importante conocer un poco de la historia de nuestra profesión, mirar para atrás para ver como ha sido, ver como es hoy, para poder comprender y predecir el futuro y lo que ha significado para enfermería haberse integrado como una carrera universitaria.

A pesar de haber pasado mas de 100 años que la fundadora de la carrera de enfermería Florence Nightingale, "la dama de la lámpara" estaba en acción, sus ideas sobre el contenido de los cuidados de enfermería son tan actuales ahora como en el pasado.

Las ideas de Florence Nightingale de que las mujeres necesitan estudiar para cuidar a otros seres humanos fueron revolucionarias. Nightingale pensaba que la vocación natural de dar cuidados a los enfermos no era suficiente, el mito de que las mujeres fueron buenas enfermeras sin tener ningún tipo de educación en como cuidar los enfermos lo rechazó, como también las ideas de que la enfermería era una vocación religiosa. La carrera de enfermería no debería ser una hipocresía religiosa.

En Suecia se creó la primera Escuela de Enfermería en 1867. Se puede decir que fue la primera revolución dentro de la carrera de enfermería: el crear una escuela de enfermería de carácter profano (Erlöv & Peterson 1998)

Durante los años 70 las corrientes ideológicas de la sociedad conducen a un cambio radical en algunos grupos profesionales entre ellos la carrera de enfermería. La exigencia de un nivel teorético mas elevado, investigación en el campo propio y mayor control sobre su propio trabajo son condiciones que contribuyen a un cambio radical en la profesión de enfermería. El desarrollo de la investigación en las disciplinas de ciencias naturales y de ciencias sociales han contribuido a la formulación de los objetivos políticos y sociales del Servicio de Salud Publica y por consecuencia tienen influencia en el trabajo de la enfermera.

En la reforma llamada Práctica enfermera -77 paso la carrera de enfermería a pertenecer a la Universidad y a seguir una nueva línea académica, con nuevos planes de estudios que corresponderían a los objetivos económicos, políticos y sociales del futuro.

Una de las grandes reformas que significó la entrada a la Universidad fue que la enfermera seguiría los planes de estudios adaptados a las reformas económicas y sociopolíticas, donde se desarrollaría el cuidado enfermero como asignatura de carácter central de la profesión, y con estos conocimientos tendría la enfermera mayor competencia para cuidar a los habitantes de la tercera edad que habían y seguirían aumentando y que tenían necesidad de cuidados y asistencia.

La perspectiva del ser humano como una totalidad, como una entidad completa, fue el punto central del currículo de la profesión, la enseñanza se iba a basar en toda la situación social del individuo. Otro de los cambios fundamentales fue que enfermería al integrarse a los estudios superiores universitarios, se exigió que la carrera se basara en conocimientos científicos, los conocimientos estarían basados en explicaciones teóricas científicas aprobadas universalmente; y que la dirección y profesorado de enfermería se dedicara a producir su propia investigación en su propio campo científico que sería cuidados de enfermería (Erlöv & Petersson 1998)

Implicaciones en el currículum:

Se escribieron nuevos planes de estudios, y cada asignatura paso a formar parte de un grupo general, donde existían conocimientos globales de carácter interdisciplinar con el objetivo de que la nueva enfermera pudiera tener una visión científica compleja donde no solo dominaran las ciencias naturales sino también las ciencias políticas, sociales y humanistas.

Esto significó en los estudios teóricos, que el profesor de las distintas asignaturas partiría de una situación de estudio donde describiría al paciente enfermo y sus necesidades en cambio de partir de una enfermedad específica.

Se introdujeron nuevas materias multidisciplinarias como filosofía, concepto de la vida, ética, métodos de investigación etc. Ya el punto central no era solo la parte biomedicinal y tecnología sino una visión mas compleja y holística del ser humano.

En general la carrera estaba dirigida a profundizarse en las materias de geriatría, medicina interna, cirugía y de comunitaria. Los centros de salud iban a asumir los cuidados de la salud de toda la población e iban a construir la base de los cuidados sanitarios. La enfermera comunitaria tuvo la responsabilidad de atender a pacientes de todas las edades, el consultorio del niño paso a ser una parte de su campo de trabajo y se le considero la enfermera mas apropiada para cubrir las necesidades de cuidados del paciente desde una perspectiva total y completa del individuo.

En este nueva profesión se le dio mucha importancia al desarrollo de la personalidad y a las cualidades individuales del estudiante, se le dio mucha importancia en los planes de estudio al desarrollo de la propia identidad como individuo y como profesional. El contenido teórico de la profesión no debería aventurar la falta del desarrollo individual de cada alumno. Para poder comprender los distintos pacientes y poder mostrar consideración a la situación psico-social de cada uno de ellos se necesita que la enfermera deba tener gran capacidad de sentimientos humanitarios y poder estar abierto para poder acoger y ayudar a cada uno de sus pacientes.

Con este nuevo modelo de profesión multidisciplinar la perspectiva de la carrera de enfermería cambió totalmente: desde haber tenido una marcada orientación medicinal-técnica paso a ser una profesión con una ideología humanista y filosófica basada en la salud y en práctica enfermera, con el paciente y sus necesidades como figura central tanto en la teoría como en la práctica (Bentling 1995)

Prácticas clínicas.

El nuevo objetivo de transformar una carrera vocacional y práctica en una profesión científica interdisciplinar significó un mayor interés por la investigación en comparación con el aprendizaje de las asignaturas de prácticas clínicas y tecnológicas. Los conocimientos de investigación se valoraron mas altamente y los conocimientos recibidos a través de las prácticas clínicas ocuparon un lugar limitado.

La división entre los estudios teóricos y clínicos aumentan y la influencia americana de las teorías de cuidados de enfermería hace mas difícil para los estudiantes ver la conexión entre los estudios teóricos y clínicos.

Hoy en día existe una competencia entre las enfermeras que le da más importancia a la parte clínica de la carrera y por otro lado las enfermeras que quieren desarrollar mas la parte académica de la profesión, a pesar de este desacuerdo se esta tratando de mantener un equilibrio en los planes de estudios para que tanto las prácticas clínicas como la investigación tengan la misma valoración (Erlöv & Petersson 1998)

Según algunos teóricos el rol clínico profesional de la enfermera esta dividido en dos partes: cuidados de medicina delegados, donde el médico tiene la responsabilidad definitiva; y el conocimiento enfermero específico donde la enfermera es la responsable definitiva. Esta responsabilidad exige gran competencia y se hace mas notoria cuando se trata de la enfermera comunitaria, es ella que decide cuando el paciente necesita cuidados médicos o si debe internarse en el hospital (Kihlgren 2000)

Esta competencia que la enfermera adquiere después de años de trabajo describe Benner (1994) como fases de desarrollo durante los cuales la enfermera usa sus conocimientos de teoría y práctica hasta alcanzar el nivel de experto. Estos cinco niveles en el desarrollo de la competencia de la enfermera se denominan como: novicia, principiante avanzado, practicante competente, practicante habiloso y experto (Benner 1993)

La conexión de la investigación en enfermería.

Organizar una profesión desde el nivel de Instituto al nivel Universitario y académico requiere mucho tiempo, tolerancia y visiones. Uno de los requisitos para que la carrera de enfermería cumpliera con las exigencias de ser una profesión universitaria es que en los estudios existiera una conexión con la investigación científica de enfermería, y que los estudios estuvieran basados en principios teóricos de investigación y de experiencia constatada.

A través de las leyes educacionales de estudios superiores universitarios se conducía la carrera de enfermería hacia un mayor profesionalismo. Una de las características fundamentales de las carreras académicas es la relación entre los estudios básicos, estudios de doctorado e investigación. La exigencia de ser una disciplina enfermera de investigación cuya asignatura central fue "el saber enfermero", una nueva ciencia de investigación, significó que ésta se debería describir y desarrollar según los criterios de una ciencia científica.

La reforma de los estudios de enfermería con un contenido de investigación creó otras exigencias a los docentes, estudiantes y enfermeras de servicio activo.

Cuando se empezó la reforma, no se tenía ni tradición ni conocimientos sobre los métodos de investigación de la ciencia de enfermería, y esto causo problemas para el colegio de docencia. Las docentes que iban a contribuir a la nueva profesión no tenían ni educación en métodos de investigación ni acceso a estudios superiores de investigación, de esta manera el rol del profesorado era indefinido.

La exigencia de establecer un nuevo campo de investigación en enfermería tuvo por objeto un ideal político y económico, ideas que existían en la sociedad y que influyeron a crear un tipo de desarrollo dentro de salubridad publica dirigido hacia la materia de economía de la salud: con otras palabras de usar la investigación para solucionar de una manera más productiva y menos costosa los problemas de salud que existían en la población.

Este fue un proceso internacional que se desarrollo en toda Europa, donde la influencia de las teorías de cuidado enfermero que venían de Estados unidos tenían mucha popularidad en las distinto países europeos.

Pero no fue fácil adaptar teorías que representaban la realidad de otro país y aplicarlas en Europa, y la dificultad de definir el concepto de cuidado enfermero fue un problema.

En Suecia la catedrática Astrid Norberg describe el contenido del cuidado enfermero desde dos perspectivas: primero el aspecto de relación, es decir la actitud en la relación con el paciente, de preocuparse, tratar de entender y respetar, de estar cerca de otro ser humano y la otra perspectiva el aspecto del hecho práctico, por ejemplo tratar de salvarle la vida a un paciente, dar transfusiones de sangre o ayudar al paciente con respiración artificial.

Según la definición de la ciencia de cuidado enfermero que el comité experto de la Organización Mundial de la Salud dictó, basándose en la definición de Virginia Henderson, se diferenciaron tres corrientes de investigación:

- Nursing educación
- Nursing practice
- Nursing service.

En Suecia desde 1980, con la primera cátedra en cuidado enfermero, la investigación se ha desarrollado y avanzado internacionalmente con mucha rapidez. Actualmente existen cerca de diez catedráticos y más de 120 enfermeras con el titulo de doctor.

La carrera de enfermería puede otorgar al alumno después de tres años universitarios el título de Licenciado en enfermería. También en casi todas las escuelas universitarias de enfermería se puede estudiar hasta el nivel de Master in Science in Nursing (Bentling 1995)

Las implicaciones para la enfermería en general

Los cambios económicos sociales y políticos de la sociedad han influido en los cambios que se han experimentado en la carrera de enfermería y en los conceptos que tienen la población sobre lo que es tener salud, estar sano, estar enfermo. La catedrática de historia de la medicina K. Johannisson describe las enfermedades a fines del siglos pasado como una consecuencia de los cambios de la

sociedad, de ser unas sociedades totalmente agrícolas pasan a ser altamente tecnológicas. Esto causo un trastorno en la vida de la población y se reflejó en la salud.

Hoy en día estamos ante cambios revolucionarios por ejemplo la tecnología en computadora, la técnica informativa y toda la tecnología datorizada que se esta adueñando de nuestra vida diaria. Estos adelantos y la rapidez y cantidad de información en todos los campos, la aceleración con que todo funciona exige una mayor concentración del ser humano y la vida se vive con mayor intensidad lo que se refleja en la salud de los habitantes.

Las enfermedades de hoy se pueden llamar enfermedades de bienestar, y son muy distintas de las que existían hace 50 años. Ya no son ni las bacterias ni las infecciones los que amenazan nuestra salud, sino que son enfermedades de carácter social.

Para este tipo de enfermedades nuevas se necesitan enfermeras que estén al día con las nuevas técnicas y métodos, y otro tipo de conocimiento para poder confrontar esta nueva situación. Un análisis de estas consecuencias directas sería:

1. <u>Mayor número de pacientes con estudios superiores van a exigir un tipo de cuidados más</u> calificados en el futuro:

En los sistemas de salud públicos van a existir mayor cantidades de individuos que van a exigir cuidados enfermeros calificados, correspondientes a las cuotas de impuesto que cada individuo tiene que pagar de su sueldo para cubrir los gastos de bienestar social.

En los países con servicios de sanidad privados la exigencia de cuidados calificados es un facto. En países con servicios de salubridad con sistemas privados y público la concurrencia será mayor, ya que la sanidad pública puede perder la calidad y recursos existentes para poder proporcionar cuidados adecuados a las exigencias de la población, como consecuencia sería que el servicio estatal pasaría a ser deficiente y los únicos perdedores serian los habitantes de pocos recursos.

2. El grupo de pacientes tiende a ser heterogéneo.

Los grupos de pacientes tienden a ser de carácter más heterogéneos debido a la rotación de fuerza de trabajo, y al ser miembro de la unión europea los habitantes tienden a trasladarse y tienen una mayor movilidad geográfica que desde hace algunas décadas. Se trata de habitantes de países europeos y de países fuera de Europa, y esta diversidad exige mayor investigación de los cuidados para evaluar y garantizar sistemáticamente un buen servicio a estos habitantes.

3. El panorama de las enfermedades esta en estado de cambio.

Se ha constatado que hoy en día ya no son las enfermedades más infecciosas las que causan mayores problemas en la población sino que son las enfermedades llamadas de "la sociedad del bienestar", como por ejemplo stress, sobre peso, consumo de alcohol y tabaco etc. También la población sigue siendo más de edad, o sea el término medio de vida del hombre y de la mujer ha aumentado, sobre todo el de la mujer, y esto exige mayores recursos conocimientos en geriatría que los que existen hoy en día.

4. Enfermería como profesión basada en conocimientos científicos y en experiencias de investigación.

Uno de los resultados de este conocimiento enfermero es que continuamente se van evaluando y sistemáticamente garantizan una mejor calidad en los métodos de tratamiento.

La enfermera con estudios de métodos de investigación tiene una capacidad de poder buscar, valorizar, y tomar parte de los nuevos adelantos científicos de la medicina. Al mismo tiempo la enfermera capacitada en investigación científica ayuda a formar y educar las estudiantes de enfermería y de esta manera contribuye al desarrollo de la profesión.

Benner, P. (1993) *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnasarbetet*. Studentlitteratur. Lund

Bentling, S. (1995) Sjuksköterskeprofessionen. Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling. Liber Utbildning. Stockholm

Consejo General de Enfermería (1998) Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macroestudio de base.

Erlöv, I. & Petersson, K. (1998) Från kall till akademi - ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet. Studentlitteratur. Lund

Högskoleverket (1996) *Vårdutbildningar i högskolan. En utvärdering.* Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R. Stockholm

Kilgren, M. (red.), Johansson, G., Engström, B. & Ekman, S.-L. (2000) *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Studentlitteratur. Lund

Segesten, K. & Segesten, K. (1995) *Framtidens sjuksköterska. Tio internationellt ledande sjuksköterskor om framtidens omvårdnad.* Liber utbildning. Stockholm

2.- MESA REDONDA: "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "LOS DEPARTAMENTOS DE ENFERMERÍA: DIMENSIÓN INVESTIGADORA"

Autores: Dña. Mª Dolores Flores Bienert

Catedrática. Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia

D. David Armero Barranco

Profesor Ayudante Departamento de Enfermería

INTRODUCCIÓN

En el marco de estas vigésimo cuartas sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, se pretende realizar una aproximación a la significación de los Departamentos de Enfermería en el panorama académico y legislativo actual así como una reflexión sobre su dimensión investigadora, como tema introductorio a las ponencias que constituyen el tema central de esta Mesa de trabajo, CIENCIA Y SABER ENFERMERO. Para ello, parece oportuno sintetizar nuestra exposición por lo que, seguiremos el esquema que presentamos a continuación:

- FUNCIONES DE LA UNIVERSIDAD.
- II. DEPARTAMENTOS UNIVERSITARIOS.
- III. INVESTIGACIÓN: INDICADORES.
- IV. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.
- V. REFLEXIONES.

I. FUNCIONES DE LA UNIVERSIDAD.

De acuerdo con Ortega y Gasset (1983), se admiten como funciones fundamentales de la Universidad la enseñanza de las profesiones intelectuales, y la investigación científica y la preparación de futuros investigadores. La Universidad debe enseñar a ser abogado, economista, farmacéutico, enfermera, etc. pero además debe cultivar la ciencia misma, investigar y enseñar a investigar. Por lo que puede afirmarse que la enseñanza superior consiste fundamentalmente en profesionalismo e investigación. Ortega, proponía que la enseñanza superior tenía que ser algo más que la enseñanza en sí misma es decir: debía proporcionar una cultura general, que comprendiera, el sistema de ideas sobre el mundo y la humanidad, que se necesita en cada momento histórico. Pero hay que tener en cuenta que esta función ya la cumplía la Universidad medieval, que no hacía investigación, en el sentido que hoy damos a este término, pero que se dedicaba a la cultura general, y esta función es la que, a su juicio, debía ser incorporada a las realizadas por la Universidad.

Pero además de lo señalado por Ortega, no puede obviarse, otra de las funciones fundamentales de la Universidad y es la que algunos autores han calificado como "integración cultural". Esta integración se entiende como el conjunto de todas las actividades universitarias que, teniendo en cuenta a personas con diferente formación profesional, pertenecientes a diferentes generaciones y culturas, promueve el desarrollo de habilidades y experiencias que faciliten el análisis y solución de problemas transdisciplinares, tan frecuentes en la sociedad actual. Ya no existe la posibilidad de que una sola persona abarque la totalidad del saber, en este momento histórico se ha desintegrado la idea del sabio medieval y renacentista, por ello es necesario reconstruirlo entre múltiples personas de modo que, desde diferentes perspectivas, tanto intelectuales como culturales, hagan posible el avance del conocimiento (Doñate A, González C, Guardia S, Jover G, Pesquero E. et. al.).

Asimismo, de acuerdo con los resultados de una investigación realizada en el marco del Programa CONNECT de la Unión Europea, la Universidad debe desarrollar una función crítica, y de democratización de la cultura. Por otro lado, Bill Readings (1996), afirma que cuando la Universidad estaba ligada a la idea de nación, tenía como misión fundamental la transmisión de la cultura, función que ha sido sustituida por la "búsqueda de la excelencia". Pero, hay que hacer constar que en el momento actual, esta Universidad de la excelencia, está empezando a regirse más por los márgenes de la eficiencia que por la del pensamiento o la creación.

Todo parece, pues, señalar, que el paradigma de la Universidad decimonónica está agonizando y que la nueva sociedad, la de la información y del conocimiento, exige una revitalización de las funciones de la Universidad

En este sentido, y dados la magnitud y el interés de esta situación, tanto la Unión Europea como la UNESCO, se han comprometido y han elaborado una serie de documentos en los que se pretende planificar las líneas generales de actuación de la enseñanza superior del futuro.

I.1. Con respecto a la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, elaborada en el marco de una conferencia mundial sobre la educación superior, promovida por la UNESCO, en París, en el mes de octubre de 1998, puede advertirse cómo en el Preámbulo de dicha Declaración, se constata, el incremento de la demanda en educación superior, así como su diversificación e importancia, para el desarrollo sociocultural y económico del nuevo modelo social. La sociedad de la información tiende cada vez más, a fundamentarse en el conocimiento y, en este orden, queda esclarecido que la educación superior y la investigación, juegan un papel fundamental en su desarrollo y consolidación (Doñate A, González C, Guardia S, Jover G, Pesquero E. et. al.).

De acuerdo con el texto mencionado, los sistemas de educación superior deben, por una parte, formar a universitarios bien cualificados y, por otra, constituir un espacio abierto que favorezca la formación superior y el aprendizaje durante toda la vida, con el objetivo fundamental de que las personas puedan integrarse plenamente en la nueva sociedad del conocimiento. Para que esto sea posible, las instituciones de educación superior, deben asumir una serie de cambios, que se exponen en distintos artículos. De entre ellos distinguimos el artículo 2, donde se reconoce la necesidad, de que dichas instituciones refuercen su función crítica, sometiendo a análisis las nuevas tendencias sociales, económicas, culturales y políticas, debiendo por ello de disfrutar plenamente de libertad académica y autonomía.

Asimismo, según el artículo 6, la educación superior, debe responder también a las necesidades sociales, para ello ha de reforzar, sus funciones de servicio a la sociedad y a favorecer una cultura de la paz, mediante un planteamiento interdisciplinar y transdisciplinar. En este mismo sentido, se refiere en el artículo 7, la necesidad de reforzar la cooperación de las instituciones de educación superior con el mundo del trabajo. A tal fin, se han de tomar en consideración, las tendencias que se dan en el mundo laboral, y en los sectores científicos, tecnológicos y económicos.

El artículo 11 está dedicado a la evaluación de la calidad. Este concepto puede definirse como pluridimensional puesto que incluye la valoración de todos los elementos que intervienen en el proceso educativo como son: la enseñanza y los programas académicos, la investigación y las becas, la dotación de personal, los alumnos, la infraestructura y el entorno académico. Se distingue por su gran importancia, que el progreso de los conocimientos se producirá mediante la investigación, debiendo someterse dichas instituciones, a evaluación interna y externa realizada por expertos independientes.

El artículo 12, nos advierte sobre la incoherencia que significaría, que en una sociedad que está cambiando, como resultado de la aparición de las nuevas tecnologías de la información, la Universidad diera la espalda a este nuevo instrumento de conocimiento. Por ello, se recomienda utilizar al máximo, el potencial de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información, con el fin de actualizar la educación superior.

En consonancia con estos planteamientos, la educación superior debe considerarse un servicio público ya que aunque, cada vez más, se requieren fuentes de financiación diversificadas, tanto privadas como públicas, el apoyo público a la educación superior y a la investigación, sigue siendo fundamental, para que cumpla sus funciones educativas y sociales.

Por otro lado, la necesidad de dar respuesta a una sociedad cada vez más compleja, se ve reflejada en el artículo 15, donde se considera la dimensión internacional de la educación, como un elemento intrínseco de su calidad. De acuerdo con esta idea, se defiende que la práctica del plurilingüismo, los programas de intercambio de docentes y estudiantes, y el establecimiento de vínculos institucionales, para promover la cooperación intelectual y científica, debiera ser parte integrante de todos los sistemas de enseñanza superior.

1.2. Declaración Conjunta de los Ministros de Educación Superior Europeos. Bolonia, 19 de junio de 1999.

Teniendo como marco el documento elaborado en Bolonia en el año 1988, conocido y ampliamente citado por casi todos nosotros en nuestros Proyectos Docentes, la Carta Magna de las Universidades europeas, en el año 1999 los Ministros de Educación Europeos, se volvieron a reunir en la ciudad italiana de Bolonia, con el fin de promulgar una Declaración Conjunta. Dicha Declaración, intenta no sólo abrir la puerta a la convergencia del sistema de educación superior europeo, sino también pretende, favorecer la creación de un espacio universitario integrado, como respuesta a la promoción de la movilidad y el empleo de los ciudadanos, y el desarrollo global del continente. En definitiva, se trata de incrementar la competitividad internacional del sistema europeo de educación superior, para conseguir que adquiera, un nivel de atractivo de alcance mundial, que esté a la altura de nuestras extraordinarias tradiciones culturales y científicas.

Los firmantes de esta Declaración, se comprometen a coordinar sus acciones, para lograr a corto plazo, y en cualquier caso antes del año 2010, una serie de objetivos que se consideran de especial relevancia, para el establecimiento del Área Europea de Educación Superior, y la promoción del sistema europeo de educación superior, en todo el mundo. De entre las medidas que se establecen referimos:

- En primer lugar, al reconocimiento de un sistema de educación superior, con dos ciclos principales: grado y postgrado. El primero con una duración mínima de tres años, y el título que se otorgue, tras este primer ciclo, se considerará relevante para el mercado laboral europeo, y el segundo, que finalizará con la consecución del master y/o doctorado.
- Por otro lado se establece un sistema de créditos ECTS (*European Credit Transfer System*), como una forma adecuada, de promocionar una gran movilidad de estudiantes, así como la promoción de la movilidad de profesores, investigadores y personal administrativo, reconociendo y valorando, los períodos de enseñanza y formación en un contexto europeo.
- Por último distinguimos también, el Desarrollo de la dimensión europea de la educación en la enseñanza superior, con especial atención al desarrollo de los planes de estudio, la cooperación interinstitucional, los programas de movilidad y los proyectos integrales de estudio, formación e investigación.

Los textos comentados, coinciden en señalar ciertos elementos, como las características fundamentales que debe tener una institución de educación superior. De acuerdo con Soledad Guardia, Coordinadora de una investigación realizada en el año 2001 sobre la *Universidad Complutense de Madrid como lugar de Encuentro de Culturas: Identidad y Diferencia*, de sus reflexiones, se desprenden tres grandes principios, los cuales podrían identificarse como los objetivos nucleares de la Universidad del futuro: *calidad, movilidad y respeto a la identidad, y a la diferencia, en esta sociedad global y del conocimiento*

II. LOS DEPARTAMENTOS UNIVERSITARIOS.

Los Departamentos universitarios, constituyen entidades institucionales intermedias, comprometidas, en la coordinación de la docencia y la investigación, de los profesores que se integran en ellos. A pesar de ello, el protagonismo que la actual normativa les concede en la gestión de la docencia, difícilmente, supera los umbrales de la dimensión burocrática y administrativa de dicha función. Los aspectos más cualitativos de la actuación docente, siguen permaneciendo como espacios, opacos e inmunes, a la intervención optimizadora de los Departamentos.

En opinión de Zabalza (2001), la cual asumo en su totalidad, la única posibilidad de mejora real de la calidad de la docencia en la Universidad, pasa por la recuperación de las instancias institucionales intermedias en el organigrama, y en el funcionamiento real de las mismas. Por otra parte, sólo a través de una revitalización del funcionamiento de los Departamentos, podrá afrontarse, la superación del modelo individualista de actuación de los docentes universitarios.

Puede observarse en el Cuadro 1, la comparación de las funciones, que se le otorgan a los Departamentos universitarios, en la L.R.U. (Ley de Reforma Universitaria) y en la L.O.U. (Ley Orgánica de Universidades), advirtiéndose a priori, una disminución de competencias en la ley en vigor, aunque desde los Departamentos, confiamos en el desarrollo posterior de los Estatutos de nuestras Universidades, para que se recupere, por el bien de la docencia, la gestión de los contenidos curriculares por parte de los Departamentos.

LEY REFORMA UNIVERSITARIA	LEY ORGÁNICA DE UNIVERSIDADES
Órganos básicos	Coordinar enseñanzas del Área
Organizar y desarrollar investigación	Apoyar actividades e iniciativas
y enseñanzas	docentes e investigadoras
Articular y coordinar enseñanza e	Otras funciones según Estatutos de la
investigación	Universidad

Cuadro 1. Comparación de Funciones de los Departamentos Universitarios.

Con relación a la investigación, también se observa una clara disminución de competencias, dado que desaparece la mención, a "que es competencia de los Departamentos la articulación y coordinación de las actividades investigadoras de la Universidad". Puede afirmarse que los Departamentos, no siempre han podido articular la actividad investigadora, pero ello se ha debido fundamentalmente, a un Decreto, que al no dejar sentado con claridad que Departamento es, en la medida de lo posible, igual a área de conocimiento, y al imponer un número mínimo de docentes, para constituir un Departamento, obligó a agrupar en un mismo Departamento áreas de conocimiento muy diferentes, con lo que la articulación de una investigación conjunta, en ocasiones, ha resultado casi imposible.

También se considera cuestionable, que la integración de investigación y docencia, tenga su lugar en una estructura administrativa. Esta integración, se da naturalmente en los profesores, que efectivamente tienen proyectos propios de investigación, y los sacan adelante con dedicación, por lo que en estos profesores, es normal que enseñanza e investigación se fecunden mutuamente. Pero el contacto fructífero, entre profesores de ese tipo, no se suele dar en reuniones de Departamento, ni en el ejercicio de los cargos de gobierno y administración de éste. Si se quiere que se produzca dentro de la Universidad, se hará, tal como refieren los profesores Pérez-Díaz y Rodríguez (2001), en contactos

informales o en seminarios, en los que cada profesor o investigador, presente los resultados de sus investigaciones, y se someta a la crítica fundamentada de sus pares.

De cualquier manera, nosotros entendemos que el Departamento, en cuanto agrupa a todos los profesores de un Área de conocimiento, debe seguir siendo el órgano básico, que organice la investigación. Y si bien es cierto que la nueva Ley Orgánica de Universidades, en otros preceptos admite que entre las funciones del Departamento se encuentra la investigadora, el Departamento, deja de ser punto de referencia en este aspecto y se contempla, sólo como un órgano más de los muchos que pueden dedicarse a tal actividad.

Sin embargo, con relación a la investigación en general, es un apartado que tiene en la LOU, un mayor desarrollo del que tenía en la Ley anterior, e incluso se especifica, que es un derecho y un deber del profesorado, considerándola como criterio relevante, para determinar la eficiencia de su labor profesional.

III.INVESTIGACIÓN: INDICADORES.

Entendiendo, que uno de los problemas más relevantes de la investigación es cómo medirla, presentamos a modo esquemático, en el Cuadro 2, algunos de los indicadores que se barajan para su medición.

Cuadro 2. Algunos indicadores de Investigación.

INDICADORES DE INVESTIGACIÓN	
Existencia de Grupos de Investigación	
Artículos en Revistas Especializadas	
Libros y Monografías	
Tesis Doctorales dirigidas	
Proyectos de Investigación	
Actividades de Formación y Movilidad	

De entre los relacionados, distinguimos a las *publicaciones en revistas especializadas*, dada la dificultad que se vive en nuestra Área de conocimiento, con la referencia a los índices de impacto, a la oportunidad de publicar en revistas internacionales, y a la actualidad y trascendencia, de los temas tratados en ellas.

Con relación a las *tesis dirigidas*, de acuerdo con nuestra experiencia, hasta el momento actual, son contadas las ocasiones, en las que se plantea la posibilidad de dirigir tesis sobre temas enfermeros.

Como último comentario, referir la dificultad de conseguir financiación, interna y externa, para *proyectos de investigación*, cuando se compite con otras Áreas de conocimiento, con una amplia trayectoria universitaria, y por ende investigadora.

IV. EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.

Al hablar de la Constitución del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia, lo primero que me viene al pensamiento, es manifestar mi inmensa gratitud, a todas las personas, que desde sus puestos de responsabilidad, apostaron por la integración, de los estudios enfermeros, en nuestra Universidad. Este proceso, vivido de un modo excepcionalmente cercano, por la posición que ocupaba entonces, se fue gestando durante varios años, hasta que tuvo la oportunidad histórica, de ver la luz bajo la tutela de nuestro querido Rector Magnífico, Juan Roca Guillamón, quien se mostró en todo momento sensible, dialogante y eficaz gestor, para llevar a término dicho proceso, cuya culminación se produjo en el mes de octubre del año 1991, pero previamente, un mes antes, nos incorporamos todos los profesores del área de Enfermería pertenecientes tanto a la Escuela de Enfermería de la Comunidad Autónoma como a la Escuela del INSALUD.

En cuanto a la composición actual del Departamento, en el Cuadro 3 puede verse la misma, advirtiéndose el crecimiento de profesorado experimentado en este período de tiempo, así como su estructuración en las diversas categorías. No es exagerado puntualizar, que los primeros momentos de la integración, fueron vividos con gran intensidad e incluso desasosiego por parte de los profesores, que abandonaban instituciones conocidas, con unos espacios físicos bien definidos, y con sus plazas funcionariales en propiedad, conseguidas en la mayoría de los casos por la vía de la Oposición, y se aventuraba a incorporarse a la ansiada Universidad, con un contrato de interinidad, y con unos espacios a determinar.

Cuadro 3. Composición del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

CATEGORÍA	GRADOS ACADÉMICOS
Catedráticos 5	Doctores 5
Profesores Titulares15	Licenciados15
Profesores Ayudantes 3	Diplomados43
Profesores Asociados Tiempo Parcial	
6	
Profesores Asociados Clínicos22	

Del mismo modo parece digno de mención, distinguir además del crecimiento cuantitativo, (en el año de nuestra incorporación a la Universidad, en 1991, el número de Profesores era de catorce cuya categoría era de Profesores Titulares Interinos y con respecto a los grados académicos, decir que no había ningún doctor), el que podríamos llamar cualitativo, cuyo contenido puede apreciarse en el cuadro 3, dónde se evidencia el afán de superación, y la vitalidad de los profesores del Departamento. Desde este foro quiero hacer constar, mi felicitación y agradecimiento, por la ilusión y el esfuerzo realizado, y cuya continuidad a lo largo de estos años, constituye la base, sobre la que se asienta nuestra actividad docente e investigadora.

Partiendo del supuesto, de la importancia de la investigación en la búsqueda de la excelencia en la prestación de cuidados, se destaca como actividad relevante de nuestro Departamento, la realización del Primer curso de doctorado, en colaboración con el Área de Antropología de la Universidad de Murcia, en el que se imparten dentro del período docente, los cursos:

- Dimensiones Socioculturales de la Salud.
- Género, Grupos de edad y Salud.

y en el período de investigación, para este curso, se plantean los dos temas siguientes:

- Aspectos socioculturales del Cuidado infantil.
- Promoción y Prevención de la enfermedad en los Cuidados de Salud.

Hay que especificar también, que los profesores doctores adscritos a nuestro Departamento, participan en otros cursos de doctorado de otros Departamentos, y de otras Universidades.

Asimismo en el seno del Departamento se han constituido tres Grupos de investigación cuyos nombres son: Enfermería; Enfermería, Educación y Cuidados e Investigación enfermera en Salud Materno Infantil y del Adolescente. En ellos se agrupan los profesores, de acuerdo con sus centros de interés, y desde donde se desarrollan diversos Proyectos de investigación, ampliamente solicitados en las convocatorias, tanto autonómicas como nacionales e internacionales.

La producción científica del Departamento, puede apreciarse en el Cuadro 4, advirtiéndose una elevada participación en las comunicaciones presentadas a Congresos y Jornadas científicas, así como la publicación de artículos. En el ámbito de la mejora y optimización, se encuentran los apartados correspondientes a, Proyectos de investigación realizados con financiación externa, y a la dirección de tesis doctorales.

Cuadro 4. Producción Científica del Departamento.

- Artículos en Revistas Especializadas	152
- Libros y monografías	24
- Capítulos de libro	73
- Tesis Dirigidas	2
- Proyectos de Investigación	10
- Participación en Congresos	233

En relación con nuestra proyección internacional, mediante los Programas Europeos Sócrates-Erasmus, se están llevando a cabo intercambios diversos, tanto de Profesores como de alumnos, con diferentes países de la Unión Europea, tales como: Finlandia, Suecia, Reino Unido, Bélgica, Italia, Grecia y Portugal, y confiamos que estas relaciones, vayan generando en el futuro inmediato, una infraestructura relacional, que posibilite y amplíe, la dimensión investigadora del Departamento.

V. REFLEXIONES.

Para finalizar, exponer a modo de reflexiones, los aspectos más relevantes de la actividad investigadora en los Departamentos, y especificar, bajo qué condiciones, se podría garantizar y potenciar dicha actividad:

 Comenzando con el primer punto, decir que se han de reordenar internamente los grupos de investigación, en función de criterios docentes e investigadores, por la coherencia y claridad en la labor investigadora.

- Se precisa asimismo consolidar un cuadro de profesores senior, con un alto grado de excelencia, lo que creemos tiene un especial relieve en el nuevo contexto competitivo universitario
- Del mismo modo, se considera imprescindible, que se proporcionen los medios y recursos humanos y materiales necesarios, para permitir compatibilizar la labor docente, con la de formación e investigación.
- Por otro lado parece necesario, que se produzca una vinculación entre la labor investigadora realizada por el Departamento, y las cuestiones más relevantes del mundo enfermero.
- Otro punto de interés, es el relacionado con favorecer el diseño de investigaciones interdisciplinares, en el seno de los Departamentos, como instrumento mediático de optimización, sin menoscabo de la necesaria autonomía, de las diversas áreas que participen en dichas investigaciones.
- También se cita la conveniencia, de clarificar y coordinar, las relaciones actualmente existentes en el desarrollo de la labor investigadora, entre los proyectos de investigación del Área, el doctorado y los cursos y masters que el Departamento desarrolle o pueda desarrollar en el futuro.
- Finalmente, y ya para terminar, se plantea la necesidad de mejorar, lo que podríamos denominar la presencia Europea de los Departamentos, tanto en lo relativo a las relaciones de movilidad del personal docente, como en lo que se refiere a las publicaciones de aquellos, en revistas extranjeras europeas, y al establecimiento y sistematización, de relaciones estables de intercambio, con otros Departamentos de otras Universidades europeas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Carta Magna de las Universidades europeas. Bolonia; 1988.
- Declaración Conjunta de los Ministros de Educación Superior Europeos de Bolonia. Bolonia; 19 de junio de 1999.
- Declaración Institucional. Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Alcalá de Henares.
- Declaración internacional: Hacia la Universidad del siglo XXI-1999. V Centenario de la Bula Cisneriana.
- Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, elaborada en el marco de una conferencia mundial sobre la educación superior promovida por la UNESCO en el mes de octubre de 1998, en París.
- Docampo D. La Declaración de Bolonia y su repercusión en la estructura de las titulaciones en España [3 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.us.es/us/temasuniv/espacioeuro/adaptacion.html.
- ➤ Doñate A, González C, Guardia S, Jover G, Pesquero E. et. al. La Universidad Complutense de Madrid como lugar de encuentro de Culturas: Identidad y Diferencia. Disponible en: URL: http://www.semap.org/paginas/noticias/AcuerdosBolonia.html.
- González J, Pagani R. Declaración de Bolonia: Adaptación del Sistema Universitario Español a sus directrices [10 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.us.es/us/temasuniv/espacio-euro/adaptacion.html.
- ➤ Imbernon F. Un nuevo profesorado para una nueva Universidad. ¿Conciencia o presión? Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado; 38. p. 37-46.
- ➤ Informe Bricall. 2000. Universidad 2000.
- ➤ Ley Orgánica de Reforma Universitaria 11/1983, BOE nº 209 (Octubre. 1, 1983).
- ➤ Ley Orgánica de Universidades 6/2001, BOE nº 307 (Diciembre. 24, 2001).
- Miguel de M, Mora JG, Rodríguez S. La evaluación de las Instituciones Universitarias. Madrid: Consejo de Universidades; 1991.
- Miguel de J, Caïs J, Vaquera E. Excelencia: Calidad de LAS Universidades Españolas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2001.

- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Madrid: Documento Marco; 2003.
- Ortega y Gasset J. Misión de la Universidad. Madrid: Alianza; 1983.
- Pérez-Díaz V, Rodríguez JC. Educación superior y futuro de España. Madrid: Fundación Santillana; 2001.
- Readings B. The University in ruins. Cambrigde: Harvard University Press, 1996. p. 65-69.
- Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad de Murcia 1282/1985, BOE nº 181 (Julio. 30, 1985)
- > Real Decreto sobre Departamentos Universitarios 2360/1984, BOE nº 12 (Enero. 14, 1985).
- Rodríguez M. Sociedad, Universidad y profesorado. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado; 38. p. 79-99.
- > Zabalza MA. El papel de los Departamentos Universitarios en la mejora de la calidad de la docencia. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado; 38. p. 47-66.

Nº 3.- MESA REDONDA "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "EVOLUCION HISTORICA DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN ENFERMERIA"

AUTOR: D. José Siles González

Catedrático de Fundamentos de Enfermería.

Director Departamento de enfermería. Universidad de Alicante

Al plantearse la realización de este trabajo se parte de una idea inicial o hipótesis que ha orientado el mismo: el nivel de desarrollo de la actividad investigadora en enfermería es directamente proporcional al desarrollo de la enfermería a nivel social, científico y profesional. En consecuencia, el objetivo ha consistido en valorar el nivel de desarrollo investigador de la enfermería en el ámbito anglosajón y en España. La primera parte del trabajo está dedicada al estado de la cuestión en el ámbito nacional y anglosajón. En la segunda fase se ha realizado un estudio comparativo en tres niveles: sobre las publicaciones periódicas, las monografías y manuales y, por último, acerca de las tesis doctorales en el ámbito anglosajón y en España. Metodológicamente se han seguido los criterios adecuados a la heurística y taxonomía históricas. Para las determinación del volumen y temática de las publicaciones periódicas se han utilizado las bases de datos españolas (CUIDEN Y CUIDATGE) y las bases estadounidenses (MEDLINE y CINAHL). Para la proceder al análisis comparativo de mongrafías y manuales se han empleado las bases de datos españolas del "ISBN" y la Biblioteca Nacional (España), y el catálogo de la Biblioteca del Congreso de Estados Unidos; por último para valorar el volumen y temática de tesis doctorales se ha empleado la base de datos "Teseo" del ministerio de Cultura (España), y la base de datos "Dissertation abstracts". En el apartado de conclusiones se comfirma que el nivel de desarrollo de la investigación en enfermería es directamente proporcional al desarrollo de dicha disciplina a nivel

social, científico y profesional, resultando ser la un indicador determinante para apreciar el nivel de desarrollo social, científico y profesional de un colectivo.

Nº 4.- MESA REDONDA "CIENCIA UNIVERSITARIA Y SABER ENFERMERO"

PONENCIA: "TRANSMISION DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO"

Autor: D. Manuel Amezcua Martínez
Jefe de Bloque de Docencia e Investigación
Hospital Universitario San Cecilio. Granada
Director de la Fundación Index

La enfermería acumula suficiente conocimiento como para transformar radicalmente la realidad que conocemos

La enfermería utiliza todas las formas tradicionales de transmisión del conocimiento:

- El conocimiento empírico encuentra su mejor vehículo en la relación maestro-discípulo (Su reduccionismo precisa de la complementariedad para evitar obsolescencias)
- El conocimiento académico garantiza la unidad disciplinar (Su encapsulamiento puede producir un alejamiento tanto de la praxis como del avance científico)
- El conocimiento científico garantiza el progreso a través de la innovación (Su "elitismo" puede inutilizarlo socialmente: investigación aplicada) (EBE)
- El conocimiento divulgativo populariza una parte del saber enfermero (Internet abre un espacio de conocimiento compartido)

El conocimiento científico sigue un ciclo con tres etapas fundamentales: construcción, descubrimiento y aplicación.

La EBE garatiza la utilidad del conocimiento enfermero:

- Intenta establecer un puente entre el mundo del conocimiento científico y el mundo de la práctica profesional
- Propone un cambio de modelo de una enfermería basada en la obediencia (modelo biomédico) a una enfermería basada en la (con)ciencia (modelo de cuidados)

Dentro del Cilo de Comunicación Científica hay una fase de investigación secundaria o análisis documental, que sirve para:

- Como observatorio de la prensa científica enfermera (progresión, tamaño, calidad, etc)
- Analizar y generar fuentes de conocimiento secundarias (BDB)
- Determinar la utilidad práctica del conocimiento (EBE)
- Medir la repercusión de la ciencia enfermera (bibliometría)

¿Qué itinerario sigue un documento en el AD?

- 1. Catalogación en hemeroteca
- 2. Indización en CUIDEN

Referencia del documento Tipo de documento Palabras clave

- 3. Análisis básico (citaciones)
- 4. Análisis opcional (adecuación, publicidad, temático, etc)
- 5. Análisis de contenido (síntesis)

¿Cuál es la mejor evidencia?

- La que aporta soluciones juiciosas
- Ofrece pruebas consistentes
- En base a necesidades de los sujetos
- Acorde con sus expectativas
- Coherente con las posibilidades
- Respetuosa con el contexto cultural

¿Cómo podemos contribuir a la transmisión del conocimiento enfermero?

- Cuestionando la rutina: ¿hay evidencias sobre mejor práctica? (una rutina es un problema)
- produciendo conocimiento (narrar la experiencia cuidadora)
- Diversificando los medios de comunicación
- Intercambiando conocimientos
- Consumiendo críticamente la literatura científica
- Haciendo útiles los resultados de la investigación (EBE)

¿Y los enseñantes?

- Mostrando las fuentes de la evidencia
- Estrechando vínculos con la investigación aplicada
- Contextualizando el conocimiento (mirar con un ojo el avance científico y con el otro la realidad concreta)
- Generando productos éticos y rigurosos
- Divulgando conocimiento (en condiciones controladas)
- Despertando el pensamiento crítico

5.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DISCÍPULOS"

PONENCIA: "EL ENFERMERO GENERALISTA: TEORIA Y PRACTICA"

AUTOR: D. José Miguel Yague Sánchez

Enfermero. Tutor de prácticas. Hosp. Sta. Mª del Rosell. Cartagena

Cuando se me propuso por parte del comité organizador participar en estas sesiones de trabajo, me pregunté que podría yo aportar a las mismas.

Llegando a la conclusión de que ésta no podría ser otra que mi visión personal, desde el ejercicio de nuestra profesión, tanto en el ámbito asistencial como en el docente.

Para iniciar el repaso de estos veinticinco años de la Enfermería, me remontaré al año 1.976, año en que terminé mis estudios de por aquel entonces Ayudante Técnico Sanitario.

En esta época, los estudios de Enfermería no estaban unificados, puesto que como todos sabemos, fue la orden ministerial del 31 de octubre de 1.977 (B.O.E.-26 de noviembre),la que establece las bases para la elaboración de los planes de estudios en las Escuelas Universitarias. Con lo que se daría el primer paso para la creación de la Diplomatura en Enfermería.

En los años anteriores a la creación de las Escuelas Universitarias, los estudios de Enfermería se impartían en diferentes ámbitos, tales como: Escuelas de la Seguridad Social

Diputaciones Provinciales Privadas. Los Planes de Estudio, estaban orientados a la formación de los profesionales para trabajar en centros hospitalarios. La formación teórica era casi en su totalidad, impartida por médicos, potenciando por lo tanto lo clínico, quedando la formación práctica en manos de las enfermeras. Al mismo tiempo era mayoritariamente femenina, puesto que tanto las Escuelas de la Seguridad Social y Diputaciones Provinciales eran exclusivamente para mujeres, y algunas privadas en bastante menor número para hombres.

La diferencia de formación práctica entre las Escuelas para hombres o mujeres era abismal, puesto que en las primeras tenían un gran número de horas prácticas mientras que los hombres, disponíamos de un simple cuadernode prácticas, en el que se firmaban unos días determinados ,la asistencia aun quirófano o a un laboratorio, y con esto finalizaban las prácticas.

Llegado a este punto, quiero hacer referencia a la Escuela de la Seguridad Social en el Hospital Sta. Ma del Rosell, en Cartagena, donde las alumnas de dicha escuela, tuteladas por enfermeras hacían turnos de mañana, tarde y noche en la 4ª planta, Unidad de M.I. Esto fue posible gracias a un proyecto que se llevó a cabo en algunos centros hospitalarios a nivel nacional, del que formó parte este hospital. Tal era la situación, cuando se crearon las Escuelas de Enfermería adscritas a las Universidades. Estas escuelas nacieron en un principio, al amparo de las ya existentes, paralelamente en el tiempo fueron desarrollándose los diferentes Planes de Estudios universitarios, hasta llegar a la integración estructural en las Universidades, con la consiguiente desaparición de las Escuelas existentes.

La evolución de los Planes de Estudios, dio paso a la incorporación de los enfermeros/as a la docencia en la Escuelas Universitarias, dando una participación más activa de los mismos, en la formación de los futuros profesionales, potenciando el cuidado enfermero. Esto fue posible gracias a la orden ministerial del 13 de diciembre de 1978, por la que se autorizaba a los enfermeros/as a impartir docencia en la Universidad.

No solo la ya mencionada integración de la Enfermería en la Universidad, fue uno de los factores favorecedores del cambio, quizás el hecho más importante fue el cambio de política sanitaria, que propició la aparición de la Ley General de Sanidad de 1.986, creando el Sistema Nacional de Salud, el

cual contemplaba el desarrollo conjunto de los Servicios de Salud del Estado y las Comunidades Autónomas.

La ley General de Sanidad de 1.986 promociona la salud, lo que permite a la Enfermería ampliar su campo dentro de la Sanidad.

Tal como escribe el profesor Don José Siles en su libro "Historia de la Enfermería" y cito textualmente: El campo de actuación de la enfermería no debe centrarse exclusivamente en la asistencia hospitalaria, sino que debe aplicar sus funciones específicas en todas y cada una de las actuaciones sanitarias contempladas por la Ley General de Sanidad: desde el fomento de la investigación hasta la información sanitaria, pasando por la promoción y mejora del medio ambiente, la atención primaria, la asistencia especializada, la educación sanitaria y cualquier otra actuación en la que sea pertinente su implicación profesional.

La incorporación al mundo universitario obliga a la Enfermería a avanzar, apoyándose en Fundamentos Metodológicos tales como los Procesos de Enfermería, los Diagnósticos o los Planes de cuidados. Parte fundamental de todos éstos son la correcta utilización de los Registros de Enfermería, pieza fundamental para la investigación.

Estos recursos utilizados por la Enfermería atienden a:

 Las necesidades de la salud del usuario.

 La realidad de la práctica de la Enfermería actual

 La diferenciación entre la actividad médica y enfermera.

 La protocolización de las prácticas enfermeras.

Pero el avance de los estudios de enfermería en estos veinticinco años no ha estado carente de dificultades, por ejemplo:

 Falta de reconocimiento de los enfermeros docentes.

 Aumento de la demanda de los estudios de Enfermería, causando verdaderos problemas, debido a la falta de recursos económicos, humanos y estructurales.

 Depender de dos instituciones distintas, como son el Ministerio de Educación y el de Sanidad, puesto que al realizarse los planes de estudios desde la Universidad, éstos no concuerdan generalmente con los recursos sanitarios, para acoger a los alumnos en prácticas.

Una vez concluido el breve recorrido por este camino de rosas y espinas que ha supuesto para la Enfermería estos veinticinco años, me centraré en lo que para nosotros como docentes es una parte importante de estas sesiones de trabajo, el alumno encuadrado en su período de prácticas clínicas donde deben desarrollar lo aprendido en las aulas.

Llegados a los diferentes centros que acogen a los alumnos para la realización de su periodo de prácticas, ya sea en E.A.P. o Hospitales, éstos se encuentran con la realidad del día a día, que a veces supone un choque con las perspectivas que les proporcionan las Escuelas. Digo esto porque los alumnos se encuentran con problemas tales como:

 Poco tiempo en las unidades, esto es a causa de la disminución de horas prácticas que se han producido en los diferentes Planes de Estudio.

 Diferencias de criterios entre profesionales y Escuela. En la Escuela son formados con unos criterios que algunos profesionales no comparten e incluso se da la paradoja de que en la misma unidad, en algo tan cotidiano como coger una vía o administrar una Heparina de bajo peso molecular disiente un profesional de otro. Esto hace que los alumnos tengan que realizar sus tareas o técnicas según el profesional que esté de turno ese día.

 Profesionales no implicados en su formación. Quizás este sea el problema más importante, hay varios motivos causantes de esta falta de implicación:

- 1. Cargas de trabajo excesivas. Todos sabemos que el dedicar tiempo a los alumnos, si se hace de una forma responsable, retrasa bastante la actividad diaria del enfermero/a.
- 2. Desmotivación profesional. No debemos olvidar que la enfermería es una de las profesiones con mayor número de abandonos causados por falta de promoción profesional, trabajo mal remunerado, estrés ,escaso reconocimiento social.

- 3. Falta de compensación por las tutorías. Algunos enfermeros/as, piensan que realizar esta función docente con los alumnos debería ser correspondida con algún tipo de beneficio para ellos, pues piensan que tendrían que ser los tutores de las Escuelas, los que deberían ocuparse de la formación, en el período de prácticas del alumno.
- 4. Aumento de la responsabilidad. Aún conociendo que los alumnos tienen un seguro, que les cubre durante su período de prácticas, los enfermeros/as, saben que ellos son los últimos responsables de los enfermos, y prefieren no dejar a los alumnos realizar sus prácticas.

Si bien todos estos problemas son reales, también es cierto que adoptando algunas medidas podrían ser corregidos.

En cuanto al tutor de prácticas en los centros de trabajo donde acuden losalumnos para formarse puesto que éste es una figura muy importante ,sino la más importante durante este periodo ,habría que ofertarles elementos motivadores para cooperar en la formación de los alumnos .Si bien sabemos que económicamente es difícil por falta de presupuestos, deberían buscarse otros puntos que pudieran ser interesantes para ellos ,tales como:

 Suscripciones a revistas especializadas de Enfermería. Cursos ofertados gratuitamente por las Escuelas. Previo acuerdo con la Administración baremación de puntos para traslados internos en los Centros de Trabajo. Y cualquier otro que pudiese surgir en este foro.

También sería interesante, que se llevasen a cabo reuniones entre los profesores de las asignaturas y los tutores en prácticas para que éstos conociesen el contenido teórico de las mismas y así poder unificar criterios enfocando las prácticas por áreas de conocimientos .

Al mismo tiempo el tutor en prácticas debería ser el nexo de unión, entre el personal del equipo de Enfermería y los alumnos debiendo buscar el tutor apoyo entre los miembros del equipo.

Por último recordar a los alumnos que hay presentes en este auditorio, que si ellos no muestran interés en su período de prácticas, esto a su vez desmotiva a los profesionales haciendo que sea difícil su integración en el equipo y por lo tanto estéril su estancia en ese servicio, perdiendo un tiempo precioso de su formación, ya de por sí escasa en horas prácticas.

No quisiera terminar sin antes agradecer al comité organizador su invitación a esta mesa y a ustedes por su atención.

6.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DE DISCÍPULOS"

PONENCIA: "<u>ENFERMERO INTERO RESIDENTE (EIR): LAS ESPECIALIDADES COMO</u> DISTINTIVO CATEGÓRICO DE UNA PROFESIÓN"

AUTOR: D. GERMÁN PACHECO BORRELLA

Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Presidente de la "Asociación de Enfermería en Salud Mental".

Con la colaboración de: **D. ÁLVARO MEDINA PÉREZ**Enfermero de Salud Mental.

¡Buenos días! Señoras y señores:

Antes de comenzar con mi aportación a esta Mesa Redonda, quiero dar las gracias al Comité Organizador de estas "Sesiones de Trabajo", por haberme invitado y tener así el privilegio de dirigirme a tan distinguido foro enfermero.

Colectivamente, estamos celebrando el 25 aniversario de la integración de la Enfermería en la universidad; y resulta que, particularmente, este año de 2003 cumplo 25 años como profesional de enfermería, dado que terminé mis estudios de la entonces llamada carrera de "ayudante técnico sanitario" (ats) en 1978.

Abrazar esta profesión ha sido algo que ha marcado muchos aspectos de mi vida y ha condicionado, aunque no haya sido determinante, mi forma de percibir y estar en el mundo.

Han sido unos años apasionantes, por cuanto he tenido la oportunidad de vivir, con sus virtudes y defectos, la gran transformación de la Enfermería española en general pero, sobre todo, la que ha tenido lugar en el ámbito de la salud mental, al pasar la atención desde el ostracismo manicomial al Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los indicadores objetivos de crecimiento y desarrollo profesional son numerosos. Así, a la integración de la Enfermería en la universidad, hay que añadir:

- -El tener un cuerpo de conocimientos propio,
- -el poseer unos valores y objetivos comunes en relación a los servicios que prestamos.
- -el disponer de una autonomía en el propio campo de actuación,
- -el tener una regulación legal de la actividad enfermera,
- -el disponer de una formación académica reglada,
- -el atenernos a un código deontológico,
- -el cumplir una función social necesaria,
- -el tener acceso a puestos de responsabilidad tanto en la asistencia como en la docencia y en la gestión y administración,
- -el haber incrementado las actividades de formación continuada, el número de proyectos de investigación enfermeros, así como el número de congresos y reuniones científicas,
- -el haber aumentado el número y la calidad de las publicaciones (artículos, libros, etc),
- -el existir, entre nosotros, una convicción de pertenencia a un grupo profesional que se dedica a prestar cuidados.

A todo esto, han contribuido de forma muy importante las asociaciones científicas, colectivos profesionales y colegas a titulo individual que, con gran esfuerzo y dedicación, han hecho posible el desarrollo y consolidación de la profesión. Sin embargo, nuestro admirado y reconocido Prof. Vila, añade cuatro condiciones que se dieron conjuntamente: liderazgo, militancia, feminismo y contexto político y social.

No obstante, junto a lo anterior, positivo sin duda alguna, actualmente, se contraponen una serie de factores negativos:

- -La limitación de la Carrera Profesional, es decir: las pocas posibilidades de promoción y desarrollo profesional.
- -La imposibilidad de acceder a una titulación de segundo ciclo universitario, correspondiente a la propia área de conocimiento.
- -Los problemas de identidad profesional, sobre todo, en relación al escaso reconocimiento social de la profesión. No olvidemos que la identidad también se construye en función de la alteridad, de la relación con el "otro".
- -El no haberse desarrollado todavía las distintas especialidades que recoge el Real Decreto (RD) 992/1987, de 3 julio, salvo la de Matronas y la de Enfermería de Salud Mental; y con ello el no reconocimiento de los puestos de trabajo de estos especialistas.
- -Como también es negativo, a mi entender, el abandono progresivo de la "militancia enfermera". Militancia, entendida como actitud profesional activa, como compromiso con la tarea, como crítica y autocrítica, como no dormirse en el conformismo, como "pensar enfermería", que diría la enfermera Dorothea E. Orem.

Otra gran enfermera española, gallega para más señas, y gran amiga, me dijo en cierta ocasión que cuidar es el arte del silencio, la presencia y la palabra. Créanme si les digo que, a lo largo de estos 25 años de profesión, he procurado practicar el silencio para poder escuchar el discurso del "otro", he tratado de estar presente junto a ese "otro", "loco" para más inri, procurando arroparlo con mis cuidados cuando se ha dado el encuentro entre ambos, cuando se ha dado el diálogo de presencias; y, en cualquier caso, he utilizado la palabra como herramienta terapéutica. Gracias, Chelo, por tu amistad y por tus enseñanzas.

Y también, ahora, uso la palabra para, desde aquí, dar las gracias a cuantos "maestros" y "maestras" he tenido, muchos de los cuales me honran con su amistad, y de los que sigo aprendiendo, sobre todo, porque me han ayudado y me siguen ayudando a reflexionar y a *pensar enfermería*. Gracias a Marciano Tomé, a Francisco Megías, a Rosamaría Alberdi, a Bernardo Vila, a Luis Cibanal, a Chelo Carballal, y a tantos otros. Gracias a todos por vuestra amistad y por cuanto me habéis enseñado.

Como pueden deducir fácilmente, me siento más discípulo que maestro en esta Mesa denominada: "de maestros y de discípulos".

Cuando el Prof. José Luis Molino, del Comité Científico, se puso en contacto conmigo y me planteó el tema de mi ponencia, me pareció un título muy rotundo, quizás, excesivamente rotundo. Y la primera cuestión que me vino a la mente fue: ¿es cierto que la especialidad es un distintivo categórico de mi profesión? Enseguida llegué a la conclusión de que, en mi caso, como en el de cualquier enfermera o enfermero de salud mental, sin duda alguna: la especialidad ha afirmado sin restricción mi condición de enfermero psiquiátrico antes, enfermero especialista de salud mental ahora. Y creo, que en el caso de las matronas, la especialidad también ha sido y sigue siendo el distintivo categórico de su profesión. Pero me cabe la duda de si con todas las especialidades va a suceder lo mismo.

El ser especialista en Enfermería de Salud Mental ha focalizado mi formación y mi trabajo cotidiano, lo que ha ido configurándome como profesional enfermero en el ámbito de la salud mental. Y además, el ser especialista ha hecho que se me conozca y reconozca en la comunidad enfermera y, lo que es más importante, que me reconozcan los pacientes y familias a quienes presto atención y cuidados.

Antes de seguir adelante, quiero ponerles de manifiesto un par de cosas:

-la primera, es que, como se habrán dado cuenta ya, voy a prescindir del soporte tecnológico, por esta vez, y seguir usando la palabra como elemento comunicacional.

-y la segunda, es que necesariamente voy a hablarles de aquello que conozco que es la especialidad de Enfermería de Salud Mental; con lo que, quizás, surja alguna reflexión que pueda servirnos para introducirnos en el debate posterior si así lo desean ustedes.

Permítanme, ahora, evocar un recuerdo: cuando terminé los estudios de ats no había forma de conseguir un puesto de trabajo si no era a base de hacer especialidades. Por cada una te daban cuatro puntos. Hubo quien hizo tres y cuatro especialidades. El objetivo era invertir, como de

costumbre, tiempo y dinero para conseguir un puesto de trabajo. Yo en principio, me negaba. Creía que la cosa era completamente irracional. Pensaba que era como "comprar un puesto de trabajo". Al final, claudiqué, porque me di cuenta que si quería ejercer no tenía otra manera de hacerlo. Y pensé, de lo que hay, ¿qué es lo más te gusta, Germán?, ¿qué es lo que más te atrae? Y he aquí que algo – aun no sé muy bien el qué- me indujo a estudiar Enfermería Psiquiátrica. Al terminar encontré trabajo y miren ustedes por donde, desde entonces, estoy en el ámbito de la salud mental. Toda mi vida profesional como enfermero he ejercido en los servicios de atención a la salud mental.

En aquellos años, las especialidades lejos de ser un *distintivo categórico de una profesión*, no eran más que un medio para conseguir un puesto de trabajo.

Voy a procurar no aburrirles con antecedentes históricos; sin embargo, he de recordarles que hasta que se publica el RD 992/1987, cada especialidad tenía su normativa por separado. Así la especialidad de *Psiquiatría* (Diploma de Psiquiatría, como reza en mi título expedido por la Universidad de Barcelona), se regía por el Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se creó dicha especialidad para los ats. De hecho en la Disposición Derogatoria del RD 992 se citan los Decretos relativos a cada una de las especialidades existentes hasta entonces, que eran –junto con la anterior- la de *Asistencia Obstétrica (Matronas)* (Decreto de 18 de enero de 1957, modificado por el RD. 2287/1980, de 26 de septiembre); la de *Radiología y Electrología* (Decreto 1153/1961, de 22 de junio); la de *Pediatría y Puericultura* (Decreto 3524/1964, de 22 de octubre); la de *Neurología* (Decreto 3192/1970, de 22 de octubre); la de *Análisis Clínicos* (Decreto 203/1971, de 28 de enero); y la de *Urología y Nefrología* (2235/1975, de 24 de julio).

Probablemente, muchas y muchos de ustedes recordarán que, tras la aparición del RD 2128/1977, de 23 de julio, por el que los estudios de Enfermería se integraron en la universidad, durante algunos años se siguieron impartiendo las especialidades antiguas. De hecho, una Orden del 9 de octubre de 1980, autorizaba a los "Diplomados en Enfermería a que cursasen las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio", como reza en el preámbulo del RD 992; en el que, por otra parte, en la Disposición Transitoria Tercera, punto Tres, se establece que a partir de su publicación "no se podrán realizar nuevas matrículas en las Especialidades previstas por la anterior normativa".

A pesar de los proyectos y propuestas para el desarrollo e implantación de especialidades para los nuevos diplomados en Enfermería, nada fructificó. La propia *Asociación Española de Enfermería Docente*, antes de la publicación del RD 992, durante el curso 1985-86 elaboró propuestas de todas y cada una de las especialidades. De tal manera, que en las séptimas "Sesiones de Trabajo", celebradas en marzo de 1986, por ejemplo, el grupo de trabajo sobre la especialidad de Enfermería de Salud Mental presentó sus conclusiones.

La propia Asociación de Enfermería en Salud Mental (AESM), que me honro en presidir en estos momentos, elaboró igualmente diversos proyectos que tampoco fueron tenidos en cuenta.

Así pues, tuvieron que transcurrir 10 años, desde la "entrada" en la universidad, para que se publicara el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista para los diplomados en Enfermería.

No obstante, la publicación de este RD no fue suficiente para el desarrollo de las especialidades de Enfermería. El Gobierno de España "no movió ficha" hasta que se vio obligado, por la normativa vinculante de la Comunidad europea, a poner en marcha la especialidad de Matronas. De esta manera, en junio de 1992 aprobaron el programa formativo y la primera promoción se puso en marcha entre abril de 1994 y marzo de 1996 –la formación de las matronas dura dos años-; es decir, siete años desde que se publicase el Decreto 992.

Y hasta 11 años después (21 desde que somos universitarios), no se puso en marcha la especialidad de Enfermería de Salud Mental:

-El B.O.E. del 30 de junio de 1998 publicó la Orden del 24 de junio, del Ministerio de la Presidencia, por el que se desarrolla el RD 992, conocido como el "decreto de especialidades".

-Después, el 9 de julio de 1998, la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura, firma una Resolución por la que se aprueba con carácter provisional el Programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Y

en esa misma fecha, se hace pública la Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura y de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, por la que se aprueban los requisitos específicos de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de enfermeros especialistas en salud mental.

Posteriormente, el 30 de julio de 1998 se publica la Orden del Ministerio de la Presidencia, por la que se convoca la prueba selectiva conjunta para iniciar los programas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) y de Salud Mental, en el año 1999.

Por tanto, sólo se han puesto en marcha dos de las siete especialidades que recoge el RD 992:

-Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

(Antes Asistencia Obstétrica y Ginecología)

-Enfermería de Salud Mental

(Antes Psiquiatría)

Siguen, todavía, pendientes las siguientes:

-Enfermería Pediátrica

(Antes Pediatría y Puericultura)

-Enfermería de Salud Comunitaria

(De nueva creación)

-Enfermería de Cuidados Especiales

(Que englobaría las de Neurología, Urología y Nefrología, Análisis Clínicos y Radiología y Electrología).

-Enfermería Geriátrica

(De nueva creación)

-Gerencia y Administración de Enfermería.

(De nueva creación)

Desde mi punto de vista, la mayor virtud que poseen, tanto el "decreto de especialidades" como la Orden que lo desarrolla, es que consagran la formación de los especialistas a través del sistema de "residencia", con lo que se nos equipara con otras profesiones sanitarias como, por ejemplo, médicos y psicólogos.

Efectivamente el Artículo 5º del RD 992/1987 dice que las Unidades docentes acreditadas para la formación "deberán garantizar la disponibilidad de los servicios hospitalarios y de los Centros de Salud necesarios para llevar a cabo la formación asistencial especializada".

Pero todavía es más explícito el Artículo 9º de la Orden del 24 de junio de 1998 que desarrolla el RD 992, que en su punto 3, dice textualmente: "El programa formativo de las especialidades de Enfermería se desarrollará a tiempo completo mediante el sistema de residencia en una unidad docente acreditada y obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permita al Enfermero aplicar y perfeccionar sus conocimientos y le proporcione una práctica profesional programada y supervisada a fin de alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad de modo eficiente. A estos efectos, la metodología docente para la impartición de las materias que componen el programa dará prioridad al autoaprendizaje tutorizado, utilizando métodos educativos creativos que aseguren la participación activa y el aprendizaje experiencial".

Por consiguiente, queda claro que la formación de los Enfermeros Internos Residentes (EIR), es una formación en la práctica asistencial y no académica. Y aquí no ha lugar a la dualidad maestro-discípulo. Estamos hablando de un sistema de formación especializada con carácter profesional que, por un lado, pretende estar al margen de lo académico y, sin embargo, otorga un protagonismo decisivo a la comunidad universitaria, cuando en el Artículo 5º del RD 992 también se dice: "La formación de las Especialidades (...) se llevará a cabo en Unidades docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación, que estarán supervisadas y coordinadas a estos efectos por las Escuelas Universitarias de Enfermería que correspondan."

Y, en ocasiones, esto se ha prestado a equívocos, en tanto que algunos enfermeros y enfermeras han creído, erróneamente, desde mi punto de vista, que los tres cursos de la diplomatura más los dos años de especialidad eran suficientes para reclamar la licenciatura. Y no tiene nada que ver una cosa con la otra.

Los estudios de primer y segundo ciclo, es decir, la diplomatura y la licenciatura en Enfermería deben existir. Y tras ésta ha de venir la especialización por el sistema de "residencia". Probablemente, en un futuro a corto o medio plazo, las cosas cambien, pero esto es lo que tenemos hasta ahora.

El sistema de "residencia" implica, opino, renunciar por completo al modelo biomédico para la comprensión de las alteraciones de la respuestas humanas ante la salud y los autocuidados; y, por otro lado, contribuye a abandonar la malsana costumbre de actuar sólo bajo las órdenes de otros profesionales del equipo sanitario. Por consiguiente, supone un cambio ideológico considerable en el colectivo enfermero, que debe llevarnos a la emancipación; sobre todo en el sentido de las relaciones de poder sexo/género, que se trasladaron al SNS, herederas de los valores de la sociedad victoriana del siglo XIX, y que aún se siguen reproduciendo en gran medida.

En su intervención en el V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, celebrado en Vitoria-Gasteiz en 1987, Hildegard E. Peplau, sotuvo que *"la práctica te hace competente"* y nos animó a investigar acerca del efecto que tiene la acción enfermera sobre el paciente.

Y creo poder afirmar que somos muchos los que pensamos que esta formación especializada centrada en la práctica asistencial nos llevará, en muchos ámbitos, a la excelencia de los cuidados; y también debe llevarnos al reconocimiento del puesto de trabajo, que implica, además, la modificación de las Tablas Retributivas del SNS.

Otra cuestión a debatir es, o será, si el SNS puede permitirse la formación de residentes en tantas especialidades como se pretenden y de si luego va a tener capacidad para absorberlos en sus servicios, con dicho reconocimiento.

Aquí tengo que decirles que siempre he echado en falta un debate enfermero en profundidad, que nos ayudara a clarificar cuáles son las necesidades que tiene el SNS y qué respuestas podemos dar desde el ámbito enfermero a las mismas.

En función de esto, quizás, estaremos en condiciones de determinar si las especialidades de Enfermería deben ser establecidas por áreas de intervención específica –como en el caso de salud mental, geriatría o salud comunitaria-, o bien en base a determinadas tecnologías y la aplicación de técnicas específicas.

La dificultad está, probablemente, en encajar las necesidades del SNS con las apetencias profesionales de las enfermeras y enfermeros de nuestro País. ¿Cuál creen ustedes que es el distintivo categórico de una profesión: el área de intervención específica o la aplicación de una tecnología?

No olvidemos que una cosa son las necesidades de la población y otra muy distinta las necesidades propias de los profesionales de enfermería. Éstos, deben adaptarse a las necesidades de la ciudadanía y no al revés. Es más, la cuestión es: ¿qué respuestas damos las enfermeras y enfermeros a las necesidades de nuestros conciudadanos?

Y sigo con más interrogantes: ¿es adecuado el modelo formativo de residencia? Y si no fuera así, ¿cuál sería el modelo deseable?, ¿tiene que ver esta ausencia de debate con una probable anorexia del poder ser, del poder hacer?

En cualquier caso, un punto que puede ser esencial para el debate, desde mi punto de vista, sería la búsqueda del consenso que permitiera el encuentro entre lo docente y lo asistencial y que permitiera, de este modo, solidificar la formación de los futuros especialistas, de manera que las Unidades docentes acreditadas para este tipo de formación fueran unidades mixtas, es decir, que la titularidad de las mismas fuera compartida entre universidad –Escuelas Universitarias de Enfermería- y servicio sanitario.

Con todo, o a pesar de todo, pienso que el tema de las especialidades debería ser algo en permanente revisión, de modo que nos fuéramos adaptando a las necesidades de los tiempos. Pero considero que, primero, hay que implantar el modelo, desarrollarlo y luego ya veremos qué aspectos hay que ir mejorando. Por ejemplo, todavía falta que se constituya la Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. No hay manera. Debe haber algún duendecillo o "enano masón infiltrado" – como se decía antes- que lo impide sistemáticamente. No hay impedimento legal alguno para su constitución. Y aquí estamos: ¡esperando! Sólo tienen esta experiencia las matronas; ellas sí tienen

constituida y funcionando su Comisión Nacional de la especialidad, como marca el RD 992, y la tienen desde abril de 1995, justo al año de haberse iniciado la primera promoción (recuerden que le he dicho que esta primera promoción tuvo lugar entre 1994 y 1996). Es decir, antes de terminar la primera promoción ya tuvieron su Comisión.

La Enfermería de Salud Mental parece que "no se la merece", digo yo; porque veamos: nuestra primera promoción de EIR de salud mental se puso en marcha en febrero de 1999; ya se ha convocado la quinta promoción y aún seguimos esperando. Y, créanme, la AESM ha hecho cuanto ha estado a su alcance para exigir la constitución de la Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

Tengan en cuenta que el "decreto de especialidades" otorga unas funciones muy importantes a las Comisiones Nacionales de las especialidades, como son:

- -Proponer programas de formación de la especialidad correspondiente.
- -Proponer la duración del período de formación de la especialidad.
- -Proponer auditorias de las Unidades docentes acreditadas para conocer y evaluar el funcionamiento de los programas de formación.
- -Reunir y analizar datos relativos a la programación de las necesidades de especialistas a corto, medio y largo plazo.
- -Impulsar programas de educación permanente.

Lo que no es poco. Fíjense que la formación de la especialidad de Matronas es de dos años como les he recordado y, sin embargo, la formación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental es de un año de duración. Y no podemos solicitar que sean dos años, como también se plantea en los borradores del resto de especialidades, porque no tenemos constituida la Comisión Nacional de nuestra especialidad. Con el agravante, y en esto hay consenso absoluto, tanto entre los responsables de las Unidades como entre los EIR de enfermería de salud mental, que las Unidades docentes acreditadas no pueden conseguir los objetivos cuantificados establecidos en el programa formativo, que es de tan sólo un año. Con lo cual, pueden ustedes deducir que es más que probable que algunas Unidades docentes no están en condiciones de formar a los especialistas de enfermería de salud mental en los términos que se supone que deben hacerlo. De hecho, ya se han puesto de manifiesto diferencias significativas en los procesos formativos que llevan a cabo cada una de las Unidades docentes.

Hay otro tema que también es muy importante –y con esto termino-, que estamos sufriendo "en nuestras propias carnes" las enfermeras y enfermeros de salud mental, pero que afectará a todas las especialidades que se pongan en marcha en un futuro, como es el desarrollo de las Disposiciones Transitorias Primera y Segunda del RD 992, que dan la posibilidad de obtener el título de enfermero especialista a quienes vienen desempeñando su actividad profesional con tal carácter en la asistencia y en la docencia.

El no desarrollo de estas Disposiciones Transitorias está condicionando el desarrollo profesional y está impidiendo la obtención de dicho título a gran número de enfermeras y de enfermeros, que sí son conocidos reconocidos como profesionales de enfermería de salud mental y esto forma parte de sus señas de identidad profesional, es *distintivo categórico* de su profesión.

Sólo un dato: en Andalucía al iniciar la Reforma Psiquiátrica trabajábamos 117 enfermeros y enfermeras en los 8 hospitales psiquiátricos existentes entonces; hoy, somos más de 400 trabajando en dispositivos de atención a la salud mental. La Reforma se inició en 1985, el "decreto de especialidades" fue publicado en 1987 y hasta 1998 -11 años más tarde- no se aprobó nuestra especialidad, que se inició en 1999 – como les he dicho ya-. Esto significa que alrededor de 300 profesionales de enfermería de salud mental, sólo en Andalucía, no han tenido la posibilidad de obtener la titulación de especialista.

Y fíjense lo paradójico del caso que se está dando en España: son los mismos enfermeros y enfermeras que han llevado sobre sus espaldas gran parte de la implantación de la Reforma Psiquiátrica; y también son los mismos que, en muchos casos, están formando a los EIR de salud mental, lo que conlleva dificultades en el proceso formativo, suplidas, sin lugar a dudas, por el esfuerzo de todos los profesionales de enfermería de salud mental.

Es urgente, por tanto, que este tema se resuelva pronto porque a medida que pasan los años y se vayan poniendo en marcha el resto de especialidades irá aumentando el problema.

De hecho, ya hubo un intento de desarrollar dichas "transitorias". Pero el proyecto de Orden que pretendía desarrollarlas, elaborado por el departamento correspondiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, era tan desafortunado que, con gran criterio, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería informó desfavorablemente en su sesión del 12 de abril de 2000 en los siguientes términos:

"Informe desfavorable, considerando que las Disposiciones Transitorias son una forma de solucionar una situación ya instaurada defectuosamente que este proyecto de Orden no soluciona, y se propone que debe suspenderse la tramitación de la misma para que, modificando el Decreto por la vía de urgencia o a través de una proposición no de ley, pueda a su vez modificarse la fecha de puesta en vigor de las Disposiciones Transitorias".

A partir de aquí, considero que el Consejo General de Enfermería, quien tiene un peso específico en el Comité Asesor y es el interlocutor ante el Ministerio de Sanidad y Consumo, como máximo órgano de representación de nuestra profesión, se dio cuenta de la situación y de cuanto estaba en juego para la profesión y emprendió una política más activa en el tema del desarrollo de las especialidades de Enfermería. Fruto de lo cual, el presidente del Consejo General de Enfermería y la Ministra de Sanidad y Consumo, firmaron el 13 de febrero de 2001, un Acuerdo Marco de colaboración entre ambas instituciones. Y en el punto tercero de dicho documento acuerdan promover el desarrollo de la Especialidades de Enfermería que figuran en el RD. 992, al que me he venido refiriendo.

Como consecuencia de todo esto y de la presión ejercida a distintos niveles por profesionales de enfermería y por asociaciones científicas, hizo que el Grupo Parlamentario del Partido Popular presentara una Proposición no de Ley, el 12 de febrero de 2002, y que fue aprobada el 17 de abril por la Comisión de Educación del Congreso de los Diputados, instando al Gobierno "a que adopte las medidas necesarias para el desarrollo de las especialidades de Enfermería y modifique el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, en los siguientes aspectos:

- --Vías transitorias de acceso a las especialidades de Enfermería, para evitar discriminaciones entre los profesionales interesados.
- --Modificación del catálogo de especialidades de Enfermería, ampliándolo y estudiando posibles cambios de denominación en algunas de ellas".

Pronto hará un año de esto y aún no tenemos noticias que nos indiquen que el Gobierno haya hecho nada nuevo al respecto. Recuerden, por otra parte, que en fechas recientes hubo un relevo al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Después de todo esto, la cuestión en estos momentos sigue siendo: ¿para cuándo el resto de especialidades? No lo sabemos. Ignoro si alguien lo sabe. ¿Tendremos que esperar 21 años más? Parece que no. Se nos viene reiterando una y otra vez que existe voluntad política de poner en marcha la Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería de Salud Mental y de desarrollar el resto de especialidades. Entonces, ¿qué puede estar pasando? Sinceramente, no lo sé.

En consecuencia, sólo me quedan las propias reflexiones que acabo de hacerles y que espero que nos sirvan de excusa para el debate.

Señoras y señores: muchas gracias por su atención.

Nº. 7.- MESA REDONDA: "DE MAESTROS Y DISCIPULOS"

PONENCIA: "TOMÁS DE AQUINO Y LA ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD"

AUTORA: Dña. Carmen Sellán Soto

Psicóloga. Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del H.U. La Paz. Madrid.

Si tenemos presente la mezcla de saber y ceguera que caracteriza a nuestras propiedades intelectuales tendremos cuidado al utilizar la palabra "razón", ya que ésta suele ser esgrimida por la ceguera en un intento de conferirle mayor dignidad a nuestros propios prejuicios.

Y de repente nos encontramos con Santo Tomás. ¿Qué tiene que ver Santo Tomás con las enfermeras?

Algo tendrá, para que las Universidades lo hayan hecho su patrón.

Intentar documentarse sobre Santo Tomás de Aquino conlleva un gran esfuerzo de selección de material. En bibliotecas, archivos, buscadores de Internet, etc. encontramos una sobrecarga de información.

Un poco de luz alumbra, demasiada, ciega.

Durante el siglo XIII Santo Tomás de Aquino intenta conciliar la filosofía Aristotélica con la teología Agustiniana. Santo Tomás se vale tanto de la razón como de la fe para estudiar la metafísica, la filosofía, la moral y la religión.

Tomás de Aquino, Santo (1225-1274), nace en una familia noble en Roccasecca (cerca de Aquino, Italia), estudia en el monasterio benedictino de Montecassino y posteriormente en la Universidad de Nápoles. filósofo y teólogo italiano, en ocasiones llamado Doctor Angélico o el Príncipe de los Escolásticos, cuyas obras lo han convertido en la figura más importante de la filosofía escolástica y en uno de los teólogos más sobresalientes del catolicismo. En 1243 muere su padre y, todavía sin graduarse, ingresa en la orden de los dominicos. Su madre se opone a que entre en una orden mendicante y, en un vano intento de hacerle abandonar el camino que ha elegido, lo confina en el castillo familiar durante más de un año.

En 1245 Tomás viaja a París para completar su formación, allí estudia con el filósofo escolástico alemán Alberto Magno, siguiéndolo a Colonia en 1248. Como Tomás era de poderosa constitución física y de carácter taciturno sus compañeros novicios lo llaman "Buey Mudo", Alberto Magno, al corriente del sobrenombre, predijo: "Este buey, un día, llenará el mundo con sus bramidos".

Tomás de Aquino es ordenado sacerdote en 1250 y empieza a impartir clases en la Universidad de París en 1252. Sus primeros escritos, sumarios y explicaciones de sus clases, aparecen dos años más tarde. Su primera obra importante, escrita entre 1254 y 1259, es Scriptum super quatuor libris

Sententiarum Magistri Petri Lombardi, que consiste en comentarios sobre otra obra llamada Sententiarum libri quatuor, compuesta por cuatro libros de sentencias escritas por el teólogo italiano Pedro Lombardo.

En 1256, a Tomás de Aquino, se le concede un doctorado en Teología y es nombrado profesor de Filosofía en la Universidad de París. Tres años después el Papa Alejandro IV lo llama a Roma para que sirva como consejero y profesor a la curia papal. En 1268 regresa a París y se implica en una controversia con el filósofo francés Siger de Brabante y con otros seguidores del filósofo islámico Averroes.

Para comprender la importancia de esta polémica en la evolución del pensamiento de Occidente es necesario tener en cuenta su contexto. Antes de Tomás de Aquino el pensamiento occidental está dominado por la filosofía de San Agustín, el gran Padre y Doctor de la Iglesia occidental durante los siglos IV y V, que considera que en la búsqueda de la verdad se debe confiar en la experiencia de los sentidos.

A principios del siglo XIII las principales obras de Aristóteles están disponibles en una traducción latina hecha por la Escuela de traductores de Toledo comentadas por Averroes y otros eruditos islámicos. El vigor, la claridad y la autoridad de las enseñanzas de Aristóteles devuelven la confianza en el conocimiento empírico y originan la formación de la escuela filosófica de los averroístas, que, bajo el liderazgo de Siger de Brabante, afirman que la filosofía no depende de la revelación.

Esta postura amenaza la integridad y la supremacía de la doctrina católica apostólica romana y llena de preocupación a los pensadores ortodoxos. Ignorar a Aristóteles (en la interpretación averroísta) es imposible y condenar sus enseñanzas inútil. Tiene que ser tenido en cuenta. San Alberto Magno y otros eruditos intentan, con poco éxito, hacer frente a los averroístas. Santo Tomás en la misma empresa triunfa con brillantez.

Reconciliando el énfasis agustino sobre el principio espiritual humano con la afirmación averroísta de la autonomía del conocimiento derivado de los sentidos, Tomás de Aquino insiste en que las verdades de la fe y las propias de la experiencia sensible, como las presentaba Aristóteles son compatibles y complementarias. Afirma Santo Tomás que algunas verdades como el misterio de la Encarnación pueden ser conocidas sólo a través de la revelación y otras, como la composición de las cosas materiales sólo a través de la experiencia, hay una tercera categoría de cosas, como la existencia de Dios, que son conocidas a través de ambas (revelación y experiencia). La fe guía al hombre hacia su fin último, Dios; supera a la razón pero no la anula. Todo conocimiento, mantiene Santo Tomás, tiene su origen en la sensación, pero los datos de la experiencia sensible pueden hacerse inteligibles sólo por la acción del intelecto, que eleva el pensamiento hacia la aprehensión de tales realidades inmateriales como el alma humana, los ángeles y Dios.

El realismo moderado de Santo Tomás sitúa los universales (abstracciones) en el ámbito de la mente, en oposición al realismo extremo, que los propone como existentes por sí mismos, con independencia del pensamiento humano.

Santo Tomás organiza el conocimiento de su tiempo y lo pone al servicio de su fe. En su esfuerzo para conciliar fe con intelecto crea una síntesis filosófica de las obras y enseñanzas de Aristóteles, de San Agustín y otros Padres de la Iglesia, de Averroes, Avicena y otros eruditos islámicos, de pensadores judíos como Maimónides y Solomon ben Yehuda ibn Gabirol y de sus predecesores en la tradición escolástica.

El éxito de Santo Tomás fue inmenso, su obra marca una de las escasas grandes culminaciones en la historia de la filosofía. Después de él, los filósofos occidentales sólo han podido elegir entre seguirlo con humildad o separarse radicalmente de su magisterio. En los siglos posteriores a su muerte, la tendencia dominante y constante entre los pensadores católicos fue adoptar la segunda alternativa.

El Tomismo permanece como una escuela importante en el pensamiento contemporáneo y todo lo mencionado se puede encontrar en diversas fuentes documentales, lo que diferencia el planteamiento expuesto aquí de los demás es que contempla a Santo Tomás como un hombre que se asombra de lo que ve.

La filosofía surgió debido al asombro de los hombres.

Lo único que necesitamos para filosofar es nuestra capacidad de asombro. La mayoría se aferra tanto a lo cotidiano que el asombro por la vida queda relegado a un segundo plano.

Tomás de Aquino es el Doctor, el docto que enseña. Por eso la Doctrina no es sino, aún mismo tiempo tanto el acto mismo de la enseñanza como el contenido de la misma. Tomás de Aquino se refirió siempre a su obra como doctrina (La Sacra Doctrina) subrayando, de este modo, que su propósito fundamental no era otro que transmitir una enseñanza, ejercer el oficio nobilísimo del docente, oficio que – como el propio Santo Tomás afirma en su obra Contra errores graecorum- más tiene de cruz y de carga que de honor. Pues enseñar a otro es el más alto modo de la caridad y la enseñanza al igual que la predicación, es obra de la vida práctica y activa

Considerándolo en su aspecto más humilde, el intelecto humano aparece como una potencia pasiva o paciente. El verbo "padecer" (que tanto usamos las enfermeras, pacientes, dolientes) según Santo Tomás puede recibir tres sentidos diferentes

En un primer sentido, que es por otra parte el sentido propio, significa que una cosa está privada de lo conviene a su esencia o de lo que constituye el objeto de su inclinación natural; así, el agua que pierde su temperatura fría cuando la calienta el fuego, el hombre que cae enfermo y se pone triste.

En un segundo sentido, menos rigurosamente propio, este verbo significa que un ente se despoja de algo, sea que esto le convenga o no. Desde este punto de vista, recobrar su salud es una pasión lo mismo que caer enfermo, alegrarse es una pasión lo mismo que entristecerse.

© M^a Carmen Sellán Soto

En un tercer sentido, finalmente, que es el más general de todos, el verbo padecer no significa que un ser pierde algo o se despoja de una cualidad para adquirir otra, sino simplemente que lo que estaba en potencia recibe aquello respecto de lo cual estaba en potencia.

Desde este punto de vista, todo lo que pasa de la potencia al acto puede ser considerado como pasivo, aunque tal pasividad sea una fuente de riqueza y no una causa de empobrecimiento. En este último sentido nuestro intelecto es pasivo, y la razón de esta pasividad puede deducirse inmediatamente del grado relativamente inferior en el que se encuentra el hombre de la jerarquía del ser.

Para saber que el todo es mayor que la parte hay que conocer las definiciones de la parte y del todo pero esto no puede ser conocido si no se abstraen de la materia sensible ciertas especies inteligibles.

Saber, conocer una ciencia, arte, etc. La expresión coloquial "a saber" anuncia la explicación de lo que precede.

Sabiduría.

Preguntas como "¿Qué es el conocimiento?" "¿En qué se funda el conocimiento?" "¿Cómo es posible el conocimiento?, etc.", pertenecen a una disciplina filosófica llamada de varios modos: "Teoría del conocimiento", "crítica del conocimiento", "gnoseología", "epistemología".

Por esto el tema de la fenomenología del conocimiento es la descripción del acto cognoscitivo, como acto de conocimiento válido, no la explicación genética de dicho acto o su interpretación metafísica.

Aspiramos a "poner entre paréntesis" la mayor parte de los problemas cotidianos. La idea de que el rasgo específico del conocimiento científico es que se deriva de los hechos de la experiencia puede sostenerse sólo de una forma muy cuidadosamente matizada, si es que puede sostenerse.

Así vamos conociendo:

Ciencia y experiencia.

Observación.

Experimento.

La Inducción.

El Falsacionismo.

Los Paradigmas (Kuhn)

Los programas (Lakatos)

La anarquía (Feyerabend)

Los Bayesianos.

El realismo...

Tomás de Aquino en su Summa nos dice que hay ciencias puramente especulativas, otras puramente prácticas y otras especulativas bajo un concepto y prácticas en otro.

Para demostrar esto conviene observar que una ciencia puede ser especulativa de tres maneras:

Primero por parte de las cosas sabidas, cuando no son practicables por el que las sabe, como la ciencia del hombre respecto de las cosas naturales o divinas.

Segundo en cuanto a la manera de saber, por ejemplo si un arquitecto considera una casa formando el plano, distribuyéndola y detallando todos sus pormenores examina especulativamente lo que pudiera ejecutar, más no como practicable, puesto que lo practicable se verifica por la aplicación de la forma a la materia, y no por la resolución del objeto compuesto a principios universales y formales.

Tercero en cuanto al fin, dice Aristóteles *De anima*, *I. 3, text. 49*, por cuanto la inteligencia práctica se distingue de la especulativa por el fin, porque la inteligencia práctica se dirige al fin de la operación y el fin de la inteligencia especulativa es la contemplación de la verdad.

La pregunta que debemos formularnos, en mi opinión, ¿ES LA ENFERMERÍA UNA CIENCIA ESPECULATIVA? O POR EL CONTRARIO, ¿ES UNA CIENCIA PRÁCTICA?

Una reacción ante la constatación de que las teorías científicas no pueden ser probadas o refutadas de manera concluyente y de que las reconstrucciones de los filósofos tienen poco que ver con lo que en realidad hace progresar a la ciencia, consiste en renunciar completamente a la idea de que la ciencia es una actividad racional que actúa con un método especial.

Al asomarse a la tesis tomista del conocimiento llama la atención que el acto del conocimiento es un acto inmanente al sujeto que da nombre al concepto a lo que el intelecto concibe en sí mismo y expresa a través de la palabra.

El concepto se hace conforme normalmente a su objeto, y, sin embargo, su presencia en el intelecto no constituye todavía la presencia de una verdad.

Para que esto ocurra y tome forma de verdad en una conciencia es preciso que el intelecto añada algo suyo a la realidad exterior que acaba de asimilar. Esta adición ocurre al emitir un juicio.

Digamos que una cosa no puede ser ella misma y su contraria. En este realismo tomista está la verdad, que no se aplica a las cosas sino al conocimiento que tiene el pensamiento de ellas (libre albedrío)

En los albores del siglo XXI y después de muchos años de perseverancia y tenacidad hemos logrado convencer a las autoridades académicas para que el techo formativo relacionado con la formación superior desaparezca.

En estos momentos en torno a la licenciatura...

El acceso a la formación superior ha sido y es una de las aspiraciones más larga y profundamente sentida por parte de las enfermeras españolas.

Existen documentos que versan sobre la necesidad de la formación superior desde 1971.

La Enfermería posee una larga historia y práctica de cuidados y cuenta con conocimientos y técnicas que se han incrementado y mejorado como fruto de la propia actividad y al contacto con ciencias próximas o afines (Esteban Albert, 1992). Entre los siglos XII Y XIII se instituye la Universidad como centro del conocimiento científico, influyendo en el desarrollo de la construcción de la identidad disciplinar. La Academia desde la Edad Media, además de cumplir con su función educativa, ha fomentado el impulso, la energía y la motivación necesarios para que las personas sean capaces de percibir de una forma consciente, captando la información, teniendo en cuenta el contexto y el entorno, adquiriendo competencias y desarrollando las habilidades necesarias para alcanzar la autonomía y el criterio propio que requiere un profesional, sin embargo, han tenido que transcurrir siete siglos hasta que las enfermeras empezaran a formarse en la Universidad.

En estas jornadas estamos celebrando los 25 años en la formación universitaria de los estudios de Enfermería.

La teoría es el centro del progreso. A través, del trabajo teórico los miembros de una disciplina son capaces de formular el dominio de la misma. Cuando la teoría dirige las cuestiones de la investigación, ésta se centra y es posible modificar la teoría original que, a cambio, podrá conducir a una práctica de calidad. Continuar la práctica sin hacer pausas para reflejar e intentar definirla en términos teóricos puede limitar el progreso del conocimiento.

Caso contrario nos sucederá, en la profesión de Enfermería, como al Condenado de Kafka: "...sólo se encontraban, además del oficial y el explorador, el condenado, un hombre de boca grande y aspecto estúpido, de cabello y rostro descuidados, y un soldado, que sostenía la pesada cadena donde convergían las cadenitas que retenían al condenado por los tobillos y las muñecas, así como por el cuello, y que estaban unidas entre sí mediante cadenas secundarias. De todos modos, el condenado tenía un aspecto tan caninamente sumiso que, al parecer, hubieran podido permitirle correr en libertad por los riscos circundantes, para llamarlo con un simple silbido cuando llegar el momento de la ejecución."

Para finalizar, tengamos presente que no debemos tener miedo al miedo y sí tener:

SERENIDAD para aceptar las cosas que no pueden cambiar.

VALOR para cambiar las que se pueden cambiar.

SABIDURÍA para establecer la diferencia.

Muchas gracias.

Nº 8.- MESA REDONDA: "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS".

PONENCIA: "LA CLINICA ENFERMERA Y SU EVOLUCIÓN EN EL SENO DE LA UNIVERSIDAD"

Autor: D. José Luis Merino Castillo

Presidente de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia (SEAPREMUR). Sociedad integrada en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Antes de iniciar el desarrollo de mi ponencia, quiero dar las gracias al Comité Organizador de estas XXIV Sesiones de trabajo de la AEED la oportunidad que me dan de estar en este privilegiado foro.

Los cuidados de Enfermería han llegado a ser objeto de estudio universitario después de una evolución histórica no exenta de dificultades.

En las sociedades primitivas el saber empírico relativo a los cuidados necesarios para la supervivencia del grupo ya se va configurando (Hernández Conesa, 1995), en los inicios del período histórico ya en algunos papiros (Ebers, Chester Beatty, Edwin Smith, Hearst) que han llegado hasta nuestros días se hace referencia a determinados tipos de cuidados.

En el Mundo Clásico los cuidados son concebidos como un trabajo manual que se vio perjudicado por la poca apreciación que tenían para los griegos clásicos los trabajos mecánicos.

El Cristianismo supone un cambio hacia la institucionalización de los Cuidados de Enfermería y en relación a un concepto de ayuda vocacional caritativo. Aparecen los hospicios, hospitales, las leproserías lugares dónde se prestan cuidados.

La incipiente Universidad Medieval acoge la Teología, Leyes, Artes y permite al gremio de barberos o cirujanos que su conocimiento se sistematice en lo que se pasará a denominar Medicina.

Los cuidados de Enfermería basados en el concepto de ayuda y en la caridad quedan fuera en ese momento histórico (s. XIV) de la Universidad al no tener acceso a los espacios de aprendizaje, calidad, salarios y poder gremiales.

La Reforma Protestante supuso un vacío en las instituciones de los cuidados enfermeros que duró 300 años.

Como dice Hernández Conesa: "La repercusión de estas tres coordenadas históricas: universidad, Gremios y Reforma Protestante en el desarrollo de los Cuidados de Enfermería repercutió hasta el siglo XIX y en algunos aspectos hasta el s. XX, como es el caso de la inclusión de la Enfermería entre las disciplinas universitarias.es la base para entender la actual situación científica profesional de los Cuidados de Enfermería y la clave para comenzar a establecer, sin más demora, las actitudes y los planteamientos de futuro que, de nuevo, la historia exige a la profesión Enfermera."

Después con la "concepción Nightingale (s. XIX) se sientan las bases de la Enfermería actual que por fin, después de 600 años accede, no sin dificultades, a la Universidad.

Creo que todo lo anterior contextualiza la importancia del logro que se consiguió el 22 de agosto de 1977 cuando la Enfermería española pudo ver publicado en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 2118/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Y creo que algunas de las enfermeras aquí presentes participaron en ese crucial momento histórico.

Ahora ese reto de constituirnos como disciplina científica en el seno de las universidades se está plasmando en diferencias cualitativas en la capacitación profesional, en lo académico, en el lento reconocimiento jurídico de la nueva situación y en la praxis enfermera que comienza a generalizar el uso del Método y el Lenguaje Enfermeros.

Por otro lado el desarrollo de las Asociaciones de Enfermería está consiguiendo (FESCE, FAECAP; AEED,) a través de su participación activa en los foros dónde se toman decisiones relativas a la Enfermería impulsar cambios en el sentido de lo anteriormente apuntado.

La Sociedad a la que yo pertenezco, integrada en una Federación de ámbito estatal ha tenido como uno de sus fines principales, desde su fundación el 2 de diciembre de 1989 aquí en Cartagena, llegar a conseguir la Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria.

Como ya saben ustedes, esta especialidad fue creada en 1987 por RD junto con otras 6 Especialidades de Enfermería, pero no ha sido hasta marzo del 2001 que, a través de la firma de un acuerdo entre la Organización colegial de Enfermería y el Ministerio de Sanidad y Consumo, la administración central se ha comprometido a desarrollar la totalidad de las especialidades creadas, hace ya 15 años.

En el caso de la Especialidad en Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria es la FAECAP la que ha participado en el Grupo de Trabajo que elaboró la propuesta del Programa Formativo representando a todas las Asociaciones federadas y por tanto a los intereses del colectivo de Enfermería que desarrolla su actividad profesional en el ámbito Comunitario, tanto en Atención Primaria como en Salud Pública.

En abril de 2002, la Comisión de Educación del Congreso de los Diputados aprobó la Proposición no de Ley relativa al desarrollo definitivo de las Especialidades de Enfermería creadas por Real Decreto 990/1987. En ellas se insta al Gobierno a que adopte las medidas necesarias para el desarrollo de dichas Especialidades a través del Sistema de Enfermero Interno Residente (EIR), según Orden de 24 de junio de 1998. En la Proposición no de Ley también se solicita actualizar el Catálogo de Especialidades de Enfermería, estudiando posibles cambios de denominación en alguna de ellas. Uno de estos cambios incluye la propuesta de la denominación de "Salud Familiar y Comunitaria". Desde la promulgación del RD 992/87 ha cambiado el papel del profesional de Enfermería y han aumentado las competencias asumidas en su práctica profesional, así como los conocimientos científicos y las metodologías aplicadas a la atención de enfermería.

Esta proposición no de Ley también daba respuesta a los acuerdos alcanzados en la Segunda Conferencia Ministerial de la OMS (Munich en junio de 2000), bajo el lema "Enfermeras y Matronas: una fuerza de salud". En ella se incide en la necesidad de fomentar los programas y servicios de

Enfermería centrados en la mejora de la Salud Pública, la promoción de la salud y el desarrollo comunitario, a través de la ENFERMERA DE SALUD FAMILIAR.

También en el marco de la política "SALUD 21 para la Región Europea" aprobado por el Comité Regional de la OMS para Europa en septiembre de 1998, se pone un acento especial en la importancia de la Atención Primaria y en la responsabilidad de la Enfermera de Familia.

Teniendo en cuenta las referencias anteriores, parece lógico pensar que las Administraciones Sanitarias y Educativas tanto del Gobierno Central como de cada una de las CCAA, adoptarán por fin las medidas necesarias para, en su ámbito de competencia, desarrollar la Formación de los Especialistas de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

Respecto al Programa Formativo para la obtención del Título de Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria, fue elaborado por el Grupo de Expertos entre noviembre del 2001 y febrero del 2002, e informado favorablemente por la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. En relación al mismo cabe destacar:

El programa se desarrollará a lo largo de dos años, a tiempo completo. Mediante el sistema de residencia. Con un total de 3.150 horas, de las cuales 890 (28,25%) corresponden a la carga teórica y 2.260 (71,75%) a la carga práctica.

El propósito general del Programa Formativo, ligado al perfil profesional del Especialista, es el de: "Formar enfermeros especialistas en Salud Familiar y Comunitaria que por medio de acciones integradas e integrales se salud en las áreas de promoción, prevención asistencia y rehabilitación, sean capaces de satisfacer las necesidades de salud y solucionar problemas de salud complejos, tanto a la población sana como enferma, (individuo, familia y grupos de la comunidad). A tal fin utilizará un enfoque familiar, comunitario, intersectorial e interdisciplinario para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, allí dónde quiera que vivan, crezcan y se desarrollen."

Las materias específicas del Programa de Formación son:

- 1. Marco teórico y conceptual de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria.
- 2. Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 3. Demografía y Epidemiología.
- 4. Investigación de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria I y II.
- 5. Educación para la Salud.
- 6. Legislación en Salud Familiar y Comunitaria.
- 7. Bioética.
- 8. Atención de Enfermería a la Familia y Comunidad I y II.
- 9. Ciencias Sociales.
- 10. Antropología de la Salud.
- 11. Medio Ambiente y Salud.

Materias Comunes para todas las Especialidades: Nuevas tecnologías de la información e Inglés aplicado.

Se especifica que las Comisiones de Docencia sean las únicas responsables de la organización de la formación. Donde ya estén creadas para otras especialidades, por ejemplo las de MIR, se incorporaría las de Enfermería. Si no existiesen Comisiones de Docencia se deberán crear para la formación EIR.

En septiembre de 2002, se ha celebrado la primera reunión entre representantes de la Organización Colegial de Enfermería y la nueva Ministra de Sanidad. En dicha reunión la Ministra se comprometió a seguir con el proceso iniciado para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería. También en su comparecencia en el Congreso de los Diputados, la Ministra hizo referencia a que dentro de los objetivos del Ministerio está seguir con la revisión profunda de la formación de Enfermería.

En relación al nuevo Real Decreto de Especialidades de Enfermería, en octubre del 2002, el Subsecretario de Sanidad dio el visto bueno para que la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Consumo diese instrucciones para seguir con su elaboración y tramitación.

La Secretaria de Estado de Universidades está revisando para su aprobación definitiva las Resoluciones con los Programas Formativos de cada Especialidad.

Una vez publicadas en el BOE las Resoluciones y el Real Decreto, se podrá iniciar a propuesta de dada Comunidad Autónoma el proceso de acreditación de las Unidades Docentes de cada Especialidad por el Ministerio de Educación previo informe del Ministerio de Sanidad.

En todo este proceso ha sido y seguirá siendo indispensable la contribución de las Asociaciones Científicas, de la Universidad, de la Organización Colegial y del Ministerio de Sanidad.

Pienso que al igual que el acceso de la Enfermería a la Universidad hace 25 años supuso una revolución, tanto conceptual como en la praxis, para la profesión; ahora el desarrollo de la Especialidad de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria supondrá otra revolución para las Enfermeras que desarrollan su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Ámbito profesional que todavía tiene pendiente

- una mas precisa definición del Modelo Teórico de Enfermería a desarrollar en APS, la incorporación masiva de las taxonomías enfermeras (NANDA, NIC Y NOC) y desarrollo de la metodología del Proceso de Enfermería.
- La incorporación de dicha metodología y modelo teórico a las aplicaciones informáticas en uso en los Equipos Multidisciplinares en los que trabajan las enfermeras.

- La incorporación de enfermeras a puestos de responsabilidad técnicos y de gestión estratégica en los distintos niveles de la Administración Sanitaria y Educativa.
- La participación en proyectos de investigación y desarrollo.
- Una formación continuada con la existencia de enfermeras que gestionen dicha formación de enfermería que potencie todo lo anterior (sobre todo la teoría y metodología enfermera).
- Un abordaje serio de la docencia pregrado con acreditación de centros docentes y de docentes en aras de una excelencia de la formación.
- El acercamiento de la evidencia disponible para mejorar la práctica clínica a los profesionales de los cuidados.
- La acreditación en general de procesos y de profesionales.
- La definición de normas básicas de calidad y estándares de procesos asistenciales.

Y todo esto no se puede alcanzar si no existe una interrelación fluida entre los distintos ámbitos docentes, asistenciales, gestores, investigadores de nuestra gran profesión.

Gracias por su atención.

PONENCIA: "DEMANDA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN LA CLÍNICA".

AUTORA: Dña. Pilar Pérez de Ulate Berraondo.

Responsable de programa de Formación Continuada de Enfermería de Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

1. LÍNEAS GENERALES DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EUROPA.

La sociedad europea de hoy, está cambiando a un ritmo comparable al de la Revolución Industrial (Consejo Europeo de Educación, 2001). La tecnología digital, el comercio, los viajes, las comunicaciones a escala mundial posibilitan que la vida moderna tenga mejores oportunidades y opciones para los ciudadanos, pero también entraña mayores riesgos e incertidumbres. Ventajas e inconvenientes que se derivan de una serie de transformaciones sociales que se derivan de:

- Cambios en las organizaciones (cuidados especiales, cuidados intermedios, hospital a domicilio).
- Reestructuración de los roles de enfermería, como resultado de la aplicación de nuevos modelos de cuidados y sistemas de funcionamiento más participativos, que exigen una expansión de las competencias.
- Cambio del mapa demográfico. Por un lado con un rápido envejecimiento en nuestro entorno, lo
 que va a suponer un cambio de la población activa y de las pautas de demanda de servicios
 sociales, sanitarios y educativos. Por otro lado, mediante un incremento de la población
 inmigrante (principalmente proveniente de países del tercer mundo), lo que convierte a las
 sociedades europeas en auténticos mosaicos interculturales (Comisión de las Comunidades
 Europeas 2000).
- Cambio del mapa epidemiológico, con una mayor incidencia de las enfermedades mentales y las enfermedades crónicas.
- Cambios tecnológicos, que han supuesto un avance en la mejora del diagnóstico y de los tratamientos, teniendo una repercusión importante tanto en el coste del cuidado, como en el consumo de recursos (Finnick, Crosby & Ventura, 1992). El desarrollo tecnológico, cambia el tipo de trabajo y cambia los requisitos formativos que se van a exigir a los nuevos trabajadores (Durán 2001, Lindner, 1998).
- Cambios en las expectativas de los pacientes/clientes, que demandan una mayor información y un cuidado más profesionalizado., con una mayor exigencia de la calidad percibida, entendida esta como trato, información etc.

Este fenómeno de revolución en el universo social, tiene reflejo en el ámbito laboral (Durán 2001. El continuo cambio en el entorno sanitario requiere de los profesionales de la salud su actualización y puesta al día de sus competencias, para poder dar respuesta a lo que la sociedad en cada momento les demanda(Vogel, Ruppel & Kaufmann 1991). Ante un dibujo de la sociedad tan diseminado y complejo, el conocimiento se configura como el requisito principal para afrontar con éxito los problemas sociales (Irigoyen 2001).

Además, en este marco hay que añadir la corriente actual que persigue basar el cuidado de salud en la evidencia, lo que conduce a los profesionales a basar su práctica en principios sólidos, de calidad y eficaces. Las prácticas de salud que despilfarren recursos y estén basadas en rituales y tradiciones no tienen lugar en un sistema que aboga por la viabilidad clínica y económica (Hennessy & Hicks 1998).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es la educación y la formación permanentes la mejor manera, la premisa esencial, para hacer frente a los retos que se plantean a los profesionales

(Consejo Europeo de Educación, 2001). De ahí el papel relevante que está adquiriendo la formación en las políticas de la Unión Europea.

Las conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa (marzo de 2000), confirman la tendencia hacia un aprendizaje a lo largo de la vida, que debe acompañar la transición hacia una economía y una sociedad basadas en el conocimiento, para que ésta pueda tener éxito. Por ello los sistemas europeos de educación y de formación están en el centro de los próximos cambios.

Lo que se busca con la formación y el aprendizaje permanente es proporcionar a los ciudadanos las herramientas esenciales que necesitan para realizarse y participar activamente en la sociedad moderna, entre ellas las capacidades asociadas a las nuevas tecnologías.

En esta línea, el Consejo Europeo de Estocolmo de 23 y 24 de marzo de 2001 adoptó el Informe sobre los futuros objetivos precisos de los sistemas educativos y de formación, del Consejo Europeo de Educación de la UE. Este informe establece tres metas fundamentales para lograr el pleno empleo en la UE:

- Mejorar la calidad y la eficiencia de los sistemas de educación y de formación.
- Facilitar el acceso de todos a la Formación Continuada.
- Ampliar el alcance de la formación y la educación.

Se desprende de lo hasta ahora expuesto, que desde las instituciones europeas existe un fuerte compromiso para potenciar el aprendizaje continuado a lo largo de la vida en los individuos. Proceso de aprendizaje que transciende del ámbito laboral. Desde otras organizaciones públicas a escala internacional también se recoge este pensamiento. Como dice Jane Salvage (1995) desde la OMS, mejorar la educación básica y continuada de las enfermeras nunca ha sido tan importante como lo es ahora. En todos, los países del mundo, ricos o pobres, rurales o industrializados, las enfermeras componen el mayor grupo profesional empleado en el sistema de salud, por lo que la eficacia de sus actividades tiene inevitablemente una influencia clave en su salud.

Los ministros de salud miembros de la Región Europea de la OMS acordaron en la que se ha venido a llamar como Declaración de Munich (2000), que las enfermeras tienen cada vez un rol más importante y clave que desempeñar en los retos de salud pública de nuestro tiempo, así y como en garantizar la provisión de servicios de salud de alta calidad, accesibles, con equidad, eficientes y sensibles que aseguren la continuidad del cuidado y dirija correctamente las necesidades cambiantes de los individuos. Para que esto suceda, acordaron 8 medidas que entienden por urgentes para fortalecer la enfermería, entre las que destacan la mejora de la educación básica y continuada, así como el acceso a niveles superiores de educación.

Varios autores (Hogston 1995; Barriball et al 1992; Larcombe y Maggs 1991, Warmuth 1987), entienden que la relación entre formación profesional continuada (FPC en adelante) y la calidad de la asistencia está ampliamente reconocida y sustentada, a pesar de que en la práctica existen dificultades para hacer explícita esta unión. Para Merservy y Monson (1987) las enfermeras no necesitan justificar la necesidad de FPC porque está aceptado en las disciplinas de la salud como un componente esencial de la práctica profesional.

En la literatura profesional de enfermería, la FC se considera como un factor clave en el desarrollo individual de las habilidades profesionales para la mejora de la eficiencia del Sistema de Salud y para la mejora en la ejecución de los cuidados (Palmer, 1994).

Stamler & Thomas (1997), encuentran que la FPC tiene numerosas funciones, entre las que destaca la mejora del conocimiento individual y profesional a través de la puesta en común de experiencias prácticas.

Wood (1998), en la revisión de la literatura que lleva a cabo señala que las influencias sobre la práctica de la enfermería pueden dividirse en aquellas que afectan a la enfermera y en aquellas que afectan al cuidado de los pacientes;

- Como individuos, las enfermeras se identifican a ellas mismas con:
 - mayor confianza,
 - mejores conocimientos,
 - mayor auto percepción,

- mayor conciencia de las cuestiones profesionales.
- En relación con el cuidado de los pacientes:
 - Mejores habilidades comunicativas,
 - intensificando el cuidado individualizado,
 - investigando centrándose en el paciente.

Por otro lado, Barriball et al (1992) también se valen de la revisión bibliográfica para conocer la influencia de la FPC en la práctica enfermera. Señalan estos autores, que un área importante en el que tradicionalmente ha fallado la formación continuada es que no potencia la práctica reflexiva, el conocimiento de la investigación, y el pensamiento crítico y reflexivo para mejorar el cuidado del paciente. Aunque por otro lado, un cierto número de estudios revisados por estos autores, demuestran que los programas de FPC pueden incrementar la educación profesional y el desarrollo personal, los ratios de retención del personal y mejorar el cuidado de los pacientes, no aportando ningún estudio hallazgos negativos.

Finalmente, y de acuerdo con Furze &Pearce (1999), hemos de tener presente que aunque la literatura muestra que las enfermeras perciben que la FPC mejora el cuidado, existe en la actualidad poca evidencia científica que apoye esta afirmación.

Efectuada esta breve revisión de la importancia de la F.C en el ámbito Europeo y la influencia en la práctica profesional, paso a exponerles como entendemos desde nuestra Organización, Osakidetza, el programa de F. Continuada

2. PLAN DE FORMACIÓN COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN

Hoy en día todas las Organizaciones han de afrontar cambios constantes en el entorno en el que y por el cual trabajan. Este hecho obliga a la formación de organizaciones creativas, flexibles y dispuestas a adaptarse continuamente a las nuevas condiciones de un entorno cada vez más amplio e interrelacionado

Las reformas sanitarias necesarias para afrontar con éxito los retos que se plantean en el futuro inmediato deben tener en cuenta el componente humano del sistema. Los profesionales de la salud constituyen el elemento clave para su funcionamiento. De su adecuada capacitación y de la organización de su trabajo depende la utilización eficiente de los recursos técnicos y financieros que están a su disposición.

Así mismo la preparación de las estrategias formativas de los profesionales sanitarios exige tener en cuenta no solo la compleja composición de los recursos humanos de la salud y la duración de su formación básica y continuada sino también las dificultades inherentes a las actitudes, expectativas y motivaciones, tratando de adecuar los programas de formación a las necesidades sentidas por los profesionales

En relación con este aspecto, en la bibliografía se plantea repetidamente que las organizaciones que afrontan cambios, son las que se organizan alrededor de un proyecto en el que la Formación es una estrategia clave de desarrollo. Se insiste en el hecho de que la Formación Continua tiene un rol activo, aunque no exclusivo, en la mejora de las capacidades organizativas sí:

- Favorece el desarrollo de las capacidades de las personas y grupos.
- Facilita la comunicación de los objetivos de la organización y motiva a los trabajadores.
- Se planifica con unas condiciones básicas para intentar asegurar su eficacia.

Según lo anteriormente expuesto los objetivos del Programa de Formación necesariamente tendrá que:

- Valorar la necesidad de adaptación de las Organizaciones a situaciones de cambio y la importacia de la Formación Contínuada como estrategia de desarrollo.
- Plantear el concepto de la Formación Contínua como una inversión inmaterial y un instrumento fundamental para la Gestión.

- Describir la producción de competencias como objetivo del sistema de formación.
- Plantear el ámbito de la Formación según su finalidad y la evaluación de los Programas.

a) La competencia profesional en Enfermería

Siendo un elemento fundamental en la Organización Sanitaria su definición como Empresa de Servicios y partiendo de ésta premisa, la noción de servicio y calidad que las deben caracterizar, se convierten en elementos esenciales de su gestión.

De ello se deriva que la calidad de un servicio prestado adquiere un lugar decisivo y como consecuencia las competencias de sus profesionales.

El concepto de competencia profesional en el campo de la salud ha sido analizado por diversos autores. L. Nagelsmith, la define como algo mas que conocimientos y habilidades. Los valores, el pensamiento crítico, el juicio clínico, las actitudes y la integración de las ciencias sociales en el rol de la enfermería, también son componentes de la competencia.

El objetivo de un sistema de formación profesional es producir competencias.

Se designan LAS COMPETENCIAS como una combinación de conocimientos, capacidades y comportamientos, que se pueden utilizar e implementar directamente en un contexto profesional.

En esta definición las nociones de combinación y contexto son esenciales. Una competencia no se reduce a un conocimiento o a una técnica; no se limita tampoco a una actitud, sino que es una suma de los diversos elementos que la componen..

La competencia se define siempre en función del contexto profesional en que se ejerce. Se trata de situaciones de trabajo y no de situaciones pedagógicas. La competencia expresa siempre una capacidad de hacer.

Definidas de este modo, las competencias producidas o desarrolladas por la formación debe tener una serie de componentes que configuran la calidad de las competencias.

b) El proceso de formación.

En un programa de formación, lo importante, son los resultados y estos deben ser la **generación de competencias** previstas y necesarias para acometer y contribuir al logro de los objetivos.

Entendida la Formación como un Proceso, contemplamos cuatro fases fundamentales:

I. Orientar la Formación

Supone definir los criterios básicos que, en coherencia con los objetivos estratégicos de la Organización orienten las actuaciones en el ámbito de la formación de los profesionales.

Las responsabilidades en el ámbito de la orientación de la formación se ubican en el vértice estratégico de la organización. La implicación a este nivel de los gestores de toda la organización, es clave, pues supone la base de partida y marca el rumbo a seguir en las fases siguientes.

II. Determinar las necesidades de formación

Aquí comienza la fase operativa de la formación es decir LAS BASES DEL PLAN DE FORMACIÓN.

Disponemos de cuatro fuentes importantes para detectar necesidades:

- ✓ LOS PROBLESMAS; o disfunciones que perturban el correcto funcionamiento de la Unidad
- ✓ LOS PROYECTOS; o planes que se tienen previsto acometer
- ✓ LA ORIENTACIÓN PREVISIBLE DE PUESTOS DE TRABAJO; es decir adelantarse a nuevas necesidades
- ✓ LA ACTUALIZACIÓN; o puesta al día permanente. Este ámbito tiene dos vertientes, una viene determinada por la desviación entre una situación deseable y la realidad y otra la formación continuada general, derivada de las necesidades expresadas por los profesionales

En esta fase los responsables son los directores de las áreas funcionales de las organizaciones junto con los responsables operativos de los programas de formación

III. Planificar el Programa

De acuerdo con las necesidades formativas detectadas, planificar soluciones significa:

- ✓ Definir las acciones formativas precisas que den cobertura a las necesidades planteadas
- ✓ Programar la formación de acuerdo a las prioridades establecidas, tanto de la Organización como de los profesionales
- ✓ Prever orientativamente el alcance económico relativo a la realización de las acciones

Este es el momento de ELABORAR EL PLAN DE FORMACIÓN

IV. Evaluación de Programa de Formación

Es fundamental para conocer los resultados de cualquier programa implementar indicadores que nos vayan informando de la calidad de la gestión en el ámbito de la formación

Como otro tipo de servicios, la formación no es fácil de cuantificar. Al ser una inversión en algunos aspectos inmaterial, en ocasiones hay que apreciar más que proceder a cálculos matemáticos.

Hay varios aspectos que pueden ser objeto de medición:

✓ La satisfacción de los alumnos y docentes

Las herramientas mas utilizadas son las encuestas de satisfacción post-curso. A través de sus respuestas se va a poder analizar si el curso ha sido adecuado a las expectativas de los alumnos, las habilidades docentes de los profesores, la adecuación a los objetivos previamente planteados etc.

✓ La calidad de las competencias

En este aspecto son importantes los indicadores de la práctica, no solo inmediatamente después de la formación, sino a medio plazo con el fin de conocer efectivamente los resultados y en caso negativo poner medidas correctoras.

✓ Evaluación de los costes

Conocer en los tres apartados indicados anteriormente los costes que se producen con un programa de formación, servirá, no solo para hacer una previsión de inversiones posteriores, sino para conocer la relación coste-efectividad de los programas docentes.

En éste punto les he descrito algunos conceptos para tratar de asegurar la calidad de los programas de formación, pero hay un elemento fundamental para añadir a lo dicho

anteriormente y sin el cual difícilmente darán los resultados esperados y es la motivación de trabajadores y su relación con la formación.

3. ORGANIZACIÓN EN OSAKIDETZA.
PLAN ESTRATÉGICO. PLAN DE FORMACIÓN
ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES
MATERIAL, METODO Y RESULTADOS

4. CONCLUSIONES.

Osakidetza – Servicio Vasco de Salud es una organización que tiene como objetivo proveer los servicios públicos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y calidad.

La actividad de Osakidetza esta orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, de acuerdo con las prioridades determinadas en el Plan de Salud. Asimismo, fomenta el desarrollo tecnológico, la docencia e investigación, que también constituyen objetivos prioritarios. Uno de los aspectos más importantes es la necesidad de que exista motivación en el personal para incorporarse y participar en programas de formación como requisito para que ésta sea eficaz y logre sus propósitos, es decir es una argumentación en doble sentido; la formación como elemento motivador para los profesionales y además la motivación necesaria e imprescindible para el aprendizaje.

Actualmente en las Organizaciones los programas de Formación Continua deben ser considerados como una inversión con el fin de producir Competencias que garanticen la eficacia y calidad de los servicios prestados, constituyendo un valor fundamental para cualquier proyecto que quiera afrontar la modernización de las mismas.

Un Programa de Formación es la base de un plan estructurado para el cambio organizacional por lo que debe estar incluido en las Líneas Estratégicas de la Organización. Así mismo se entiende la Formación como un proceso que debe comprender todos los componentes tanto de planificación como dotación de recursos, gestión y evaluación con el fin de comprobar su eficacia.

Finalmente no se conseguirá una buena gestión sin mantener y adecuar los conocimientos de sus profesionales, como tampoco sería posible ningún programa si no existe una actitud positiva por parte de ellos Y ESPECIALMENTE SI NO DA RESPUESTA A SUS NECESIDADES.

En Vitoria-Gasteiz, a 21 de febrero de 2003

Fdo.: Pilar Pérez de Eulate Berraondo Responsable de Programa de Formación Continuada en Enfermería Osakidetza/Servicio vasco de salud

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Consejo de Educación de la Unión Europea (2001). Informe sobre los futuros objetivos precisos de los sistemas educativos. (online). Disponible.
- 2. Comisión de las Comunidades Europeas (2000). Memorándum sobre el aprendizaje permanente. Bruselas (Online).
- 3. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco (2001) Memoria 2000. Vitoria. Servicio de Publicaciones del Dpto. de Sanidad.
- 4. Finnick, M. Crosby, F. Ventura, M.R. (1992) The journal of Continuing Education in Nursing. 23(6)
- 5. Duran, F. (2001). La formación Continuada, una inversión en capital humano. Madrid III Jornadas sobre Formación Continuada en las Administraciones Públicas.
- 6. Irigiyen, J, (2001). Valores y Necesidades de la sociedad del S XXI. XXI Sesiones de Trabajo de la AAED.
- 7. Hennssy, D. Hick, M.- International Nursing Rewie. 1998,4 109-114
- 8. Salvage, J. A World Healt Organitation Perspective. Advancing Nursing Education Worldwide.
- 9. Hogston, R. (1995)- Journal of Advanced, Nurssing 23.
- 10. Wod, I. (1998). International Journal of Nursing. Studes 35.
- 11. LKS Consultores, Como abordar un plan de Formación. Osakidetza 1998.
- 12. Le Boterf, G. Como invertir en Formación. Eada Gestión 1.993
- 13. Oriol, a. Reforma de los Sistemas Sanitarios y el papel de la Formación de los Profesionales.
- 14. López, C. (2000). La Formación Enfermera. Apuntes post-grado Enfermería Avanzada. Vitoria E.U.E. Documento sin publicar.
- 15. Osakidetza/s.v.s.. Memoria 2001 (onlain)

Nº 10.- MESA REDONDA "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS"

PONENCIA: "MÉTODO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA ENFERMERA!"

AUTORA: Dña. Ángeles Rodeño Abelleira.

Enfermera. Licenciada en Antropología

Directora de Enfermería del C.H. Arquitecto Marcide. Prof. Novoa Santos. Ferrol.

Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería Y Podología de Ferrol.

INTRODUCCIÓN

El sistema de servicios sanitarios en nuestro entorno atraviesa por una situación de necesidades cambiantes que hace necesario la implantación de nuevas formas de atención, de nuevos procedimientos, de nuevos papeles profesionales y muy especialmente el papel de la enfermera.

 Los hospitales están cambiando su perspectiva tradicional y serán en un inmediato futuro principalmente centros de atención altamente tecnificada, de estancia por lo general muy corta, con extensión de los servicios a los domicilios.

 La atención primaria extenderá más aún su acción a toda la población, teniendo que atender sobre todo a problemas de tipo socio-sanitario de gran calado técnico e impacto social

En un entorno altamente competitivo, las enfermeras han de adaptarse positivamente a estos nuevos aspectos de la atención, dando respuestas concretas a problemas reales y además consiguiendo que esa respuesta sea de mayor calidad en resultados, es decir, que tienda a la excelencia del servicio.

La situación de cambio permanente es natural en algunas organizaciones tan dependientes del entorno social, económico y tecnológico como las instituciones de atención a la salud, que deben de ser conscientes de las necesidades que les plantea su entorno: los usuarios, los profesionales, la tecnología En términos empresariales y partiendo que somos una empresa de servicios hay que tener en cuenta los cinco grupos de interés: El cliente, el accionista, el equipo humano, el proveedor y la sociedad.

Actualmente, las principales fuerzas que exigen a las organizaciones a modernizarse son: las necesidades y expectativas del cliente, la competitividad con otras organizaciones y el cambio estructural de las instituciones. Sin olvidar que las expectativas de hoy son las exigencias del mañana. Las expectativas del cliente están en le campo de lo ilimitado. El productor entra en el campo de lo limitado. Hay que casarlo.

Estas fuerzas han de estar destinadas a mejorar los resultados y a avanzar definitivamente en los aspectos de calidad de servicio, calidad de producto, costos sostenibles y en la introducción del rediseño de procesos.

TENDENCIAS DEL SISTEMA SANITARIO

El sistema sanitario va hacia la flexibilidad organizativa para lograr así una mejor competitividad y a

1

facilitar los cambios.

Las nuevas tendencias son:

- Desarrollar programas públicos y privados, de prevención y promoción de la salud y de educación sanitaria, para dar una mayor atención a las personas mayores, personas con enfermedades víricas, etc..
- Aumentar la tecnología para ahorrar costos y hacer posible una mayor atención ambulatoria.
- Enfatizar la calidad asistencial.
- Promocionar contratos programas.
- Optimizar los recursos sanitarios
- · Habrá restricciones financieras.
- Grandes cambios en la cirugía. Técnicas no invasivas que permiten la recuperación más rápida del enfermo, y un incremento de la cirugía ambulatoria que permite al paciente regresar a su domicilio el mismo día.
- Habrá fusiones de centros sanitarios
- Aumentará la competencia entre hospitales públicos y privados.
- Cambio en la morbilidad atendida, (envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades que necesitan muchos recursos como el cáncer y las enfermedades virales.
- Cambios en las expectativas de los usuarios, que van a elegir un servicio público eficaz.
- La informática incrementará su papel en los servicios sanitarios facilitando la intercomunicación dentro del mismo, la utilización de sistemas expertos por los profesionales y la interacción de un centro sanitario con otro y con atención primaria.
- El pago a los hospitales estará vinculado al producto que se de. La mejor forma de valorar el producto hospitalario es la expresada por el término case-mix o conjunto de procesos que ofrece el hospital. El sistema de GRD es el sistema de medida del case-mix que identifican de forma pertinente el consumo de los recursos clínicos recursos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento). El sistema PRN es un instrumento complementario a los GRD para definir y medir los recursos necesarios de enfermería ante un proceso sanitario.
- La importancia de las instituciones sanitarias (Hospital, Atención Primaria, Centros Sociosanitarios) disminuirá y cobrará protagonismo la atención global y la promoción de la promoción de la autonomía de los pacientes.

El hospital del futuro se replanteará su papel dentro del sistema sanitario. Tendrá más en cuenta al usuario/cliente se situará como centro de alta tecnología abierto al resto del sistema. Estará en un proceso de cambio continuo. Disminuirán las estancias. Compartirá la gestión con centros sociosanitarios, con programas, etc.

Tanto los hospitales como los centros de salud serán menos rígidos y más innovadores. Su personal será más cualificado. El cambio supone desarrollar nuevas aplicaciones y herramientas de gestión, tendentes no solo al control del gasto sino además a la valoración y evaluación de la calidad de los cuidados prestados.

UTILIDAD ECONÓMICA-TECNICA-SOCIAL DE LA ENFERMERIA

Uno de los mayores problemas de nuestro sistema sanitario es dar respuesta a los grandes cambios que ya se han empezado a producir en el sector y que, sin duda, irán en aumento: por un lado el envejecimiento de la población hará crecer cuantitativamente la demanda de servicios, por otra la incorporación de nuevas tecnologías y el nivel informativo, cada vez mayor de los ciudadanos, hace necesaria también una mejora cualitativa de la atención sanitaria.

Estos importantes cambios, se reflejan además en una transformación conceptual, y han supuesto incluso la adopción de un nuevo lenguaje. Los términos *unidades de hospitalización, listado de actividades, presupuesto por servido, cargas de trabajo, toma de decisiones centralizadas,...,* están siendo reemplazados por otros que indican otra forma de articular la gestión, eficaz eficiente y efectiva, de la institución sanitaria en general, y del departamento de enfermería en particular.

Hoy, se habla de gestión clínica, de toma de decisiones descentralizadas, de costes por grupos de pacientes, costes por proceso, cuidados centrados en el paciente y la familia y de planes de cuidados estandarizados; de métodos para medir la intensidad de los cuidados que requiere el paciente, de GRD, de gestión de casos, de guías clínicas, etc. Pasar de un enfoque técnico a uno integral y humanista, es un cambio importante y necesario pero que abre un camino nada fácil de transitar.

Los profesionales de enfermería estamos preparados para afrontar los diferentes retos que nuestro sistema sanitario y, en especial nuestros clientes e instituciones, nos van exigiendo.

El cambio conceptual al que nos referimos lo estamos realizando, como lo demuestra la adopción de un modelo de cuidados o un sistema de valores enfermeros. Por otra parte, la paulatina asunción de un rol autónomo hace que los cuidados de enfermería que recibe el paciente y la familia vayan adquiriendo unos niveles mayores de calidad. Por tanto, no debe, asustamos la nueva visión y el nuevo lenguaje que nos propone la gestión.

Lo que sí conviene que no perdamos de vista es este cambio conceptual, humano y, en definitiva, profesional que estamos realizando los profesionales de enfermería. Lo desean y cuentan con ello los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

En este contexto, La enfermería está participando en la búsqueda de mejores formas de optimizar los recursos humanos y materiales, está participando en el diseño de estrategias de gestión innovadoras y creativas que contribuyan a una racionalización del gasto sanitario y, en la adopción de métodos que permitan medir el coste real imputable a la Unidad de enfermería, evaluando de forma precisa y real la calidad de los servicios, la calidad del también llamado producto enfermero que proporcionamos a nuestros clientes.

Hace ya 25 años que los profesionales de enfermería dejamos de llamamos Ayudantes Técnicos Sanitarios, para pasar a ser Diplomados de Enfermería. Esto no supuso un simple cambio de nombre, sino que representó el conceptualizar las bases de una profesión. Se transforma el papel tradicional de la enfermera (ayudante del médico), en una nueva forma de enfocar y entender la profesión.

La formación Universitaria supuso la adquisición de una formación que capacitaría a la enfermera para cubrir la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y la inserción social; y para actuar en el lugar donde estén los clientes, hospital, centros de salud, centros sociosanitarios, domicilio o comunidad. Son estructuras y lugares diferentes donde deberá haber enfermeras competentes

que sepan cubrir las necesidades de los pacientes/familias y proporcionales una asistencia de calidad.

Debemos saber que la sociedad valora nuestro trabajo y que organismos como la OMS afirma que somos un recurso valiosos para la salud, pero que tenemos que seguir avanzando en nuestro desarrollo profesional y por ello debemos trabajar con un enfoque metodológico y fundamentar nuestro trabajo en el conocimiento, la evidencia y la investigación.

Centremos nuestra atención en el cliente y tengamos en cuenta el entorno (de las personas y donde se dan los cuidados). Asumamos, desde la autonomía y la responsabilidad, nuestro propio rol desempeñando las competencias profesionales en los diferentes campos de actividad-hospitalaria-primaria y comunitaria. Concienciándonos de que nuestro trabajo es necesario para la sociedad recordando que estamos capacitados legalmente par él por nuestros conocimientos.

Debemos cuidar a todas aquellas personas que tienen necesidades de salud y no contentamos con la atención dirigimos a los individuos con enfermedades crónicas. Aportemos a las familias los recursos que necesiten para hacer frente a situaciones de crisis como la presencia de un anciano o enfermo en el hogar. Ayudemos a las personas y familias con deficiencias para que se desenvuelvan en el seno de la comunidad con el mínimo de dificultades.

Debemos demostrar que estamos capacitados para diagnosticar problemas, planificar cuidados y evaluar la efectividad de nuestro trabajo. Tenemos que trabajar con entusiasmo y con ilusión.

Nos ha llegado el turno para tomar la palabra y hacer marketing de nuestros servicios. Podemos demostrar la utilidad, la calidad y el coste de nuestras intervenciones. Ocupar un lugar destacado en los nuevos servicios de salud y obtener el merecido reconocimiento social que siempre hemos deseado.

Pero solo ocuparemos ese lugar demostrando que la enfermería tiene un método de intervención científico, que el ejercicio profesional ha pasado de ser un arte y una práctica basada en una filosofía general, a desarrollar un marco conceptual propio, es decir, un conjunto de conceptos o teorías de base de una disciplina, que son relevantes para su comprensión. Y tener un modelo de enfermería como referente con el objetivo de unificar la práctica enfermera en todo el centro.

ALCANCE ACTUAL DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO

Para que todos los miembros de la comunidad enfermera identifiquen la Enfermería como una disciplina es preciso que exista una creencia arraigada y compartida con respecto a su razón de ser, para determinar así el foco de interés que especifica su área de estudio y que autores como Newman, Sime, Corcoran—Perry, Kérouac, Pepin, Ducharme, etc., coinciden en decir que se trata de: *el cuidado de la persona, que en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud.*

Sin embargo, este enunciado resulta insuficiente para plasmar la contribución y el objetivo del servicio que las enfermeras brindan a la población, lo que ha comportado el desarrollo de diversas concepciones para clarificarlo y explicitarlo en un intento de precisar las características del cuidado. Aunque los modelos conceptuales son necesarios para la comprensión de la esencia de la disciplina porque aportan las explicaciones acerca de la naturaleza del servicio y el área de responsabilidad enfermera y de ellos se desprenderá el consenso disciplinar, es preciso tener en cuenta otros elementos en los que se apoyan dichas perspectivas conceptuales y que también se encuentran más allá de las mismas. El desarrollo del conocimiento enfermero se ha efectuado desde diferentes perspectivas filosóficas y científicas, que en

realidad no son más que otras tantas formas de ver el mundo.

No obstante, el foco de interés se configurará de una manera más precisa, libre de cualquier paradigma o teoría.

Los principios que guían la acción se justifican por el momento en el devenir de la Enfermería como disciplina profesional. Kérouac y cols. Proponen nueve principios en su intento de despejar los elementos que debieran guiar la comprensión del concepto de cuidado enfermero. estos, que son fruto de la reflexión, reflejan una serie de valores y actitudes morales que se han ido fraguando con y en la praxis enfermera que conviene nombrar:

- · Compromiso personal.
- · Compromiso profesional.
- · Mantenimiento de la dignidad y respeto de las personas.
- · Atención y disponibilidad.
- Apoyo en conocimientos específicos de la disciplina.
- · Integración de conocimientos de otras disciplinas.
- · Mejor comprensión del ser humano.
- · Aprovechamiento de los recursos y conocimientos.
- Compromiso de los procesos interactivos persona-entorno.
- · Gestión clínica para brindar cuidados individualizados.
- · Reconocimiento de la competencia.

Se puede concluir con esta última introducción de elementos, que el conocimiento de la disciplina profesional enfermera, de acuerdo con la descripción de Carper (1978) se encuentra constituido por cuatro patrones:

- Conocimiento Empírico (ciencia enfermera), que representa la producción y la metodología empleada.
- Estético (arte de la enfermería), entendiendo que existe un conjunto de intervenciones que se realizan de una manera profesional, creativa e imaginativa durante el ejercicio profesional, apoyadas en el patrón anterior y en el siguiente.
- Moral (ética de la enfermería), que guía la acción humana del cuidado, mediante la elaboración y seguimiento de códigos deontológico s.
- Personal (uso terapéutico de uno mismo). Profundización en la madurez y desarrollo personales de los que ejercen la profesión a lo largo de su formación y de todo su ejercicio para establecer una relación de ayuda eficaz.

El conocimiento global de estos cuatro patrones se adquiere de forma básica a lo largo del desarrollo académico de la Diplomatura en Enfermería, actuando cada uno de ellos como hilos conductores que guían la formación del alumno.

IMPORTANCIA DE LA ELECCIÓN DE UN MODELO QUE GUÍE EL CURRICULUM Y LA PRAXIS ENFERMERA

La utilización del concepto de enfermedad como eje principal de la formación y praxis enfermeras ha ligado el ejercicio profesional enfermero a la práctica médica, casi de manera exclusiva y desde el inicio de la

enfermería como profesión.

La consecuencia más inmediata de ello ha sido la producción de un alto número de enfermeras tecnócratas que han centrado su atención en las acciones dependientes derivadas de la relación con la medicina. Si bien esta relación, vista como colaboración o interdependencia, resulta fundamental en la atención que las enfermeras brindan a los usuarios como miembros de un equipo multidisciplinar, la focalización exclusiva del ejercicio profesional en ese aspecto se considera insuficiente para explicar y desarrollar la aportación global de la enfermería como profesión.

La formación y el ejercicio profesional enfermeros han estado especialmente vinculados, a los cuidados relacionados con la curación de la enfermedad, añadiendo posteriormente los cuidados para el mantenimiento, desarrollo y continuidad de la vida, fundamentados en las actividades cotidianas de ésta, de una manera intuitiva y que poco responden así a la realización de actividades de tipo profesional. La mirada de estos cuidados desde una perspectiva alejada de la intuición y apoyada en el conocimiento otorga a la enfermería su razón de existir como disciplina profesional.

Como cualquier disciplina de estas características, parece lógico pensar que tanto la formación de los estudiantes de Enfermería como el trabajo de los profesionales giren en torno a los conocimientos de la disciplina.

Para los primeros, éstos supondrán el eje vertebrador de su formación y para los segundos, la explicación del servicio que prestan, de manera específica, a la sociedad. Por tanto, los modelos conceptuales enfermeros representan una guía y orientación para el pensamiento y la acción de los profesionales desde una perspectiva propia en sus distintos ámbitos de actuación: asistencial, docente, investigador y de gestión.

COORDINACIÓN TEÓRICO PRÁCTICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

De acuerdo con Vaughan, los modelos conceptuales constituyen el primer paso para desarrollar el curriculum de una disciplina profesional, ya que contribuyen a su edificación. Partiendo de esta idea, y aplicándola de manera concreta a la enfermería, se podría decir que la importancia de la adopción de modelos conceptuales enfermeros radica en esa afirmación, puesto que reflejan, en primer lugar, los valores y creencias de la Enfermería para las materias con esta denominación y en segundo lugar, el comportamiento deseado del producto final del programa.

Ello viene a significar que los modelos conceptuales enfermeros sirven de elemento orientativo, analítico y evaluativo del proceso enseñanza-aprendizaje del alumno de Enfermería.

No obstante, y pesar de la utilidad e importancia de los modelos de Enfermería para el curriculum varios autores han expresado en sus trabajos ciertas controversias en cuanto a su elección, debido a la amplia gama de modelos con los que se enfrentan los docentes.

Aunque con frecuencia se hable de los ámbitos de ejercicio profesional—docencia, asistencia, investigación y gestión— como compartimentos aislados, está claro que los cuatro se encuentran estrechamente interrelacionados. Pensar en cada uno de ellos por separado y sin tener en cuenta las repercusiones que unos tienen sobre otros, es quizás una de las causas del problema que muchos han coincidido en llamar "divorcio entre la teoría y la práctica" o "vacío real— ideal".

Uno de los objetivos de los docentes enfermeros ha sido que los alumnos lleven a la práctica lo que han

aprendido a nivel teórico. Sin embargo, año tras año, el resultado es bastante desalentador tanto para los enfermeros docentes como para los asistenciales. Los primeros solemos argumentar que la práctica no se adapta a los criterios disciplinares y los segundos, que la formación que reciben los alumnos no se adecua a la demanda del sistema. Pero en muchos casos los profesores no incorporan en su docencia la problemática que los alumnos encuentran en la práctica

Ante esta situación, la actitud debiera encaminarse a la búsqueda de fórmulas que posibiliten minimizar el problema y eviten que se acentúe. Estas fórmulas no deberían consistir por tanto, en trabajar separadamente en los ámbitos teórico y práctico, sino más bien en acercar posturas: la teoría debe "beber" de las fuentes prácticas y viceversa.

En realidad son las enfermeras asistenciales, las que participan directamente en el acto de cuidar. La única teorización legítima de Enfermería es aquélla que surge de las experiencias, sentimientos y significados de los protagonistas del cuidado, y que a partir de ahí trate de solucionar los problemas "de , en y para la práctica".

Una teoría que reconozca que la principal fuente de problemas son los marcos conceptuales de las enfermeras que cuidan y que asuma, por tanto, su participación en la actividad teórica como una necesidad indispensable y que será validada por su adecuación a la solución de aquellas situaciones que las enfermeras asistenciales perciban como problemáticas.

No obstante, la realidad del momento invita a reflexionar a todos los profesionales (docentes y asistenciales) sobre una idea que no se debe perder de vista: aunque los modelos conceptuales y las teorías puedan enseñarse, éstos no se podrán adoptar completamente y por tanto no influirán en la práctica, a menos que los profesionales dedicados al cuidado directo de los usuarios crean en ellos. Esta afirmación debería ser tomada en cuenta por aquellos que se dedican a la docencia, a la atención directa y a la gestión de los cuidados.

Dentro de los profesionales asistenciales existen dos tipos muy diferenciados. Los enfermeros comprometidos que creen en el aprendizaje continuo, y los que pasan sin ser vistos, van a cumplir su horario, y ellos se consideran a sí mismos mano de obra, no protagonistas de un equipo multidisciplinar, y no les pagan por pensar.

Es importante reseñar que no resulta rentable enfocar nuestros esfuerzos en detectar o intentar corregir a los malos profesionales", sino potenciar el talento de los mejores.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA ENFERMERA

La adopción de un modelo no obedece a una moda ni a una imposición, sino a una convicción sólida, obtenida a partir del estudio pormenorizado de los existentes y de su análisis comparativo con los valores y creencias del grupo.

En nuestro país los dos modelos de enfermería más extendidos son el modelo de Virginia Henderson y el de Dorotea Orem, pero podría ser útil cualquier otro modelo, para adaptarlo como mareo conceptual de actuaciones de todos los profesionales de enfermería. En Galicia, el año 1997 el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) adoptó el modelo de Virginia Henderson. Siendo una de las líneas estratégicas en matera de enfermería "la implantación y desarrollo de la planificación de los cuidados en todos sus centros" con dos objetivos.

- Adoptar un Modelo de Enfermería para la aplicación de los planes de cuidados.
- Implantar un sistema informático capaz de facilitar su aplicación con efectividad.

Esto nos ayudará a trabajar desde una perspectiva diferenciada de otras profesiones con el objetivo de ofrecer una atención propia, complementaria y paralela dentro del equipo de salud.

Como cualquier disciplina profesional, la Enfermería necesita emplear una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a los usuarios y que como ya he comentado anteriormente, se caracteriza por dar repuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para la persona.

Para ello es necesaria una manera de pensar ordenada y sistemática, encaminada a la solución o minimización del problema. El enfoque adoptado por las diversas disciplinas en este sentido es la metodología científica. La Enfermería, por su parte, ha seguido también ese enfoque partiendo, desde hace unos treinta años, de un esquema de análisis, planificación, comprobación y control de resultados al brindar cuidados enfermeros a la población, que de manera genérica se denomina método de resolución de problemas y que, adaptado al campo de las acciones enfermeras, es el proceso de Enfermería.

Esta forma de actuar permite a las enfermeras ayudar a los usuarios a solventar aquellos problemas de la vida cotidiana relacionados con su salud que resolverían por sí mismos en caso de encontrarse en condiciones óptimas, ya que los seres humanos utilizamos habitualmente el método de resolución de problemas ante las dificultades que se nos presentan. Sin embargo, la manera de proceder en la vida cotidiana y las posibles soluciones que se ofrecen a nivel profesional son diferentes. Es evidente que no todos los acontecimientos problemáticos de la vida necesitan un abordaje científico, sino que sólo precisan de él aquellos que cumplan ciertas condiciones de dificultad o complejidad y que por tanto requieran de expertos para su solución.

El método científico de resolución de problemas adaptado al campo enfermero adopta el nombre de Proceso de Enfermería. El término hace su aparición en la década de los años cincuenta con L. Hall, al definir la atención de Enfermería en 1955, como un proceso global y concatenado que llevaba a unos resultados.

Aplicar el proceso de enfermería significa por tanto, seguir un orden lógico y sistemático en nuestra práctica. Pero para que este proceso mental se materialice es necesario su registro. Así, además de promover el pensamiento crítico, pensamiento deliberado, dirigido al logro de objetivos que pretende emitir juicios basados en evidencias en vez de en conjeturas, aportará otras ventajas como evitar omisiones, duplicaciones y conclusiones prematuras. El documento donde se registre la atención de Enfermería que se ha brindado a cada usuario sirve para evaluar la calidad de los cuidados proporcionados y sirve de elemento que posibilita la investigación.

Así se puede afirmar que el modelo conceptual es el conocimiento al servicio de la práctica, mientras que el proceso es el instrumento para adoptar el modelo en la práctica.

EL LENGUAJE ENFERMERO

La enfermería como cualquier otra rama de las ciencias de la salud, necesita de una terminología específica que permita expresar de manera unívoca con la mayor precisión y concisión posible los conceptos propios de su campo de actividad.

La utilización del lenguaje coloquial conlleva una falta de concisión y precisión en el lenguaje, lo que nos obliga a renunciar a él para expresar los conceptos profesionales. El tema es todavía muy controvertido. La introducción del proceso supuso un reto para los profesionales, existiendo una serie de dificultades reales en su implicación. Su uso es irregular, existe una notable falta de conocimientos al respecto, no hay unanimidad en el empleo del lenguaje, y sobre todo en la utilización de la taxonomía NANDA para enunciar los diagnósticos, se critica que no se basan en la realidad española, no es comprendida por las enfermeras con facilidad, creando un factor de resistencia, se le critica también que su uso conlleva mucho tiempo, existen muchos profesionales que no les convencen por:

- Algunas definiciones de la NANDA resulta sumamente imprecisas, no aclaran el significado de la etiqueta a que se refieren, e incluso en determinadas ocasiones son repeticiones inútiles de una idea por varias palabras que no añaden nada al sentido.
 - Las etiquetas diagnósticas responden a causas que permiten la actuación de enfermería en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, tales como los médicos, psicólogos, fisioterapeutas... Un gran número de los factores etiológicos apuntados en los manuales diagnósticos no permiten la actuación independiente de la enfermera, sino únicamente un rol de colaboración. Hoy más que nunca, la enfermera necesita una taxonomía que delimite su campo de responsabilidades, que defina con claridad qué y cómo es, y consensúe la forma de denominar a lo que es propio.
 - ¿Son todos los diagnósticos de enfermería de la NANDA Universales y multiculturales?.

Entre el ir y venir de estas interrogantes nos perdemos en el primer paso que es el plasmar el problema identificado. Es en este primer eslabón en el que nos perdemos el proceso.

CONCLUSIONES

Estamos en el momento más emocionante de la enfermería moderna, no solo en el ámbito internacional si no en el ámbito nacional. Estamos viviendo mucho y muy importantes cambios no solo en la sanidad, si no en la profesión enfermera. La licenciatura, el doctorado, el desarrollo de las especialidades, la carrera profesional, la informatización de los procesos, la consolidación de la investigación enfermera.

Debemos de estar en condiciones de descubrir y denominar los cuidados enfermeros para poder controlarlos, financiarlos y llevar a cabo investigaciones en este campo, y actuar de forma que seamos tenidos en cuenta en la elaboración de políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huella.

- ¿Dónde está el derecho de los pacientes a contar con unos profesionales permanentemente actualizados en sus conocimientos?
- ¿Es legítimo no pretender disminuir la variabilidad en la práctica?
- ¿Es legítimo no pretender disminuir la yatrogenia detectando los factores de riesgo?
- ¿Tenemos la obligación de no improvisar adoptando una metodología de trabajo científica?
- ¿Queremos focalizar nuestra atención en el paciente, en sus necesidades y requerimientos?

¿Debemos privar a los pacientes de la esencia del servicio enfermero? (nadie podrá hacerlo por nosostros).

Y esta dimensión es la que habría que trabajar y transmitir a la sociedad como signo característico de la prestación de los cuidados. Porque es precisamente lo que nos hace diferentes.

Referencias bibliográficas

- Medina Moya J L. La Pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería. Ed. Alertes: Barcelona; 1999.
- Medina Moya J L. (1995). Epistemología y Enfermería: paradigmas de la Investigación en Enfermería. *Enfermería Clínica* 1995; 5(1): 32-45.
- Medina Moya J L. Taller: Tutorización docente del alumno de enfermería en el área asistencial.
 XXIII Sesiones de trabajo de la AEED (Asociación Española de Enfermería Docente). Tarragona;
 2002.
- Luis Rodrigo M T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Guirao-Goris J A, Camaño Puig R E, Cuesta Zambrana A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas, 2001.
- Guirao-Goris J A, Cuesta Zambrana A, Benavent Garcés A. Diagnósticos de enfermería. Claves para su desarrollo. Rev Rol Enf 1999; 22(7-8): 554-558.
- Guirao-Goris J A, Pino Casado R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. Enfermería clínica 2002; 11(5): 214-19.
- Martín Robledo E, García López F, Asenjo Esteve, A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de implantación. Rev Rol Enf 1997; 225: 57-63.
- Izquierdo Carrasco J M, Pérez Badía M B, serrano Escalon I, Torres Montero M D, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. Rev Rol Enf 2002; 25(7-8): 488-493.
- Alfaro R. Pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson/Salvat; 1997.
- Zaragoza Salcedo A. El proceso de atención de enfermería. Perspectiva de profesores y alumnos.
 Rev Rol Enf 1999; 22(9):583-590.
- López Ruiz J. Propuestas para el desarrollo profesional (II). Enfermería Clínica 2000; 10(4): 157-162.
- López C, López J. ¿Fenómenos de enfermería? Correo AENTDE 1998; "(2): 6-7.

Nº 11.- MESA REDONDA: "LA ENFERMERIA CLINICA: APLICACON DE SUS CONOCIMIENTOS"

PONENCIA: "PROYECTO NIPE: UNIFICACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO"

AUTORA: Dña. Carmen Arellano Morata.

Enfermera Hosp.G.U. de Murcia. Coordinadora del Proyecto NIPE en la región de Murcia

"LA NORMALIZACIÓN"

Definimos normalización como "la actividad dirigida a establecer medidas frente a situaciones repetitivas, mediante la elaboración, difusión y aplicación de documentos técnicos denominados Normas".

La normalización de la práctica enfermera pretende reducir la variabilidad de la asistencia enfermera, aplicándose sobre todas las fases del proceso enfermero: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

El primer requisito indispensable para la normalización es la utilización de un lenguaje común, y una metodología homogénea, para contribuir, de una manera objetiva y eficaz al ejercicio de la profesión, su desarrollo y su adaptación a los nuevos modelos de gestión.

OBJETIVOS

- Elaborar un sistema de **mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería**, con el objeto de prestar mejor asistencia a la población.
- Desarrollar un instrumento donde confluyan los modelos teóricos de la docencia con la práctica de la enfermería asistencial.
- Normalizar las intervenciones de enfermería para la mejora de la calidad de la atención profesional.
- Homogeneizar las actividades y técnicas de enfermería y asociarlas a las intervenciones.
- Normalizar la terminología de la práctica de la enfermería mediante un glosario de términos.
- Identificar y **definir los indicadores de calidad** para la prestación del servicio de enfermería.
- Facilitar el desarrollo de sistemas de gestión integrados.
- Permitir la estimación de los costes generados.

JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista profesional introduce elementos de mejora y normalización en todas las facetas de actividad:

Actividad asistencial: desarrolla normas que describan los cuidados de Enfermería mediante un lenguaje común.

Actividad docente: aporta instrumentos de mejora de la enseñanza mediante la clasificación de los conceptos derivados de la práctica de la Enfermería.

Actividad investigadora: supone una importante fuente de datos, dado que cada intervención, actividad se convierte en sí mismo en objeto de investigación.

Actividad gestora: entre un 30 y 40% del presupuesto sanitario se gasta en cuidados de enfermería, pero hasta ahora, nunca se ha sabido bien en qué consisten esos gastos.

La profesión de Enfermería tiene que comenzar a mostrar qué hace, cómo lo hace y por qué lo hace, pues de lo contrario no podrá solicitar más recursos para desarrollarse como profesión ó para investigar

ORGANISMOS PARTICIPANTES

El Proyecto NIPE se desarrolla en un convenio entre el ISECS, Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería. Se enmarca desde el "Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud" del propio Ministerio.

La Organización Colegial crea el ISECS (Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud), como estructura para el desarrollo de la profesión en el ámbito de la normalización, la acreditación y la investigación.

El objetivo del Ministerio era desarrollar una metodología homologable para la definición de los productos intermedios, es decir identificar los procesos de las unidades y servicios que intervienen en la asistencia del paciente, entre las que se incluye las unidades de enfermería, con el fin de poder calcular los costes imputables.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico(GDR) constituye un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (su casuística) con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia.

FASES DEL PROYECTO

- FASE 1ª Identificación de las Intervenciones de enfermería en cada GDR, estas son las **Normas NE IG** y la asignación de las intervenciones a cada unidad de enfermería por las que transcurre el paciente durante su hospitalización, son las **Normas NE UE**.
- FASE 2ª Identificación de las Actividades que componen cada Intervención objeto de estudio, son las **Normas NE AI**
- FASE 3ª Sistema de imputación de costes por sistema ABC (Sistema de Costes Basado en la Actividad)
- FASE 4ª Presentación de resultados a la Comisión Paritaria, al Comité Estatal del CMBD y al Consejo Interterritorial para su posterior implantación en el Sistema Nacional de Salud.

METODOLOGÍA

Los órganos técnicos del proceso de normalización son: Comisión Facultativa, el Comité Técnico de Normalización NIPE, reforzado por la actividad de Subcomités Técnicos de Normalización y de los Grupos de Trabajo provinciales, formado por profesionales de enfermería de las áreas asistenciales, docentes y de gestión.

1. GRUPOS DE TRABAJO

En la **1ª Fase del Proyecto** participan 33 Colegios Provinciales de Enfermería conformando 45 grupos de trabajo con más de 400 profesionales.

El objetivo de los grupos es **identificar las intervenciones de enfermería** sobre la base de los GDR's

Con el fin de homogeneizar el trabajo de los grupos y poder establecer las comparativas entre ellos se trabaja según la metodología enfermera, unificando el lenguaje utilizado:

- Valoración de enfermería, estructurada en los once patrones funcionales de M. Gordon.
- Diagnósticos enfermeros en los que se especifican los factores relacionados o de riesgo que justifican la etiqueta diagnóstica, según la taxonomía NANDA.
- Intervenciones de enfermería, utilizando la clasificación NIC, derivadas del diagnostico de enfermería.

También se identifican las intervenciones realizadas por prescripciones de otros profesionales de la salud, agrupadas en: realización de técnicas, pruebas diagnósticas y la administración de medicamentos.

En la **2ª Fase del proyecto** pretende **identificar las actividades** que agrupa cada intervención, mediante la validación teórica y la validación empírica.

Esto es necesario debido a que la clasificación de Intervenciones NIC ha sido desarrollada en los EEUU en contexto sanitario totalmente distinto al nuestro.

La Validación Teórica:

El objetivo es determinar la concordancia de la terminología de las intervenciones y las actividades a nuestro lenguaje, cultura sanitaria y las investigaciones realizadas sobre ellas.

La Validación Empírica:

El objetivo es el análisis y evaluación de cada una de las intervenciones y sus actividades en la práctica clínica enfermera.

Una vez finalizado el trabajo de los grupos sus propuestas son remitidas al Comité Técnico de Normalización.

2. COMITÉ TÉCNICO DE NORMALIZACIÓN

- Analiza los resultados propuestos por los grupos
- Realiza las Intercomparativas de las propuestas
- Emite las conclusiones a modo de proyectos de normas
- Los proyectos de norma son remitidos a los grupos de trabajo para que aporten sus comentarios
- Tras la revisión de los grupos el proyecto norma elaborado por el Comité Técnico se aloja en el portal del NIPE para que sea sometido a **información pública.**
- Una vez sometido a información pública, el proyecto norma es aprobado por la Comisión Facultativa como Normas de la práctica enfermera.

PLAN DE TRABAJO

El grupo de trabajo que coordino corresponde a la primera fase del Proyecto NIPE, nuestro objetivo es identificar las intervenciones de enfermería que se realizan a los pacientes pertenecientes a un GDR concreto que previamente nos adjudican.

Cuando nos indican el GDR a desarrollar comenzamos haciendo:

- 1) Análisis literal del GDR:
 - Diagnóstico principal
 - Si pertenece a la clasificación médica ó quirúrgica
 - Diagnósticos principales que agrupa
 - Diagnósticos secundarios/ complicaciones
 - Edad del paciente
 - Estado al alta médica
- 2) Búsqueda de datos estadísticos del GDR a estudio sobre prevalencia de:
 - Edad media
 - Sexo
 - Estancia media de hospitalización
 - Forma de ingreso
 - Diagnósticos principales
 - Procedimientos
- 3) Búsqueda bibliográfica de datos epidemiológicos de los diagnósticos principales y/o de los procedimientos, si pertenece a un GDR quirúrgico, sobre:
 - Sintomatología
 - Etiología
 - Factores de riesgo
 - Pruebas diagnósticas
 - Tratamiento

Si el GDR está codificado con complicaciones, tenemos en cuenta las enfermedades que acompañan al diagnóstico principal o que aparecen durante la hospitalización influyendo en la duración de la estancia o en el tratamiento.

- 4) Después establecemos todo el circuito por el que el paciente va a transcurrir durante su hospitalización en función de la evolución del proceso.
- 5) Con todos los datos anteriores definimos la Situación clínica de un prototipo de paciente que pertenecería a este GDR.
- 6) A partir de aquí comenzamos a trabajar el proceso enfermero:
 - Valoración, con la estructura predeterminada según los Patrones Funcionales y teniendo en cuenta la evolución del paciente desde el ingreso hasta el alta. Esta valoración se realiza en consonancia con el paradigma enfermero.
 - Según la información recogida en la valoración y derivada de la situación clínica establecida, se identifican los diagnósticos de enfermería con los factores relacionados o de riesgo, sí el diagnóstico es potencial.

•

- Para cada diagnóstico de enfermería elaboramos un listado de intervenciones propias. Tenemos en cuenta la definición de la misma, las actividades que engloba esa intervención con en fin de determinar si hay un número representativo de actividades que sean apropiadas al problema que queremos resolver, según su causa.
- 7) También identificamos las intervenciones que realiza enfermería derivadas de los diagnósticos médicos, clasificadas según la prescripción de técnicas, de pruebas diagnósticas y de tratamientos que se definen en la Situación clínica del GDR en estudio.

¿QUÉ NOS APORTA PARTICIPAR EN EL PROYECTO?

- Una vía de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos
- Nos permite definir nuestra actividad profesional con un lenguaje común
- Nos ayuda a valorar nuestro trabajo
- Los foros de debate que surgen nos proporcionan un enriquecimiento debido a las distintas perspectivas.
- Nos proporciona adquirir habilidad en la aplicación del proceso enfermero.
- Conocer y familiarizarnos con el lenguaje de los diagnósticos de la NANDA y la taxonomía NIC.
- A pesar de trabajar sobre la base de diagnósticos médicos, el pensamiento enfermero es el que orienta la elección de las intervenciones, teniendo presente los problemas psicosociales que pueden darse.
- Nos facilita una fuente para la investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

Rivero Cuadrado, A; Pajares Costal, C; Pacheco del Cerro, E; et al: Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Consejo General de Enfermería, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.2002.

Nº 12.- MESA REDONDA: "ENFERMERÍA: CULTURA POLITICA"

PONENCIA: "LA ENFERMERIA EN LAS DISTINTAS CULTURAS ORGANIZATIVAS SANITARIAS".

AUTOR: D.José Francisco García Aguilar

Director de Enfermería Atención Especializada Area 20.

Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Profesor Asociado de la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante.

En general, la enfermería ha sido considerada como el trabajo que las enfermeras realizan en las instituciones sanitarias, por lo que creo conveniente el establecer una definición de la enfermería, más acorde a las necesidades de mi exposición, pero sin olvidar el carácter funcional de la misma, para poder clarificar nuestra misión en las organizaciones sanitarias (OS). Para ello voy a utilizar la definición de Enfermería que acuño Virginia Henderson cuando estableció que la función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.¹

Este concepto recoge, desde mi punto de vista, todas las funciones que los profesionales de enfermería podemos realizar y que deberán de tenerse en cuenta para aclarar nuestro papel en el desarrollo de las OS.

También sería conveniente fijar el concepto de organización dentro del sistema sanitario, pero utilizare una concepción más general, es decir, me centrare en el concepto desde una perspectiva administrativa, pues todos los presentes tenemos claro cual es el tipo sanitario al hablar de organización. El concepto de organización lo realizaré desde una visión contingente, pues como si de un ser vivo se tratase, podemos entenderlo como un grupo con estructura racionalmente diseñada, especializado y coordinado para ciertas actividades, con unas metas definidas y a cuyo frente se sitúa una autoridad. Además es un sistema abierto, que sostiene intercambios con el entorno, influyendo en el medio y siendo influenciado por él.

Cuatro son las variables determinantes de las organizaciones, pero por suerte no son modelos inmutables y definitivos, sino que en función de las variables se producen cambios en las mismas en beneficio de mejorar su producto final para el cual están diseñadas. A saber, estas variables son:

- a) el medio ambiente o entorno en el que se desenvuelve la organización;
- b) la estrategia de la organización, esto es, sus objetivos genéricos;
- c) la actividad de la organización, su tecnología y su tamaño, es decir, el trabajo que hace y la forma y magnitud en que se realiza dicho trabajo,
- d) la historia, sociología y antropología de la organización, esto es, un conjunto de antecedentes y características culturales, históricas y sociales, que incluyen aspectos como la identidad corporativa

(De la Fuente et al., 1997), la edad de la organización y las características de sus recursos humanos.²

Los recursos humanos en las organizaciones son el nexo de unión más importante de éstas con el entorno social donde despliegan su actividad, y de las características de las mismas van a depender claramente muchas elecciones organizativas. En el sector sanitario, como empresa prestadora de servicios a la comunidad, es donde mayormente se encuentra esta influencia, pues a nadie se nos escapa que en nuestro sector la actividad humana es insustituible en la gran mayoría de los procesos que se realizan. Esta fuerza humana aporta a la organización valores, actitudes, costumbres y pautas de comportamiento que van conformando la propia personalidad de la misma, que tiene su reflejo en la forma de realizar un grupo determinado de tareas de forma distintiva. El patrón de creencias y expectativas arraigadas entre los miembros de la organización que supone las reglas y normas de conducta que condiciona a los miembros de ésta, bien de forma individual o colectiva, recibe el nombre de cultura organizacional.

Desde esta perspectiva podemos entender que la cultura organizativa es una fuente de desarrollo de la OS si sus miembros se sitúan como impulsores del cambio, o una limitación al desarrollo si no se ha tenido en cuenta la cultura de la organización al planificar las estrategias de la misma.

Conocedores de la importancia de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias y también de la cultura organizacional de los mismos, debemos centrarnos en el colectivo de enfermería que supone, junto con los médicos, uno de los valores tangibles del sistema sanitario, sin olvidarnos que consecuentemente consumen la mayor parte de los recursos económicos dedicados al capitulo de personal, como no podría ser de otra forma.

La evolución de la enfermería, como integrante de las diferentes organizaciones sanitarias ha ido ligada al desarrollo histórico de las mismas. Sin intentar hacer un análisis exhaustivo de esta evolución si es interesante enunciar las diferentes etapas de la evolución de nuestro sistema sanitario para poder entender mejor cual es la situación de la enfermería en el actual sistema sanitario, y por tanto en las diferentes organizaciones sanitarias que lo conforman. Para ello voy a establecer dos etapas que estarán marcadas por la promulgación de la Ley General de Sanidad, que supuso uno de los hitos más importantes dentro del sistema, al desarrollar uno de los derechos constitucionales más relevantes desde la perspectiva de los ciudadanos dentro de los que son derechos económicos y sociales.

En la primera etapa nos encontramos con un colectivo que tenía una mala imagen social, derivada fundamentalmente de una escasa formación que se exigía a sus miembros y una fuerte asociación con el estereotipo femenino. Ello hacia que su influencia en las nuevas formas de organización sanitaria fuese escasa y que todas las decisiones estuviesen en manos de los médicos de la época, siendo las enfermeras meramente asistentes de los clínicos. Es en esta fase cuando se produce la creación de los ambulatorios de la Seguridad Social, para el desarrollo de las especialidades médicas y posteriormente el cambio de estructura de los hospitales por complejo hospitalarios llamados residencias, para poder eliminar el concepto que se tenia de los antiguos hospitales de principio de siglo. Estas instituciones se crean en un contexto ajeno a cualquier enfoque

estratégico o competitivo y a cualquier planteamiento relacionado con la economía productiva y con la responsabilidad social.

La asistencia a la comunidad no tenía cobertura pública en una gran mayoría de la población siendo la iniciativa privada la encarga de prestar esa asistencia tanto a nivel médico como de enfermería. En este caso los profesionales si gozaban de cierto prestigio social porque estaban cerca de la comunidad. La atención se centraba más en la oferta de servicios por parte de los profesionales que en la demanda de los ciudadanos.

Al final de esta época y coincidiendo, prácticamente, con el inicio de la otra, pues no podemos olvidar que las enfermeras tenemos algo en común con nuestra Constitución, la cual marco un nuevo concepto del término salud como derecho del ciudadano, y es que cuando se aprueba la Carta Magna, las enfermeras entramos en la Universidad para recibir nuestra formación como profesionales de la salud.

Con la promulgación de la Ley General de Sanidad se produce en nuestro sistema sanitario una reforma de gran envergadura, que los profesionales de la salud no estabamos preparados para asumir, pues teníamos una falta de formación y de estrategias concretas al desarrollo de la misma. Se produce la división de la atención sanitaria en atención especializada y atención primaria. La primera, se presta desde los hospitales y centros de especialidades, inmersos en una profundas reformas, pero que tenían mucho camino avanzado para no fracasar. La segunda, que era la novedad de la ley, nace desde cero, pues las estructuras existentes eran muy insuficientes para poder aplicar el modelo y que todavía se desarrolla o está pendiente de ser desarrollada en muchas zonas de nuestro territorio.

Junto a esto, la nueva ley nos trae un mayor protagonismo de los ciudadanos, al reconocerles unos derechos y deberes, pero sobre todo un derecho a la participación, que aunque visto como una amenaza por parte de los que integramos el sistema sanitario, entiendo que no es así porque esta participación es fundamental, para la organización sanitaria, pues la praxis de los profesionales seguirá la dirección de cumplimentar aquellas actitudes que nos conduzcan a cubrir las demandas de los ciudadanos. Piensen en un momento la oportunidad que se le brinda a cualquier organización de servicios, dentro de una economía de mercado, si sus clientes obtienen mayor satisfacción porque los productos que les ofertan son los que realmente demandan sin necesidad de estudios de marketing.

Aunque en esta época ha habido un mayor protagonismo del colectivo de enfermería en la organización, muchas veces más consecuencia del desarrollo legislativo, que del desarrollo profesional como colectivo, no hemos conseguido una imagen social mejor, pues como apunta la profesora Alberdi las enfermeras hemos trabajado con un modelo bio-médico que es equivocado y que seguimos aplicando, en menor medida por fortuna, siendo necesario el establecer un modelo común que se centre en los cuidados enfermeros. Esto nos ha conducido a una falta de valor y reconocimiento de nuestro trabajo y a una gran desmotivación entre las enfermeras.³

En cuanto a la AP, uno de los grandes errores, desde la perspectiva enfermera, que se produjeron al establecer el nuevo modelo fue el trasvase, incentivado económicamente, de enfermeras de las instituciones cerradas a los centros de salud, sin establecer a cambio unas obligaciones de formación en salud que les preparase para los nuevos retos profesionales que se les presentaban y que hubiera supuesto una gran oportunidad de desarrollo profesional del colectivo en su conjunto. La

duda que siempre nos quedará es saber que hubiera sucedido, si tras estar 8 años en la universidad, las enfermeras nos hubiésemos incorporado a la AP desde las aulas, al finalizar nuestros estudios de pregrado con una formación más holísitica de los cuidados de enfermería.

No debemos olvidar que previamente a la ley General de Sanidad y posteriormente a ella, se produce en nuestro país un hecho que también marcará nuestro futuro como profesión, y es la descentralización de la sanidad, desde el año 1981, en las diferentes Comunidades Autónomas que configuran el Estado. La finalización en el año pasado de la transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas por parte del Gobierno, conlleva una redistribución de las competencias de las diferentes administraciones autonómicas, que configuran un Sistema Nacional de Salud de gestión descentralizada, y aporta la oportunidad de establecer nuevos mecanismos de gestión, ya sea dotando de personalidad jurídica propia a las organizaciones sanitarias o la introducción de gestión de servicios médicos o quirúrgicos agregados en función de diferentes criterios, por poner algunos ejemplos, y consiguiendo un acercamiento al ciudadano del poder de decisión.

La finalidad no es otra que dotar de una mayor autonomía administrativa a los gestores de las organizaciones, aumentar la eficiencia de lo producido y alcanzar unos estándares óptimos de calidad de los productos que las organizaciones sanitarias deben proveer a la sociedad.

En este marco se está produciendo un cambio en las diferentes organizaciones sanitarias, y que no solo es local, sino que es una fuerza que mueve a los sistemas sanitarios de diferentes países a establecer los criterios de innovación para mejorar de una forma más clara su prestación sanitaria y sobre todo contener los costes de la misma.^{4,5,6,7}

La rápida incorporación de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, la nueva perspectiva de los pacientes en términos de mayor soberanía y menor tutela, la contención de los costes, los nuevos roles de los gestores y de los profesionales son algunos de los factores que han favorecido esa corriente innovadora. El centrar la actividad asistencial en los pacientes conlleva un interés por conseguir mejores niveles de calidad en los servicios prestados y precisa de conocer con detalle los servicios que ofrece, así como los incentivos que deben los agentes y los gastos de transacción que genera todo cambio. Los profesionales de la salud en general y las enfermeras, en particular, deberán ser conscientes de la oportunidad que se les ofrece, tanto en términos de poder frente a otros profesionales como de capacidad de influencia en las principales decisiones de las organizaciones donde trabajan.⁸

Otro aspecto a tener en cuenta, para el futuro son las nuevas formas de gestión de los diferentes sistemas sanitarios en sus dos modalidades de atención sanitaria, pues la distribución de los recursos limitados, busca una mayor eficiencia en las OS, por lo que se ensayan nuevos modelos que incluyan fórmulas de mercado en la prestación de los servicios sanitarios. Algunos ejemplos de esto puede ser la asignación per capita como mecanismo para asignar los recursos o la participación de los profesionales sanitarios de forma directa en la provisión de servicios que está siendo desarrollado en algunas Comunidades Autónomas y la entrada de entidades privadas como proveedores de la asistencia sanitaria como se ha desarrollado en la Comunidad Valenciana. ^{9,10}

Pero, ¿cuáles son nuestras oportunidades de mejora en el seno de la organización que nos preparen para afrontar esos cambios en las organizaciones sanitarias?

Muchos autores han trabajado en esta línea de estudio sobre nuestro futuro profesional, pero sobre todo en la importancia de los cambios para la organización, voy a intentar dar una pincelada, desde la perspectiva de un enfermero comprometido con nuestra profesión desde que finalice mis estudios a principios de los años 80.

En nuestro colectivo existe un concepto ideal, fruto de nuestra formación académica, de cual debería ser nuestro desarrollo profesional, pero entiendo al igual que mis compañeras de la Universidad de Alicante, que seguimos dando mayor importancia a función asistencial, dejando en un segundo plano las otras funciones de enfermería.¹¹

Cuando los alumnos acaban la formación universitaria y se les contrata para trabajar en nuestra organización se produce un hecho muy llamativo y es que se adaptan rápidamente al modelo de trabajo que se desarrolla en la misma, y en una gran mayoría no introducen cambios significativos en las formas de realizar la actividad, aun siendo conscientes de que se puede mejorar.

Lo primero que necesitamos las enfermeras para asumir el cambio es modificar nuestro propio concepto profesional, para ello debemos abandonar el concepto de asalariadas y cambiar la cultura de personal funcionario o estatutario por un rol nuevo fruto de nuestra formación universitaria. En esto debemos aprovecharnos de nuestra importancia en el sector sanitario como factor humano de producción y crear nuevos proyectos profesionales o participar en los que se creen en el interior de las organizaciones que garanticen el éxito de la misma.

En este aspecto las enfermeras debemos ocupar en relación con la globalidad de los cuidados del paciente el rol de coordinador total del mismo, pues muchas organizaciones han apostado por fortalecer dicho rol, al entender que era mucho más rentable y los costes eran menores, sin influir negativamente en los resultados de la atención del paciente. Aunque en nuestro país todavía no existen experiencias de este rol medido en resultados sobre los pacientes.^{5,7}

Entiendo que en este nuevo entorno organizativo se podrá conseguir un reconocimiento a la actividad realizada y nos sentiremos parte de un proyecto global de cuidado de la salud, lo que propiciará una mayor motivación de nuestro colectivo para su desarrollo.

En el año 1993 la profesora Alberdi apuntaba que las enfermeras deben ser aquellos profesionales que han elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados, que se sientan identificados y reconocidos en la realización de ese ejercicio y que, por tanto, hayan recuperado el orquillo de cuidar.³

Nos toca asumir ese reto, que para mí sigue plenamente vigente, a pesar del transcurso de 10 años, porque muchas veces nos centramos más en las formas de hacer que en los fines y eso produce mucha insatisfacción. En mi quehacer diario me encuentro cantidad de profesionales que "personalizan" la realización de los cuidados de enfermería, por conseguir mejores turnos de trabajo u otros benéficos personales, estimo que debemos abordar dicho problema desde la coherencia del desarrollo profesional e intentar conseguir un consenso, porque de no producirse nuestro futuro profesional esta en peligro.

Las oportunidades que se nos brinden en las organizaciones debemos aprovecharlas, pues es en ellas donde realizamos nuestro trabajo y es en su interior donde podemos encontrar mayor claridad a nuestras actuaciones y poder iniciar experiencias de desarrollo profesional.

Las claves están en liderar esos cambios internos de forma positiva, creando valores intangibles que favorezcan el desempeño de la misión de la organización que este relacionada con la mejor atención asistencial a la comunidad. Estos valores intangibles surgen de forma individual, en la mayoría de las ocasiones, por lo que corresponde a los gestores su potenciación y consolidación, pues sin el apoyo institucional muchos de ellos suelen abandonar la organización o pasan de forma discreta por ella ante la pasividad de los directivos.

En la misma línea se comienza a hablar de una nueva herramienta de desarrollo profesional, desde mi punto de vista, y que beneficiará enormemente el éxito de la organización, aunque todavía está en una fase muy prematura en las OS, me refiero a la gestión del conocimiento donde se le concede un valor importante al factor humano y sobre todo porque va a marcar el know-how de cada organización dentro del sistema. Para su expansión se precisa de unos lideres con unas características especiales y que nuestro colectivo ya tiene, pues los mandos intermedios de nuestra organización, supervisores y coordinadores, deben ser la piedra angular en la cual pivote esta herramienta.¹²

Aunque existen dos dificultades o limitaciones en el caso de los supervisores, por un lado su sistema retributivo que debe ser objeto de una reforma profunda y consciente, y por otro lado, su asimilación del rol de gestor dentro de la organización, que debe ser reforzado con iniciativa y firmeza sin dejarse influir por el futuro cuando dejen de ejercer esa actividad.¹³

Comparto con Ruiz Moreno el criterio de que nuestro reconocimiento profesional no debe basarse solamente en la antigüedad, si queremos introducir esos cambios en la OS, pero tampoco en la relación contractual de los profesionales, sino que nos corresponde establecer nuevos sistemas de cobertura de puestos en las OS que recojan aspectos como la investigación, la docencia o la administración en enfermería, buscando para ello un equilibrio que se refleje directamente en los outcomes que obtengan nuestros pacientes. 14,15

El centrar los cambios en los cuidados de los pacientes conlleva establecer un modelo asistencial por procesos, que exige una participación y un compromiso de todos los profesionales de la OS que prestan asistencia. La reingeniería de procesos sólo es útil si se pone en manos de los profesionales asistenciales y se facilita que sea el conjunto de la organización la que reconozca el carácter de éstas. Hay que tener siempre presente que la redefinición debe hacerse en función de la satisfacción y resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes. 16,17

Las enfermeras debemos participar activamente en la reingeniería de los procesos, pues nuestra actividad debe quedar claramente delimitada en beneficio de los pacientes, incluso marcando diferencias que hagan tangible nuestra presencia en el mismo. Sólo de esta forma se podrá avanzar en el reconocimiento social de nuestra profesión, pues no podemos dejar en manos de otros profesionales la elaboración, coordinación y control de los procesos objeto de cambio. Desde la planificación, en la cual intervendremos de forma activa hasta la ejecución debe posibilitarse nuestra participación, incluso dirigiendo el propio desarrollo del proceso. Esto último sería consecuente con una madurez profesional de otros colectivos sanitarios, pero sobre todo con la gran responsabilidad que tendrían las enfermeras en liderar la reingeniería de determinados procesos.

Este hecho se ha constatado en algunas organizaciones poniendo como responsable de algunas vías clínicas al personal de enfermería, con un valor intangible reconocido internamente en la

organización, así como el situar a este tipo de profesionales al frente de unidades asistenciales como coordinadoras por las peculiaridades de los servicios sanitarios que se prestan. Sirva el ejemplo de las unidades de cirugía mayor ambulatoria o los hospitales de día donde los servicios son prestados de forma multidisciplinar y la enfermera ha destacado como una eficaz coordinadora de todo el proceso asistencial en esas unidades.

En cuanto a la investigación su desarrollo y utilización contribuirán a amasar conocimiento y, por lo tanto, poder. La investigación resulta vital para la presentación y la promoción del trabajo de las enfermeras, así como para la eliminación de intervenciones innecesarias e inefectivas basadas en la tradición o en valores originarios. El objetivo principal debe ser aumentar la capacidad de todas las enfermeras para solucionar problemas de una manera efectiva y eficiente, de forma que ellas sean capaces de adaptarse al cambio continuo Debemos ser dinámicas y proactivas en nuestra perspectiva del cambio. Las acciones de las enfermeras deberían conducir al desarrollo de un pensamiento crítico y de la acción basada en la reflexión. Todas las enfermeras deben también aprender a perfeccionar su juicio clínico y a articularlo de manera clara.¹⁸

Creo que las nuevas organizaciones sanitarias precisan enfermeras con un grado de conocimientos, habilidades y actitudes y que sean capaces de establecer una forma, un modo y un orden en la aplicación de los cuidados de enfermería, sin necesidad de crear especialistas, pues eso sería dar continuidad a un modelo bio-médico en nuestra profesión del cual creo que debemos apartarnos.

Posiblemente debemos ir trabajando por una nueva reestructuración de nuestro colectivo profesional y reivindicar la figura de la enfermera que ejerza un fuerte liderazgo y tenga autoridad profesional, con accesibilidad a la información en materia de cuidados y todo ello desde la perspectiva global de la organización, siendo su base el estar en posesión de un alto nivel de formación. A mi entender este lugar podría ser ocupado por las nuevas licenciadas en enfermería, y sobre todo para las nuevas doctoras que vayan apareciendo, pues entiendo que si las enfermeras de universidades españolas han hecho un esfuerzo sobrehumano para conseguir este reconocimiento académico, y vaya mi felicitación desde aquí para todas ellas. Al resto de profesionales nos queda el dotar de contenido real a esa nueva "categoría" de enfermería para conseguir que la lucha de estos últimos años no haya caído en saco roto.

Antes de finalizar me gustaría poder hacerles participes de una idea que, desde la modestia de un enfermero que siempre a trabajado en hospitales, creo que resulta cuando menos revolucionaria, pero no por la novedad pues creo no lo es tanto, sino por lo que puede significar de cambio para nuestro colectivo y que tiene que ver con el primer nivel de asistencia o con la puerta de entrada del paciente a los servicios sanitarios. Se esta empezando a redefinir los perfiles profesionales y la reordenación de tareas entre los profesionales de las organizaciones sanitarias, que ha conducido a cuestionarse si las enfermeras de AP pueden realizar tareas de los médicos que éstos les deleguen. Este tema esta siendo estudiado desde la perspectiva económica y profesional, siendo en este caso importante el valorar el cambio de poder y el estatus de la profesión de enfermería que estos desarrollos llevan aparejados.²⁰

En nuestro país queda un vacío enorme en la relación del paciente con el sistema sanitario, si las enfermeras somos capaces de ocupar ese hueco será muy difícil no tener asegurado nuestro protagonismo en las organizaciones sanitarias, pues entiendo que la enfermería de atención primaria debe actuar como eslabón de conexión con el sistema y al mismo tiempo ser el eslabón con otros niveles asistenciales de los pacientes. El modo de ocupar ese lugar es estableciendo la figura de enfermera de familia, la cual deberá pasar de tener su centro de trabajo en el centro de salud a estar en contacto directo con la comunidad, y esa información que se obtiene hará que muchas veces nos adelantemos a resolver problemas potenciales de salud y evitar la enfermedad.

En definitiva la nueva enfermería debe sustentarse en la aplicación profesional de conocimiento altamente integrado y de sus habilidades correspondientes, en el poder de mirar hacia delante, en la capacidad de anticipar los cambios, en un liderazgo profundamente anclado en los valores de la disciplina, y un fuerte deseo de dar poder a la profesión para que ésta alcance el objetivo último de mejorar la salud de los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wertman D, Lauer T, Neal SE. Virginia Henderso: Definición de Enfermería. En: Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Rol. Barcelona, 1989: 67-78
- 2. Aguirre A, Castillo MD, Tous D. Las organizaciones, su estructura y naturaleza. En: Administración de organizaciones. Fundamentos y aplicaciones. Ed. Pirámide. Madrid, 1999: 157-185.
- 3. Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. Rev ROL de Enf 1993; (178): 42-50.
- 4. Bucham J, O'May F. The changing hospital workforce in Europe. En: MacKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. WHO, 2002: 226-239
- 5.Aiken L, Sloane S. Hospital organization and culture. En: MacKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. WHO, 2002: 265-278
- 6. Brannon R. Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force. Int.
- J. Health Serv. 26(4): 643-654, 1996.
- 7. Akien L, Sochalski J, Lake ET. Studying outcomes of organizational changes in health service. Med Care, 35(suppl. 11): NS6-18, 1997c.
- 8. Del Llano J. Innovaciones organizativas y clínicas en sanidad. En: Hidalgo A, Corugedo I, Del Llano
- J. Economía de la salud. Ed. Pirámide. Madrid, 2000: 292-311.
- 9. Ledesma A. Los profesionales sanitarios en la prestación de servicios de Atención Primaria: el modelo de Vic. XXII Jornadas de Economía de la Salud. La organización territorial de la Sanidad. Pamplona, 29, 30 y 31 de Mayo 2002. 281-291.
- 10. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de Gestión 2002; 4:167-178.
- 11. Roma MT, Ruiz MT. Funciones de enfermería: evolución de un concepto. Enf Clínica 1992, 2(4): 135-141.
- 12. Olmedo M, Ortega MV. Alcance de la gestión del conocimiento en las Instituciones Sanitarias Públicas. Gestión del conocimiento y gestión clínica. Todo Hospital 2002, (185): 178-184
- 13. López MP, Navarro C, Renedo MP. Roles desempeñados por las enfermeras en el ejercicio de la supervisión. Metas de Enfermería 2000; (28): 43-48.
- 14. Ruiz J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería.(III). Rev ROL Enf 1999; 22(3): 170-174
- 15. Monràs P et al. Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias participativas. Rev ROL Enf 1995; (200): 17-23
- 16. Bermudo L, et al. Reingenieria de empresa en el hospital. Todo Hospital 2002, (183): 24-32.
- 17. Monràs P, Nogueras A. Reingeniería de procesos. Rev ROL Enf 1997; (221): 18-26.
- 18. Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Efermería de practica avanzada: un tesoro oculto. Enfermería Clínica 2003; 13(1):48-52
- 19. Torrens RM. Un nuevo rol profesional para tiempos de cambio. Metas de Enfermería 1999; (13): 43-46.
- 20. Richard AR. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Rev. Administración Sanitaria 2002; VI (21): 39-67.

13.- MESA REDONDA: "ENFERMERIA: CULTURA POLITICA"

PONENCIA: "GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS"

AUTOR: Javier Iniesta Alcázar.

Director de Enfermería Hospital Universitario "José Mª Morales Meseguer" (Murcia)

Buenos días.

En primer lugar quisiera agradecer a los Comités Organizador y Científico, la invitación a compartir algunas reflexiones en esta mesa redonda. En especial a Lourdes Cantero por la oportunidad de estar hoy con vosotros y a Antonio Paredes por su inestimable colaboración en esta ponencia y diaria.

Es para mi una gran satisfacción participar en este encuentro en el marco de las XXIV Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Pese a no estar directamente relacionada mi actividad profesional con el mundo docente, no me son ajenas dichas Sesiones de trabajo, que me consta han mantenido el alto nivel de los enfermeros docentes, y a su vez transmitido dicho nivel a los alumnos que reciben sus enseñanzas.

El Hospital José Mª Morales Meseguer, desde su reapertura en el año 1994, ha tenido una muy estrecha relación con el mundo docente, sirviendo de apoyo práctico a la formación de los nuevos enfermeros de nuestra Comunidad, y contando entre sus profesionales con profesores asociados que si han tenido relación con la Sociedad Española de Enfermería Docente.

Por tanto desde hace casi diez años, ha existido un lazo que une a la Universidad, a esta Asociación y al Hospital Morales Meseguer.

Cuando me invitaron para participar en estas Sesiones de Trabajo, a la Mesa que tiene como titulo "Enfermería: Cultura política", empecé a estructurar mi exposición inmediatamente como enfermero y gestor, pero debido a mi condición de Diputado Regional del Parlamento de la Región de Murcia, comencé a plantearme algunos de los aspectos desde un punto de vista más amplio, que me permitiera ver estrategias y posibilidades de cambio más pragmáticas.

La parte que me ha correspondido es muy interesante. La Gestión de Recursos Humanos.

En toda estrategia de gestión existen tres bases sobre la que sustentar las acciones: La planificación, la organización y el control.

1

Respecto a los Recursos Humanos estos tres elementos adquieren una importancia especial. Como gestores en una institución sanitaria, podemos identificar nuestra labor en la gestión de personas, de grupos de trabajo o de equipos. Sus ideas, pensamientos y reflexiones, estructuras, relaciones, su comunicación, sus criterios de evaluación, su evolución y progreso. Todos estos aspectos son los que gestionamos.

Con mayor o menor acierto. Gestionamos sus miedos, y sus esperanzas, sus frustraciones y sus alegrías. Partimos de una experiencia y de unas herramientas que nos pueden ayudar a hacerlo mejor y más fácil. Pero no dejan de ser herramientas que sin habilidad y arte para manejarlas pueden incluso resultar una fuente de conflictos.

A medida que las Instituciones sanitarias han ido dilatándose, transformando su estructura, naciendo o empezando a fallecer, la gestión de los Recursos Humanos ha realizado la adaptación a estas nuevas circunstancias.

Las estrategias de gestión que hace veinticinco años eran las bases sobre las que sustentaban su labor las enfermeras jefes, en la actualidad serían impensables, no por defectuosas, ya que fueron útiles en su momento, si no por la imposibilidad de acoplarse a los cambios que ha sufrido la sociedad en general y nuestra profesión en particular.

Turnos con horario fijo, con horarios establecidos e inamovibles (de 8 a 15, de 15 a 22,..., mañanas fijas de 8 a 15), asignación de un número de personal de enfermería en función del número de camas por unidad, sin tener en cuenta otros factores estructurales, organizativos y profesionales, etc... han dado paso a turnos con flexibilidad horaria, en función de presión asistencial, o de comodidad para los pacientes, asignación enfermera-paciente, asignación de recursos por niveles de dependencia de cuidados, ...

FACTORES QUE AFECTAN A LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

1.- En los últimos años y debido a la inflación y el consumismo creciente, los gestores de hospitales y de enfermería están siendo presionados para que reduzcan los costes de la asistencia hospitalaria.

Según Lafferty, en la mayor parte de las instituciones de servicios sanitarios, los salarios del personal representa el principal gasto presupuestario, que a menudo alcanza el 60% del total de los costes operativos. En la mayor parte de las instituciones sanitarias, la plantilla de enfermería es tan superior a la plantilla de cualquier otro departamento que el presupuesto del personal de enfermería constituye del 60 al 70% del total del presupuesto del personal de la institución (lehman y Friesen, 1977). En el Morales Meseguer el porcentaje de personal de

Enfermería corresponde al 56,57 % del total de la plantilla (766 de un total de 1354), lo que no se aleja demasiado de las conclusiones obtenidas por estos autores.

Cuando los costes de personal de una empresa de servicios sanitarios tienen que reducirse, los directivos se sienten tentados a recortar el presupuesto de personal del departamento de enfermería por 2 razones.

En primer lugar, el presupuesto de enfermería es tan elevado que la reducción de tan solo un pequeño porcentaje del total origina un considerable ahorro.

En segundo lugar, el colectivo de enfermería es menos poderoso y cohesionado, y tiene menos voz que otros grupos profesionales con presupuestos de personal elevado, tales como médicos y directivos del hospital.

Aunque afortunadamente se queda en una tentación, pues cada vez es más impensable para un gestor, prescindir de personal de enfermería, por lo que se arbitran otras opciones que permitan optimizar dichos recursos con el menor gasto posible.

- 2.- La evolución de la profesión en cuanto a contenidos y habilidades requeridas, ha sido uno de los cambios fundamentales en la dotación de recursos. En este aspecto hay a su vez dos subfactores que han determinado en gran medida el cambio en la gestión de dichos recursos:
- a.- En primer lugar la formación impartida en las Escuelas de Enfermería. Dicha formación ha creado unos profesionales cada vez menos medicalizados, y más humanisticos, cultivando una visión más generalista del profesional y si se quiere más teórica y global.

Dicha formación, necesaria a todas luces en los profesionales de hace algunas décadas, ha supuesto una leve separación entre lo que se esperaba en el mundo laboral de los nuevos enfermeros y el objetivo final de las Escuelas de Enfermería. Creo que la culpa de esa separación no es achacable a una sola de las partes implicadas.

B.- A su vez el otro factor ha venido determinado por el mundo laboral, al aumentar las competencias profesionales de las enfermeras dentro del ámbito sanitario, como en el caso de Atención Primaria, así como en la creciente complejidad de los cuidados y técnicas a realizar con nuestros usuarios (técnicas diagnósticas y terapéuticas tanto propias como delegadas).

La conjunción de dichos factores nos impide en muchos casos identificar los nexos de unión que nos permitan relacionar el mundo académico con el mundo laboral.

También en respuesta a estas situaciones comentadas se crean nuevas fórmulas, al menos para enfermería, como son las Escuelas de Práctica Enfermera, que permiten acercar los dos ámbitos.

Desde aquí vuelvo a celebrar la puesta en marcha el pasado 4 de diciembre de la Escuela de Practica Enfermera de la Universidad de Murcia.

CAMBIOS EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Los cambios en la gestión de los Recursos Humanos se pueden concretar en:

- 1.- Cambios en la asignación de personal a las unidades asistenciales
- 2.- Cambios en la contratación del personal
- 3.- Cambios en la incorporación de dichos profesionales a la institución sanitaria
- 4.- Cambios en la adecuación de los puestos de trabajo
- 5.- Cambios generados por las necesidades de los profesionales
- 6.- Cambios legislativos
- 1.- Cambios en la asignación de personal a las unidades asistenciales.

Se comienza por una asignación en función del número de pacientes. Esta asignación teórica era progresivamente matizada por la identificación de cuidados más complejos, llegando como consecuencia a una asignación adicional de recursos.

Se han estudiado multitud de fórmulas para conseguir una asignación de recursos adecuada a la complejidad de los cuidados y el nivel de dependencia de los pacientes, como son entre otros, el TISS para las Unidades de Cuidados Intensivos (Sistema de puntuación de intervenciones terapéuticas descrito por Cullen en 1973), la escala NEMS tambien para UCI (Nine equivalents of nursing manpower use score), Proyecto SIGNO II como consecuencia del análisis de costes del producto enfermero, Sistemas de Clasificación de Pacientes en función de las Necesidades de los pacientes y las intervenciones a realizar con ellos.

Muchas de estas herramientas daban como elementos de cálculo, tiempos de enfermería que en la mayoría hacían referencia a cuidados directos sobre el paciente y que al ponerlos en práctica en alguna unidad asistencial, presentaban alguna complejidad añadida (por ejemplo elementos arquitectónicos, recursos materiales y humanos de otras categorías no disponibles, etc...)

Cada vez más se van asignando recursos en función de las cargas asistenciales, teniendo en cuenta la variable temporal, incorporando personal a franjas horarias en la que antes no se hubieran ni pensado. Esto se corresponde a lo que comentaba antes, la necesidad de establecer criterios que rentabilice en lo posible de asignación de recursos y ahorre costes al sistema sanitario.

Turnos de 6,30 horas a 12,30 h, 10h a 17h, 12h a 19 h, 19 h. a 2 h., permiten atender adecuadamente las necesidades asistenciales de la población, con un menor numero de recursos totales respecto a la asignación tradicional.

En nuestro hospital funcionan desde hace 8 años perfectamente en unidades como farmacia, urgencias, reanimación, quirófano de urgencias, plantas de medicina interna laboratorios y hospital de día médico.

Finalmente podemos decir que los cambios en las cargas de trabajo de enfermería son el resultado de numerosos factores externos:

- .- Costumbres de la población
- .- Catástrofes naturales y artificiales
- .- Progresos científicos
- .- Formación de los consumidores
- .- Condiciones económicas
- .- Influencias estacionales
- .- Condiciones climatológicas
- .- Presiones políticas
- .- Leyes y regulaciones gubernamentales

2.- Cambios en la contratación del personal

La flexibilización en la contratación de personal en áreas asistenciales determinadas (quirófano, cuidados intensivos...) mejora la calidad de los cuidados prestados a los usuarios, al permitir la incorporación de profesionales con experiencia en dicha área, y disminuir los tiempos de adaptación del nuevo trabajador hasta alcanzar un óptimo rendimiento.

Experiencias como las del Complejo Hospitalario Xerol-Calde de Lugo y del Complejo Hospitalario de Toledo, creando un pool externo de contratación para situaciones eventuales y urgentes no programables, supuso primero una disminución del gasto producido por la cobertura de dichas situaciones frente a la cobertura con los métodos tradicionales, y una

mayor satisfacción de los trabajadores al no modificar su programación de trabajo para cubrir dichas incidencias.

3.- Cambios en la incorporación de dichos profesionales a la institución sanitaria

La adecuación cada vez más entre las características del trabajador que se incorpora a una institución sanitaria, y el puesto de trabajo que ocupa, hace que sea necesaria la utilización de una herramienta de trabajo que permita asignar al trabajador en función de la experiencia profesional, así como disminuir los tiempos de adaptación de dicho trabajador a la unidad asistencial.

Dicha herramienta, el Programa de Incorporación al Hospital del nuevo Trabajador, ha permitido disminuir en gran medida, mediante una programación previamente establecida, los posibles desajustes que toda nueva incorporación supone tanto para el nuevo trabajador, como para la unidad de destino.

4.- Cambios en la adecuación de los puestos de trabajo

La adecuación de los puestos de trabajo está empezando a dar sus primeros resultados, permitiendo que la formación académica de postgrado sea reconocida en los ámbitos laborales con mayor fuerza.

El reconocimiento de las Especialidades de Enfermería, así como la realización de estudios en Escuelas de Práctica Enfermera deberán permitir en un futuro no muy lejano, que los usuarios de los servicios sanitarios se beneficien de una formación de calidad, y acorde a las necesidades que presenten.

Es primordial que desde los puestos de gestión nos esforcemos por conseguir el reconocimiento laboral para aquellas formaciones académicas de postgrado que están y las que se vayan creando, y así aportar el sentido real que tienen dichas titulaciones, que es la adecuar la prestación de cuidados a los requerimientos de salud de nuestra población.

Pero esta clara propuesta de mejora puede encontrar trabas en el futuro, debido a los planteamientos de las Secciones Sindicales al no aceptar inicialmente ésta fórmula.

5.- Cambios generados por las necesidades de los profesionales

También se han generado cambios propiciados por las necesidades de nuestros trabajadores. Dichos cambios fundamentados en los beneficios que parece se consiguen con unas nuevas cadencias en los turnos. Todavía hay profesionales que recuerdan cuando las mujeres no hacían turno de noches, y solo era realizado por ATS masculinos, cuando las noches se hacían

todas seguidas sin contemplar las salidas de vela, o el establecimiento de turnos fijos en unidades en los que no se requieren especialmente por la carga asistencial.

Todos estos cambios han llevado a tener turnos de horarios con una duración diferente a los habituales, como guardias de 12 horas, turnos partidos, turno antiestrés, flexibilidad para completar el computo de jornada anual, etc...

Entendemos el turno antiestrés como aquel que tiene una distribución de cuatro jornadas de mañanas o tardes en diferentes variantes, (dos y dos, o cuatro de mañanas en un ciclo y al siguiente ciclo cuatro de tardes), seguidas de una o dos noches con las consiguientes salientes de vela y libranzas programas

También es muy importante habilitar mecanismos que permitan conciliar la vida laboral con la vida familiar, atendiendo a solicitudes y demandas de turnos especiales, y otras medidas de mayor envergadura como el habilitar un servicio de guardería propio del hospital, que por ejemplo a nosotros nos ayudaría bastante teniendo en cuenta que la edad media de nuestro personal es baja.

6.- Cambios legislativos

Los cambios legislativos, normativas, directrices, etc. han supuesto el reajuste de muchas de las organizaciones e instituciones, así como la modificación de las redes de relación existentes. Los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas y los acuerdos del año 1992 con los Sindicatos en el territorio INSALUD, entre otras directrices, han supuesto luces y sombras de la evolución de las instituciones sanitarias en nuestro país.

La transferencia de la Gestión Sanitaria a las Comunidades Autónomas ha supuesto la práctica homologación salarial con las que ya disponen de la Gestión en Sanidad desde hace varios años.

En la mayoría de las C.A. dicha homologación ha representado o está en camino de hacerlo, una subida media de 250 euros al mes (41.000 Ptas.), con lo cual el factor económico como desmotivador principal del trabajador pasa a un segundo plano, eso si, sin desaparecer puesto que la mayoría de los profesionales de enfermería siguen pensando que sus retribuciones están por debajo de las características propias de nuestra profesión.

Esperamos que iniciativas como la carrera profesional (incluidas en la Ley 5/2001 del Estatuto de Personal Sanitario del Servicio Murciano de Salud) ayuden en el sentido de que el personal esté mejor motivado.

Los acuerdos del año 1992 supusieron la normalización de una forma de gestionar los Recursos Humanos, que en algunos casos modificaba mejorando lo que ya existía, pero en otros en vez de aclarar conceptos y situaciones reales, nos adentró hasta nuestros días en largas discusiones maratonianas, para llegar en la mejor de las ocasiones a conclusiones ambiguas y confusas.

Todos estos cambios que he mencionado, y alguno más que han quedado sin tocar en mi exposición, son los que han permitido o dificultado la mejora de la gestión de enfermería en el área de recursos humanos.

Es importante no perder la visión de con quien estamos trabajando. Como ya dije al inicio, nuestra labor se fundamenta en el trabajo con personas, con infinidad de matices, labor compleja donde las haya y a veces ingratra. Lo demás son instrumentos que se posicionan a nuestro alcance para que con los conocimientos y habilidades precisas, acompañados de un poquito de arte, consigamos que nuestras organizaciones funcionen de una manera eficiente y de acuerdo con lo que la sociedad espera de nosotros.

CONCLUSIONES.

Para terminar, a modo de conclusiones desearía expresar la necesidad de:

- 1º. Apostar por la flexibilización de los medios para gestionar los Recursos Humanos.
- 2º. Apostar por la optimización de los turnos en función de las cargas asistenciales ajustadas por tramos horarias.
- 3º. Si, al Juego Limpio entre Sindicatos y Gestores, no puede acuñarse el papel de bueno para los Sindicatos y otro de malo que generalmente se nos asigna. El personal tiene que sentir que sus gestores de Enfermería pueden ser sus principales y primarios agentes defensores de sus derechos, no solo de sus deberes.
- **4º.** Se hace imprescindible una urgente actualización de los Pactos de 1992 con las Organizaciones sindicales y el antiguo Insalud.
- 5º. Igualmente es muy importante una pronta revisión seria de la normativa que regule los Concursos Internos de Traslados, que influyen enormemente en el devenir de la gestión de recursos de un centro sanitario.

No es aceptable en los tiempos que vivimos, con la especialización que requieren los cuidados de enfermería en algunas unidades, que el único criterio para cambiar de servicio sea la antigüedad.

6º. Es indiscutible la necesidad de introducir criterios de formación en la designación y distribución del puesto de trabajo, como elemento imprescindible en el acceso al mismo.

Lo que la sociedad espere de los profesionales de enfermería, es la oportunidad que se nos presenta para mostrar nuestra aportación a la cultura sanitaria y por tanto a las políticas que enmarquen nuestro valor profesional.

NADA MÁS Y MUCHAS GRACIAS.

"ACTITUD PEDAGÓGICA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN URGENCIAS."

AUTORES: (*)Martín Rodríguez, Miguel; (*)Piñero Zapata, Manuel; (*)Legaz Moreno, Ma Eva; (*)Tomás Manrubia, Ma Teresa; (**)Martín Rodríguez, José; (***)Beltrán Bañon, Marta.

(*)Enfermeros del Hospital Los Arcos. Servicio Murciano de Salud. (**)Enfermero del Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena. Ministerio de Defensa. (***)Alumna de segundo curso de la Escuela de Enfermería de Cartagena.

PALABRAS CLAVE: Anticonceptivo, urgencias, riesgo, educación, sexualidad.

INTRODUCCION:El embarazo no deseado, constituye un problema de orden social con una amplia repercusión en el mundo sanitario, suponiendo un impacto negativo en la salud global de la persona y las familias que lo vivencian.

Cada vez son más las mujeres, sobretodo menores de 20 años, las que acuden a los servicios de urgencias, buscando una solución a una situación de riesgo que se ha experimentado y que en estos momentos posteriores les causa gran angustia: Una posible concepción.

Son diversos los motivos que se esgrimen para haber llegado a esta situación, rotura de preservativo, olvido en la toma habitual de anticonceptivos.

En definitiva se realiza el coito sin garantías de protección suficientes.

La asistencia que se da en los servicios de urgencias a estas personas debe ir encaminada en dos direcciones:

- 1°) Tratamiento farmacológico, siempre que sea factible, como respuesta principal a la demanda que surge.
- 2º) Educación sexual en un amplio sentido, incidiendo en lo ocasional de este tratamiento.

MATERIAL Y METODO:

Revisión bibliográfica exhaustiva de las referencias publicadas sobre este tema.

OBJETIVO:

Educar en salud, posibilitando el acceso a conductas sexuales exentas de riesgos.

RESULTADOS:

En los servicios de urgencias, una de las primeras medidas que se toman antes de administrar tratamiento alguno de intercepción postcoital es la determinación de la fracción beta de la gonadotrofina coriónica humana (b-HCG) para saber si la persona se encontraba ya embarazada previamente a este incidente, con lo que las posibles medidas terapéuticas serían otras, ya que la "píldora del día después" sería ineficaz como método de prevención gestacional.

Ahora bien mientras se procede a la determinación anteriormente descrita nos encontramos con un periodo de tiempo más que prudencial, durante el cual el equipo sanitario de urgencias puede dar una información adecuada que sirva de base para prevenir situaciones excepcionales como esta y otros riesgos correlaciónales.

Hay que motivar a estas personas para que tomen medidas preventivas adecuadas incidiendo en todos los factores de riesgo y problemas que de ellos pueden derivar como son los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual.

Esta motivación sirve para implicar en la toma de decisiones acertadas sobre su conducta, estimulando así la creación de actitudes exentas de riesgo sabiendo discernir lo que les resulta fundamental de aquello otro que resulta atractivo. Atractivo temporalmente y peligroso siempre. La información que se da en estos casos, considerándola factor preventivo, debe ser dada teniendo en cuenta previamente factores que atañen a los interesados como son edad, hábitos tóxicos, nivel sociocultural y enfermedades previas.

Recordar que los fármacos usados como anticonceptivos urgentes sirven para evitar en determinadas ocasiones el embarazo, aproximadamente en el 85% de las ocasiones según la bibliografía consultada y siempre teniendo en cuenta el factor tiempo transcurrido desde la realización del coito accidentado.

Este es uno de los condicionantes para que no se utilice de forma habitual como método anticonceptivo, además de que no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

La toma de anticonceptivos orales conlleva algunas veces la presencia de efectos secundarios como pueden ser las nauseas y los vómitos, el cansancio, la cefalalgia y el dolor abdominal entre otros.

Con la información dada tratamos de que las personas sean capaces de tener una vida sexualmente activa, aportándoles conocimientos científicos para que puedan tomar decisiones que den lugar a conductas que promuevan el bienestar sexual.

Para nutrir aún más toda la información dada podemos remitir a esta persona o pareja a los servicios de planificación familiar, instituciones consolidadas en el tratamiento de problemas de orden sexual.

CONCLUSIONES Y DISCUSION:

Los problemas sexuales se vivencian la mayoría de las veces de forma alarmante careciendo de lógica racional por lo subjetivos y prioritarios que son para las personas.

El uso de la anticoncepción de emergencia tiene varias décadas de existencia.

Los profesionales sanitarios que nos dedicamos a la asistencia de urgencia, debemos ser respetuosos con toda la diversidad compatible con la salud, tomando decisiones tolerantes y éticas.

Tenemos que valorar el grado de compromiso adquirido por los usuarios dando un amplio margen de libertad respetando las decisiones tomadas tanto en el ámbito de pareja como individual.

Por nuestra parte también debemos enfatizar en que la persona o pareja según el caso, adquieran conocimientos adecuados que les hagan poseedores de habilidades y sepan posicionarse actitudinalmente para vivir de forma positiva la sexualidad, evitando riesgos y sabiendo pedir ayuda llegado el caso.

Aunque toda la información dada no garantiza que se sigan las pautas definidas por nosotros, si da nociones para que las personas tomen decisiones y asuman oportunamente los riesgos de forma responsable.

BIBLIOGRAFIA:

Alvarez Domingo et al " Guía de actuación en anticoncepción de emergencias". Ediciones Pulso 2002.

Planchuelo, Mª Angeles. Ponencia " Juventud y drogadicción", en las jornadas: Educación para la salud, un reto de futuro en la juventud. Murcia 2001.

Del Rey Calero, Juan. Ponencia "Juventud y salud", en las jornadas: Educación y salud, un reto de futuro en la juventud. Murcia 2001.

López Sánchez, Félix. Ponencia " Educación efectivo sexual a la adolescencia y juventud". En las jornadas : Educación y salud, un reto en la juventud". Murcia 2001.

"MEJORA DE LA CALIDAD DOCENTE EN LA ASIGNATURA DE ENFERMERIA ASISTENCIAL"

AUTORES: Carmen Vila Gimeno (DUE), Anna Candel Gil (DUE), Mª Teresa Giró Molner (DUE, Lic. Pedagogía).

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Blanquerna. Universidad Ramón Llull. Barcelona.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Docencia, Método del caso

Introducción.

Debido al contenido de nuestra asignatura, Enfermería Asistencial en Servicios Especiales, tuvimos la necesidad de introducir cambios paulatinos en la metodología pedagógica, desde las clases magistrales hasta llegar al desarrollo de los contenidos con el método del caso, secundado con clases expositivas y trabajos en grupo.

El estudio de casos tiene una amplia tradición en el campo de las ciencias sociales, desde Weber (1904) se utiliza como una fuente de conocimiento ya que realizaba sus investigaciones cualitativas con este método, y Durkheim (1912) lo describió como método, pero nosotras no nos referimos a este tipo de trabajos sino al método del caso como instrumento de aprendizaje enfermero.

La teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar conceptos, configurar los temas y facilitar el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos, como dijo Patricia Brenner (1984), los educadores debemos tratar de precisar cuales son las condiciones necesarias y suficientes para que se produzcan situaciones reales . La pericia en la resolución de los casos en el grupo clase, se desarrollará cuando el docente verifica o decanta proposiciones, cuidados y diagnósticos basándose siempre en la teoría y sus propia experiencia como experto, obligando así al estudiante a una toma de decisiones constante como ocurre en las actividades de enfermería.

En un principio se tenían que preparar casos con el objeto de acercar al alumno a una realidad concreta: la atención al paciente crítico en los servicios especiales. El caso debía de ser real o posible, tratarse de una situación problemática e incluir datos suficientes para su resolución.

Cuando lo enseñado se refiere al conocimiento profesional, no podemos olvidar, como certeramente dice Oriol-Bosch (1997), que este conocimiento se basa en la actuación profesional y que este tipo de actuación siempre se produce en un entorno concreto.. Las competencias desarrolladas por medio de procesos de enseñanza-aprendizaje han de tener la virtud de expresarse contextualmente, es decir, en y para un entorno específico Pont (2001), en caso contrario, se trata de una mera reproducción técnica del saber, de gesto rutinario que ignora las condiciones en que se generan los problemas.

Basándonos en estos principios el procedimiento empleado fue el siguiente: Antes del inicio del curso, las profesoras prepararon conjuntamente los casos para ser resueltos durante el desarrollo de la asignatura.

La elaboración del caso se realizaba de forma completa y contenía los siguientes apartados: En primer lugar se describía la situación a resolver, seguidamente se iniciaba la valoración de enfermería en el servicio de urgencias (rol autónomo), se describía el rol colaborador en el mismo servicio y los diagnósticos de enfermería posibles, seguidamente el enfermo debido al proceso que seguía precisaba ser ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos o era derivado al quirófano y de allí a la UCI, una vez en este servicio se realizaba la valoración de enfermería a la llegada (rol autónomo), se describía el rol colaborador y nuevamente los diagnósticos de enfermería, sus intervenciones y los resultados esperados.

Metodología docente.

Una vez el equipo docente de la asignatura validaba el caso, se procedía al "vaciado" del mismo, esto quiere decir se dejaba solo escrito la descripción, evolución y datos complementarios (analíticas, etc.) que necesitaba el alumno para su resolución y se les entregaba así a través de Intranet. Se hacia el planteamiento inicial en clase para comprobar que se entendía bien el problema a resolver, los siguientes días se daban las clases teóricas sobre el tema que se estaba trabajando y que junto a los conocimientos ya adquiridos le daban las herramientas necesarias a los alumnos para ir resolviendo el caso a medida que se desarrollaba la asignatura, al final de cada

tema se hacían grupos en clase que discutían las soluciones individuales que había encontrado cada alumno y por ultimo lo ponía en común todo el grupo-clase. Después, las profesoras decidieron comprobar si los dos grupos-clase habían llegado a la misma resolución. Una vez comprobado el caso, se volvía a entregar al alumno esta vez completo a través de Intranet para que pudiera compararlo con el que él había realizado.

Objetivos

Con ello se pretendía conseguir transmitir los conocimientos teóricos, tanto los ya asumidos en cursos anteriores, como los nuevos, de forma que aprendieran a aplicarlos en la práctica, a través de los casos

Al mismo tiempo comprobar si partiendo del mismo material y aplicando la nueva metodología del caso, los alumnos correspondientes a los distintos grupos-clase, podían llegar a la misma resolución.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo retrospectivo y transversal para evaluar la mejora de calidad docente de la asignatura. Analizando dos fuentes de datos diferenciados:

- 1. La satisfacción del alumno, a través de los resultados de una encuesta.
- 2. La revisión de las pruebas objetivas, mediante la tabulación de resultados.

La satisfacción del alumno se evaluó a partir de la encuesta que se realiza sistemáticamente a todos nuestros estudiantes al acabar cada asignatura. Con ella dan su opinión sobre el profesor, los contenidos, la metodología y la evaluación de la asignatura.

Dentro de esta encuesta se compararon los resultados que definían la metodología empleada por los docentes en los últimos cuatro años, esto define el proceso de cambio que va desde impartir la asignatura únicamente con clases magistrales, hasta este año en que se impartió con desarrollo de casos.

Este cambio no se produjo de una forma brusca sino con una cierta evolución producida en los dos años intermedios en que ante de la necesidad de cambio que apreciábamos fuimos introduciendo cada vez clases más participativas, se cambiaron, también de orientación las clases de teórico-prácticas y se les daban a los alumnos pequeños temas que a voluntad propia podían desarrollar fuera de clase y que se ponían en común en las mismas.

Este proceso nos ayudo a identificar las necesidades del alumno y a plantearnos definitivamente la realización de la asignatura a través de la resolución de casos.

Esquemáticamente el proceso fue el siguiente:

Contenido de la asignatura:

Año 1999-2000:

Clases Magistrales

Teórico-prácticas (Tp's), básicamente relacionadas con el reconocimiento de material.

Prácticas asistenciales coincidían con el inicio de la asignatura, iban a prácticas sin teoría.

Año 2000-2001:

Clases Magistrales.

Se remodelaron todos los contenidos de las clases teórico-prácticas cambiando los contenidos, parte de lo que se explicaba como clase magistral se dio con soporte audiovisual en las teórico-prácticas.

Prácticas asistenciales se inician con las Tp's acabadas y aprobadas.

Año 2001- 2002:

Clases Magistrales, sufren una transformación a raíz del cambio de contenido con las teórico-prácticas, se centran totalmente en procesos de atención según necesidades alteradas de

los usuarios en los distintos servicios especiales, se inician antes de las Tp's y se continúan durante estas.

Las Tp's sufren una nueva remodelación de manera que se ajusten al contenido de las clases magistrales como complemento de estas.

Las prácticas asistenciales se realizan con las Tp's acabadas y aprobadas.

Año 2002-2003:

Resolución de casos, apoyadas con clases expositivas y trabajos en grupo.

Teórico prácticas igual al año anterior.

Prácticas asistenciales igual al año anterior.

Estos cambios en todo momento fueron evaluados por los estudiantes como mejora aunque parecía que sus necesidades nunca quedaban satisfechas. En ningún momento un cambio realizado nos mostró un claro descontento lo cual nos llevaba a pensar que íbamos por el buen camino.

Los ítems del cuestionario en las que vemos una mayor diferencia del inicio del cambio a este año son las que se relacionan con la participación y el aprendizaje. Los alumnos se sienten más motivados en la actualidad, asistiendo de forma más continua a las clases y participando en las propuestas de los casos.(ésta es una muestra de los ítems evaluados)

Por otra parte se realizó un análisis de los resultados de las pruebas objetivas que se realizan al final de la asignatura.

La estadística de los resultados en cuanto a coeficiente de fiabilidad y desviación tipo nos validaron los exámenes de los cuatro años y nos dieron la oportunidad de compararlos.

Este apartado nos interesaba explorarlo para evidenciar que el hecho de realizar la asignatura básicamente a través de la resolución de casos con la disminución considerable de clases magistrales no iba a disminuir el aprendizaje de toda la teoría que debíamos impartir.

Las pruebas objetivas que realizamos al final de la asignatura consta de dos partes: una de preguntas tipo test de respuesta múltiple y una segunda en la que hasta el año anterior se formulaban 5 preguntas cortas. Este curso se sustituyó esta segunda parte por la resolución de un caso que habían de escoger entre dos propuestas.

Es en la primera parte, la de preguntas tipo test, donde se incluyen más los contenidos teóricos.

Para verificar que estos contenidos teóricos de la asignatura no estaban sufriendo un deterioro, escogimos de las pruebas objetivas las preguntas que mayormente nos identificaban el grado de comprensión de esta parte de la asignatura y que aparecían de forma similar los cuatro años.

Los resultados muestran que la contestación correcta de este tipo de preguntas no solamente se mantiene sino que ha aumentado ligeramente este último año.

Resultados:

Se analizaron los cuestionarios de satisfacción y los resultados de las pruebas objetivas de los últimos 4 años en los grupos de mañana y tarde con un total de 640 alumnos/ pruebas revisados.

Destaca que hemos conseguido mayor participación de los alumnos en el aula y esto a potenciado que viendo sus necesidades podamos incidir con mayor eficacia en ellas.

La nueva metodología pedagógica ha conseguido aumentar el nivel de conocimientos teóricos adquiridos.

El método del caso proporciona mayor seguridad al alumno para integrar los conocimientos teóricos en la practica.

La reestructuración de los segmentos docentes de teórico-practicas les proporciona mayor habilidad cognitiva para enfrentarse al periodo de prácticas en los servicios especiales.

La disminución del absentismo y el aumento de la participación del alumnado ha servido de estimulo a las docentes de la asignatura.

Así mismo se comprueba que las dos docentes llegan a las mismas conclusiones en los casos.

Conclusiones:

El estudiante de tercer año de la Diplomatura de Enfermería necesita de métodos pedagógicos que le proporcionen la seguridad para poder desarrollar en la práctica todos los conocimientos teóricos adquiridos hasta entonces y poder integrarse en el ámbito laboral, se demuestra que el método del caso es claramente uno de ellos.

Es importante potenciar la parte cognitiva del alumno para poder realizar las prácticas en servicios como UCI, Urgencias ó Quirófano de por si muy cerrados y poco proclives a aceptar alumnos de pregrado.

Para el docente es gratificante comprobar que los estudiantes asumen los conocimientos con mayor facilidad y seguridad y les estimula a la mejora continua del método pedagógico.

El hecho de que impartan la asignatura dos docentes procedentes de diferentes áreas del mundo asistencial, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias, no impide la coincidencia casi absoluta en la obtención de los resultados de los casos.

Bibliografía

- 1. Benner, P: Práctica progresiva en enfermería. Barcelona: Grijalbo ; 1987.
- 2. Coller X. Estudio de casos. Madrid: CIS; 2000.
- 3. Fabra, M:L. Técnicas de Grupo para la cooperación. Barcelona: CEAC; 1992.
- 4. Ferrandez A, et al : Tecnología didáctica. Barcelona: CEAC; 1977.
- 5. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson per l'Institut Cátala de la Salut. Barcelona. 2002.

"REPERCUSIONES DE PLANTEAMIENTOS AMERICANOS EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO"

AUTORES: Fernández Mérida, Mª Concepción*; Amat Mata, Juan*; García Rodríguez, José Juan*

* E.U.E. Diputación de Málaga

INTRODUCCIÓN

Son numerosas las aportaciones extranjeras, la mayoría norteamericanas, que hemos incorporado al conjunto del conocimiento enfermero español; la gran mayoría de ellas han sido asumidas tal como las hemos recibido haciendo quizás una copia fiel, reduccionista y alejada de nuestra realidad, entre ellas se encuentran los modelos conceptuales y las distintas clasificaciones: NANDA, NIC, NOC. Pero tal como dice Mª Teresa Luis, corremos el peligro de confundir los medios con el fin; disponer de unos instrumentos como son los modelos conceptuales, el Proceso Enfermero y varias terminologías no bastan para resolver los problemas de definición y delimitación de competencias que tiene la enfermería española. Saber el objetivo a alcanzar nos permitirá elegir los medios para consequirlo y nos dará identidad, sentido y significado.

Dado que gran parte de lo que será un profesional se gesta en la formación de pregrado, se hace indispensable una cuidadosa selección de las herramientas a utilizar para conseguir el objetivo de formar una enfermera o un enfermero capaz de satisfacer las expectativas del grupo profesional y de la sociedad, la de prestar unos cuidados de calidad con la autonomía e independencia que le confiere su capacitación profesional.

Serán los conocimientos, habilidades, recursos y creatividad de cada enfermera/o los que confieran individualidad y especificidad a la normalización y estandarización imperantes en nuestro ámbito apoyadas, en su mayoría, por las aportaciones extranjeras que hemos mencionado.

Haremos una breve reseña de los instrumentos que hemos recibido de Norteamérica.

LOS MEDIOS

1) El Proceso Enfermero

Definido por Alfaro como el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Consta de varias etapas interrelacionadas y es el instrumento que permite operativizar y llevar a la práctica el modelo conceptual enfermero.

2) El Modelo Conceptual Enfermero

Identifica los fenómenos nucleares de la disciplina enfermera y establece las relaciones entre ellos. Entre otras utilidades, permite guiar y orientar la práctica profesional y diseñar la formación, tanto de pregrado como postgrado. Son numerosos los modelos existentes, siendo más los puntos comunes que los divergentes entre ellos, pero nuestra Escuela, al igual que un gran número de hospitales y otras escuelas del país, ha optado por el de V. Henderson porque, tal como afirman distintas autoras, se adapta a nuestro contexto social y sanitario y explica en términos comprensibles conceptos complejos.

3) Unificación del lenguaje

Dado el acrecentamiento del conocimiento en la disciplina enfermera se hacía patente la necesidad de unificar el lenguaje enfermero.

3.1.) NANDA

Según definición de 1.999, Diagnóstico Enfermero es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporcionan la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que la enfermera es responsable. El centro de interés, al igual que en la NOC, es el usuario. Se reseñan 155 diagnósticos clasificados en 13 dominios que abarcan a la persona, en las esferas biopsicosocial, a la familia y a la comunidad (sin olvidar los 7 diagnósticos de salud existentes)

3.2.) NIC

Intervención es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las 486 intervenciones recogidas incluyen las de colaboración, las independientes, las de cuidados directos e indirectos referidas a la persona (biopsicosocial) a la familia, la comunidad así como la relativa al sistema sanitario. El centro de interés es el profesional de enfermería.

Los criterios de resultado describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente o cuidador familiar sensibles a la intervención enfermera, pues es conocido que hay muchas variables, además de la práctica enfermera (actuaciones de otros profesionales, organización, ambiente, estado emocional, circunstancias vitales...) que influyen en el resultado. Se reseñan 260 criterios de resultados relativos a la persona, en sus tres esferas, a la familia y a la comunidad.

Esta unificación del lenguaje nos permite:

- -comunicar entre nosotros, a otros profesionales, y a la población lo que realizamos, la naturaleza de los cuidados de enfermería
- -recoger y analizar la información documentando la contribución enfermera al cuidado de las personas
 - -facilitar la evaluación y mejora de los cuidados
- -favorecer el desarrollo del conocimiento enfermero, normalizar y definir la base de conocimientos
 - -desarrollar programas informáticos de información y registro
- -proporcionar información sobre la formulación de políticas de atención sanitaria y de planificación de necesidades de personal y equipo
- -operativizar la práctica asistencial con el desarrollo de planes de cuidados, facilitando la aplicación práctica de los contenidos teóricos
 - -desarrollar el currículo formativo
 - -investigar para mejorar la práctica, la eficacia y establecer los costes de los cuidados

Pero hay que entender que son clasificaciones neutras y que debemos seleccionar, individualizar y adaptar a las distintas situaciones o necesidades su contenido si queremos sacarle el máximo partido a estos utilísimos instrumentos y que nos ayude a la consecución de nuestra finalidad, en concreto, en el ámbito docente del pregrado que es el objeto de esta comunicación.

APLICABILIDAD DE ESTOS MEDIOS EN LA EUE. DE LA DIPUTACIÓN DE MÁLAGA

Con la aprobación en 1.997 del Plan de Estudios de la EUE de la Diputación, el mismo que tenía la Escuela de Ciencias de la Salud, los conocimientos que se impartían en Enfermería Fundamental quedan repartidos entre tres asignaturas: Fundamentos de Enfermería, Técnicas de Valoración y Procedimientos de Soporte a los Cuidados de Enfermería.

La primera es asignatura troncal de 12 créditos, 7 de ellos prácticos; su contenido hace referencia al marco conceptual, la metodología y los cuidados básicos.

La asignatura de Técnicas de Valoración es obligatoria con 9 créditos, 3 de ellos prácticos; incluye las técnicas de observación, de exploración física y de entrevista, los datos normales y anormales derivados de la exploración de los distintos sistemas, la organización de la información y el registro de los datos. Los créditos prácticos de ambas asignaturas se llevan a cabo en las unidades de hospitalización de medicina interna y de cirugía del Hospital Universitario de Málaga desde febrero a mayo.

La asignatura de Procedimientos de Soporte es obligatoria de 6 créditos, 3 de ellos prácticos, que se realizan en salas de demostración y talleres; en ella se explican los procedimientos generales con sus objetivos, material y método.

Si bien esta Escuela hace muchos años que utiliza la clasificación NANDA y ha organizado su formación según el modelo de V. Henderson, es desde 1.998 que lo hace según la propuesta de las profesoras Luis Rodrigo y Fernández Ferrin por su adecuación y operatividad en la práctica clínica y docente. Así, como problemas enfermeros enunciamos, dentro del Área de Colaboración, las Complicaciones Potenciales (C.P.: aquellos en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico) y dentro del Área Independiente, los Problemas de Autonomía (P.A.: falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas) y los Problemas de Independencia (P.I.: haciendo referencia a aquellas situaciones en las que la persona tiene capacidad de mejorar y desarrollar su potencial y que se enuncian con terminología NANDA), asignándoles a cada uno de ellos, en este curso académico 2.002-03, las intervenciones apropiadas en función del temario de las tres asignaturas mencionadas que integran el Área de Fundamentos de Enfermería de esta Escuela.

La dificultad se planteó al seleccionar, evitando su duplicidad, los distintos problemas y las intervenciones clasificándolos según las necesidades de V. Henderson y en función de un temario que pierde su visión global al quedar disgregado entre tres asignaturas.

Así nos encontramos que en las asignaturas de Procedimientos de Soporte y Técnicas de Valoración los contenidos giran, mayoritariamente, en torno al eje interdependiente, a los problemas de Colaboración, considerando importante definir el lugar que ocupan las distintas técnicas dentro del contexto general del trabajo enfermero recogido en el modelo conceptual de V. Henderson, siendo en la asignatura de Fundamentos de Enfermería donde en mayor medida se recogen los problemas de Autonomía e Independencia.

Es durante la realización de las prácticas cuando el alumno reúne la información recibida desde esas tres vertientes y obtiene la imagen de conjunto con todos los problemas e intervenciones, sin repeticiones, que le posibilitan valorar y atender a los pacientes en las distintas situaciones.

Así se exige por parte de los profesores disgregar la información, sin perder nunca de vista el contenido global de las tres asignaturas, y por parte de los alumnos reunirla como si fuesen piezas de un rompecabezas.

También estamos trabajando con el Área de Enfermería Psicosocial, en concreto con la asignatura de 1º curso Fundamentos Psicosociales, para que incluyan los problemas enfermeros e intervenciones seleccionados desde el Área de Fundamentos de Enfermería.

Asimismo, para lograr la continuidad, nos estamos coordinando con Enfermería Medicoquirúrgica, organizando el contenido por procesos asistenciales, en los que se añadirán Problemas de Colaboración, de Independencia, Intervenciones o Actividades que se sumarán a las ya estudiadas. Ya existen algunos trabajos en esta línea fruto de la colaboración de Profesores de esta Escuela en la Comisión de Planes de Cuidados del Hospital Universitario de Málaga, donde mayoritariamente hacen práctica nuestros alumnos, que ha cristalizado en la elaboración del Manual de Planes de Cuidados -en proceso de edición- algunos de los cuales están implementándose.

Se consigue así aplicar y retroalimentar la formación enfermera obteniendo beneficios de ello tanto las enfermeras docentes como las asistenciales.

Se plantea continuar esta línea de trabajo en Enfermería Comunitaria, Geriátrica y MaternoInfantil y en un futuro inmediato introducir la Clasificación de Resultados.

El modelo conceptual de Henderson, junto con la clasificación de intervenciones, nos ayuda a visualizar la distribución de contenidos entre las distintas asignaturas de los diferentes cursos, al seleccionar, en función de los problemas enfermeros elegidos, tanto las intervenciones como las actividades que las componen.

ESTRUCTURACIÓN DEL TEMARIO DEL ÁREA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA DEL CURSO 2.002-03

TÉCNICAS DE VALORACIÓN

. 1920	Monitorización ácido-base
. 2020	Monitorización electrolitos
. 4130	Monitorización líquidos
. 6680	Monitorización signos vitales
. 3350	Monitorización respiratoria
. 1160	Monitorización nutricional
. 2620	Monitorización neurológica
. 3590	Vigilancia de la piel

PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE

SEGURIDAD

C.P. Infección secundario a vías invasivas, enfermedades crónicas, déficit inmunitario

. 6540 Control de infecciones

. 6550 Protección contra las infecciones

NECESIDAD DE MOVIMIENTO

- C.P. Mala alineación corporal, lesiones dérmicas o articulares .. secundario a inmovilización, dificultad

motora..

. 0840 Cambio de posición

. 0846 Cambio de posición: silla de ruedas

. 0960 Transporte

P.A. Movilización (sustitución total o parcial)
 . 0740 Cuidados del paciente encamado

- P.I. Conocimientos deficientes: andar con muletas r/c primera experiencia, falta de información m/p preguntas, seguimiento inexacto de instrucciones

. 5618 Ensenanza: procedimiento/tratamiento

NECESIDAD DE HIGIENE

C.P. Úlceras por presión secundario a inmovilización, dificultad motora...

. 3540 Prevención de las úlceras por presión

. 3500 Manejo de presiones. 3590 Vigilancia de la piel

. 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico. 0740 Cuidados del paciente encamado

- P.A. Higiene y vestido (sustitución total o parcial)

. 1710 Mantenimiento de la salud bucal

. 1670 Cuidados del cabello
. 1660 Cuidados de los pies
. 1680 Cuidados de las uñas

. 1630 Vestir . 1610 Baño

SIGNOS VITALES

- C.P. Infección, hemorragia, arritmias, disnea, hipoxia, acúmulo de secreciones ... secundario a enfermedad, cirugía, tratamiento farmacológico/invasivo

.6680 Monitorización de los signos vitales

.7920 Documentación

NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

- C.P. Erosiones en piel, ineficacia, efectos secundarios, intolerancia secundario a oxigenoterapia, aerosolterapia

. 3320 Oxigenoterapia . 3590 Vigilancia de la piel

. 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial. 7690 Interpretación de datos de laboratorio

. 6680 Monitorización signos vitales

. 2311 Administración de medicación: inhalación

- C.P. Aspiración de secreciones secundario a disminución de conciencia, acúmulo de secreciones,

. 3160 Aspiración de las vías aéreas. 6680 Monitorización signos vitales

. 3200 Precauciones para evitar la aspiración

. 3230 Fisioterapia respiratoria. 3140 Manejo de las vías aéreas

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

- C.P. Desalojo, erosiones en piel, aspiración, obstrucción, infección secundario a sondaje nasogástrico

. 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal

. 3590 Vigilancia de la piel

. 1056 Alimentación enteral por sonda

. 1020 Etapas en la dieta

. 3200 Precauciones para evitar la aspiración

- P.A.: Alimentación (sustitución parcial, total)

. 1050 Alimentación

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- C.P. Desalojo, obstrucción, infección secundario a sondaje uretral
- . 1876 Cuidados del catéter urinario
 - C.P. Retención urinaria secundaria a obstrucción, esfínter potente
- . 0620 Cuidados de la retención urinaria
- -P.C Estreñimiento secundario a inmovilidad, medicación, tumor
- . 0420 Irrigación intestinal
 - -P.A. Eliminación (sustitución parcial/total)
- . 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

	00 = (, , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
-	C.P. Efectos secundarios.	. ineticacia.	reacciones adversas.	. sobredosis s	secundaria a medicación

	,,,,,,
. 2380	Manejo de la medicación
. 2300	Administración de medicación
. 2316	Administración de medicación tópica

. 2308 Administración de medicación ótica. 2304 Administración de medicación oral

. 2301 Administración de medicación enteral. 2311 Administración de medicación inhalación

. 2310 Administración de medicación oftálmica

. 2315 Administración de medicación rectal

. 0420 Irrigación intestinal

. 2318 Administración de medicación vaginal

. 2317 Administración de medicación subcutánea. 2312 Administración de medicación intradérmica

. 2313 Administración de medicación intramuscular

. 2314 Administración de medicación intravenosa

. 4190 Punción intravenosa

. 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa
. 4030 Administración de productos sanguíneos
. 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial

C.P. Flebitis, desalojo, obstrucción, extravasación secundario a vía venosa

. 4200 Terapia intravenosa . 3590 Vigilancia de la piel

. 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
 . 4220 Cuidados del catéter central insertado periféricamente

VENDAJES

- C.P. Compromiso vascular, lesiones dérmicas secundario a vendaje

. 0910 Inmovilización

PRIMEROS AUXILIOS

. 6240	Primeros auxilios
. 0910	Inmovilización
. 6320	Resucitación

NECESIDAD DE BIEN MORIR

. 1770 Cuidados postmortem

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

INGRESO DEL PACIENTE

7040	
. 7310	Cuidados de enfermería al ingreso
. 7460	Protección de los derechos del paciente
. 5340	Presencia
. 6482	Manejo ambiental: confort
. 6480	Manejo ambiental
. 7110	Fomento de la implicación familiar
. 7920	Documentación
. 7960	Intercambio de información de cuidados de salud
. 7980	Informe de incidencias
. 7370	Planificación del alta

NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

- P.I. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, mucosidad excesiva m/p disnea, ineficacia de la tos, esputo, ansiedad

. 5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
. 5616	Enseñanza: medicamentos prescritos
. 2311	Administración de medicación: inhalación
. 5612	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
. 5614	Enseñanza: dieta prescrita
. 5602	Enseñanza: proceso de enfermedad
. 5820	Disminución de la ansiedad
. 3390	Ayuda a la ventilación
. 0180	Manejo de la energía
. 3250	Mejorando la tos

- P.I. Riesgo de aspiración r/c incompetencia del esfínter esofágico, retraso en el vaciado gástrico, deterioro de la deglución

30.00.00	
. 1860	Terapia de la deglución
. 5614	Enseñanza: dieta prescrita
. 5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
. 5602	Enseñanza: proceso de enfermedad
. 3250	Mejorando la tos
. 0840	Cambio de posición

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- C.P. Hipervolemia secundaria a enfermedad, cirugía

. 4170 Manejo de la hipervolemia

- C.P. Hipovolemia secundaria a enfermedad, cirugía
- . 4180 Manejo de la hipovolemia
- C.P. Hiperglucemia secundario a diabetes, enfermedad, cirugía
- . 2120 Manejo de la hiperglucemia
- C.P. Hipoglucemia secundario a diabetes, enfermedad, cirugía
- . 2130 Manejo de la hipoglucemia
- C.P. Desequilibrio hidroelectrolítico secundario a diarrea...
- . 2080 Manejo de líquidos/electrolitos
- P.I. Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso superior en un 10% al ideal según talla, edad
- P.I. Riesgo de desequilibrio de la nutrición por exceso r/c patrones alimentarios cuantitativa o cualitativamente inadecuados
- . 5246 Asesoramiento nutricional
- . 1280 Ayuda para disminuir el peso
- P.I. Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para ingerir los nutrientes debido a dificultad en la masticación o deglución, informe de aporte alimentario cuantitativa o cualitativamente inadecuado m/p peso inferior en un 20% al ideal según talla, edad..., signos físicos de desnutrición
- . 1120 Terapia nutricional
- . 1240 Ayuda para ganar peso
- . 5246 Asesoramiento nutricional
- P.I. Déficit de volumen de líquidos r/c diarrea, fiebre,vómitos..m/p disminución diuresis, pérdida súbita de peso, disminución turgencia de la piel, sed
- P.I. Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva por vías naturales, déficit de conocimientos respecto al volumen de líquidos
- . 1570 Manejo del vómito
- . 5246 Asesoramiento nutricional
- P.I. Exceso de volumen de líquidos r/c exceso de aporte de líquidos, exceso de aporte de sodio m/p aumento de peso en corto periodo de tiempo, disnea, edema
- . 5246 Asesoramiento nutricional
- P.I. Déficit de autocuidado: alimentación r/c cansancio, deterioro perceptual, deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para preparar alimentos, manejar utensilios, abrir recipientes, coger el plato..
- . 1800 Ayuda al autocuidado

Intervenciones comunes a los Problemas de Independencia

- . 4130 Monitorización de líquidos
 . 1160 Monitorización nutricional
 . 5614 Enseñanza: dieta prescrita
 . 4120 Manejo de líquidos
- . 1260 Manejo del peso . 1100 Manejo de la nutrición

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- C.P. Hemorragia secundaria a cirugía, enfermedad, fibrinolíticos..
- . 4010 Precauciones con hemorragias. 6680 Monitorización de signos vitales
 - P.C. Hemorragia secundaria a cirugía, enfermedad, tratamiento
- . 4160 Control de hemorragias

- C.P. Aspiración, deshidratación... secundario a vómitos
- . 1570 Manejo del vómito
- P.I. Déficit de autocuidado: uso del wc r/c debilidad, deterioro de la movilidad, deterioro neuromuscular, perceptual m/p incapacidad para manipular la ropa, realizar la higiene adecuada, llegar, sentarse o levantarse del wc,

.1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

- P.I. Diarrea r/c estrés, abuso de laxante, alimentación m/p sonidos intestinales, más de tres deposiciones líquidas al día, calambres abdominales
- . 0460 Manejo de la diarrea
- P.I. Estreñimiento r/c cambios ambientales recientes, falta de respuesta habitual al deseo de defecar, actividad física insuficiente, falta de tiempo, posición inadecuada, falta de intimidad, estrés, abuso de laxantes, malos hábitos alimentarios, deshidratación m/p disminución en la frecuencia de las evacuaciones, eliminación de heces duras y secas con esfuerzo excesivo, dolor, masa palpable en recto, distensión abdominal, náuseas, cefalea
- P.I. Riesgo de estreñimiento r/c. cambios ambientales recientes, falta de respuesta habitual al deseo de defecar, actividad física insuficiente, falta de tiempo, posición inadecuada, falta de intimidad, estrés, abuso de laxantes, malos hábitos alimentarios, deshidratación
- . 0440 Entrenamiento intestinal
- . 0450 Manejo del estreñimiento/impactación
- P.I. Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c drenaje vesical incompleto, debilidad de músculos pélvicos, aumento de presión abdominal por obesidad m/p goteo de orinal al aumentar la presión abdominal, urgencia urinaria, intervalo inferior a 2 horas entre micciones
- . 0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria
- . 0560 Ejercicio del suelo pélvico
- . 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria . 0600 Entrenamiento del hábito urinario

NECESIDAD DE MOVIMIENTO

- C.P. Lesión dérmica, mala alineación corporal, hemorragia, compromiso vascular secundario a escayola, tracción

. 0762 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
. 0764 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo

. 0940 Cuidados de tracción/inmovilización

C.P. Embolismo pulmonar, periférico secundario a inmovilidad

. 4110 Precauciones en el embolismo
. 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar
. 4104 Cuidados del embolismo: periférico

P.I. Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, sensoperceptivo, disminución de fuerza física, desnutrición, rigidez articular, creencias culturales, falta de conocimientos sobre el valor del ejercicio m/p

inestabilidad, movimientos descoordinados, limitación de la amplitud de movimientos, cambios en la marcha, dificultad para cambiar de posición, enlentecimiento del movimiento

. 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
. 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
. 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio
. 0221 Terapia de ejercicios: deambulación
. 0226 Terapia de ejercicios: control muscular

- P.I. Intolerancia a la actividad r/c inmovilidad, debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p informe de fatiga o debilidad, malestar o disnea de esfuerzo, frecuencia cardiaca o presión arterial

anormal en respuesta a actividad

- . 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. 0140 Fomento de los mecanismos corporales
- . 0180 Manejo de la energía
- P.I. Riesgo de intolerancia a la actividad r/c mala forma física, falta de experiencia en la actividad

. 0180 Manejo de la energía. 1850 Fomentar el sueño. 5270 Apoyo emocional

NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO

- P.I. Alteración del patrón de sueño r/c higiene del sueño inadecuada, preocupación por intentar dormir, separación de personas significativas, aburrimiento, ambiente poco propicio m/p desvelo prolongado, quejas de dificultad para conciliar el sueño o de no sentirse descansado, de despertar varias veces, somnolencia

. 1850 Fomentar el sueño. 6482 Manejo ambiental: confort

NECESIDAD DE HIGIENE/VESTIDO

- P.I. Déficit de autocuidado: baño y vestido r/c malestar, debilidad, deterioro perceptual, cognitivo, neuromuscularm/p incapacidad para lavarse, entrar y salir del baño, vestirse/desvestirse, abrocharse/desabrocharse
- . 1800 Ayuda al autocuidado
- . 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- . 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
- P.I. Deterioro de la mucosa oral r/c alimentos ácidos, respiración bucal, deshidratación, desnutrición, higiene oral ineficaz m/p palidez de encias o mucosas, sequedad bucal, halitosis, lengua saburral
- . 1730 Restablecimiento de la salud bucal
- P.I. Deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, presión, alteración del estado hídrico y nutricional m/p destrucción de las capas de la piel
- . 5614 Enseñanza: dieta prescrita . 5606 Enseñanza: individual
- . 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- P.I. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, presión, alteración del estado hídrico y nutricional
- . 5614 Enseñanza: dieta prescrita
- . 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- . 5606 Enseñanza: individual. 1720 Fomentar la salud bucal
- . 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- P.C. Hipotermia secundario a enfermedad, cirugía, medicación, disminución tasa metabólica
 . 3800 Tratamiento de la hipotermia
- P.C. Hipertermia secundario a enfermedad, cirugía, medicación, aumento tasa metabólica . 3740 Tratamiento de la fiebre
- P.I. Hipotermia r/c exposición al frío sin ropa adecuada, desnutrición, consumo de alcohol m/p temperatura por debajo del límite inferior de la normalidad, palidez, frialdad, cianosis de lechos ungueales

- P.I. Hipertermia r/c exposición al calor sin ropa adecuada, deshidratación, actividad vigorosa
- . 1380 Aplicación de calor o frío
- . 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- . 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- . 3900 Regulación de la temperatura

NECESIDAD DE SEGURIDAD

- P.C. Dolor secundario a enfermedad, cirugía
- . 2210 Administración de analgésicos
- P.C. Convulsiones secundario a enfermedad, medicación
- . 2680 Manejo de las convulsiones
- C.P. Convulsiones secundario a enfermedad, medicación
- . 2620 Monitorización neurológica
- . 2690 Precauciones contra las convulsiones
- P.I. Dolor r/c enfermedad, cirugía m/p expresiones verbales y no verbales, centrar la atención en sí mismo, cambios en el apetito, trastorno del sueño
- . 1400 Manejo del dolor
- . 5820 Disminución de la ansiedad
- P.I. Temor r/c personas, barrera idiomática, déficit de conocimientos, ambiente estresante m/p alarma, nerviosismo, taquicardia, sobresalto, recelo, concentración en la fuente del miedo
- . 5380 Potenciación de la seguridad
 . 5820 Disminución de la ansiedad
 . 5230 Aumentar el afrontamiento
- P.I. Ansiedad r/c amenaza de cambio en el entorno, en el estado de salud, amenaza al autoconcepto, amenaza de muerte, estrés m/p agitación, expresión de preocupación, insomnio, nerviosismo, voz temblorosa, temblor de manos, inseguridad, tendencia a culpar a otros, bloqueo del pensamiento, dificultad para la concentración
- . 5820 Disminución de la ansiedad. 5380 Potenciación de la seguridad
- P.I. Baja autoestima situacional r/c enfermedad, lesión m/p autoapreciación negativa, verbalización de inutilidad, vergüenza o culpa, dificultad para tomar decisiones, evaluación de sí mismo como incapaz de manejar la situación
- . 5400 Potenciación de la autoestima
- P.I. Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal r/c complejidad del régimen terapéutico, conflicto familiar, falta de confianza en el régimen terapéutico, déficit de conocimientos
- . 4360 Modificación de la conducta
- . 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo
- P.I. Afrontamiento individual inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar la situación, incertidumbre, alto grado de amenaza, crisis situacional
- o de maduración m/p solución inadecuada de los problemas, expresions verbales de incapacidad, asunción de riesgos
- . 5230 Aumentar el afrontamiento
- . 5250 Apoyo en toma de decisiones
- P.I. Riesgo de traumatismo r/c condiciones ambientales adversas (suelo resbaladizo, falta de barandilla...), mala visión, problema de equilibrio o coordinación, reducción de sensibilidad
- . 2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- . 6486 Manejo ambiental. Seguridad
- . 6480 Manejo ambiental
- . 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- . 6490 Prevención de caídas

- P.I. Riesgo de infección r/c desnutrición, déficit de conocimientos
- . 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento. 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- P.I. Trastorno de la imagen corporal r/c reajuste tras una enfermedad, cirugía m/p conducta de evitación o reconocimiento del cuerpo, cambio en la implicación social, sentimientos negativos sobre el cuerpo, miedo al rechazo
- . 5220 Potenciación dela imagen corporal
- P.I. Negación ineficaz r/c situación de salud m/p retraso en la búsqueda de ayuda, no percepción de la relevancia de los síntomas, incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida, emociones inapropiadas para la situación

. 5240 Asesoramiento

. 5820 Disminución de la ansiedad

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- P.I. Deterioro de la comunicación verbal r/c diferencias culturales, estrés, alteración del sistema visual, auditivo, de fonación, traqueostomía, condiciones emocionales m/p dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual, no poder hablar o hacerlo con dificultad, dificultad para expresar verbalmente los pensamientos
- . 4920 Escucha activa

. 4974 Fomento de la comunicación: déficit auditivo
. 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla
. 4978 Fomento de la comunicación: déficit visual

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS

- P.I. Sufrimiento espiritual r/c separación de vínculos culturales o religiosos, conflicto moral o ético m/p preocupación sobre el significado de la vida y la muerte, sobre el significado del sufrimiento, búsqueda de ayuda espiritual, desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos, preguntas sobre implicaciones morales del régimen terapéutico, cólera, hostilidad, apatía
- . 5420 Apoyo espiritual
- . 5426 Facilitación del crecimiento espiritual
- P.I. Desesperanza r/c prolongada inmovilidad, deterioro del estado físico, estrés de larga duración, pérdida de la fe m/p pasividad, disminución de las emociones, expresiones verbales, apatía, . 5310 Dar esperanza

NECESIDAD DE TRABAJO/DISTRACCIÓN/APRENDIZAJE

- P.I. Déficit de actividades recreativas r/c hospitalización prolongada, tratamientos frecuentes y largos m/p expresiones verbales
- . 5360 Terapia de entretenimiento
- P.I. Conocimientos deficientes (especificar) r/c falta de información, mala interpretación, falta de interés, limitación cognitiva, sobrecarga emocional m/p expresiones verbales, seguimiento inexacto de instrucciones, realización inadecuada de pruebas

. 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

. 5614 Enseñanza: dieta prescrita

. 5604 Enseñanza: grupo

. 5620 Enseñanza: habilidad psicomotora

. 5606 Enseñanza: individual

. 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

. 5610 Enseñanza: preguirúrgica

. 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

LISTADO DE PROBLEMAS DE COLABORACIÓN, DE AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA DEL ÁREA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

- P.I. **Limpieza ineficaz de vías aéreas** r/c retención de secreciones, mucosidad excesiva m/p disnea, ineficacia de la tos, esputo, ansiedad
- P.I. **Riesgo de aspiración** r/c incompetencia del esfínter esofágico, retraso en el vaciado gástrico, deterioro de la deglución
- C.P. Erosiones en piel, ineficacia, efectos secundarios, intolerancia secundario a oxigenoterapia, aerosolterapia
- C.P. Aspiración de secreciones secundario a disminución de conciencia, acúmulo de secreciones.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- P.I. **Desequilibrio nutricional por exceso** r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso superior en un 10% al ideal según talla, edad
- P.I. **Riesgo de desequilibrio de la nutrición por exceso** r/c patrones alimentarios cuantitativa o cualitativamente inadecuados
- P.I. **Desequilibrio nutricional por defecto** r/c incapacidad para ingerir los nutrientes debido a dificultad en la masticación o deglución, informe de aporte alimentario cuantitativa o cualitativamente inadecuado m/p peso inferior en un 20% al ideal según talla, edad... signos físicos de desnutrición
- P.I. **Déficit de volumen de líquidos** r/c diarrea, fiebre,vómitos.. m/p disminución diuresis, pérdida súbita de peso, disminución turgencia de la piel, sed
- P.I. **Riesgo de déficit de volumen de líquidos** r/c pérdida excesiva por vías naturales, déficit de conocimientos respecto al volumen de líquidos
- P.I. **Exceso de volumen de líquidos** r/c exceso de aporte de líquidos, exceso de aporte de sodio m/p aumento de peso en corto periodo de tiempo, disnea, edema
- P.I. **Déficit de autocuidado: alimentación** r/c cansancio, deterioro perceptual, deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para preparar alimentos, manejar utensilios, abrir recipientes, coger el plato..
- **P.A**.: Alimentación (sustitución parcial, total)
- C.P. Desalojo, erosiones en piel, aspiración, obstrucción, infección secundario a sondaje nasogástrico
- C.P. Hipervolemia secundaria a enfermedad, cirugía
- C.P. Hipovolemia secundaria a enfermedad, cirugía
- C.P. Hiperglucemia secundario a diabetes, enfermedad, cirugía
- C.P. Hipoglucemia secundario a diabetes enfermedad, cirugía
- C.P. Desequilibrio hidroelectrolítico secundario a diarrea...

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- P.I. **Déficit de autocuidado: uso del wc** r/c debilidad, deterioro de la movilidad, deterioro neuromuscular, perceptual m/p incapacidad para manipular la ropa, realizar la higiene adecuada, llegar, sentarse o levantarse del wc,
- P.I. **Diarrea** r/c estrés, abuso de laxante, alimentación m/p sonidos intestinales, más de tres deposiciones líquidas al día, calambres abdominales
- P.I. **Estreñimiento** r/c cambios ambientales recientes, falta de respuesta habitual al deseo de defecar, actividad física insuficiente, falta de tiempo, posición inadecuada, falta de intimidad, estrés, abuso de laxantes, malos hábitos alimentarios, deshidratación m/p disminución en la frecuencia de las evacuaciones, eliminación de heces duras y secas con esfuerzo excesivo, dolor, masa palpable en recto, distensión abdominal, náuseas, cefalea

- P.I. Riesgo de estreñimiento r/c. cambios ambientales recientes, falta de respuesta habitual al deseo de defecar, actividad física insuficiente, falta de tiempo, posición inadecuada, falta de intimidad, estrés, abuso de laxantes, malos hábitos alimentarios, deshidratación
- P.I. **Incontinencia urinaria de esfuerzo** r/c drenaje vesical incompleto, debilidad de músculos pélvicos, aumento de presión abdominal por obesidad m/p goteo de orinal al aumentar la presión abdominal, urgencia urinaria, intervalo inferior a 2 horas entre micciones
- **P.A**. Eliminación (sustitución parcial/total)
 - C.P. Desalojo, obstrucción, infección secundario a sondaje uretral
- C.P. Retención urinaria secundaria a obstrucción, esfínter potente
- P.C Estreñimiento secundario a inmovilidad, medicación, tumor
- C.P. Hemorragia secundaria a cirugía, enfermedad, fibrinolíticos..
- P.C. Hemorragia secundaria a cirugía, enfermedad, tratamiento
- C.P. Aspiración, deshidratación... secundario a vómitos

NECESIDAD DE MOVIMIENTO

- P.I. **Deterioro de la movilidad física** r/c deterioro neuromuscular, sensoperceptivo, disminución de fuerza física, desnutrición, rigidez articular, creencias culturales, falta de conocimientos sobre el valor del ejercicio m/p inestabilidad, movimientos descoordinados, limitación de la amplitud de movimientos, cambios en la marcha, dificultad para cambiar de posición, enlentecimiento del movimiento
- P.I. **Intolerancia a la actividad** r/c inmovilidad, debilidad generalizada, desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p informe de fatiga o debilidad, malestar o disnea de esfuerzo, frecuencia cardiaca o presión arterial anormal en respuesta a actividad
- P.I. **Riesgo de intolerancia a la actividad** r/c mala forma física, falta de experiencia en la actividad
- P.I. **Conocimientos deficientes**: andar con muletas r/c primera experiencia, falta de información m/p preguntas, seguimiento inexacto de instrucciones
- P.A. Movilización (sustitución total o parcial)
- C.P. Mala alineación corporal, lesiones dérmicas o articulares .. secundario a inmovilización, dificultad motora..
- C.P. Lesión dérmica, mala alineación corporal, hemorragia, compromiso vascular secundario a escayola, tracción
- C.P. Embolismo pulmonar, periférico secundario a inmovilidad

NECESIDAD DE REPOSO-SUEÑO

- P.I. **Alteración del patrón de sueño** r/c higiene del sueño inadecuada, preocupación por intentar dormir, separación de personas significativas, aburrimiento, ambiente poco propicio m/p desvelo prolongado, quejas de dificultad para conciliar el sueño o de no sentirse descansado, de despertar varias veces, somnolencia

NECESIDAD DE HIGIENE/VESTIDO

- P.I. **Déficit de autocuidado: baño y vestido** r/c malestar, debilidad, deterioro perceptual, cognitivo, neuromuscular m/p incapacidad para lavarse, entrar y salir del baño, vestirse/desvestirse, abrocharse/desabrocharse
- P.I. **Deterioro de la mucosa oral** r/c alimentos ácidos, respiración bucal, deshidratación, desnutrición, higiene oral ineficaz m/p palidez de encias o mucosas, sequedad bucal, halitosis, lengua saburral
- P.I. **Deterioro de la integridad cutánea** r/c humedad, presión, alteración del estado hídrico y nutricional m/p destrucción de las capas de la piel
- P.I. **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** r/c humedad, presión, alteración del estado hídrico y nutricional
- **P.A.** Higiene y vestido (sustitución total o parcial)
- C.P. Úlceras por presión secundario a inmovilización, dificultad motora...

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- P.I. **Hipotermia** r/c exposición al frío sin ropa adecuada, desnutrición, consumo de alcohol m/p temperatura por debajo del límite inferior de la normalidad, palidez, frialdad, cianosis de lechos unqueales
- P.I. Hipertermia r/c exposición al calor sin ropa adecuada, deshidratación, actividad vigorosa
- C.P. Infección, hemorragia, arritmias, disnea, hipoxia, acúmulo de secreciones secundario a enfermedad, cirugía, tratamiento farmacológico/invasivo
- P.C. Hipotermia secundario a enfermedad, cirugía, mdicación, disminución tasa metabólica
- P.C. Hipertermia secundario a enfermedad, cirugía, mdicación, aumento tasa metabólica

NECESIDAD DE SEGURIDAD

- P.I. **Dolor** r/c enfermedad, cirugía m/p expresiones verbales y no verbales, centrar la atención en sí mismo, cambios en el apetito, trastorno del sueño
- P.I. **Temor** r/c personas, barrera idiomática, déficit de conocimientos, ambiente estresante m/p alarma, nerviosismo, taquicardia, sobresalto, recelo, concentración en la fuente del miedo
- P.I. **Ansiedad** r/c amenaza de cambio en el entorno, en el estado de salud, amenaza al autoconcepto, amenaza de muerte, estrés m/p agitación, expresión de preocupación, insomnio, nerviosismo, voz temblorosa, temblor de manos, inseguridad, tendencia a culpar a otros, bloqueo del pensamiento, dificultad para la concentración
- P.I. **Baja autoestima situacional** r/c enfermedad, lesión m/p autoapreciación negativa, verbalización de inutilidad, vergüenza o culpa, dificultad para tomar decisiones, evaluación de sí mismo como incapaz de manejar la situación
- P.I. Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal r/c complejidad del régimen terapéutico, conflicto familiar, falta de confianza en el régimen terapéutico, déficit de conocimientos
- P.I. **Afrontamiento individual inefectivo** r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar la situación, incertidumbre, alto grado de amenaza, crisis situacional
- o de maduración m/p solución inadecuada de los problemas, expresions verbales de incapacidad, asunción de riesgos
- P.I. **Riesgo de traumatismo** r/c condiciones ambientales adversas (suelo resbaladizo, falta de barandilla...), mala visión, problema de equilibrio o coordinación, reducción de sensibilidad
- P.I. Riesgo de infección r/c desnutrición, déficit de conocimientos
- P.I. **Trastorno de la imagen corporal** r/c reajuste tras una enfermedad, cirugía m/p conducta de evitación o reconocimiento del cuerpo, cambio en la implicación social, sentimientos negativos sobre el cuerpo, miedo al rechazo
- P.I. **Negación ineficaz** r/c situación de salud m/p retraso en la búsqueda de ayuda, no percepción de la relevancia de los síntomas, incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida, emociones inapropiadas para la situación
- C.P. Compromiso vascular, lesiones dérmicas secundario a vendaje
- C.P. Flebitis, desalojo, obstrucción, extravasación secundario a vía venosa
- C.P. Efectos secundarios, ineficacia, reacciones adversas, sobredosis secundaria a medicación
- C.P. Infección secundario a vías invasivas, enfermedades crónicas, déficit inmunitario
 - P.C. Dolor secundario a enfermedad, cirugía
- P.C. Convulsiones secundario a enfermedad, medicación
- C.P. Convulsiones secundario a enfermedad, medicación

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

- P.I. **Deterioro de la comunicación verbal** r/c diferencias culturales, estrés, alteración del sistema visual, auditivo, de fonación, traqueostomía, condiciones emocionales m/p dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual, no poder hablar o hacerlo con dificultad, dificultad para expresar verbalmente los pensamientos

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS

- P.I. **Sufrimiento espiritual** r/c separación de vínculos culturales o religiosos, conflicto moral o ético m/p preocupación sobre el significado de la vida y la muerte, sobre el significado del sufrimiento,

búsqueda de ayuda espiritual, desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos, preguntas sobre implicaciones morales del régimen terapéutico, cólera, hostilidad, apatía

- P.I. **Desesperanza** r/c prolongada inmovilidad, deterioro del estado físico, estrés de larga duración, pérdida de la fe m/p pasividad, disminución de las emociones, expresiones verbales, apatía,

NECESIDAD DE TRABAJO/DISTRACCIÓN/APRENDIZAJE

- P.I. **Déficit de actividades recreativas** r/c hospitalización prolongada, tratamientos frecuentes y largos m/p expresiones verbales
- P.I. **Conocimientos deficientes** (especificar) r/c falta de información, mala interpretación, falta de interés, limitación cognitiva, sobrecarga emocional m/p expresiones verbales, seguimiento inexacto de instrucciones, realización inadecuada de pruebas

BIBLIOGRAFÍA

- . Johnson, M. y cols.: *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC.* Harcourt, Madrid 2.002
- . McCloskey, J.; Bulecheck, G.: Clasificación de Intervenciones Enfermeras 3ª ed. Harcourt, Madrid 2.001
- . Johnson, M. y cols.: Clasificación de Resultados de Enfermería. 2ª ed. Harcourt, Madrid 2.001
- . Luis Rodrigo, Mª T.: Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Masson, Barcelona 2002
- . Luis Rodrigo, Mª T. y cols.: De la teoría a la práctica. El pensamiento de V. Henderson en el s. XXI Masson, Barcelona I.998

"ESTRATEGIA DOCENTE EN EL DESARROLLO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN"

AUTORES: M.Teresa Giró Molner (1.2), Carme Vila Gimeno (1), Magdalena Llesuy Salvador (1), Victoria Morin Fraile (1.2), Cristina Olive Adrados (1.2)

(1) DUE; (1.2) Lic. Pedagogía;

Escuela Universitaria de Enfermeria Blanquerna . Universidad Ramón Llull. Barcelona

1. Introducción

L'EUIF Blanquerna, de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, imparte la asignatura de Seminario, en los tres cursos de la diplomatura, como elemento diferenciador de su plan de estudios. Esta asignatura es de carácter obligatorio y constituye un espacio de aprendizaje donde se intercambian experiencias, ideas y realidades. Su finalidad es favorecer la adquisición de las competencias profesionales como el trabajo en equipo y la investigación, entre otras.

El trabajo en equipo es considerado como una actividad social que requiere habilidades para comunicar, colaborar, entenderse y pensar con los demás; se requiere que los miembros que lo integran tengan habilidades de orden "intelectual" (pensar, razonar, justificar, decidir ..), y de orden "socio-emocional" (comunicar, escuchar, apoyar, buscar el consenso... etc)

Según Cole, F. et al, (2001), la investigación también ayuda a desarrollar el conocimiento de la enfermería sobre las situaciones, la realidad, las personas y las circunstancias únicas de nuestra practica profesional. Los estudiantes adquieren competencia en la investigación, y en otras áreas, a partir de la practica reflexiva relacionando los conocimientos teóricos con la realidad observada.

El concepto de salud ha ido variando a lo largo de la historia y se ha modificado en función del contexto histórico, bajo la influencia de las características sociales, políticas y económicas de cada época.

Este concepto no sólo está sujeto al momento histórico, sino que también puede verse modificado por el momento del ciclo vital del individuo.

A pesar de la mejora de la calidad y esperanza de vida de la población en general, la adolescencia es el único grupo de edad que ha sufrido un aumento significativo de la morbimortalidad en los últimos 30 años (Pla de Salut de Catalunya 99-01).

Los profesionales de enfermería deben implicarse en la prevención y promoción de la salud, con el propósito de incidir en los hábitos y actitudes que comprometen la calidad de vida de los jóvenes.

Estos aspectos deben abordarse desde la realidad social de la juventud; todo ello sólo es posible a través del análisis comparativo entre los fundamentos teóricos y la realidad de las situaciones concretas.

El equipo de tutoras-profesoras ha diseñado un Bloque Temático que facilita al estudiante la adquisición de las competencias antes descritas, mediante un trabajo de campo sobre los principales problemas de salud de la juventud de nuestro entorno.

Los objetivos diseñados han sido:

- 1. Desarrollar competencias y habilidades en investigación a partir del estudio de la situación sanitaria y social de los jóvenes de nuestro entorno.
- 2. Seleccionar y analizar los problemas de salud más significativos desde la doble perspectiva del joven y del futuro profesional.

2. Material y método

Se presenta un estudio cuali-cuantitativo sobre los alumnos de tercer curso de la diplomatura de enfermería en referencia al trabajo realizado en la asignatura de seminario.

El equipo de profesores tutores de la asignatura de seminario de tercer curso lo constituyen 9 docentes, cada uno de ellos tiene a su cargo quince estudiantes con una dedicación docente en el aula de cuatro horas semanales por cuatrimestre. Estos estudiantes con el soporte de los profesores tutores, desarrollan un bloque temático relacionado con la etapa vital de la adolescencia. La muestra total es de 148 estudiantes distribuidos en 27 equipos de investigación correspondientes al total de 9 seminarios.

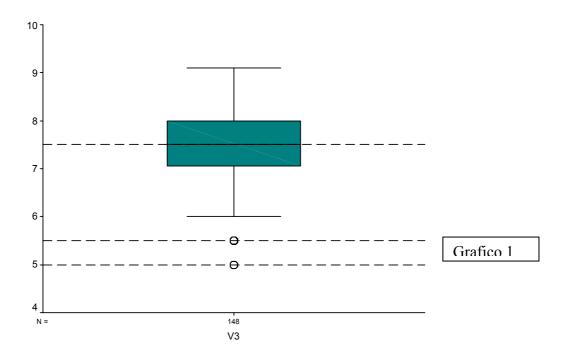
Se forman 4 grupos de 4-5 alumnos por seminario, cada uno de ellos es coordinado, asesorado y evaluado en cuestiones, tanto metodológicas como de organización, por su tutora correspondiente.

Cada grupo desarrolla su trabajo, siguiendo los criterios que constituyen el trabajo en equipo. Los resultados obtenidos son presentados en forma de comunicación oral al resto de los estudiantes y profesores tutores, siguiendo la normativa de presentación de trabajos científicos. La evaluación del alumno se realiza en base al trabajo de investigación realizado que equivale al 60 %, la actitud que ha mostrado durante su realización 10 % y una auto evaluación sobre la dinámica del trabajo en equipo, 20%.

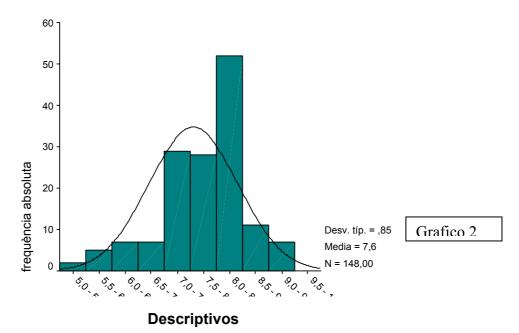
3. Resultados

Los resultados se exponen en relación a los objetivos propuestos

- La evaluación se ha basado en el trabajo de investigación realizado, donde se valoran: marco teórico, diseño de objetivos, instrumentos de recogida de datos, análisis de los resultados, conclusiones, bibliografía y presentación del documento así como la presentación en forma de comunicación oral.
 - a. En la evaluación de proceso que se ha realizado de forma cualitativa: hemos observado que los estudiantes tienen dificultad en el diseño y formulación de objetivos, en cuanto al redactado existe confusión entre material, método y resultados, así como entre resultados y la discusión. No se respetan las normas bibliograficas o se perciben errores de orden o tipográficos. Por otro lado hemos podido observar en la gran mayoría de los casos que la definición del marco teórico es correcta, también realizan un buen análisis de los resultados.
 - En la evaluación final los resultados corresponden a la suma de las calificaciones de la investigación, la actitud personal y la auto evaluación. Se han analizado estos resultados obtenidos de los 148 alumnos.
 - El análisis se ha realizado mediante el programa informático SPSS 10.0.
 - Se puede ver mediante el diagrama de caja (grafica 1) que existe una distribución simétrica , los valores se aglutinan entre 6 y 8, y aparecen unos valores extraños alrededor de los valores sobre 5 y 5,5



En el histograma podemos observar (grafica 2) que aparece una asimetría debida a los valores antes mencionados, no obstante se adecua a una curva de distribución normal cuya mediana se sitúa en 7,5



		Estadístico
V3	Media	7,56
	Intervalo de confianza Límite inferior	7,42
	para la media al 95% Límite superior	7,70
	Mediana	7,50
	Desv. típ.	,85
	Mínimo	5
	Máximo	9
	Rango	4
	Amplitud intercuartil	,97

media de las calificaciones se sitúa en notable 7.6 con una desviación típica de 0.85.

c. El tipo de investigación realizada por los alumnos, ha variado por grupo escogiendo 52% la investigación cuantitativa, el 29% la cuali-cuantitativa y el 19% la cualitativa.

La

2. La temática de los estudios realizados gira en torno a los problemas y situaciones de los adolescentes

Cabe destacar el interés que muestran los estudiantes, por los siguientes temas de estudio. En este orden de preferencia, trastornos de conducta, situaciones de vida, hábitos tóxicos, hábitos saludables, siendo el tema de los valores en la adolescencia el menos relevante.

A continuación se exponen los títulos de los estudios realizados clasificados por orden de preferencia

a. Situaciones de vida La discriminación de la mujer vista por los jóvenes adolescentes Los embarazos no deseados en adolescentes

Encontrar la clave de la vida viviendo una condena

Eh! Joven, ¿te quieres?

El hecho de pertenecer a una tribu urbana puede afectar la salud de los jóvenes

Cómo viven los jóvenes la muerte de un ser querido

El transplante en la gente joven

La integración laboral de los jóvenes ciegos

b. Trastornos de conducta

Intolerancia en las aulas

Videojuegos y adolescencia

¿Por qué el joven es violento?

Las depresiones en la adolescencia

El estrés en la adolescencia

Estudio descriptivo de conductas de riesgo relacionadas con el alcohol y la

conducción en jóvenes de Barcelona

Las situaciones de riesgo y los jóvenes

Anorexia

Incidencia de los trastornos alimentarios en adolescentes y su relación con las

conductas alimentarias

¿Obesidad en la infancia?

c. Hábitos saludables

Repercusiones de los malos hábitos posturales en el niño relacionados con el dolor de espalda en el joven.

La vigorexia, " ni mens sana ni corpore sano"

La afectación de los móviles en la salud de los jóvenes

Hábitos saludables en adolescentes de dos grupos sociales

Cómo condiciona el hecho de estudiar enfermería los hábitos de salud

d. Hábitos tóxicos

¿Nuestros jóvenes fuman?

Los jóvenes y las drogas de diseño

Adolescentes y alcohol

Iniciación de los jóvenes en las drogas de diseño

¿De aquí unos años qué?

Una mirada al pasado

e. Valores

Los valores en la adolescencia

4. Conclusiones

La asignatura de seminario con el bloque temático en el tema de Salud y Juventud:

- a. motiva y permite adquirir al estudiante la metodología propia de la investigación enfermera, percibiendo con ello la importancia de la función investigadora para la disciplina enfermera.
- b. Incrementa su capacidad de análisis, facilita la reflexión en la práctica y motiva y acerca el estudiante a su realidad vital. La investigación les permite conocer de forma cercana a los jóvenes en su entorno habitual, los problemas de salud, los hábitos, los comportamientos, Les orienta en la práctica hacia este segmento de población de difícil abordaje.
- c. Les facilita la experiencia para la presentación de estudios con una metodología correcta y rompe la barrera del miedo a las exposiciones en público.
- d. La orientación semanal del profesor tutor permite un buen feed-back y una evaluación continuada, en consecuencia un mejor aprendizaje

5. Discusión

La asignatura de seminario nos ha permitido introducir de forma agradable y atractiva el aprendizaje de la competencia investigadora.

La insuficiencia de créditos impide conseguir un aprendizaje óptimo en metodología de investigación, impartida en la diplomatura y esta ha sido una forma de mejorar y de integrar estos conocimientos.

Sin embargo creemos que tal esfuerzo no seria necesario si existiera un segundo ciclo, ya que posibilitaría aumentar los créditos dedicados a tal fin y consolidar estos conocimientos

6. Bibliografía

- Gonzalez, P: Psicologia de los grupos. Editorial .Síntesis. Madrid,1996
- Donnadieu, B., Genthon, M., i Vial M.: Les Théories de l'aprentissage. Inter-Editions, París.
 1998.
- Medina, J.L.: La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería .Editorial Laertes. Barcelona.1999
- Palomo Vadillo, MT.: Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. Editorial. ESIC. Madrid, 2000
- Schein, E.: Psicologia de la Organización. Editorial. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. Méjico. 1982
- Schön, Donald A.: La formación de profesionales reflexivos. Editorial Paidos. Barcelona. 1992.

"LA IMPORTANCIA DE LA SEMÁNTICA EN LA ENFERMERÍA"

AUTORAS: Laura Baelo Yagüez, Elena Corrales Moreno, María Fernández Martín, Raquel Grijalvo Uriel.

Diplomadas Universitarias en Enfermería, Título Superior en Ciencias de la Salud: Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.

Palabras clave: Semántica filosófica, enfermería.

INTRODUCCIÓN:

Partiendo de la idea de que la Filosofía de la Ciencia es la encargada de hacernos reflexionar acerca de la Enfermería, en cuanto a disciplina científica, nos planteamos las siguientes cuestiones: ¿cómo se constituye el lenguaje científico?, ¿de qué medios se sirve la ciencia para conocer y explicar el mundo? El análisis y las propuestas de solución de estas y otras preguntas constituyen el objeto de la teoría de la ciencia¹

Aristóteles en lo referente a la estructura de una ciencia, sostiene que una ciencia individual es un grupo deductivamente organizado de enunciados. En el nivel más alto de generalidad se encuentran los principios de todas las demostraciones: los principios de identidad, de no contradicción y del tercer excluido. Con todo esto, Aristóteles afirmó que el conocimiento científico genuino tiene el rango de verdad necesaria. Mantiene que los primeros principios adecuadamente formulados de las ciencias y sus consecuencias deductivas, no pueden ser sino verdaderas.²

Según Kuhn los hechos reunidos con tan poca guía de una teoría preestablecida hablan con suficiente claridad como para permitir el surgimiento de un primer paradigma. Esta es la situación que crean las primeras escuelas características de las primeras etapas del desarrollo de una ciencia. No puede interpretarse ninguna historia natural sin, al menos, cierto caudal implícito de creencias metodológicas y teóricas entrelazadas, que permiten la selección, la evaluación y la crítica. Si este caudal de creencias no se encuentra implícito en los "hechos simples" deberá ser proporcionado del exterior. En las primeras etapas del desarrollo de cualquier ciencia, los fenómenos se describen e interpretan de modos distintos. A lo largo del tiempo esas divergencias iniciales pueden llegar a desaparecer en gran parte alguna vez.³

El objeto de la Filosofía de la Ciencia engloba tres aspectos: Lógica, Semántica y Epistemología. Con la Semántica nos aproximamos a los problemas relativos del significado de los términos y enunciados científicos. Para aceptar un término como científico es necesario admitirlo como dotado de sentido y poseedor de una referencia. La Lógica es la estructura interna de las teorías científicas, la Semántica es el análisis de los términos científicos y la Epistemología es la teoría del conocimiento.⁴

La preocupación por el lenguaje ha sido una de las características distintivas de la filosofía del siglo XX. Naturalmente el interés por el lenguaje no es nuevo.⁵

Según dice Katz⁶ la teoría del lenguaje constituye una exposición de universales lingüísticos, es decir, de características comunes a todos los lenguajes naturales. Formula los principios que determinan la forma y el contenido necesario de los lenguajes naturales y define la noción de lenguaje natural.

No deja de ser paradójico el hecho de que los sistemas conceptuales que dan al hombre una comprensión de sí mismo y de su mundo no sean, en cambio, adecuadamente comprendidos por él. Por ejemplo, somos todavía incapaces de decir con exactitud lo que es una teoría científica, qué clase de explicaciones se obtienen de las teorías empíricamente satisfactorias, cómo las teorías

¹ .-RIVADULIA RODRIGUEZ, A., *Filosofia actual de la ciencia.*, Editora Nacional Clásicos para una Biblioteca Contemporánea, Madrid, 1984, p. 6.

² .- LOSEE, J., *Introducción Histórica a la Filosofía de la Ciencia.*, ed. Alianza Universidad, Madrid, 1991, pp. 22-24.

³.-KUHN, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas.*, ed. Brevarios. Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1975, pp. 42,43.

⁴ .- HERNÁNDEZ CONESA y ESTEBAN ALBERT, M., *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método*, ed. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 199, p.31.

⁵ .- CHAPPELL, V.C., *El lenguaje común. Ensayos de filosofia analítica.*, ed. Tecnos, Madrid, 1971, p. 9.

⁶ .- KATZ, J., *Filosofía del lenguaje.*, ed. Martínez Roca, Barcelona, 1971, p. 11-17.

difieren de las leyes, qué son las leyes o cómo las leyes y las teorías son confirmadas por la evidencia. Así estamos muy lejos de una total comprensión de estos sistemas conceptuales tomados como objetos de la investigación teórica.⁷

El análisis filosófico y en particular el semántico, no agota la filosofía pero es su propedéutica indispensable. La semántica aborda temas tradicionales de la lógica y de la teoría del conocimiento. Puesto que todo sistema de signos significativos (sistema interpretativo no abstracto) es un sistema semántico, nadie que se interesa por el estudio filosófico de los sistemas de signos (lenguajes, teorías) puede prescindir de la semántica.

Siguiendo las pautas de la Dra. Hernández Conesa y el grupo EYPSE,⁸ deberíamos modificar el término de Enfermería por el de *Enfermerología*, ya que éste lleva en su significado el concepto de "oficio intelectual" y entendiéndose como el compendio de lo que podría denominarse el *corpus* doctrinal enfermero o doctrina enfermera.

OBJETIVO:

Establecer la fundamentación de la importancia de la semántica para la construcción de la disciplina enfermera.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEMÁNTICA EN EL ÚLTIMO SIGLO:

A principios del siglo pasado, los neopositivistas lógicos emplearon el criterio de significado como método semántico. Usaron un método de base empírica según el cual un enunciado tiene sentido cuando cabe su **verificación**. Aceptaban un doble nivel lingüístico: **enunciados observacionales** y **enunciados teóricos**. Estos últimos solo eran admitidos si podían ser explicados desde los observacionales.

Con el transcurso de los años tanto Carnap como Hempel fueron conscientes de los problemas que se originaban del empleo de la verificación como criterio de significado. 9

Según Hempel el criterio empirista de significado, como de cualquier otra elucidación, representa una propuesta lingüística que, en sí misma, no es ni verdadera ni falsa, pero a la cual se exige que sea adecuada en dos aspectos: en el sentido de que suministre un minucioso análisis del significado del *explicandum* usualmente aceptado, y este requisito, implica una aserción empírica. Y por otro lado, en el sentido de que la elucidación logre una "reconstrucción racional" del *explicandum*, o sea, que suministre quizá, junto con otras elucidaciones, un esquema conceptual general que permita una reformulación coherente y precisa y una sistematización teórica de los contextos en los que se usa el *explicandum*, y este requisito implica por lo menos, una aserción de carácter lógico.¹⁰

Carnap afirma que el análisis de los significados de las expresiones se da de dos maneras fundamentalmente diferentes: la primera pertenece a la *pragmática*, o sea, la investigación empírica de lenguajes naturales históricamente dados. Este tipo de análisis ha sido llevado a cabo durante mucho tiempo por lingüistas y filósofos, especialmente por filósofos analíticos; la segunda, solo recientemente se ha desarrollado en el campo de la lógica simbólica, y es propia de la *semántica* (entendida aquí en el sentido de semántica pura, mientras que la semántica descriptiva puede considerarse como una parte de la pragmática), o sea el estudio de sistemas lingüísticos construidos por medio de reglas.¹¹

Popper analiza el lenguaje de la ciencia de Carnap partiendo de la idea de que la teoría ingenua, naturalista o esencialista de la falta de significado es equivocada y debe ser reemplazada

⁷ .- HERNÁNDEZ CONESA, J. "El conocimiento enfermero en el contexto de la ciencia". Conferencia inaugural. XXII Sesiones de Trabajo de la AEED, Madrid, 2001, pp.21-31.

^{8. -} HERNÁNDEZ CONESA, J. v ESTEBAN ALBERT, M., op.cit., 1999, p.39.

^{9. -} HERNÁNDEZ CONESA, J. y ESTEBAN ALBERT, M., op.cit., 1999, p. 38.

¹⁰.-HEMPEL, C., "Problemas y cambios en el criterio empirista del significado", en BUNGE, M., *Antología Semántica*, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1960, pp. 86-110.

¹¹.-CARNAP, R., "Significado y sinonimia en los lenguajes naturales", en BUNGE, M., op.cit., 1960, pp.25-44.

por la teoría de las formulas, bien formadas, y de los lenguajes artificiales, en el sentido de que están sujetos a reglas definidas. Esta tarea ha sido realizada por Carnap con gran éxito. En opinión de Popper esta reforma del concepto de la teoría de significado destruye completamente la doctrina de la falta de significado de la metafísica. 12

Fue entonces cuando modificaron el método semántico para dar razón del sentido del lenguaje científico, siendo así en la etapa final del neopositivismo lógico cuando adoptaron una versión de **verificabilidad**, posibilidad de contar con apoyo empírico, admitiendo pues la **especificidad** de los enunciados teóricos sin que el sentido de los mismos dependiera totalmente de lo observacional.

Con el declive de los neopositivistas lógicos, los métodos para resolver los problemas del significado se plantearon de otra manera. El **enfoque conceptualista** quiso exponer un planteamiento válido para las ciencias de la naturaleza y para las ciencias humanas y sociales, dedicado fundamentalmente a los problemas relativos al significado de los términos y enunciados científicos.¹³

El enfoque conceptualista propugnado por Bunge, no considera todas las ciencias, sino únicamente las Factuales, centrando su interés en la clarificación de nociones como **sentido**, **referencia** y **verdad**, que conectan con el conocimiento de hechos. Es decir, no se atiende a los problemas del lenguaje por sí mismos sino por sus conexiones con el plano del conocimiento 14

Bunge, a través de la semántica, consigue una indagación más profunda de una teoría científica porque lo importante de ésta no es el lenguaje en el que se formula o transmite, sino los **constructos**, conceptos o proposiciones expresados mediante fórmulas o palabras y que tiene determinados fenómenos como referentes.¹⁵

Bunge en el prólogo de su compilación *Antología de la Semántica* hace una clara distinción entre la semántica lingüística y la semántica filosófica, diciendo que es esta última la que protagoniza los trabajos allí recogidos. Define la semántica filosófica como la rama de la semiótica o teoría de los signos y el estudio de la relación de los signos con los objetos que pueden aplicárseles. Teniendo en cuenta que dichos objetos no son solo materiales, sino que también pueden ser lingüísticos (términos, expresiones, lenguajes), o abstractos (conceptos, proposiciones, teorías). Las relaciones signo-objeto son diversas. A la semántica le interesan sobretodo dos: la relación de designación o denotación, que es uno de los medios por el cual se atribuye significado a los signos y, por otro lado, la relación gnoseológica o de verdad

Bunge distingue dos ramas de la semántica filosófica:

- 1. Analítica: lenguajes ya hechos, sea naturales (históricos) o artificiales (científicos). Se confunde en gran parte con el análisis filosófico o semiótico que se realiza en las tres dimensiones conocidas: sintáctica (relación signo-signo), semántica (relación signo-objeto) y pragmática (relación signo-usuario).
- 2. Constructivista: edifica sistemas lingüísticos, constituidos por signos interpretados o significativos. Pueden ser sistemas no formalizados (juegos lingüísticos del segundo Wittgenstein)¹⁷ o formalizados (sistemas semánticos de Carnap)¹⁸ que están caracterizados por una organización axiomática y un enunciado explícito de las reglas del lenguaje: reglas sintácticas (de formación y transformación de las expresiones), reglas semánticas o de designación (atribución de significado) y reglas de verdad (que permiten decidir el valor de la verdad de las proposiciones del sistema).

Bunge define lenguaje como un signo artificial, ya sea escrito, pronunciado o bajo cualquier otro disfraz. Es un objeto físico, una cosa o proceso que implica otra cosa. Pero, por supuesto, es un objeto muy especial que representa otros objetos (físicos o conceptuales) o es parte de otro; pertenece a algún sistema de signos (lenguaje) que pueden encadenarse con otros signos para

17 .- WITTGENSTEIN, L., *Philosophical Investigations*, ed. Macmillan, New York, 1953 en BUNGE, M., op.cit., 1960, p.10.

¹² .-POPPER, KR., *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y Refutaciones*, ed. Paidos, Buenos Aires, 1967, p. 306.

¹³.-HERNÁNDEZ CONESA, J., y ESTEBAN ALBERT, M., op.cit, p. 38.

¹⁴.-BUNGE, M., *Sense and Reference*, ed. Reides, Dordrecht, 1974, en HERNÁNDEZ CONESA,J. y ESTEBAN ALBERT, M., op.cit.,p.38.

¹⁵ .- HERNÁNDEZ CONESA, J. y ESTEBAN ALBERT, M., op.cit. p.38.

¹⁶.-BUNGE, M. op. cit, 1960, p. 9

¹⁸. - CARNAP, R., *Introduction to Semantics*, Cambridge University Press, 1948 en BUNGE, M., op.cit, 1960, p. 10.

producir más allá unos terceros y determina la comunicación o transmisión de la información que concierne ideas, asuntos, etc. Para denominar a algo signo no necesita ser hablado o escrito. *Cualquier sistema de señales codificadas usadas par una finalidad comunicativa* se clasifica como lenguaje.¹⁹

Bunge propone una diferenciación del lenguaje entre: **no simbólico**, que representa objetos inmediatamente relevantes para el estado y comportamiento de los animales y, **simbólico** derivado de circunstancias individuales que a su vez puede ser **no conceptual**, que representa cualquier cosa menos los constructos, por ejemplo las notas de música y, **conceptual** que designa constructos bien en lugar de, o sumados a hechos, sentimientos, etc., por ejemplo el inglés.²⁰

Lo que caracteriza a un lenguaje conceptual es que algunas de sus expresiones simbolizan ideas. Si abstraemos de esas ideas lo que es concretamente un proceso cerebral, así como, de la comunicación lo que es, concretamente, un proceso físico, obtenemos **constructos**, definidos según Bunge como conceptos (en particular predicados), proposiciones y los cuerpos de éstos, por ejemplo teorías. Luego, si queremos teorizar debemos empezar por construir más o menos un modelo boceto. El constructo unido es el concepto, y el concepto de un concepto no puede ser definido sin una implicación circular, aunque pueda ser caracterizado de diferentes modos.²¹

La división entre lenguaje y teoría, aunque genuina es relativa. Cuando una teoría científica busca una madurez axiomática los constructos básicos determinan el significado de todos los otros. Hay que distinguir entre el significado de signo y lo que un constructo designa. Los símbolos designan constructos. Los constructos están dotados de sentido y referencia, que explican el "quiere decir" del constructo y dan el significado al símbolo. Tal y como dice Bunge "some symbols signify and all constructs mean" (algunos símbolos significan y todos los constructos quieren decir)²²

CONCLUSIONES:

Analizando las construcciones teoréticas enfermeras desde la década de los setenta, podemos concluir que no se observa el criterio de significado que adoptaron los neopositivistas y que, por ser precisamente empírico, nos habría ayudado a delimitar y clasificar los fenómenos de estudio de la Enfermería.

Desde estas construcciones teoréticas enfermeras, podríamos vislumbrar algún enunciado observacional dotado de sentido parcial para el objeto del estudio de la Enfermería. Pero los enunciados teoréticos que de aquí se pueden derivar no alcanzarían el nivel suficiente de abstracción. Por otro lado, en la etapa final del neopositivismo lógico, se adopta una nueva versión de verificabilidad admitiendo la especificidad de los enunciados teóricos, sin que el sentido de éstos dependa totalmente de lo observacional. Desde este punto de vista, tampoco cumplen los requisitos de verificabilidad y especificidad las teorías enfermeras, usando fenómenos propios de otras disciplinas para darles sentido.

Además, según el enfoque conceptual, nos encontramos con la imposibilidad de la elaboración de constructos por la ausencia de objetos y fenómenos enfermeros como referentes; incluso contando con los fenómenos ya asumidos de **Persona, Salud, Entorno** y **Cuidado.**

Los constructos están dotados de sentido y referencia que explican el quiere decir del constructo y dan el significado al símbolo. La ausencia de objetos y fenómenos enfermeros como referentes, impide tanto la elaboración de constructos, como el ordenamiento de estos dentro de un esquema teorético enfermero. Los fenómenos de **Persona, Salud, Entorno** y **Cuidado** no son suficientes para elaborar una teoría científica, puesto que cuando ésta busca una madurez axiomática, los constructos básicos determinan el significado de todos los otros.

El Dr. Mennerat enfatiza en la *IX Jornada de AFEDI* en la importancia de disponer de un modelo común para el lenguaje enfermero. Sugiere que las categorías semánticas deben ser precisas. Explica que han de establecerse vías de comunicación entre las diferentes clasificaciones, incluyendo presentaciones multilingües. *"Para intercambiar y compartir información, uno no debería utilizar el lenguaje de otras profesiones"*

Con todo esto afirmamos que la semántica es imprescindible para la construcción de la disciplina enfermera.

²¹ .- BUNGE, M., op.cit., 1974, Vol. I., p. 14.

¹⁹ .- BUNGE, M., *Treatise on Basic Philosophy:* 3 Vols., ed. Reidel, Dordrecht, 1974, Vol.I., p.8

²⁰ .- BUNGE, M., op.cit., 1974, Vol. I., p.9.

²² .- BUNGE, M., op.cit., 1974, Vol. II., p.44.

BIBLIOGRAFÍA:

- HERNÁNDEZ CONESA, J. y ESTEBAN ALBERT, M., Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método, ed. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1999.
- BUNGE, M., Antología Semántica, ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1960.
- POPPER, KR., *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y Refutaciones.*, ed. Paidos, Buenos Aires, 1967.
- BUNGE, M., *Teatrise of Basic Philophy: Semantics I. Sense and Reference*, ed. Reidel, Dordrecht, 1974.
- BUNGE, M., *Teatrise of Basic Philosophy: Semantics II. Interpretation and truth,* ed. Reidel, Dordrecht, 1974.
- BUNGE, M., Epistemología. Ciencia de la Ciencia., ed. Ariel, Barcelona, 1981.
- RIVADULIA RODRIGUEZ, A., *Filosofía actual de la ciencia,* ed. Editora Nacional Clásicos par una Biblioteca Contemporánea, Madrid, 1984.
- LOSEE, J., *Introducción histórica a la Filosofía de la Ciencia.*, ed. Alianza Universidad, Madrid, 1991.
- KUHN, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas.*, ed. Brevarios. Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1975.
- CHAPELL, V.C. *El lenguaje común. Ensayos de filosofía analítica.*, ed. Tecnos, Madrid, 1971.
- KATZ, J., Filosofía del lenguaje., ed. Martínez Roca, Barcelona, 1971.
- XXII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. "Formación enfermera y mercado de trabajo", Madrid, 2001.
- IX Jornadas de AFEDI "El diagnóstico enfermero: un lenguaje del tercer milenio", Saint Etienne, 1999.

"NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: UN ANÁLISIS SOBRE LA INFORMACIÓN QUE POSEEN"

AUTORES: Arriaga Piñeiro, Esperanza; De la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Alberdi Castell, Rosamaría; Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; Balle Cabot, María.

1.- Introducción

La satisfacción laboral se ha convertido en uno de los principales objetivos de estudio dentro de las organizaciones. Distintas investigaciones han demostrado que el trabajo de una persona no es una actitud estática y que la satisfacción laboral está conformada por distintos aspectos o dimensiones.

En las empresas de servicios, como los hospitales, se señala que el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora la relación profesional/cliente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al absentismo laboral, la agresividad en el trabajo y el bajo rendimiento de los profesionales.

En la actualidad existen en nuestros hospitales herramientas de participación en la gestión, reguladas por el Decreto 462/1996 de la Consejería de Salud, que aumentan los niveles de implicación y participación de los profesionales sanitarios. Dicho Decreto reglamenta la composición y funciones de las Juntas Facultativa y de Enfermería, y, asigna, entre otros cometidos de participación y asesoramiento la capacidad para proponer la Dirección Médica y de Enfermería, la evaluación de los acuerdos con las unidades y la responsabilidad de impulsar, controlar y evaluar los proyectos de mejora de la calidad, formación e investigación.

Entendemos la participación en la gestión de la empresa como un elemento motivador a tener en cuenta en la satisfacción de los profesionales y sabemos que un alto nivel de satisfacción tiene una gran influencia en la calidad de la atención de los clientes. Una vez consultada la bibliografía, observamos que en la actualidad no existen publicaciones sobre estudios de satisfacción en España en los que la variable de participación en la gestión y toma de decisiones se haya tenido en cuenta.

Atendiendo a todo lo descrito, nos pareció justificado realizar un estudio en Hospitales del Servicio Andaluz de Salud cuyos objetivos generales eran el análisis de la incidencia de los elementos de participación en la gestión aprobados en el decreto 426/1999 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en los niveles de satisfacción de los profesionales y la comparación de dichos elementos con los relacionados en otros estudios como productores de satisfacción.

Sin embargo, al pasar el instrumento de recogida de datos en el estudio piloto observamos que los profesionales no conocían las nuevas forma de gestión mayoritariamente y por ello incluimos tres items que nos permitieran conocer el nivel de información de los profesionales.

2.- Objetivos

Objetivo general:

Analizar el nivel de conocimiento de las profesionales sobre las nuevas formas de gestión

Objetivos específicos:

- Analizar el nivel de conocimientos de los profesionales sobre los elementos de participación en la gestión que facilitan las Juntas de Enfermería y facultativas.
- Analizar el nivel de conocimientos de los profesionales sobre los elementos de participación que implican la creación de unidades clínicas y de enfermería.
- Analizar el nivel de conocimientos de los profesionales sobre las posibilidades de participación que tiene la negociación del contrato programa de su unidad o servicio.
- Conocer si existen diferencias entre el nivel de conocimiento sobre los elementos de participación en la gestión entre los distintos grupos profesionales objeto del estudio .

• Conocer si existen diferencias entre el nivel de conocimientos sobre los elementos de participación entre los distintos hospitales objeto del estudio.

3.- Material y método

<u>Ámbito del estudio</u>. Estudio multicéntrico en el que participan las siguientes instituciones: Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz; Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

<u>Sujetos de estudio</u>: Todos los profesionales sanitarios que están representados en las juntas facultativas y de enfermería. El número asciende a 2878

<u>Diseño</u>: Estudio descriptivo, transversal con muestreo aleatorio y estratificado. El universo es de 2878, resultando, para un nivel de confianza del 90% con una cota máxima de error del 3%, una muestra de 596 profesionales. Hacemos una doble estratificación, primero por hospitales y después por grupo profesionales.

<u>Determinaciones.</u> Para la realización de las determinaciones agrupamos las variables en tres apartados:

- 1. Conocimiento juntas de enfermería
- 2. Conocimiento unidades de enfermería
- 3. Categoría profesional y centro de trabajo

Recogida de datos: se utiliza el cuestionario <u>modificado</u> "Font Roja", validado para medir la satisfacción de los profesionales en Instituciones Sanitarias

<u>Análisis de los datos:</u> Se realizará un análisis global para todos los individuos encuestados, según rol profesional y según hospitales.

Se analizarán las frecuencias y se relacionarán las variables significativas mediante cruces y chi cuadrado. Para ello se empleará el paquete estadístico EPIINFO.

4.- Resultados

- 1. Los resultados que obtuvimos son los siguientes:
- Conocen los elementos de participación en la gestión que facilitan las Juntas de Enfermería y Facultativa un 29,7% del total de los profesionales encuestados (PR= PUERTO REAL 39,5% / CA= CÁDIZ 13,7%). Resultando conocerlos un 22% de las Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas encuestadas, (PR: 30,5% / CA: 13,7%) un 33,5% de las enfermeras (PR: 44,7% / CA: 22%) y un 46,6% de los médicos (PR: 46,5% / CA: 46,7%).
- Conocen los elementos de participación que implican la creación de las unidades clínicas y de enfermería un 29,2% del total de los profesionales encuestados (PR: 41,9% / CA: 21,7%). Resultando un 21,5% de las auxiliares y técnicos especialistas encuestadas (PR: 32,9% / CA: 12%), un 35,3% de las enfermeras (PR: 49,4% / CA: 20,8%) y un 42,1% de los médicos (PR: 44,2% / CA: 40%).
- Conocen las posibilidades de participación que tiene la negociación del contrato programa de su unidad o servicio un 20,7% del total de los profesionales encuestados (PR: 29,5% / CA: 15,5%). Resultando un 13,7% de las auxiliares encuestadas (PR: 17,1% / CA: 10,3%), un 30,2% de las enfermeras (PR: 45,9% / CA: 14,5%) y un 23,3% de los médicos (PR: 20,9% / CA: 26,7%).

5.- Conclusiones y discusión

 El grado de información sobre los nuevos elementos de participación de los profesionales en la gestión de sus centros es decepcionante; en torno al 29% sobre los elementos de participación que facilitan las juntas de enfermería y facultativa y las unidades clínicas y de cuidados; y un 20 % sobre la participación en la negociación del contrato programa. Las diferencias entre el grado de conocimiento, sobre estos nuevos elementos de participación, entre los profesionales de los hospitales objeto del estudio son llamativas, ya que poseen información un 39,5% de los profesionales del Hospital Universitario de Puerto Real frente a un 13,7% del Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz en relación a las Juntas Facultativas y de Enfermería; un 41,9% frente a un 21,7% en relación a las unidades clínicas y de cuidados y finalmente un 29,5% frente a un 15,5% en relación al contrato programa.

6.- Bibliografía.

- 1. Aranaz J, Mira JJ, Rodriguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. Todo Hospital 1988; 47: 53-60.
- 2. Carmel S, Shohan- Yakubovich I; Zwanger L; Zaltcman T. Nurses autonomy and job satisfaction. Soc Sci Med 1988; 26: 1103-1107.
- 3. Cavanagh SJ, job satisfaction of nursing staff working uin hospitals. J Adv Nurs 1992; 17: 704-711.
- 4. Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández ML, Villagrasa JR, Andradas V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. Atención Primaria 1994; 9: 13-19.
- Fernández MI; Vilagrasa JR; Gamo Mf; Vázquez J; Cruz E; Aguirre MV; Andradas V. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios en un área de Madrid. Rev española de Salud Pública 1995; 69: 487-497.
- 6. García JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. Medicina Clínica 1992; 13: 502-504.
- 7. García, S; Dolan, SL. " la Dirección por valores". Editado por McGraw-Hill. 1997.
- 8. Heyworth J, Witley TW, Allison EJ, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicini training. Archives Emerg Med 1993; 10: 279-288.
- 9. Hidalgo I, Díaz Rj. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del agotamiento profesional en el área de medicina especializada de Insalud de Ávila. Med Clin (barc) 1994; 103: 408-412.
- 10. Ignacio E, Moreno J, Arriaga E. La satisfacción de las enfermeras/os en los hospitales públicos andaluces. La calidad en Enfermería. 1997.
- 11. Ignacio E. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo Hospital. 1997; 7-12.
- 12. Ignacio E. la satisfacción de los profesionales en el hospital "Juan Ramón Jiménez". Sesiones 1997; pág 7-21.
- 13. Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating reserach findings across studies. Nurs Res 1994; 44: 246-253.
- 14. Jesús R, Mozzotta Ortiz, Ansorena L, Rebollo H, Antolín I. Resumen de la encuesta de satisfacción del personal en el hospital nacional de Valdecilla. Todo Hospital 1990; 67: 21-28.
- 15. Johson JV, hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ. The psichosocial work environment of physicians. J Occup Environ med 1995; 37: 1151-1159.
- 16. Marquet R i Palomer. "Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud". Editado por Doyma. 1993.
- 17. Mira JJ, vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodriguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. Atención Primaria 1994, 14: 67-74.
- 18. Mira, JJ; Lorenzo, S; Rodriguez-Marín, J; Aranaz, J; Sitges, E. "La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Editado revista de Calidad Asistencial. 1998. 13: 92-97.
- 19. Mitchell M. The effect of work role values on job satisfaction. J Adv Nurs 1994; 20: 958-963.

- 20. Peiró JM, González V, Zurriaga R, López JR, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de los equipos de salud de atención primaria. Revista de Psicología de la Salud 1989, 1: 135-174.
- 21. Rabanal, J. La gestión de recursos humanos en los servicios sanitarios. Todo Hospital 1994; 112: 29-33.
- 22. Real Decreto 462/1996 de 8 de Octubre de la Consejería de Salud, por el que se modifica el Decreto 105/1986 de 11 de junio sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales.
- 23. Reames Hr, Dunstone Dc. Professional satisfaction of Physicians. Arch intern med 1989; 149: 1951-1956.
- 24. Servicio Andaluz de Salud. "Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud". 1998.
- 25. Shohan-Yakubovich I; Carmel S; Zwanger L; Zaltcman T. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians strike. Soc Sci med 1989; 28. 1315-1320.
- 26. Souto JA, Gómez CA, editores. Los profesionales, protagonistas de la salud. La participación, un proceso en marcha. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1995.
- 27. Stevens F, Dioederiks J, Philipsen H. Physician satisfaction, proffesional charcteritics and behaviour formalization in hospitals. Soc Sci Med 1992; 35: 295-303.
- 28. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Atención primaria 1997; 6: 301-306.
- 29. Tarnowski T, Van Ess H. Outcomes of nurses job satisfaction. J Nurs Adm 1994; 24: 36-41.
- 30. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

"INCIDENCIA DE LOS ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN EN LA SATISFACIÓN DE LOS PROFESIONALES

UN ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA ANDALUZA".

AUTORES: Arriaga Piñeiro, Esperanza; de la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Alberdi Castell, Rosamaría; Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; García Mena, José Manuel.

1.-Introducción

Uno de los principales cambios ocurridos a partir de mediados del siglo XX en la teoría de las organizaciones y más concretamente en los estudios sobre la eficiencia y la eficacia en las empresas, fue pasar el eje de las actuaciones de los procesos y la estructura a los trabajadores.

A partir de la fuerte influencia de la psicología y la sociología en el desarrollo de los métodos de gestión, se estableció como premisa que la satisfacción de las personas con su trabajo es uno de los factores condicionantes básicos de su productividad.

Por este motivo, la satisfacción laboral se ha convertido en uno de los principales objetivos de estudio dentro de las organizaciones. Por satisfacción laboral se entiende:" un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto o como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo"

Según Locke, los trabajadores contrastan su opinión de agrado/desagrado con la naturaleza del propio trabajo, sueldo, oportunidades de promoción, reconocimiento, condiciones laborales, beneficios, supervisión, compañeros y clientes. Este mismo autor sostiene que cuando un profesional valora positiva o negativamente alguno de estos aspectos indica también que la dimensión está influyendo en su satisfacción/insatisfacción laboral.

Los estudios realizados en las empresas de servicios, como son los hospitales, señalan que el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora la relación profesional/cliente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al absentismo laboral, la agresividad en el trabajo y el bajo rendimiento de los profesionales.

Desde 1996 existen en los hospitales andaluces herramientas de participación en la gestión que aumentan los niveles de implicación y participación de los profesionales sanitarios. El Decreto 426/96 regula la composición y funciones de las Juntas Facultativa y de Enfermería, y les asigna, entre otros cometidos de participación y asesoramiento, la capacidad para proponer la Dirección Médica y de Enfermería, la evaluación de los acuerdos con las unidades y la responsabilidad de impulsar, controlar y evaluar los proyectos de mejora de la calidad, formación e investigación.

En base a lo dicho hasta ahora, el trabajo cuyos resultados se presentan parte de dos premisas:

- La participación en la gestión de la empresa es un elemento motivador a tener en cuenta en la satisfacción de los profesionales y
- Un alto nivel de satisfacción tiene una gran influencia en la calidad de la atención de los clientes.

En la revisión bibliográfica realizada observamos que en la actualidad no existen publicaciones sobre estudios de satisfacción en España en los que la variable de participación en la gestión y toma de decisiones se haya tenido en cuenta.

Atendiendo a todo lo descrito, estaba justificado realizar un estudio en Hospitales del Servicio Andaluz de Salud cuyos objetivos generales fueron el análisis de la incidencia de los elementos de participación en la gestión aprobados en el decreto 426/1999 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en los niveles de satisfacción de los profesionales y la comparación de dichos elementos con los relacionados en otros estudios como productores de satisfacción

A continuación se describen las características generales de dicho estudio:

ÁMBITO DEL ESTUDIO. Se trata de un estudio multicéntrico en el que participaron el Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz y el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

SUJETOS DE ESTUDIO: Son todos los profesionales sanitarios que están representados en las Juntas Facultativas y de Enfermería y cuyo número asciende a 2878.

DISEÑO: Se ha hecho un estudio descriptivo, transversal con muestreo aleatorio y estratificado. El universo es de 2878, resultando, para un nivel de confianza del 90% con una cota máxima de error del 3% y en el caso más desfavorable p >50%, una muestra de 596 profesionales. Se ha realizado una doble estratificación, primero por hospitales y después por grupo profesionales.

RECOGIDA DE DATOS: se utiliza el cuestionario <u>modificado</u> "Font Roja", validado para medir la satisfacción de los profesionales en Instituciones Sanitarias

ANÁLISIS DE LOS DATOS: Se ha realizado un análisis global para todos los individuos encuestados con cruces en relación a todas las variables identificadoras.

Se han analizado las frecuencias y se relacionan las variables significativas mediante cruces y chi cuadrado, empleándose el paquete estadístico EPIINFO.

Dada la amplitud de los resultados del estudio, en la presente comunicación nos centraremos en facilitar los datos que informan sobre el nivel de satisfacción que producen en los profesionales las posibilidades de participación que ofrecen las Juntas Facultativa y de Enfermería y las Unidades o Servicios.

Concretamente, el presente trabajo tiene como objetivos dar a conocer:

- 1. El grado de satisfacción que producen en los diversos profesionales las funciones de la junta facultativa y de enfermería.
- 2. El grado de satisfacción que produce la participación en la gestión de la unidad o servicio de los profesionales sujetos del estudio
 - a. Participar en la elaboración de los objetivos del contrato programa de su unidad o servicio
 - Participar en el diseño de una propuesta de unidad de gestión de cuidados o clínica.
- 3. Si existen diferencias en el nivel de satisfacción entre los distintos grupos profesionales.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se han agrupado las variables en tres apartados:

- Satisfacción que producen la participación en las juntas facultativas y de enfermería
- Satisfacción que produce la participación en unidades clínicas y de enfermería

3.- Análisis de los resultados

Los resultados que obtuvimos en el primer objetivo fueron los siguientes:

- Satisfacción que les produce el que las juntas facultativas y de enfermería puedan:
 - o Proponer el nombramiento de director de enfermería o director médico. El 16,1% de los profesionales encuestados señala que nada, el 25,4 poco, el 33,7 bastante y el 21,1 mucho.
 - o Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos por las unidades asistenciales y los profesionales, así como proponer los incentivos a las unidades, a la dirección de enfermería y dirección médica. El 17,3% de los profesionales encuestados señala que nada, el 21,2 poco, el 37,5 bastante y el 20 mucho
 - o Elaborar un programa de evaluación de la calidad de los cuidados y asistencial. El 12,3% de los profesionales encuestados señala que nada, el 20,6 poco, el 39,4 bastante y el 23,3 mucho .
 - o En situaciones excepcionales solicitar la revocación de la persona que ostente el cargo de Director/a de enfermería o médico, tras acuerdo motivado de la Junta y con el voto de al menos 2/3 de sus miembros. El 11,7% de los profesionales encuestados señala que nada, el 18,8 poco, el 31,4 bastante y el 33,3 mucho.
 - o Conocer el contrato programa del hospital con carácter previo a su formalización por la Dirección Gerencia. El 19,9% de los profesionales encuestados señala que nada, el 20,6 poco, el 33,9 bastante y el 22,1 mucho.

- o Conocer, informar y proponer modificaciones a la composición cuantitativa y cualitativa de las plantillas del personal de la división de enfermería y la división médica, dentro de los márgenes que establece el presupuesto anual asignado y el contrato programa del hospital. El 18,7% de los profesionales encuestados señala que nada, el 21,2 poco, el 36,1 bastante y el 20,7 mucho.
- o Conocer, informar y proponer, con carácter vinculante, modificaciones a la distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales del hospital. El 16,4% de los profesionales encuestados señala que nada, el 19,5 poco , el 38,3 bastante y el 21,2 mucho
- o Elaborar el programa de formación para el personal de enfermería y personal facultativo así como proponer, con carácter vinculante, la distribución de los fondos económicos. El 17,3% de los profesionales encuestados señala que nada, el 19,9 poco, el 35,9 bastante y el 22,8 mucho

Los siguientes resultados están relacionados con el 2 objetivo. Solicitamos al encuestado que marcara el grado de satisfacción que le producía:

- o Participar en la elaboración de los objetivos del contrato programa de su unidad. El 10,9% de los profesionales encuestados señala que nada, el 14,2 poco, el 42,5 bastante y el 29 mucho.
- o Participar en el diseño de una propuesta de unidad de gestión de cuidados o gestión clínica. El 14,9% de los profesionales encuestados señala que nada,, el 17,6 poco, el 36,8 bastante y el 25,9 mucho.

Por último, y para poder cumplir con el tercer objetivo de este trabajo, analizamos las medias globales por categoría profesional obteniendo los siguientes resultados:

- o Proponer el nombramiento de director de enfermería o director médico: media global de auxiliares de enfermería y técnicos especialistas 2,219 . Enfermeras 2,725. Médicos 2,743.
- o Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos por las unidades asistenciales y los profesionales, así como proponer los incentivos a las unidades, a la dirección de enfermería y dirección médica. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,286. Enfermeras 2,683. Médicos 2,659.
- o Elaborar un programa de evaluación de la calidad de los cuidados y asistencial. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,492. Enfermeras 2,743. Médicos 2,716.
- o En situaciones excepcionales solicitar la revocación de la persona que ostente el cargo de Director/a de enfermería o médico, tras acuerdo motivado de la Junta y con el voto de al menos 2/3 de sus miembros. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,551. Enfermeras 2,899. Médicos 2,972.
- o Conocer el contrato programa del hospital con carácter previo a su formalización por la Dirección Gerencia. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,227. Enfermeras 2,657. Médicos 2,711.
- o Conocer, informar y proponer modificaciones a la composición cuantitativa y cualitativa de las plantillas del personal de la división de enfermería y la división médica, dentro de los márgenes que establece el presupuesto anual asignado y el contrato

programa del hospital. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,199. Enfermeras 2,766. Médicos 2,656

- o Conocer, informar y proponer, con carácter vinculante, modificaciones a la distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales del hospital. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,253. Enfermeras 2,746. Médicos 2,709.
- o Elaborar el programa de formación para el personal de enfermería y personal facultativo así como proponer, con carácter vinculante, la distribución de los fondos económicos. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas, 2,306. Enfermeras 2,719. Médicos 2,755.
- o Participar en la elaboración de los objetivos del contrato programa de su unidad. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,641. Enfermeras 2,981. Médicos 2,999.
- o Participar en el diseño de una propuesta de unidad de gestión de cuidados o gestión clínica. Media global Auxiliares de enfermería y Técnicos especialistas 2,488. Enfermeras 2,662. Médicos 2,881.

4.- Conclusiones y discusión

- Al analizar los datos sobre la satisfacción que les produce el participar en la gestión a través de las juntas facultativas o de enfermería, observamos que lo que más satisfacción produce es el poder revocar el nombramiento del director médico o de enfermería con un 64,7 % de respuestas entre bastante y mucho frente a un 30,5% de nada o poco. Por el contrario, y según lo señalado por los profesionales objeto de este estudio, lo que menos satisfacción les produce es el poder proponer el nombramiento del director médico o de enfermería con un 41,5 % de poco o nada frente a un 54,8 de bastante o mucho.
- En los datos relacionados con el segundo objetivo comprobamos que la posibilidad de participar en el diseño de los objetivos del contrato programa de su unidad o servicio le produce más satisfacción que el poder diseñar una unidad de gestión clínica o de cuidados, obteniendo un 71,5 % de respuestas entre bastante y mucho para el diseño de objetivos frente a un 62,75 para la elaboración de una unidad de gestión de cuidados o gestión clínica cuidado
- Según los datos planteados, a las Auxiliares de Enfermería y Técnicos especialistas, parece que les satisface menos la participación en las nuevas formas de gestión que a las enfermeras, matronas, fisioterapeutas y facultativos.

5.- Bibliografía

- Aranaz J, Mira JJ, Rodriguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. Todo Hospital 1988; 47: 53-60.
- Carmel S, Shohan- Yakubovich I; Zwanger L; Zaltcman T. Nurses autonomy and job satisfaction. Soc Sci Med 1988; 26: 1103-1107.
- Cavanagh SJ, job satisfaction of nursing staff working uin hospitals. J Adv Nurs 1992; 17: 704-711.
- 4. Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández ML, Villagrasa JR, Andradas V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. Atención Primaria 1994; 9: 13-19.
- Fernández MI; Vilagrasa JR; Gamo Mf; Vázquez J; Cruz E; Aguirre MV; Andradas V. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios en un área de Madrid. Rev española de Salud Pública 1995; 69: 487-497.
- 6. García JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. Medicina Clínica 1992; 13: 502-504.
- 7. García, S; Dolan, SL. " la Dirección por valores". Editado por McGraw-Hill. 1997.
- 8. Heyworth J, Witley TW, Allison EJ, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicini training. Archives Emerg Med 1993; 10: 279-288.
- Hidalgo I, Díaz Rj. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del agotamiento profesional en el área de medicina especializada de Insalud de Ávila. Med Clin (barc) 1994; 103: 408-412.
- Ignacio E, Moreno J, Arriaga E. La satisfacción de las enfermeras/os en los hospitales públicos andaluces. La calidad en Enfermería. 1997.
- Ignacio E. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo Hospital. 1997; 7-12.
- 12. Ignacio E. la satisfacción de los profesionales en el hospital "Juan Ramón Jiménez". Sesiones 1997; pág 7-21.
- 13. Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating reserach findings across studies. Nurs Res 1994; 44: 246-253.
- 14. Jesús R, Mozzotta Ortiz, Ansorena L, Rebollo H, Antolín I. Resumen de la encuesta de satisfacción del personal en el hospital nacional de Valdecilla. Todo Hospital 1990; 67: 21-28.
- 15. Johson JV, hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ. The psichosocial work environment of physicians. J Occup Environ med 1995; 37: 1151-1159.
- Marquet R i Palomer. "Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud". Editado por Doyma.
 1993
- 17. Mira JJ, vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodriguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. Atención Primaria 1994, 14: 67-74.
- Mira, JJ; Lorenzo, S; Rodriguez-Marín, J; Aranaz, J; Sitges, E. "La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Editado revista de Calidad Asistencial. 1998. 13: 92-97
- 19. Mitchell M. The effect of work role values on job satisfaction. J Adv Nurs 1994; 20: 958-963.

- 20. Peiró JM, González V, Zurriaga R, López JR, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de los equipos de salud de atención primaria. Revista de Psicología de la Salud 1989, 1: 135-174.
- 21. Rabanal, J. La gestión de recursos humanos en los servicios sanitarios. Todo Hospital 1994; 112: 29-33.
- 22. Real Decreto 462/1996 de 8 de Octubre de la Consejería de Salud, por el que se modifica el Decreto 105/1986 de 11 de junio sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales.
- 23. Reames Hr, Dunstone Dc. Professional satisfaction of Physicians. Arch intern med 1989; 149: 1951-1956.
- 24. Servicio Andaluz de Salud. "Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud". 1998.
- 25. Shohan-Yakubovich I; Carmel S; Zwanger L; Zaltcman T. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians strike. Soc Sci med 1989; 28. 1315-1320.
- 26. Souto JA, Gómez CA, editores. Los profesionales, protagonistas de la salud. La participación, un proceso en marcha. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1995.
- 27. Stevens F, Dioederiks J, Philipsen H. Physician satisfaction, proffesional charcteritics and behaviour formalization in hospitals. Soc Sci Med 1992; 35: 295-303.
- 28. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Atención primaria 1997; 6: 301-306.
- 29. Tarnowski T, Van Ess H. Outcomes of nurses job satisfaction. J Nurs Adm 1994; 24: 36-41.
- 30. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

¿ES LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN UN ELEMENTO DE SATISFACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS?. RESULTADOS DE UN ESTUDIO ANDALUZ".

AUTORES: De la Torre Fernández-Trujillo, Julio; Arriaga Piñeiro, Esperanza; Alberdi Castell, Rosamaría;

Artigas Lelong, Berta; Moreno Peralta, José; Balle Cabot, María

1.- Introducción.

La satisfacción laboral, se ha convertido en uno de los principales objetivos de estudio dentro de las organizaciones. En las empresas de servicios, como los hospitales, se señala que el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora notablemente la relación profesional/cliente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al absentismo laboral, la agresividad en el trabajo y el bajo rendimiento de los profesionales.

En el estudio multicéntrico realizado en 1995 por parte de miembros de este equipo de investigación, sobre la satisfacción de los profesionales en hospitales públicos andaluces, en sus conclusiones nos indica que la satisfacción no es un componente único sino que se ve alterada por distintos factores. Entre los factores favorables destacan las relaciones con los pacientes y las relaciones con los profesionales. Los que inciden de manera más negativa son las características extrínsecas del estatus profesional como sueldos insuficientes y la ausencia de desarrollo profesional. Con carácter general se observó que la delimitación de funciones incide de manera directa en el componente de la satisfacción, siendo importante señalar que cuanto menos delimitadas estaban las funciones, los profesionales se consideraban menos satisfechos.

En la actualidad existen en nuestros hospitales herramientas de participación en la gestión, por medio del decreto 462/1996 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que aumentan los niveles de implicación y participación de los profesionales sanitarios. Dicho decreto regula la composición y funciones de las Juntas Facultativas y de Enfermería, y asigna entre otros cometidos: la participación y asesoramiento, la capacidad de proponer al director médico y de Enfermería, la evaluación de los acuerdos con las unidades y la responsabilidad de impulsar, controlar y evaluar los proyectos de mejora de la calidad, formación e investigación.

El presente trabajo iniciado en 1999 y concluido recientemente, tiene como objetivo mostrarles los resultados de un estudio realizado en dos Hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de la provincia de Cádiz, en relación a la influencia que tiene en la satisfacción laboral de los profesionales, el hecho de que puedan participar en los diversos niveles de la gestión del Centro en el que trabajan y compararlo con otros estudios de satisfacción realizados en dichos centros. La importancia de dicho trabajo deriva tanto de las actuales circunstancias de cambio en que se halla inmerso el sistema sanitario, orientadas todas ellas a conseguir la máxima eficiencia, como de la prioridad que dentro de las empresas de servicios se da a las personas que las componen. Dicha prioridad es absoluta en aquellas, como la sanitaria, cuyo principal haber es el conocimiento de los profesionales y las relaciones que estos establecen con sus clientes.

Objetivo General: Comparar los resultados de satisfacción relacionados con la participación en gestión de los profesionales, con otros elementos ya estudiados en proyectos anteriores como desarrollo profesional, salarios, estatus social, relaciones laborales, etc.

2.- Material y método

ÁMBITO DEL ESTUDIO. Estudio multicéntrico en el que participan las siguientes instituciones: Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz; Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

SUJETOS DE ESTUDIO: Todos los profesionales sanitarios que están representados en las juntas facultativas y de enfermería. El número asciende a 2878

DISEÑO: Estudio descriptivo, transversal con muestreo aleatorio y estratificado. El universo es de 2878, resultando, para un nivel de confianza del 90% con una cota máxima de error del 3%, una muestra de 596 profesionales. Hacemos una doble estratificación, primero por hospitales y después por grupo profesionales.

DETERMINACIONES. Se agruparon las variables en tres apartados: Satisfacción que producen la participación en la gestión a través de las juntas: en la organización del hospital, en la evaluación de la calidad, en la propuesta de los directores y en la organización, objetivos y diseño de su unidad (aparecen como las que mayor satisfacción producen en nuestro estudio piloto). Satisfacción que producen: salarios, reconocimiento social, relaciones laborales, desarrollo profesional y delimitación de funciones (aparecen como las que mayor satisfacción producen en otros estudios). Edad, sexo, situación laboral, grado de conocimiento sobre las nuevas formas de gestión, antigüedad en el puesto de trabajo, rol profesional, participación en gestión y centro de trabajo.

RECOGIDA DE DATOS: Se empleó el cuestionario modificado "Font Roja", validado para medir la satisfacción de los profesionales en Instituciones Sanitarias. Se solicitó a los profesionales priorizar cada una de las variables de satisfacción entre las que se encontraban mezcladas las de gestión con las de otros estudios.

ANÁLISIS DE LOS DATOS. Se realizó un análisis global para todos los individuos encuestados, según rol profesional y hospitales. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 10.0, valorando medidas de tendencia central (media, mediana, moda, desviación estándar) y su significación con test de comparación de medias.

3.- Resultados.

Se relacionaron los factores que producen los cuatro nuevos elementos de participación en la gestión que considerábamos más relevantes (*), con los cinco elementos resaltados en otros estudios como productores de satisfacción profesional, resultando un valor medio de prioridad por item de:

• Buena relación entre profesionales. (15)

Estudio global: Media= 6,401 (PR: 6,167 / CA:6,527) Mediana= 7 (PR: 7 / CA:8) Moda= 9 (PR: 9 / CA: 9) y Desviación estándar= 2,886 (Puerto Real: 3,049 / Cádiz: 2,786)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 6,976 / CA: 7,078) Enfermeras: Media (PR: 6,000 / CA: 6,629) Médicos: Media (PR: 4,953 / CA: 6,187)

Adecuada remuneración. (16)

Estudio global: Media= 5,516 (PR: 5,329 / CA:5,617) Mediana= 7 (PR: 6 / CA:7) Moda= 9 (PR: 9 / CA: 9) y Desviación estándar= 3,396 (PR: 3,442 / CA: 3,371)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,976 / CA: 5,359) Enfermeras: Media (PR: 5,518 / CA: 6,333) Médicos: Media (PR: 5,628 / CA: 4,97)

Participar a través de la junta de enfermería o facultativa en la organización del hospital (*).
 (17)

Estudio global: Media= 4,511 (PR: 4,262 / CA:4,649) Mediana= 5 (PR: 4 / CA:5) Moda= 1 (PR: 1 / CA: 1) y Desviación estándar= 3.032 (PR: 3,028 / CA: 3,032)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 3,976 / CA: 4,940) Enfermeras: Media (PR: 4,494 / CA: 4,553) Médicos: Media (PR: 4,349 / CA: 4,587)

Realizar la propuesta del Director/a de enfermería o médico (*). (18)

Estudio global: Media= 4,333 (PR: 4,133 / CA:4,454) Mediana= 4 (PR: 4 / CA:4,5) Moda= 1 (PR: 1 / CA: 1) y Desviación estándar= 3,058 (PR: 3,025 / CA: 3,077)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,049 / CA: 4,718) Enfermeras: Media (PR: 4,141 / CA: 4,390) Médicos: Media (PR: 4,279 / CA: 4,293)

Existencia de líneas establecidas de promoción profesional. (19)

Estudio global: Media= 4,893 (PR: 4,667 / CA:5,027) Mediana= 5 (PR: 5 / CA:5) Moda= 9 (PR: 1 / CA: 9) y Desviación estándar= 2,950 (PR: 2,932 / CA: 2,958)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,341 / CA: 5,658) Enfermeras: Media (PR: 4,612 / CA: 5,189) Médicos: Media (PR: 5,395 / CA: 4,227)

Participación en la organización, objetivos y diseño de su unidad (*). (20)

Estudio global: Media= 5,440 (PR: 4,881 / CA:5,761) Mediana= 6 (PR: 5 / CA:7) Moda= 9 (PR: 9 / CA: 9) y Desviación estándar= 3,050 (PR: 2,983 / CA: 3,050)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,634 / CA: 5,846) Enfermeras: Media (PR: 5,129 / CA: 6,006) Médicos: Media (PR: 4,860 / CA: 5,520)

• Delimitación de sus funciones profesionales. (21)

Estudio global: Media= 5,029 (PR: 4,867 / CA:5,125) Mediana= 5 (PR: 5 / CA:6) Moda= 9 (PR: 9 / CA: 9) y Desviación estándar= 3,074 (PR: 3,078 / CA: 3,076)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,537 / CA: 4,855) Enfermeras: Media (PR: 5,129 / CA: 5,736) Médicos: Media (PR: 4,977 / CA: 4,787)

Reconocimiento social por el trabajo realizado. (22)

Estudio global: Media= 5,426 (PR: 5,086 / CA:5,620) Mediana= 6 (PR: 5 / CA:6) Moda= 9 (PR: 9 / CA: 9) y Desviación estándar= 3,197 (PR: 3,246 / CA: 3,157)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,793 / CA: 5,667) Enfermeras: Media (PR: 5,306 / CA: 6,176) Médicos: Media (PR: 5,209 / CA: 5,080)

Participación en evaluación calidad de servicios / servicios enfermeros (*). (23)

Estudio global: Media= 4,829 (PR: 4,371 / CA:5,090) Mediana= 5 (PR: 4 / CA:5) Moda= 9 (PR: 1 / CA: 9) y Desviación estándar= 3,072 (PR: 3,029 / CA: 3,070)

Auxiliares de enfermería: Media (PR: 4,305 / CA: 5,026) Enfermeras: Media (PR: 4,588 / CA: 5,415) Médicos: Media (PR: 4,070 / CA: 4,947)

La siguiente tabla relaciona las medias globales con las medias de los profesionales de cada hospital para cada elemento. El numérico que aparece bajo las medias significa el orden de prioridad de la misma respecto a las demás de la misma línea.

X	Global	Pto Real	Cádiz	Aux . Pto Real	Aux Cádiz	Enferm Pto Real	Enferm Cádiz	Facult. Pto Real	Facult Cádiz
15 Relación	6,401 1°	6,167 1°	6,527 1°	6,976 1°	7,078 1°	6,000 1°	6,629 1°	4,9535°	6,187 1°
16 Salario	5,516 2°	5,3292°	5,617 4°	4,9762°	5,359 5°	5,518 2°	6,333 2°	5,628 1°	4,970 5°
17* Gestión H	4,511 8°	4,262 8°	4,649 8°	3,976 9°	4,9407°	4,494 8°	4,593 8°	4,349 7°	4,5877°
18* Propue Dir	4,3339°	4,133 9°	4,4549°	4,049 8°	4,718 9°	4,141 9°	4,3909°	4,2798°	4,2938°
19 D.Profesió n	4,893 6°	4,6676°	5,0277°	4,341 6°	5,6584°	4,612 6°	5,189 7°	5,395 2°	4,227 9°
20* Gestión U.	5,4403°	4,881 4°	5,761 2°	4,6344°	5,864 2°	5,129 4°	6,0064°	4,860 6°	5,520 2°
21 Del. Func	5,029 5°	4,8675°	5,125 5°	4,5375°	4,855 8°	5,129 5°	5,7365°	4,977 4°	4,787 6°
22 Status S.	5,426 4°	5,086 3°	5,6203°	4,7933°	5,6673°	5,3063°	6,176 3°	5,2093°	5,0803°
23* Ev.Calida d	4,829 7°	4,361 7°	5,090 6°	4,3057°	5,026 6°	4,5887°	5,415 6°	4,070 9°	4,974 4°

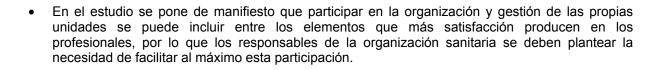
Comparativa de medias de priorización global y cruces de variables. Se incluyen también porcentajes de profesionales que puntuaron cada una de las opciones de 5 a 9, discriminándolos de los que lo hicieron de 0 a 4:

X	Global	Gestión	Informaci ón	Tiempo trab>11a ñ	S.labora contrato	Sexo mujer	Edad >40
15 Relación	6,401 >4=78,6%	6,160 >4=75,5%	6,624 >4=79,7%	6,018 >4=72,9%	6,521 >4=79%	6,906 >4=84,9%	6,242 >4=73,6%
16 Salario	5,516 >4= 61%	6,234 >4=71,3%	5,707 >4=63,9%	5,276 >4=61,2%	5,731 >4=65,5%	5,714 >4=63,5%	5,176 >4=40,5%
17* Gestión H.	4,511 >4=50,4%	5,457 >4=58,5%	4,850 >4=53,4%	4,512 >4=63,3%	4,908 >4=53,8%	4,653 >4=52,6%	4,462 >4=49,5%
18* Propu	4,333	4,926	4,383	4,041	4,378	4,421	4,769

Dir.	>4=47,6%	>4=50%	>4=49,6%	>4=45,9%	>4=52,9%	>4=49,7%	>4=42,7%
19	4,893	5,543 >4=	5,180	4,171	5,353	5,051	4,912
	>4=56,7%	67%	>4=63,9%	>4=48,8%	>4=53%	>4=58,7%	>4=44,9%
Des.prof							
20 Gestión U.	5,440 >4=65,4%	6,468 >4=80,9%	5,812 >4=60,2%	5,235 >4=52,9%	5,782 >4=57,2%	5,686 >4=50,5%	5,538 >4=69,2%
21 Del	5,029	5,840	5,173	4,276	5,286	5,163	4,835
func	>4=68,2%	>4=64,9%	>4=57,2%	>4=48,8%	>4=63,5%	>4=60,5%	>4=53,8%
22	5,426	5,638	5,481	4,988	5,815	5,645	5,989
Status S.	>4=62,3%	>4=67%	>4=63,9%	>4=58%	>4=68,9%	>4=64,8%	>4=69,2%
23 Ev	4,829	5,500	5,271	4,432	5,252	5,010	5,000
Calidad	>4=66,1%	>4=69,6%	>4=61,7%	>4=50,3%	>4=62,2%	>4=58,9%	>4=63,7%

4.- Discusión y conclusiones.

- Al relacionar los elementos de satisfacción que han sido resaltados en otros estudios como
 productores de satisfacción profesional con alguno de los elementos principales de nuestro
 estudio, aparece en el análisis global la participación en la organización, objetivos y diseño de su
 unidad, en un orden alto de prioridad, tercer puesto tras la relación entre profesionales y
 adecuada remuneración. El resto de los elementos de este estudio aparecen priorizados en los
 últimos puestos (octavo y noveno).
- Al analizar la prioriación realizada por grupos profesionales sobre los 9 elementos de satisfacción que han sido resaltados (lo ya descritos: 5 de otros estudios y 4 del nuestro), observamos diferencias significativas entre los facultativos de los hospitales de Cádiz y Puerto Real (p=0.010), priorizando Cádiz en primer lugar las buenas relaciones entre profesionales frente al quinto lugar que ocupa en Puerto Real. En segundo lugar Cádiz prioriza la participación en la organización de su unidad y en Puerto Real ocupa el sexto puesto. Los facultativos de Cádiz sitúan en cuarto lugar la participación en la evaluación de la calidad y en Puerto Real ocupa el noveno y último puesto. Para los facultativos de Cádiz el quinto puesto lo ocupa la adecuada remuneración y para Puerto Real es el primero. En Cádiz el último puesto lo ocupa la promoción profesional que en Puerto Real se sitúa en el segundo puesto. Esto, aunque no podemos asegurarlo, puede deberse a ser el de Puerto Real un hospital más pequeño y con profesionales más jóvenes en su conjunto, que el hospital de Cádiz.
- No existen diferencias significativas dependiendo de edad o sexo, respecto a la mayor o menor satisfacción manifestada en los resultados globales.
- Aunque los profesionales con más de 11 años de trabajo se muestran en general menos satisfechos específicamente ante los nuevos elementos de participación en la gestión, y los profesionales contratados más satisfechos que los fijos, cuando priorizan estos elementos mezclados con los de otros estudios, no muestran diferencias significativas.
- Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los elementos que más satisfacción producen, entre profesionales informados sobre las nuevas formas de gestión y los que no lo están.
- Entre los profesionales que participan activamente en las juntas de Enfermería y facultativas, los mandos intermedios (como jefes de servicio, jefes de bloque, supervisores) y comisiones técnicas, resulta significativo que aumenten su grado de satisfacción de los elementos principales de nuestro estudio respecto a los otros elementos (17.- p=0.011); (18.- p=0.008); (23.- p=0.065), apareciendo priorizada la participación en la organización, objetivos y diseño de su unidad en primer lugar (20.- p=0.007).



6.- Bibliografía

- 1. Aranaz J, Mira JJ, Rodriguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. Todo Hospital 1988; 47: 53-60.
- 2. Carmel S, Shohan- Yakubovich I; Zwanger L; Zaltcman T. Nurses autonomy and job satisfaction. Soc Sci Med 1988; 26: 1103-1107.
- 3. Cavanagh SJ, job satisfaction of nursing staff working uin hospitals. J Adv Nurs 1992; 17: 704-711.
- 4. Cruz E, Vázquez J, Aguirre V, Fernández ML, Villagrasa JR, Andradas V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. Atención Primaria 1994; 9: 13-19.
- Fernández MI; Villagrasa JR; Gamo Mf; Vázquez J; Cruz E; Aguirre MV; Andradas V. Estudio sobre la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios en un área de Madrid. Rev. española de Salud Pública 1995; 69: 487-497.
- 6. García JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. Medicina Clínica 1992; 13: 502-504.
- 7. García, S; Dolan, SL. " la Dirección por valores". Editado por McGraw-Hill. 1997.
- 8. Heyworth J, Witley TW, Allison EJ, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicini training. Archives Emerg Med 1993; 10: 279-288.
- Hidalgo I, Díaz Rj. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del agotamiento profesional en el área de medicina especializada de Insalud de Ávila. Med Clin (barc) 1994; 103: 408-412.
- Ignacio E, Moreno J, Arriaga E. La satisfacción de las enfermeras/os en los hospitales públicos andaluces. La calidad en Enfermería. 1997.
- 11. Ignacio E. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo Hospital. 1997; 7-12.
- 12. Ignacio E. la satisfacción de los profesionales en el hospital "Juan Ramón Jiménez". Sesiones 1997; pág 7-21.
- 13. Irvine D, Evans M. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating reserach findings across studies. Nurs Res 1994; 44: 246-253.
- Jesús R, Mozzotta Ortiz, Ansorena L, Rebollo H, Antolín I. Resumen de la encuesta de satisfacción del personal en el hospital nacional de Valdecilla. Todo Hospital 1990; 67: 21-28.
- 15. Johson JV, hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, Klag MJ. The psichosocial work environment of physicians. J Occup Environ med 1995; 37: 1151-1159.
- Marquet R i Palomer. "Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud". Editado por Doyma.
 1993
- 17. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodriguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del Sistema Público de Salud. Atención Primaria 1994, 14: 67-74.
- 18. Mira, JJ; Lorenzo, S; Rodriguez-Marín, J; Aranaz, J; Sitges, E. "La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Editado revista de Calidad Asistencial. 1998. 13: 92-97
- 19. Mitchell M. The effect of work role values on job satisfaction. J Adv Nurs 1994; 20: 958-963.

- 20. Peiró JM, González V, Zurriaga R, López JR, Bravo MJ. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de los equipos de salud de atención primaria. Revista de Psicología de la Salud 1989, 1: 135-174.
- 21. Rabanal, J. La gestión de recursos humanos en los servicios sanitarios. Todo Hospital 1994; 112: 29-33.
- 22. Real Decreto 462/1996 de 8 de Octubre de la Consejería de Salud, por el que se modifica el Decreto 105/1986 de 11 de junio sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales.
- 23. Reames Hr, Dunstone Dc. Professional satisfaction of Physicians. Arch intern med 1989; 149: 1951-1956.
- 24. Servicio Andaluz de Salud. "Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud". 1998.
- 25. Shohan-Yakubovich I; Carmel S; Zwanger L; Zaltcman T. Autonomy, job satisfaction and professional self-image among nurses in the context of a physicians strike. Soc Sci med 1989; 28. 1315-1320.
- 26. Souto JA, Gómez CA, editores. Los profesionales, protagonistas de la salud. La participación, un proceso en marcha. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1995.
- 27. Stevens F, Dioederiks J, Philipsen H. Physician satisfaction, proffesional charcteritics and behaviour formalization in hospitals. Soc Sci Med 1992; 35: 295-303.
- 28. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Atención primaria 1997; 6: 301-306.
- 29. Tarnowski T, Van Ess H. Outcomes of nurses job satisfaction. J Nurs Adm 1994; 24: 36-41.
- 30. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Comunicación que recibió el Premio al mejor trabajo presentado en las XXIV Sesiones AEED.

"ESTUDIO PILOTO PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS DE APRENDIZAJE ESPECÍFICAS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (HUVH)"

AUTOR/ES:

*Molina Sánchez T, *Guillamet Lloveras A, **Diez Sanz M J, ***Sánchez Vallejo JC, ***Castrillo Pérez C, ****Martí Mestre M, ****Melado Delgado M, *Profesores de Enfermería. Medicoquirúrgica EUI Vall d'Hebron, Barcelona ** Supervisora unidad de quemados, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona *** Enfermeros unidad de quemados, Hospital Vall d'Hebron Barcelona, **** Estudiantes EUI Vall d'Hebron, Barcelona.

Institución: Escuela de Enfermería Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona

Dirección: Pº Vall d'Hebron 119, 08035 Barcelona

PALABRAS CLAVE:

Objetivos específicos, practicas clínicas, aprendizaje, estudiantes enfermería

INTRODUCCIÓN:

.Las prácticas clínicas son el ámbito donde los estudiantes de enfermería tienen la oportunidad de aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidas en la formación teórica y en las prácticas de laboratorio.

Esta formación es aplicable en cualquier ámbito de la actividad enfermera, aunque en los diferentes servicios clínicos se desarrollen actividades específicas, que sólo se pueden adquirir en dicho contexto específico. La existencia de esta disociación entre los objetivos generales de practicas y las áreas específicas de aprendizaje hace que sea necesaria la elaboración de un buen diseño que los aproxime.

Los estudiantes de tercer curso realizan sus rotaciones de prácticas clínicas por estos servicios especiales y, por tanto, son en estos alumnos en los que centramos esta estrategia pedagógica.

Estamos llevando a término un estudio pedagógico piloto, utilizando la metodología de calidad, focalizado en la unidad de quemados del HUVH.

La calidad se define como el grado en que los resultados obtenidos satisfacen las expectativas de los clientes. Los requisitos para un trabajo de calidad son entre otros:

- a. Cambiar el organigrama vertical por el consenso sobre los objetivos marcados.
- b. Participación de las personas implicadas en la elaboración del producto, ya que su opinión es insubstituible.
- c. Las buenas relaciones interpersonales son imprescindibles.
- d. La calidad se hace entre todos.

Si tenemos en cuenta que el grado de conocimientos, habilidades y actitudes de los alumnos es nuestro producto y que, en su elaboración participamos enfermeras de las áreas clínicas y profesores de la escuela, es imprescindible tener en cuenta la opinión de los profesionales de enfermería en el momento de elaborar los objetivos pedagógicos de prácticas y, también la de los estudiantes porque ellos son nuestros clientes.

OBJETIVOS:

El objetivo general de nuestro estudio es acercar las estrategias teóricas a la práctica real de la unidad de quemados, por este fin nos planteamos:

- 1. Identificar los aspectos más relevantes del aprendizaje observados por los alumnos
- 2. Identificar los aspectos más relevantes del aprendizaje observados por los enfermeros

3. Elaboración definitiva de unos objetivos pedagógicos de aprendizaje específicos de la unidad de quemados del HUVH



MATERIAL Y MÉTODO:

Para abordar el problema hemos utilizado las herramientas propias de la investigación cualitativa fundamentalmente: los grupos de consenso y la técnica de grupo nominal.

Siguiendo la metodología de la calidad, participamos todas las personas implicadas en la docencia teórica / práctica: alumnos, enfermeros y profesores.

Los grupos de consenso trabajaron, a partir de los objetivos de aprendizaje para las practicas del área medicoquirúrgica, utilizados en promociones anteriores y explicados por el profesor a los alumnos antes de empezar el periodo de rotación por los servicios. El trabajo se realizó en tres etapas:

- a) Se formaron seis grupos de consenso con una media de tres alumnos de tercer curso en cada grupo, durante su periodo de prácticas de un mes en la unidad de quemados. Las promociones: 2000 01 y 2001 02. Cada grupo de alumnos al finalizar su rotación por la unidad identificó las áreas más relevantes de su aprendizaje.
- b) En segundo lugar, los profesionales que durante años han colaborado en la enseñanza práctica de los alumnos y, que son parte de la plantilla estable de la unidad, formaron un grupo de consenso e identificaron las áreas relevantes de aprendizaje, que podían aportar al perfil de formación práctica del alumno.
- c) Y, en tercer lugar, se formó un grupo nominal compuesto por representantes de todos los grupos anteriores donde, a partir de los listados de objetivos identificados en los grupos anteriores y, previa discusión de los mismos, se identificaron a través de una votación individualizada, los más relevantes.

RESULTADOS:

En los resultados destacamos que el grupo de consenso formado por los alumnos identificó 11 áreas de aprendizaje específicas.

El grupo de consenso formado por los profesionales también identificó 11 áreas de aprendizaje específicas. El nivel de correlación que se alcanzó fue del 60%.

A través del grupo nominal se priorizaron 6 objetivos específicos de la unidad de quemados del HUVH:

- 1. Adquirir habilidades en la valoración y ejecución de las curas en las heridas de las personas quemadas,
- 2. Adquirir destreza en la preparación del campo estéril

La mayoria de los componenetes del grupo nominal identificamos estos objetivos específicos por la gran complejidad y magnitud que estas curas requieren.

- 3. Aprender a movilizar a la persona quemada, evitando al máximo producir dolor
- 3. Identificar el nivel de dolor a través de la aplicación de las diferentes escalas de medida, para poder aplicar cuidados de confort

El progresar en esta habilidad hace que el alumno se siente más seguro, ya que les genera gran ansiedad, ser conscientes del dolor que sufren estos pacientes al ser movilizados.

- 4. Adquirir habilidades en la valoración del nivel de hidratación y nutrición
- 5. Conseguir establecer una relación terapéutica con la persona quemada para ayudarla a superar la situación de estrés.

De este último objetivo, nos gustaría destacar la importancia de establecer una relación terapéutica con la persona quemada; y que esta relación no sea de lástima, sino que se establezca una comunicación que ayude al quemado a superar las diferentes etapas de su proceso de duelo.

CONCLUSIONES:

Como conclusión a nuestro trabajo hemos de decir que, las técnicas de grupo nominal y grupos de consenso, nos permiten identificar áreas de interés común, así como también son útiles para la identificación de objetivos de aprendizaje.

La participación de estudiantes, enfermeras y docentes ha demostrado que existe una coincidencia de objetivos identificados como relevantes en un 60% de los casos, con lo que contar con objetivos específicos de aprendizaje, mejora el rendimiento de los alumnos en las prácticas clínicas, les proporciona expectativas reales de aprendizaje y les disminuye el nivel de ansiedad.

A los profesores nos facilita la evaluación, pues nos da indicadores del nivel de aprendizaje y, a su vez, aumenta la implicación de los profesionales.

Destacamos la importancia de la utilización de la metodología de la calidad para el diseño de objetivos específicos del HUVH, ya que nos permite disminuir la dicotomía existente entre la teoría y la practica asistencial, al ser elaborados con la participación de todas las personas implicadas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria.
 Madrid: Díaz Santos 1994
- □ Guillamet A.. La enfermera en la empresa sanitaria, un nuevo modelo de trabajo. Revista Todo Hospital nov. 1996pp.51-53
- □ Sellán MC, Pineda MC. El aula de demostración: estrategia educativa de acercamiento a la realidad asistencial. Metas de enfermería. 2000; 28-septiembre: 36- 42.
- □ Vila M, Escayola A. Visión del estudiante de enfermería sobre sus practicas clínicas. Metas de enfermería. 2001; 40 noviembre: 25-31.
- □ Romero M, Barrientos C. Practicas de enfermería en atención especializada. SES Salud 20ene-abr: 4-6.
- □ Costa S. Expectatives i realitat de les practiques hospitalàries: una aproximació antropológica. Agora d'infermeria1998, juny: 9-12.
- □ Úbeda I, Pujol G, O.C.[et.al.] Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. Enfermería clínica.1993, ene-febr: 11-15.
- □ Colina J., Medina JL. Construir el conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. Rol de enfermería1997. 232: 23-30.

"SATISFACCION DE LOS GRUPOS DE RELAJACIÓN"

AUTORES: A Mª HURTADO LOPEZ*; PILAR CARO GUTIERREZ*

* Enfermeras del Centro de Salud Mental de Cartagena, Unidad de Adultos.

INTRODUCCIÓN

Los grupos de Entrenamiento en Relajación Progresiva (ERP) se vienen desarrollando en el Centro de Salud Mental de Cartagena (Unidad de Adultos), por enfermería desde 1998. Están destinados a personas que tienen problemas relacionados con la ansiedad.

Estos grupos constan de 8 sesiones de hora y media de duración, con periodicidad semanal. En ellos, aparte de enseñar la técnica de relajación de Jacobson (ERP), también aportamos un contenido psicoeducativo en relación con la ansiedad: que es, síntomas, fisiología de la respuesta al estrés, causas y que cosas pueden hacer el paciente para mejorar o evitar la ansiedad.

Los pacientes son derivados a grupo de relajación por psiquiatras y/o psicólogos del CSM, los cuales previamente les informan de la indicación de estos grupos, su utilidad, quienes son los terapeutas, el horario, y la duración. Enfermería, en el momento de contactar por teléfono con el paciente para darle la cita, se encarga de recordarle toda la información previa recibida.

En este trabajo hemos querido valorar la opinión que los pacientes tienen sobre estos grupos de ERP

OBJETIVOS

- Valorar la opinión del paciente en cuanto al contenido teórico y práctico que se imparte en los grupos, así como la organización de los mismos
- Identificar medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo, sobre la opinión de los pacientes que estaban participan en los grupos de ERP y que finalizaron dicho entrenamiento, desde Enero de 1999 a Enero 2000.

La Metodología empleada fue una encuesta de satisfacción con 16 ítems que contemplaba. :

- 1- El contenido: teórico y práctico, el tiempo asignado para cada sesión y la impresión del paciente sobre sí había aprovechado el tiempo.
- 2- La metodología empleada: la forma de enseñar el contenido psicoeducativo y la técnica de ERP, la disposición del terapeuta, y la claridad con que los conceptos e ideas fundamentales habían sido desarrollados.
- 3- La organización: cómo ha sido en líneas generales la organización, la información previa a la realización del grupo, adecuación de las fechas elegidas y del horario del grupo, las condiciones de la sala, opinión sobre el tiempo que pasó desde que se les propuso al grupo hasta que fueron llamados para su realización y la adecuación del número de sesiones.

También incluía el Grado de Satisfacción y un apartado de Sugerencias.

El paciente debía de valorar los distintos ítems según la graduación siguiente: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, de acuerdo, bastante en desacuerdo y total en desacuerdo.

La encuesta se pasó al final de la última sesión (8ª sesión) y fue cumplimentada de forma anónima.

RESULTADO

El número de pacientes que realizaron la encuesta fue de 62 (40 mujeres y 22 hombres), distribuidos en 8 grupos de ERP.

Se realizó un estudio porcentual de los 16 ítems, destacando los siguientes resultados:

- 1- En cuanto a los CONTENIDOS:
 - a. Contenido teórico: el 45% afirma que está muy satisfecho, el 42% y bastante satisfecho y el 13% satisfecho,
 - b. Contenido práctico: el 45% piensa que es muy aprovechable, el 34% bastante aprovechable y el 21% aprovechable.
 - c. El tiempo asignado para el desarrollo de cada sesión, el 42% está totalmente de acuerdo con él, el 31% bastante de acuerdo, el 23% de acuerdo y el 5% bastante en desacuerdo.
 - d. La impresión sobre haber aprovechado el tiempo: el 52% estaba totalmente de acuerdo, el 23% bastante de acuerdo y el 26% de acuerdo.
- 2- En cuanto a la METODOLOGÍA:
 - a. La forma de enseñar el contenido teórico, el 55% valoró que era muy adecuada, el 27% bastante adecuada y el 18% adecuada.

- b. La forma de enseñar la técnica de ERP fue valorada por el 66% de los pacientes como muy adecuada, el 26% como bastante adecuada y el 8 % como adecuada.
- c. La disposición del terapeuta, el 79% opinó que era óptima, el 18% aceptable, el 2% normal y otro 2% escasa
- d. El 60% pensaba que los conceptos e ideas fundamentales fueron expuestos con gran, el 23% con bastante claridad, el 16% con claridad y el 2% con poca claridad.

3- En cuanto a la ORGANIZACIÓN:

- a. En líneas generales, el 45% pensaba que la organización fue muy adecuada, el 31% bastante adecuada, el 23% adecuada y el 2% bastante inadecuada.
- b. La información previa a la realización del grupo, para el 37% fue muy adecuada, el 16% bastante adecuada, el 39% adecuada, el 5% bastante inadecuada y el 3% totalmente inadecuada.
- c. Al 24% de los pacientes les pareció que las fechas elegidas fueron muy adecuadas, al 29% bastantes adecuadas, al 45% adecuadas y al 2% bastante inadecuadas.
- d. Para e 45% el horario del grupo fue totalmente adecuado, para el 23% bastante adecuado, 29% adecuado y el 3% bastante inadecuado.
- e. El 13% estaba totalmente de acuerdo con las condiciones de la sala, el 10% bastante de acuerdo, el 42% de acuerdo, el 26% bastante en desacuerdo y el 10% totalmente en desacuerdo.
- f. Al 15% de los pacientes les pareció muy largo el tiempo que pasó hasta que entraron en un grupo de ERP, al 31% largo, al 34% adecuado, al 15% corto y al 6% muy corto.
- g. El número de sesiones fue valorado en un 31% como adecuadas, un 50% pocas y un 19% muy pocas.

4- El GRADO DE SATISFACCIÓN de con el ERP

- a. El 5% de los pacientes se situaba entre el 0%-25% de satisfacción
- b. El 8% entre el 25%-50%
- c. El 26% entre el 50%-75%
- d. El 53% entre el 75%-100%
- e. El 8% no sabe no contesta

5- Las SUGERENCIAS recogidas fueron:

- a. 3% adecuar el horario
- b. 26% más sesiones
- c. 10% insonorización de la sala
- d. 3% poco adecuado el sitio
- e. 2% cojines para el suelo
- f. 2% cintas grabadas para casa
- g. 18% no hace sugerencias.

CONCLUSIONES y DISCUSIÓN

- La metodología empleada en el desarrollo de los grupos es valorada positivamente.
- Una parte importante de los participantes piensa que pasa mucho tiempo para entrar en un grupo de ERP. La lista de espera es de 2-3 meses (hay que tener en cuenta que los grupos duran 8 semanas, y hasta que no termina un grupo no se empieza otro). También en los periodos vacacionales se suele alargar un poco el tiempo de espera.
- En lo que respecta al número de sesiones de entrenamiento muchos de los pacientes piensan que son pocas. Creemos que a muchos les gustaría alargar indefinidamente las sesiones ya que en ellas consiguen una relajación profunda y guiada, pero el objetivo del ERP es que aprendan la técnica y la puedan emplear en cualquier situación ansiógena, de ahí la importancia de la practica en casa y fuera de casa.
- Existe un alto grado de satisfacción con el ERP.
- Se identifican aspectos a mejorar, tales como el mobiliario y la insonorización de la sala.

BIBLIOGRAFIA

- Cautela, J. R., Groden J. Técnicas de relajación. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1989.
- Bernstein, D.A., Borkovec, T.D. Entrenamiento en Relajación Progresiva. Bilbao. Ed. DDB. 1983
- Davis, M., Mckay, M. Técnicas de Autocontrol Emocional. Ed. Martínez Roca. 1988
- Barlow, D.H., Craske, M.G. Domine la ansiedad y el pánico. Ed. Julio Martín.1993
- Gamo, E. (Coordinador). Terapias e intervenciones grupales. Madrid. Ed. You & US. 1998
- Michal, M. Estrés. Ed. Roche. 1992
- Guía práctica para superar el estrés. Barcelona. Ed. Plaza & Janés Editores. 2001

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO. UNA EXPERIENCIA EN EL AULA

AUTORES: Valls V., Roca J., Sanromà M., Lamoglia M.

El abordaje Interdisciplinario: una experiencia en el aula es un bloque temático que esta dentro de la asignatura de seminario de segundo curso de enfermería, esta es una materia troncal dentro del currículo formativo de la diplomatura de enfermería de la EUIF Blanquerna El objetivo general de los seminarios es que los estudiantes puedan desarrollar la capacidad de relacionar las diferentes áreas de conocimiento adquiridas a lo largo del proceso formativo así como favorecer el trato personal con el tutor- profesor en un clima de dialogo y participación, fomentando al mismo tiempo su capacidad creadora y estimular su espíritu crítico.

Esta asignatura se caracteriza por que esta formado por un equipo disciplinario, 7 enfermeras docentes que tutorizan a grupos reducidos de unos 16 estudiantes

por otro lado destacar la metodología empleada, proceso de atención de enfermería como eje vertebral de los bloques que temáticos que trabajamos.

Cada bloque temático se identifica con una etapa del proceso. Concretamente este bloque que os presentamos estaría enmarcada dentro de la metodología de trabajo en la etapa de ejecución

Con su realización pretendemos destacar el rol enfermero y evidenciar la necesidad de trabajo desde la interdisciplinariedad

Consecuentemente, los Objetivos que se que se plantearon para que alcanzaran el estudiante son:

- Comprender las repercusiones de la metodología empleada en la atención al usuario.
- Sensibilizar al estudiante de la necesidad de trabajo interdisciplinario
- Identificar las aportaciones especificas de cada uno de los profesionales que configuran un equipo de salud.
- Profundizar en nuestro propio cuerpo de conocimientos
- Argumentar en el grupo interdisciplinario nuestro rol como cuidadores
- Reflexionar sobre las dificultades en el trabajo de equipo desde su experiencia como estudiantes

Material y métodos.

- Los tutores preparamos el bloque temático, elaborando un caso, que permitiera observar fácilmente la necesidad de abordaje desde diferentes disciplinas organizando las distintas sesiones alrededor del enfermo de cáncer, en concreto de una mujer que ha sido sometida a una mastectomia.
- Este modelo de caso reúne las características que permite observar fácilmente como la enfermedad afecta las diferentes dimensiones del ser humano.
- La duración del bloque temático es de 12h. Que se distribuyen en 3 sesiones de dos horas, presénciales y el resto de horas son de trabajo personal
- Una vez presentado el caso clínico y el material de soporte
- se componen los grupos de trabajo dentro de cada seminario

Las sesiones presénciales se distribuyen de la siguiente manera

Una primera sesión

En la que se presenta el bloque temático, y se reparte el material de trabajo: el caso clínico de la mujer mastectomizada.

Se entrega el material de soporte Bibliográfico, articulo sobre educación sanitaria en la mujer mastectomizada que leerán de manera individual

A partir de aquí el estudiante ha de identificar el rol de enfermería frente a lo otros profesionales que intervienen en el caso. Desde esta globalidad los estudiantes han de ser capaces de estructurar un plan de cuidados de enfermería.

En la segunda sesión

Se visualiza el documental "El pecho de Miranda", en la que visionan un caso real de una mujer que sufrió una mastectomia bilateral y como repercutió en los diferentes ámbitos de su vida

Con el análisis y reflexión de este visionado se pone de manifiesto la necesidad de una atención global de la persona que solo se consigue si las diferentes disciplinas tienen un objetivo terapéutico común.

Al mismo tiempo el análisis les permite recuperar sus experiencias tanto en el mundo profesional (practicas) como sus vivencias como usuario

Para ello es necesario el trabajo en equipo

En la tercera y ultima sesión

Mesa redonda formada por diferentes profesionales



La evaluación del bloque temático la realizamos a través de una reflexión personal que ha de entregar el alumno, en la que se le pide que se centre en las repercusiones del trabajo interdisciplinario

Resultados.

Hace cuatro años que trabajamos con este modelo de bloque temático y nos permite recoger la opinión de los estudiantes en relación a esta metodología y creemos que son capaces de:

- · Identificación del rol de enfermería
- · Detección de la importancia del trabajo interdisciplinario

Conclusiones.

- · Reconocimiento de la autonomía del trabajo enfermero
- Perspectiva de mejora de la calidad asistencial
- · Compromiso por el trabajo Interdisciplinario en el futuro profesional

"LA ACCION TUTORIAL EN EL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS"

AUTORES: Artiga Ruiz, Trinidad*, Hernández Martínez, Helena**, López Martínez, Francisco*, Pascual Benito, Ma Isabel*.

- *Profesor/ra EUE-SESCAM de Guadalajara
- ** Directora EUE_SESCAM de Guadalajara

INTRODUCCION

Con este trabajo queremos compartir con ustedes nuestra experiencia sobre el desarrollo de la tutorización de las prácticas clínicas para optimizar el aprendizaje del estudiante en el estudio de la disciplina. Las prácticas clínicas son fundamentales en el aprendizaje del estudiante, tanto cuantitativamente por el número de créditos prácticos existentes, como cualitativamente pues es el momento en el que los alumnos deben integrar los conocimientos adquiridos en la formación teórica y aplicarlos en la práctica asistencial y también es el momento en el que el estudiante inicia su proceso de socialización el mundo sanitario y con las personas con necesidades de cuidados de salud.

La EUE-SESCAM de Guadalajara adscrita a la Universidad de Alcalá y que aún hoy se rige por el Reglamento de Régimen Interior de las antiguas Escuelas del INSALUD, cuenta con un máximo de 9 profesores a dedicación completa sobre los que recae, además, de parte de la formación teórica, la responsabilidad de seguimiento de las prácticas clínicas de los estudiantes. Cada profesor realiza su acción tutorial con una media de 25 estudiantes por período práctico.

Partiendo de esta realidad y tomando como premisa que los conocimientos, procedimientos, actitudes y valores son globales y deben aplicarse de forma integral en la formación, se estructura un modelo de prácticas clínicas que permita al estudiante el desarrollo de todos los conceptos anteriores de forma progresiva.

DESARROLLO

Para ello se crea en primer lugar, la Comisión de Prácticas Clínicas con el objetivo de estudiar y analizar los distintos factores que influyen en el desarrollo de éstas:

- Los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos previamente por el estudiante, que vienen definidos en función del plan de estudios vigente.
- Los objetivos generales que han de conseguir los estudiantes en su proceso de enseñanza aprendizaje, en función del curso académico y de los conocimientos previamente descritos, enunciando posteriormente, los objetivos específicos que sirvan de base para el seguimiento, el planteamiento de las actividades a desarrollar y la evaluación del aprendizaje y desarrollo de habilidades por parte del estudiante.
- Las posibilidades que ofrecen las distintas unidades donde realizan los alumnos las prácticas clínicas. Se realiza un estudio de las mismas para determinar la distribución más óptima de los estudiantes para que desarrollen su aprendizaje experiencial.
- El desarrollo de la acción tutorial como elemento facilitador del aprendizaje del estudiante.

El tiempo de prácticas clínicas cubrirá los créditos prácticos de las diferentes materias del área de enfermería, distribuidas según el curso académico que el alumno este realizando. Las prácticas clínicas se realizan en el Hospital General Universitario de Guadalajara y en 4 Centros de Salud urbanos, contando cada uno de ellos con un único equipo de salud en turno de mañana y en 1 Centro de Salud rural donde se ubican dos equipos de salud, uno de mañana y otro de tarde.

En función de los recursos personales y materiales de los que dispone la Escuela y teniendo como objetivo facilitar la integración y aplicación del conocimiento teórico en la práctica asistencial, así como, mejorar el desarrollo de habilidades por parte del alumno que facilite su integración en el equipo sanitario y su relación con las personas con necesidades de cuidados de salud. Se establece el "Programa general de tutorías de prácticas clínicas" para que se realicen de la manera más homogénea y faciliten el desarrollo práctico del alumno.

Queda establecida, al menos una tutoría por semana, con los alumnos donde se adecuaran los contenidos a su progreso intelectual y de habilidades prácticas, será participativas, exponiendo los estudiantes experiencias, dudas, problemas... que serán comentados, discutidos, resueltos por el resto de los alumnos y el profesor tutor.

Cada profesor tutor decidirá el número de estudiantes por tutoría teniendo en cuenta el número aconsejado para las mismas (8 estudiantes), la dispersión geográfica de los mismos y demás factores de las prácticas clínicas; con lo que el profesor tutor realiza una media de 3 tutorías semanales con una media de ocho alumnos para poder realizar el seguimiento de los 25 alumnos asignados. Siempre que el estudiante lo solicite se establecerán tutorías individuales.

Además de las tutorías el profesor tutor pasa como mínimo una vez por semana por las distintas unidades donde el estudiante realiza sus prácticas para poder ver el desarrollo de los alumnos, tanto de forma personal como por medio de entrevistas a los profesionales de enfermería.

Contando con la duración de cada rotatorio de prácticas clínicas y partiendo del programa general de tutorías de las prácticas clínicas se planifican las siguientes tutorías semanales:

- Una primera tutoría, previa al comienzo del periodo práctico. Con el fin de facilitar la adaptación
 e integración del estudiante a la Unidad donde va a realizar las prácticas clínicas, el profesor
 tutor informará a los alumnos de todos los aspectos particulares de la Unidad, explicará los
 objetivos que deben alcanzar en el periodo, las actividades a realizar, y el horario de tutorías.
- Segunda, tercera y cuarta tutoría. El contenido de estas tutorías se desarrolla de la siguiente manera: En un principio el estudiante expone y comparte con el grupo cómo ha sido su adaptación e integración sucesiva a la Unidad y aquellas dudas y problemas que le haya surgido. En segundo lugar se trataran las dudas y demandas de los estudiantes respecto a la integración de conocimientos, procedimientos, actitudes y valores en el desarrollo de sus prácticas y posteriormente los problemas metodológicos que se les planteen en la realización de los planes de cuidados.
- Se valorará por parte del profesor tutor la asistencia y participación de los estudiantes en la tutoría y la evolución del grado de cumplimiento de los objetivos de prácticas.
- Y, una última tutoría, que corresponde con la última semana del periodo práctico, donde el estudiante evalúa el desarrollo de sus prácticas clínicas, la utilidad de las tutorías y el papel facilitador del profesor tutor. A su vez, el profesor tutor informa a cada uno de los estudiantes de la evaluación de su periodo práctico.

Esta experiencia ha sido evaluada por los estudiantes a través de una encuesta mixta, que consta de 29 preguntas en total, con 24 preguntas cerradas sobre la base de la Escala de Licker valoradas del 1 al 5, y 5 preguntas abiertas, que han realizado al acabar cada periodo práctico de manera anónima. De los resultados obtenidos, poner a modo de ejemplo una de las preguntas de satisfacción general que está en relación directa con la tutorización. A la pregunta "¿En términos generales, cual dirías que es tu nivel de satisfacción global con el seguimiento que ha realizado el profesor tutor a lo largo de las prácticas clínicas? El 84% contesta 4, un 9% 5, un 2% 1 y el 5% restante 3.

CONCLUSIONES:

Dada la importancia de las prácticas clínicas en el aprendizaje del alumno, la acción tutorial se convierte en un elemento facilitador del aprendizaje y el profesor tutor en figura imprescindible para su desarrollo.

Desde nuestra experiencia, y tras la evaluación de las prácticas y la acción tutorial realizada por los estudiantes y los profesionales asistenciales, donde queda reflejado un alto grado de satisfacción por ambos, podemos concluir que la acción tutorial:

- Facilita a los alumnos el desarrollo y aprovechamiento de sus prácticas clínicas.
- Aumenta el grado de implicación de los profesionales asistenciales en la formación práctica de los alumnos.

A pesar del elevado número de alumnos a tutorizar y la dispersión geográfica de los mismos, los profesores tutores nos sentimos satisfechos al ver el grado de cumplimiento de los objetivos que previamente habíamos marcado.

BIBLIOGRAFIA:

- Plan de estudios de Diplomado en Enfermería EUE SESCAM de Guadalajara. Universidad de Alcalá.
- Programas de asignaturas del plan docente de la EUE SESCAM de Guadalajara. Universidad de Alcalá.
- Memorias Generales del Hospital General Universitario de Guadalajara.
- Memorias Generales de las Zonas Básicas de Salud de Guadalajara.
- Memorias Generales de las Zona Básica de Salud de Azuqueca de Henares.
- → Encuesta de opinión sobre las practicas clínicas EUE SESCAM de Guadalajara (2001-2001)

"LA NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA EN LA DOCENCIA ENFERMERA"

AUTORES: Pascual Benito, Mª Isabel*; Artiga Ruiz, Trinidad*; Hernández Martínez, Helena**; LópezMartínez, Francisco*

** Directora E.U.E. SESCAM Guadalajara * Profesor/a E.U.E. SESCAM Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo pretendemos explicar la metodología que aplicamos, en la Escuela de Enfermería SESCAM Guadalajara, a la hora de enseñar a l@s estudiantes a desarrollar el proceso enfermero en sus prácticas clínicas con el apoyo de las herramientas de normalización de la práctica enfermera.

Desde nuestro inicio en la docencia, ha constituido un reto el acercar la teoría a la práctica, la aplicación de los conceptos teóricos a las enfermerías aplicadas, en este sentido seguimos trabajando. Con la utilización de las herramientas de normalización de la práctica enfermera que hemos elegido encontramos cada vez más respuestas que facilitan llevarlo a cabo y más comprensión por parte de l@s alumn@s.

En la actualidad la enfermería se está desarrollando en dos campos diferentes, pero relacionados; por un lado se están intentando identificar problemas susceptibles de tratamiento enfermero (clasificaciones de diagnósticos) y ordenar el trabajo enfermero describiendo las intervenciones más adecuadas a cada situación definida, así como los resultados más frecuentemente esperados; por otro lado se intenta establecer un sistema de gestión de cuidados enfermeros mediante la estandarización, la sistematización y la organización de los servicios y unidades de enfermería.

Según la Real Academia Española normalizar: "es regular u ordenar aquello que no lo está". La normalización es la actividad de elaboración de documentos, denominados normas, que recogen las especificaciones de un proceso o de su resultado, es decir, de un producto o servicio. Aplicado a enfermería podemos afirmar que la normalización de la práctica enfermera consiste en reglamentar las dimensiones y calidades del producto enfermero con el fin de sistematizar la práctica.

El desarrollo de la normalización en enfermería permite el reconocimiento del compromiso de l@s profesionales y de las Instituciones que se integran en el Sistema Nacional de Salud con las consideraciones y recomendaciones internacionales, principalmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, que pretenden propiciar la creación de nuevos instrumentos para facilitar la mejora de la calidad en la atención de enfermería a la población, demostrando la aportación que genera en el Sistema de Salud; siendo útil para las enfermeras, al proporcionar directrices que permitan asegurar la calidad en el ejercicio profesional, y guiar la gestión, la docencia y la investigación.

La normalización de la práctica de enfermería se ha comenzado a aplicar sobre todas acciones que la enfermera pone en práctica para realizar el proceso enfermero y ésta debe abarcar todas las etapas: la valoración, el diagnostico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

En la Escuela, tras valorar los distintos documentos existentes sobre la normalización de la práctica enfermera y con el fin de asegurar la continuidad en el proceso enseñanza aprendizaje del/de la alumn@, se decide elegir las siguientes herramientas:

- ✓ Para el proceso de valoración: los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
- ✓ Para el proceso diagnóstico: la taxonomía II NANDA.
- ✓ Para la planificación: la clasificación de intervenciones (NIC).
- ✓ Para la ejecución: protocolos fundamentados en la bibliografía existente
- ✓ Para la evaluación: la clasificación de resultados (NOC).

Tras estudiar diferentes guías de agrupación de datos se decide normalizar el proceso de valoración por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, utilizando la guía de valoración de datos básicos. La razón de que se elija esta norma de valoración se fundamenta en que los Patrones Funcionales de Salud describen 11 áreas relativas a la Salud, tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los profesores de la Escuela acordaron incluir dentro de cada Patrón Funcional los datos de valoración física que la autora agrupa al final de la guía.

A los/as estudiantes durante el primer curso académico, en la asignatura de Fundamentos de Enfermería, se les aportan los conocimientos teóricos sobre el proceso de enfermería, profundizando en el conocimiento del proceso de valoración; est@s trabajan en el aula la comprensión y fundamentación de esta herramienta y en el transcurso de sus prácticas, desarrollan las habilidades necesarias para manejar la guía.

Durante segundo y tercer curso, en las diferentes asignaturas de Enfermería aplicadas, se amplia la guía de valoración de datos básicos con las especificidades de cada tipo de personas, atendiendo a su estado de salud y/o nivel de desarrollo.

La normalización de la práctica enfermera en el desarrollo curricular se amplía con los conocimientos teóricos aportados desde la asignatura obligatoria anual de segundo curso, Metodología del Cuidado.

Durante el primer cuatrimestre se profundiza en el estudio de todas las fases del proceso enfermero, fundamentando la necesidad de disponer de un lenguaje común que designe:

- ✓ los problemas de salud de los pacientes, que pueden ser detectados y tratados por las/los enfermeras/os, es decir, los diagnósticos enfermeros y los problemas interdisciplinarios.
- ✓ Las intervenciones que realizan las enfermeras para resolver los dichos problemas
- √Los resultados obtenidos por el individuo, familia y comunidad por la acción enfermera.

Se profundiza también en el estudio de la taxonomía II NANDA, para identificar aquellos problemas de salud de las personas que pueden ser tratados de manera independiente por la enfermera; así como, siguiendo a Carpenito, la identificación de problemas de colaboración, cuando se necesite de la participación de más de un profesional de la salud para tratar los problemas de la persona. En cuanto a la etapa de Planificación se les indican las normas de formulación tanto de criterios de resultado como de órdenes de enfermería.

Durante el segundo cuatrimestre, se desarrolla con profundidad las clasificaciones NIC y NOC y las interrelaciones que pueden establecerse entre los diagnósticos, los resultados y las intervenciones; se da a conocer a l@s alumn@s otros proyectos de normalización como la Clasificación Internacional de la Practica Enfermera (CIPE) o la Normalización de intervenciones para la Practica de la Enfermería (NIPE) y se expone el beneficio práctico de la utilización de la estandarización de Cuidados: Planes de Cuidados estandarizados y vías clínicas.

L@s estudiantes trabajan en el aula la comprensión y fundamentación de estas clasificaciones, con las últimas revisiones de las que se tenga conocimiento, utilizando como metodología docente las clases magistrales con participación activa del/de la alumn@ y realización de trabajos individuales y grupales.

Teniendo como objetivo docente que estos conocimientos metodológicos se integren de manera trasversal en todas las enfermerías aplicadas, en el momento actual, se aplican en las dos asignaturas de Enfermería Medico-Quirúrgica impartidas en segundo y tercer curso, en las que la fundamentación del cuidado se realiza en base a los diagnósticos de la NANDA y a los Problemas de colaboración, así como a los NIC para la planificación de cuidados.

En el transcurso de sus prácticas clínicas, l@s estudiantes de segundo y tercer curso, utilizan estas clasificaciones y estandarizaciones en la elaboración de los planes de cuidados individualizados, integrando los conocimientos propios de cada una de las enfermerías aplicadas.

Los profesores/as tutores apoyan y orientan al/a la alumn@ en la utilización de la taxonomía de NANDA y en la identificación de Problemas de colaboración, así como en la individualización de las intervenciones adecuadas para el tratamiento de las situaciones clínicas de la persona.

Desde que se inició esta experiencia, hemos comprobado con el seguimiento de los planes de cuidados individualizados que los estudiantes realizan en sus prácticas clínicas y a través de las intervenciones en el aula y en las tutorías, que l@s estudiantes analizan y comprenden mejor el conocimiento teórico-metodológico y su aplicación en el cuidado enfermero.

En vista de estos resultados nos planteamos dos nuevos objetivos docentes para el futuro:

- √ Trabajar en la integración de la clasificación NOC dentro de la estructura de metodología docente ya establecida.
- ✓ Aplicar esta estructura docente al resto de las Enfermería Aplicadas.

CONCLUSIONES:

Como conclusión, comentarles, que desde la incorporación de estas herramientas de estandarización de la práctica enfermera en el desarrollo curricular de l@s alumn@s, se ha comprobado que:

- 1. La normalización facilita la estructura en la transmisión de conocimientos, lo que favorece la transversalidad de los conceptos metodológicos en el resto de las materias.
- 2. La normalización de los conocimientos teóricos y de las capacidades técnicas facilitan el desarrollo de l@s estudiantes como futur@s profesionales enfermer@s.

BIBLIOGRAFIA:

- ✓ Alfaro, R. "Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica" Doyma. Barcelona. 1998. 4ª ed.
- ✓ Carpenito, LJ. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y Problemas asociados". Interamericana. Madrid. 1994.
- ✓ Carpenito, LJ. "Diagnostico de Enfermería. Aplicación a la practica clínica". Interamericana. Madrid.2002. 9ª ed.
- ✓ Carpenito, LJ. "Manual de Diagnósticos de Enfermería". Interamericana. Madrid. 2002. 9ª ed.
- ✓ Gordon, M. "Diagnostico Enfermero. Proceso y Aplicación "Mosby / Doyma. Barcelona. 1996.3ª ed.
- ✓ Iyer, PW; Taptich, BJ. "Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería" . Interamericana. Madrid. 1997.3ª ed.
- ✓ Jonson, M.; Bulecheck, G.M. "Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones: interrelación Nanda, Nic y Noc". Harcourt Mosby. Barcelona. 2002.
- ✓ Jonson, M.; Maas, M. "Clasificación de resultados de enfermería". Harcourt Mosby. Barcelona. 2001.2ª ed.
- ✓ Luis Rodrigo, M.T. "Los diagnósticos de enfermería: revisión crítica y guía práctica". Masson. Barcelona. 2002. 2ª ed.
- ✓ McCloskey, J.; Bulecheck, G.M. "Clasificación de intervenciones de enfermería". Harcourt Mosby. Barcelona. 2001. 3ª ed.
- ✓ "Diagnósticos enfermeros de NANDA". Definiciones y clasificación 2001/02.
- √ "Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Practica de la Enfermería." Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Enfermería.

"INMIGRACIÓN Y FORMACIÓN TRANSCULTURAL"

AUTOR: Moreno Preciado Manuel (Profesor Universidad Europea de Madrid)

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde la Prehistoria el hombre ha tenido que desplazarse para buscar su sustento. De hecho el nomadismo es una de las características que definen a las primeras formas de organización social: las bandas de cazadores y recolectores del Paleolítico (Service, 1984)¹.

La propia historia de España, es la historia de la confluencia de pueblos venidos de diferentes horizontes. España *encrucijada de pueblos* decía Sánchez-Albornoz². Y también los españoles, al igual que italianos, portugueses, griegos, etc., tuvieron que emigrar hacía los países más industrializados en décadas recientes (Moreno, 2002)³. Hoy en nuestro país, la tendencia se ha invertido. Hemos pasado de ser un país de emigración, a ser un país de inmigración. La inmigración actual es hija directa de la Globalización, que al acelerar los procesos de modernización de la producción ha desarticulado las economías de los países más débiles, provocando un éxodo hacía los países más desarrollados. La llegada de personas procedentes de otros países, -de forma irregular en muchos casos-, está provocando una serie de problemas sociales y culturales que se viven con sorpresa y preocupación (Izquierdo, 1996)⁴.

Recientes estudios muestran un gran desconocimiento de los españoles sobre las culturas de origen de los inmigrantes. Los inmigrantes refieren importantes dificultades de adaptación a nuestro entorno (Criado, 2001)⁵ Todo parece indicar que estas dificultades tienen también su continuidad en el marco de la asistencia sanitaria. Es indudable que los elementos de la cultura, como los mitos, la religión, los tabúes, los usos y costumbres, etc, inciden en el proceso salud/enfermedad/atención (Roca i Capara, 2001)⁶

La enfermedad y la hospitalización son momentos transcendentales marcados por la fragilidad física y psíquica de las personas y por la presencia de un entorno distinto que obligará al paciente a un importante esfuerzo de adaptación (Moreno, 2003)⁷. En el caso de los inmigrantes estos cambios son aún mayores, por lo que tendrán que hacer uso con mayor profusión de sus mecanismos de adaptación. Por otro lado el inmigrante es una persona especialmente vulnerable debido a las condiciones de precariedad y desarraigo que acompañan al hecho migratorio, sobretodo en una primera etapa . La inmigración que conocemos hoy, está fuertemente marcada por la situación irregular de muchos migrantes y por condiciones de vida y de trabajo muy deterioradas que tienen una incidencia importante en la salud.

Este trabajo tiene como objetivo plantear la situación de la formación de los futuros profesionales de enfermería en relación a los cuidados de salud a la población inmigrada y la repercusión de la misma en la práctica cuidadora, considerando la formación en cuidados transculturales (Leinninger, 1999)⁸ como una herramienta imprescindible para que los cuidadores puedan abordar con éxito esta nueva situación, que supone un reto para todos los profesionales de la salud y particularmente para los enfermeros.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Voy a exponer brevemente los principales elementos de este trabajo, a través de una mirada enfermera enfocada en tres aspectos del tema:

- 1. El mundo profesional: en base al estado de las investigaciones actuales.
- 2. La visión de los estudiantes: en base a una encuesta entre estudiantes.
- 3. La formación universitaria: en base a una revisión de los planes de estudios.

3. RESULTADOS

1. El mundo profesional

En la bibliografía española hay poca evidencia sobre las migraciones y el proceso salud/enfermedad/atención, (Mascarella, Comelles, Allué, 2002)⁹ que quizás obedezca a la relativa novedad del fenómeno. No obstante en el colectivo enfermero es sujeto de interés y gran

actualidad. En el III Congresos sobre inmigración en España, celebrado el mes de Noviembre de 2002 en Granada se presentaron numerosos trabajos sobre el tema presentados por enfermeras/os, y lo mismo puede decirse de las II Jornadas sobre Cultura de los Cuidados celebradas también en Noviembre de 2002 en Alicante. En Junio de 2003 está prevista la celebración de la I Reunión de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos, que con el lema de "Cuidados de enfermería en una sociedad multicultural" tendrá lugar en Zaragoza, donde el eje principal será la atención a la población inmigrada. Las revistas científicas de enfermería dedican cada día más espacios al tema, no sólo las de carácter más generalista, sino también las especializadas.

¿Cuáles son los centros de interés sobre los inmigrantes para nuestro colectivo profesional? Las áreas donde hay mayor interés por el fenómeno de la inmigración se sitúa en primer lugar en aquellos profesionales relacionados con programas de Cooperación Internacional, Redes de Solidaridad, Ayuda Mutua e Intervenciones de Urgencia, y también en los enfermeros/as que desarrollan su actividad en zonas con abundante presencia de inmigrantes. De forma general en los procesos asistenciales la preocupación del enfermero/a es tratar de adaptar el cuidado a los patrones culturales de los inmigrantes es lo que se percibe como centro de interés. Los estudios referidos se destaca que el inmigrante requiere de los cuidadores mayor atención a aspectos que también son referidos por el conjunto de usuarios, como el trato, la información, etc. Los aspectos donde los inmigrantes encuentran mayor dificultad de adaptación, o que producen mayor insatisfacción y rechazo son aquellos relacionados con la higiene, la alimentación, la intimidad y la comunicación.

2. La visión de los estudiantes

En un estudio que he realizado entre mis alumnos en el marco de la Asignatura La Salud y la Diversidad Cultural, en la Universidad Europea de Madrid les preguntaba por los siguientes aspectos:

- 1. Las necesidades de salud de la población inmigrada son distintas del resto de la población.
- 2. Los inmigrantes tienen peor estado de salud que el resto de la población.
- 3. Cuidar al inmigrante es más complejo que cuidar al resto de la población.
- 4. Cuidar al inmigrante es más problemático que cuidar al resto de la población.
- 5. En qué medida conoce los hábitos, costumbres, creencias y valores de los inmigrantes en relación a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.
- 6. En qué medida estos hábitos, costumbres, creencias y valores de los inmigrantes en relación a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud son adecuados a nuestro entorno.
- 7. Cree que los dispositivos de asistencia sanitaria actuales se adecuan a las necesidades específicas de la población inmigrada.
- 8. En qué medida considera necesario en el marco de su carrera un programa formativo específico sobre los cuidados derivados de la diversidad cultural.
- En qué medida considera necesaria una formación postgrado (programas de Formación continua, cursos de experto, master, etc.) específica sobre los cuidados derivados de la diversidad cultural.
- 10. En qué medida considera que son necesarios programas de Educación Sanitaria dirigidos específicamente a inmigrantes.
- 11. Observaciones de carácter general.

De esta encuesta, mediante cuestionario de carácter semi-cerrado, donde el estudiante podía completar cada apartado con comentarios podemos destacar los siguientes aspectos:

2.1. Resultados

Para los estudiantes el estado de salud de los inmigrantes es peor que el de los autóctonos; su cuidados es más complejo y problemático; se desconocen en gran medida sus hábitos y costumbres, pero sin embargo se valoran como negativos para el mantenimiento de la salud; es necesaria la formación transcultural de los estudiantes y profesionales, pero más aún la educación sanitaria a los inmigrantes.

2.2. Comentarios

De los comentarios realizados en la parte abierta de las preguntas destaco, a modo de ejemplo, algunos de ellos que reflejan las distintas opiniones del conjunto:

- ✓ <u>La barrera de la lengua como problema en la comunicación: "No tenemos ni idea de cómo comunicarnos con ellos"... "El inmigrante debe adaptarse al país y aprender la lengua"</u>
- ✓ <u>La precariedad como factor de riesgo para la salud</u>: "Debido a las malas condiciones de vida aquí"... "Sólo buscan cómo sobrevivir y lo demás es secundario"

- ✓ <u>Desconocimiento de las otras culturas</u>: "Tienen enfermedades que no se encuentran aquí"... "Desconocemos su cultura, valores, lengua... y no sabemos cómo tratarles"... "Son hábitos muy distintos"
- ✓ <u>Deseos de facilitar la integración</u>: "Cómo cada vez hay más inmigrantes, es necesario que los enfermeros estemos preparados para atenderlos"..."Hay inmigrantes que saben perfectamente como cuidarse... sólo necesitan ayuda para la integración".
- ✓ El cuidado a los inmigrantes no requiere ningún esfuerzo ni conocimiento especial: "Las necesidades básicas son iguales para todos"..."Un resfriado es igual para mí que para un hombre de color"..."En general es gente sana"..."Aparte del idioma, lo demás es todo igual... no tienen 3 brazos o 5 piernas"..." No especialmente,...depende de la persona"..."Muy deficientes, sobre todo en la higiene...!parece que tienen alergia al agua;
- ✓ Ellos tienen que hacer el esfuerzo de integración: Tienen que adaptarse al nuevo sistema sanitario"..."No aceptan o no entienden la medicina moderna, prefieren la medicina de ellos, que es peor"..."Son hábitos muy distinto..."Son ellos los que tienen que adecuarse a nuestros dispositivos"..."Discrepo en tolerar ciegamente dejando pasar por alto actuaciones donde se anteponen ciertas creencias a un buen estado de salud"
- ✓ <u>La formación es necesaria</u>: "La inmigración es un fenómeno que está aumentando por lo que se hace necesario adquirir conocimientos para actuar adecuadamente"..."Hay que tratar más el tema del racismo"..."Una asignatura me parece demasiado...podrían incluirse estos temas en Enf. Comunitaria"..."De acuerdo con un programa de formación pero no a base de conferencias sueltas"..."No es necesario una formación tan amplia pues se les estaría tratando como diferentes y no lo son"..."Sería interesante, pero no muy necesario"..."Sería enriquecedor para todos conocer a fondo la diversidad de culturas"..."Tienen que entender que el cambio de lugar implica cambiar sus hábitos con respecto a la salud"

2. 3. Análisis

La opinión de los estudiantes, a veces contradictoria, es similar en sus apreciaciones a la reflejada en los estudios de percepción del personal sanitario, que a su vez no difiere en mucho del estado de opinión general existente en la población española sobre la inmigración. Este estado de opinión es variable, y abarca desde el deseo de hacer un esfuerzo para favorecer la integración de los recién llegados, hasta la consideración de que son éstos los que tienen que hacer dicho esfuerzo.

3. La formación en la universitaria

El interés que actualmente despierta entre los enfermeros y enfermeras el cuidado hacia los inmigrantes no parece estar acompañado de la misma intensidad en la formación universitaria. Diferentes estudios muestran que son pocos los programas específicos dirigidos a los futuros profesionales. Una revisión a través de las páginas Web de las diferentes universidades españolas donde se cursan estudios de enfermería muestra que en la mitad de ellas no se contempla ninguna asignatura especifica sobre diversidad cultural. Entre las que si lo tienen, en la gran mayoría son asignaturas optativas de entre 4 y 5 créditos. Una minoría tienen asignaturas obligatorias y/o de libre elección.

¿Cuál es el contenido de los programas de las asignaturas objetos de la revisión mencionada? La mayoría de se basan en el estudio de la diversidad cultural, la pobreza, la marginalidad y las formas de afrontar la salud y la enfermedad en las diferentes culturas. El estudio de la inmigración actual en nuestro país ocupa un espacio variable, no siendo en ninguno de los casos el eje central del programa. Muchas de estas asignaturas son de reciente creación, lo que hace pensar que también la universidad va incorporando esta preocupación a los planes de estudios.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La creciente llegada de personas de diferentes culturas supone para los cuidadores un reto importante. Se requiere de nosotros la atención a nuevas demandas en contextos más complejos, donde se hace necesario conocer otras formas de entender el proceso salud/enfermedad/atención, así como entender las repercusiones del proceso migratorio en la salud de los inmigrantes. Hacer frente a esta complejidad requiere asumir una práctica profesional centrada en la aplicación de unos cuidados integrales y holísticos, desmarcada del modelo biomédico. A este fin se hace necesaria la profundización en la formación transcultural de los cuidadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1. **Service, E.** Los cazadores. Barcelona: Labor, 1984.
- Sánchez-Albornoz, N. Españoles hacia América: la emigración en masa, 1880-1930. Madrid: Alianza, 1995

- **3. Izquierdo**, **A**. La inmigración inesperada: la población extranjera en España (1991-1995). Barcelona: Trotta. 1996
- 4. **Moreno Preciado, M**. Fronteras culturales de ayer y de hoy: aprendamos del pasado. Gazeta de Antropología, 2002, nº
- 5. **Roca i Caparà, N**. Inmigración y salud. Situación actual en España, Rol de Enfermería, 2001; volumen 24, (11): 56-62.
- Criado, M.J. La línea quebrada. Historias de vida de migrantes. 1ª ed. Madrid: Cees, 2001.
- 7. **Moreno Preciado, M.** Inmigración y cuidados: el reto de los cuidados transculturales, Index de Enfermería, 2003;
- 8. **Leininger M**. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural, Cultura de los Cuidados, 1999; 6: 5-8.
- 9. Mascarella L, Comelles JM, Allué X, (2002) La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España, [Documento en línea].http://www.salutepertutti.org/inglese/immi say/spa/2.4.2%20sp.%20II%20caso%20 spagnolo.pdf> [consulta: 19-11-2002].

"CONTRIBUCIÓN DE LA ASIGNATURA LEGISLACIÓN Y ÉTICA A LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCIPLINA ENFERMERA"

AUTORES: **Meseguer Liza, C.; *Torralba Madrid, Mª J.;***Sánchez Vigara, E.; ***Hernández García, C.

- * Profesora Titular Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia
- ** Profesor Asociado Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia
- *** Diplomadas en Enfermería

INTRODUCCIÓN:

Coincidiendo el X Aniversario de la Enfermería en la Universidad de Murcia con el XXV Aniversario de nuestra disciplina en la Universidad a nivel nacional, nos hemos permitido la licencia de mirar atrás y reflexionar sobre la evolución de la misma a lo largo de estos años.

Dada la heterogeneidad que podemos encontrar en el personal docente, hemos considerado interesante hacer una análisis de una de las asignaturas troncales de la Diplomatura en Enfermería: Legislación y Ética Profesional con la intención de identificar si dicha materia, en la última década, ha influido positivamente para mejorar el desarrollo profesional y científico de la Enfermería, sensibilizando a los profesionales en el traslado a la práctica clínica de la ética profesional como una responsabilidad fundamental.

Por último intentaremos reflexionar sobre la repercusión de la formación continuada o de postgrado específica en aspectos éticos.

Antes de exponer la hipótesis de este estudio especificaremos el tipo de propuesta que nos hemos planteado en relación con las diversas opciones existentes de hipótesis científicas.

Se trata de una hipótesis plausible, ya que se encuentra bien fundamentada pero está sin contrastar. Es una conjetura razonable que no ha pasado la prueba de la experiencia, pero puede sugerir observaciones o experimentos que servirían para someterla a contraste. No posee justificación empírica, pero es contrastable, lo que nos llevaría al cuarto nivel de las hipótesis científicas, siendo estas las convalidadas, bien fundadas y empíricamente confirmadas.

Estas hipótesis últimas son características de las ciencias maduras, pero para poder alcanzarlas debemos ser conscientes de que Enfermería es una ciencia en construcción que necesita buscar sus preguntas efectivas para delimitar el núcleo de nuestra teoría científica y, por consiguiente, nuestro paradigma.

La Hipótesis que se plantea en esta investigación es:

"¿Ayuda la materia de Legislación y Ética al desarrollo de la Enfermería como ciencia?"

Analizando la hipótesis y las variables incluidas en ella vemos que es un hipótesis simple ya que expresa la relación entre una variable independiente, Legislación y Ética, y otra variable dependiente, Enfermería como ciencia, además de ser direccional, de manera que se indica la dirección esperada de la relación entre las dos variables y porque se quieren dejar claras las expectativas que han guiado la investigación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la Enfermería es una ciencia en construcción que carece de un Paradigma claro, no por ello Enfermería no puede investigar, ya que puede haber cierto tipo de investigación científica que no posea paradigma.

En este momento el cuerpo de conocimientos propios de nuestra disciplina se encuentra diluido en muchas teorías enfermeras, diferentes y por qué no decir, competidoras entre sí, las cuales fijan su objeto de estudio en las diversas dimensiones del ser humano y utilizan también diferentes tipos de diseños de investigación.

MATERIAL Y MÉTODO:

En este caso se ha llevado a cabo un método descriptivo y evaluativo dentro del marco teórico de D. E. Orem.

Es un método descriptivo ya que la descripción es el paso previo en cualquier proceso de investigación. La estrategia de investigación se ha realizado por medio de un cuestionario de elaboración propia de 15 preguntas de respuesta abierta y cerrada, validado siguiendo a Sierra Bravo, contestadas por enfermeras que desempeñan la labor asistencial en ámbito tanto hospitalario público y privado(75 casos) como de atención primaria(25 casos), seleccionadas siguiendo un criterio de accesibilidad del investigador al profesional.

Continuando con la estrategia de investigación dentro del método descriptivo se ha llevado a cabo un análisis de la evolución de contenidos en 6 programas docentes de la materia de Legislación y Ética desde 1989 hasta 2003, de los cuales 4 eran nacionales, Murcia, Las Palmas de Gran Canaria; Navarra y Huelva, y 2 europeos, Politécnica de Finlandia y Umea de Suecia.

Como se ha dicho anteriormente se ha llevado a cabo también un método evaluativo, ya que se pretende determinar la eficacia de la Legislación y la Ética en el desarrollo de la Enfermería como ciencia y evaluar su validez, por lo que el objetivo del método empleado es práctico.

En este método se pretende evaluar el proceso para determinar la efectividad de lo que se quiere demostrar, como es que la Legislación y la Ética influye positivamente en el desarrollo de la Enfermería hacia el estadio de las ciencias maduras.

El tratamiento informático de los datos se ha realizado con la aplicación informática Microsoft Office 2000.

RESULTADOS:

Tras el análisis de los 100 cuestionarios recogidos se desprenden los siguientes datos:

Contestaron 87 mujeres y 23 hombres, de los cuales, en el 51% habían sido alumnos de la Universidad de Murcia.

En el 72% de los casos destacaron la importancia de la materia Legislación y Ética Profesional, teniendo en cuenta que, en el caso de profesionales que realizaron sus estudios en un centro distinto de la Universidad de Murcia, la propia denominación diferente de la misma pudiese conllevar algún grado de confusión.

El 53% de los encuestados consideraban infravalorada la propia imagen del profesional de enfermería, así como al desconocimiento de las funciones propias en un 23% de los casos, y en un 20 a la dependencia del médico.

Tras presentarles todas las materias obligatorias del plan de estudios vigente en la Universidad de Murcia, las materias que consideraron imprescindibles fueron Enfermería Médico-Quirúrgica, Fundamentos de Enfermería y Farmacología.

Sin embargo, tras preguntarles por las asignaturas que potenciaban la Enfermería como ciencia ante la misma batería de materias, señalaban los Fundamentos de los cuidados, Fundamentos teóricos, Fundamentos Metodológicos, la Historia y la Legislación y Ética como las principales.

De los dos resultados anteriores se puede interpretar que en función del ámbito al que se refieran los encuestados, práctico o teórico, varían la prioridad de su elección.

Por otro lado, cuando se le solicitó que indicasen las materias que contribuirían a mejorar la profesión en general, resaltaron un resumen de las dos opciones anteriores puesto que destacaron la Enfermería Médico-Quirúrgica, Fundamentos de Enfermería, Farmacología y Legislación y Ética.

El 70% de los encuestados consideró útil la enseñanza de la materia Legislación y Ética dentro del plan de estudios de la titulación.

El 40% de los profesionales que contestaron no conocían modelos de toma de decisiones éticas, hecho que justifica que únicamente el 10% de la muestra utilizaban un modelo de toma de decisiones de forma habitual, mientras que un 85% no lo hacían, pese a que sólo un 16% indicaron no tener que afrontar conflictos éticos en su ámbito de ejercicio profesional. Por el contrario, el 76% contestan enfrentarse habitualmente a este tipo de problemas.

De la muestra analizada, el 68% refiere encontrarse capacitado/a para resolver conflictos de tipo ético. Quizá por este motivo se pueda justificar el hecho de que únicamente dos profesionales encuestados había consultado en alguna ocasión a un comité de ética asistencial.

50 de los individuos que contestaron al cuestionario reflejan sus conflictos éticos en sus registros clínicos, es decir, el 50% de la muestra.

El 70% de la muestra manifestó su interés por ampliar su conocimiento en temas relativos al ámbito de la ética y la legislación profesional en su formación de postgrado, frente a un 10% que indicaron lo contrario. El porcentaje positivo aumenta hasta el 80% cuando consideran la necesidad de formación postgraduada en la materia.

ANÁLISIS DE CONTENIDOS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DOCENTES DE LEGISLACIÓN Y ÉTICA:

PROGRAMA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL VIRGEN ARRIXACA (1989-1990):

La asignatura consta de una sola unidad temática con catorce temas.

Se distribuye en una hora semanal de lección magistral desde el inicio hasta el fin del curso con un total de treinta horas.

Se impartirán Seminarios teórico-prácticos (La enfermería ante la eutanasia, los transplantes de órganos, drogodependencias)

Hay una introducción que justifica la impartición de la asignatura, argumentando la evolución de la Enfermería como saber científico que tiene un cuerpo de conocimientos propios, donde la enfermera ve al paciente en todas sus dimensiones (como un ser biológico, psicológico, social...).

Además de que la Enfermería afecta intima y directamente con el ser humano, los profesionales pueden lesionar algún bien jurídicamente protegido de las personas como su intimidad, honor, libertad e incluso su salud.

El objetivo general de este programa se basa fundamentalmente en vincular el pensamiento moral a la vida profesional del alumno, a la vez que deberá conocer la normativa vigente de derechos positivos de la Enfermería en sus diversos campos de actuación.

Los primeros cuatro temas del programa nos sitúan en el contexto ético y legal haciendo referencias al origen de la ética, la ley, el derecho,... realizando un análisis histórico-filosófico de las bases en las que se fundamenta la asignatura.

A partir del tema cinco, hasta el tema diez trata todos los aspectos legales desde la generalidad de éstos (ej: elementos y circunstancias modificadoras del delito), hasta la especificidad de los aspectos legales en Enfermería (ej: legislación en torno a la muerte, omisión del deber de socorro,...).

El tema once trata del intrusismo profesional. Los temas doce y trece tratan de los derechos humanos, los derechos del niño, del enfermo, convenciones internacionales y del Código Deontológico Internacional en Enfermería.

El tema catorce trata del régimen de aplicación de la profesión de Enfermería en España.

PROGRAMAS DE 1995-96, 1996-97 Y 1997-98

En este plan de estudios, la asignatura es troncal, cuatrimestral, consta de 3 créditos y se imparte en el 2º curso de la Diplomatura.

En los programas no hay una introducción, ni se exponen objetivos generales ni específicos.

En este plan de estudios la asignatura consta de 26 temas agrupados en las siguientes cinco unidades didácticas:

UNIDAD DIDÁCTICA I: Consideraciones generales sobre Ética y Moral.

UNIDAD DIDÁCTICA II: Derecho y sociedad: La norma jurídica.

UNIDAD DIDÁCTICA III: Régimen deontológico y jurídico de los derechos fundamentales.

UNIDAD DIDÁCTICA IV: Diferentes problemas morales y legales relacionados con el ejercicio de la enfermería.

UNIDAD DIDÁCTICA V: Organización profesional: consejo internacional de enfermeras. La organización colegial en España: Consejo general y colegios profesionales.

Se impartirán una serie de Seminarios de Estudios de Casos:

Código Deontológico.

Eutanasia.

Trasplantes.

Sida.

PROGRAMAS DE 1998-99, 1999-00, 2000-01, 2001-02 Y 2002-03

Asignatura troncal, cuatrimestral, de 4,5 créditos (diferencia con los dos años anteriores) que se imparte en 2º curso.

La introducción al programa explica la estructuración de la asignatura, el número de temas que se van a impartir (17 temas) en 4 bloques temáticos que se agrupan en 4 unidades didácticas.

Se hace referencia a que se van a impartir seminarios teórico-prácticos que van a complementar la asignatura.

BLOQUE TEMÁTICO I: El ethos: el carácter moral de las personas y las profesiones.

UNIDAD DIDÁCTICA I: Consideraciones generales sobre Ética y Moral.

BLOQUE TEMÁTICO II: Deontología, ética y legislación en la profesión enfermera.

UNIDAD DIDÁCTICA II: Aspectos ético-legales relacionados con el ejercicio profesional.

BLOQUE TEMÁTICO III: Legislación en enfermería:

UNIDAD DIDÁCTICA III: Introducción al Derecho.

BLOQUE TEMÁTICO IV: Decisiones éticas.

UNIDAD DIDÁCTICA IV: Modelos de toma de decisiones éticas.

ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LEGISLACIÓN Y ÉTICA:

Del análisis minucioso realizado a los diferentes programas de la materia de legislación y ética en enfermería, podemos entrever que dicha materia ha evolucionado positivamente.

Podemos decir que ha sufrido una evolución marcada fundamentalmente por los distintos temas que se han ido introduciendo en el programa.

Así pues, en el primer programa que tenemos constancia, el programa de la Escuela de Enfermería del Hospital Virgen de la Arrixaca, los objetivos se estructuran como generales y específicos, basados en vincular al alumno un estilo de pensamiento fundamentado en la moral y en hacerle partícipe de las normas que inciden en el campo profesional de Enfermería.

En los programas de los cursos académicos 95-96, 96-97 y 97-98 en los que la escuela de enfermería ya se encontraba integrada en la Universidad de Murcia, encontramos que los programas carecen de objetivos, Mientras que a partir del curso académico 98-99 hasta el curso académico actual, los objetivos se estructuran como específicos por cuatro bloques temáticos, los cuales están enfocados a que el alumno conozca unas consideraciones generales éticas, la deontología de la profesión enfermera, la legislación de nuestra profesión y las diferentes teorías de la toma de decisiones, respectivamente de cada bloque temático.

ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS DISTINTOS PROGRAMAS DE ÉTICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERÍA:

Del estudio de la bibliografía que aparece en los programas, podemos constatar que ha habido una evolución muy positiva, en cuanto a la utilización de textos de carácter propio enfermero y de autores de nuestro campo. Así mismo, aparece también una evolución en cuanto a textos legales y referentes al derecho que comienzan a incluirse a partir del curso académico 96-97, puesto que en el programa de la Escuela de Enfermería del Hospital Virgen de la Arrixaca, no se cita ningún texto de este carácter. La introducción de este tipo de texto aumenta en los cursos académicos posteriores.

Como punto importante, destacamos la introducción de textos legales tales como la Constitución Española, la Ley General de Sanidad o el Código Civil, imprescindibles para el desarrollo profesional a partir de este curso académico (96-97).

También, a partir de este curso académico se citan autores que tratan temas como la bioética o la regulación de los transplantes de órganos.

A partir del curso académico 98-99, se introducen algunos autores en Ética y Legislación en Enfermería, engrosando la lista de éstos en la bibliografía y el resto de cursos hasta la actualidad mantiene estas mismas recomendaciones bibliográficas.

CONCLUSIONES

El hecho de que la Enfermería no ha llegado a convertirse en una ciencia madura es consecuencia causal de que sus profesionales, en todas sus investigaciones, siempre busquen una aplicación práctica como objeto de estudio.

Enfermería, aun no habiendo llegado al estadío de ciencia madura, puede y debe investigar, ya que existe un tipo de investigación que corresponde a las ciencias en construcción.

Evidenciamos, hasta este momento, que existe inquietud respecto a los temas y situaciones relacionadas con la legislación y la ética profesional, aún cuando no esté reflejado en protocolos de actuación, ni se registren suficientemente acciones relacionadas con dicho tema en las historias de Enfermería.

Tal vez, esto se deba a que no se encuentra acotado dentro de un marco teórico específico, que se pueda aplicar de una forma sistemática en la práctica asistencial para la resolución de dilemas éticos puesto que la motivación e interés por el tema existe. Además, esta inercia precisará de la necesaria implicación de las instituciones.

La materia Legislación y Ética Profesional ha influido positivamente en la construcción disciplinar.

BIBLIOGRAFÍA.

- Angel Monge, M. Ética, salud y enfermedad. MC. Madrid: 1991
- Antón Almenara, P. Enfermería: Ética y Legislación. Serie Manuales de Enfermería. Masson-Salvat. Barcelona: 1994
- Aranguren, J.L. Ética. Alianza. Madrid: 1981
- Arroyo, M. P.; Cortina, A.; Torralba, M. J.; Zugasti, J. Ética y Legislación en Enfermería. Interamericana. Madrid: 1997
- Barreiro, C. Derechos Humanos. Salvat. Barcelona: 1985
- Beebe Thompson, J. y O. Thompson, H. Ética en Enfermería. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F.: 1984
- Código Civil. 88º Ed. Tecnos. Madrid: 1989
- Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Madrid: 1989
- Código Penal. Civitas. Madrid: 1996
- Cohen, H. A. La enfermera y su identidad profesional. Grijalbo. Barcelona: 1988
- Collière, M. F. Cuidados de Enfermería. Revista ROL, Vol. 4, nº 35-36. 1981
- Constitución Española. 3ª Ed. Tecnos. Madrid: 1986
- Cuadernos de Bioética: Nº 1 al 11. Grupo de investigación de Bioética. Santiago de Compostela. 1989-1993
- Diccionario jurídico Espasa. Espasa Calpe. Madrid: 1992
- Dilemas de las enfermeras. Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra: 1977
- Eseverri, C. Enfermería hoy. Filosofía y Antropología de una profesión. Díez de Santos. Madrid: 1992
- Gómez Pavón, P. La intimidad como objeto de protección penal. Akal. Madrid: 1989
- Gracia Guillén, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema Universidad. Madrid: 1991
- Gracia Guillén, D. Ética de la calidad de vida. Fundación Santa María. Madrid: 1984
- Hans, J. Técnica, medicina y ética. Paidós. Barcelona: 1996
- Iyer, P. y Taptich, B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico: Cuestiones legales y éticas del proceso.
 Interamericana, Madrid: 1993
- Landrove Díaz, G. Consecuencias jurídicas del delito. Bosch. Barcelona: 1986
- Latorre, A. Introducción al Derecho. Ariel. Barcelona: 1985
- Ley del medicamento. Civitas. Madrid: 1991
- Ley General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 1987
- Marcos García, T. El ejercicio de la Enfermería en la comunidades europeas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 1989

- Nightingale; F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Salvat. Barcelona: 1990 Peláez, M. A. Ética, profesión y virtud. Rialp. Madrid: 1991 Sánchez Andrés, P. La imprudencia médica y de otros profesionales sanitarios. Colex. Madrid: 1995
- Sierra Bravo, R. Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Paraninfo. Madrid: 1998
- Truyol y Serra, A. Los derechos humanos. Tecnos. Madrid: 1992

"ORDENACIÓN DE LA FORMACIÓN PRACTICO CLINICA DE ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID"

AUTORA: MARIA VICTORIA ANTÓN NARDIZ (*)

PALABRAS CLAVE: PRACTICA CLINICA, PREGRADO, ENFERMERIA

(*) AGENCIA "LAIN ENTRALGO " PARA LA FORMACIÓN INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS. COMUNIDAD DE MADRID. A.F.I.E.S

La Formación de Enfermería ha tenido siempre una importante carga de aprendizaje práctico clínico, realizado tradicionalmente en la red asistencial pública, prioritariamente en hospitales. En las ultimas décadas ha habido elementos como:

- Incremento de la demanda. Nuevas formaciones en Ciencias de la Salud, tanto en el pregrado como especialidades.
- Creación de nuevas universidades públicas y privadas
- Reformas dentro de la red asistencial con nuevos campos de aprendizaje
- Avances en los planes de estudio con una mayor definición de los objetivos docentes

Todo ello ha llevado a la AFIES a investigar la situación. Encontrando una amplia variedad de convenios, diferencias importantes en la organización y definición de objetivos de prácticas, diferentes sistemas de evaluación, indefinición en las figuras de tutor, responsables, coordinador de prácticas, variedad de certificaciones, y desigual oferta de contraprestaciones. Así mismo no existe una definición de idoneidad de los lugares de prácticas en relación a los tres cursos de la diplomatura, ni un estudio de la capacidad real del sistema sanitario de la CM para dar respuesta a la demanda del ámbito docente.

Fases del proyecto

1º fase: **Recogida de información.** Situación actual, demanda-oferta, tipo de convenios, adecuación de los recursos, coordinación asistencia - docencia, tipo de certificaciones a los tutores, contrapartidas, etc.

2º fase: Análisis de la información Diagnóstico de situación.

3° fase: Encuentros con los protagonistas docentes y asistenciales

4º Fase: Estudio de satisfacción del personal asistencial

5º Fase: Propuesta de modelo de convenio, asi como de los contenidos del mismo

"TRABAJANDO HABILIDADES Y ACTITUDES UNIVERSITARIAS: UNA EXPERIENCIA DOCENTE"

AUTORES: Pérez Pérez, Isabel (lic enfermeria, lic pedagogía); Costa Tutusaus, Lluis (lic biología); Garcia Gay, Lourdes (lic quimiques, dra psicopedagogía); Godall Castell, Maria (lic biología, Dra pedagogía); Muñoz Sanjuán, Consol (dipl.enfermeria lic teologia). Escola univesitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna. Universidad Ramon Llull Barcelona.

Esta comunicación ha sido elaborada por un equipo de profesores de primer curso de Enfermería, de l'Escola Universitaria d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna de la Universitat Ramon Llull (URL).

Por medio de la presente comunicación queremos dar a conocer una de las diversas actividades que desarrollan nuestros estudiantes en el marco de una experiencia académica. Es una actividad que busca trabajar aspectos de la formación universitaria que van más allá de unos conocimientos específicos de su currículum universitario, y que consideramos fundamentales y absolutamente necesarios para desarrollar el saber enfermero. Son aspectos como la reflexión, la comunicación, el espíritu crítico o la misma formación en valores de la persona. La actividad se titula "Nuestra actualidad" y se lleva a cabo en la asignatura "Seminario interdisciplinario" de primer curso.

Dividiremos la exposición en tres partes:

- ✓ en la primera se presenta la asignatura en la que se realiza la actividad. El objetivo es situarla en su contexto formativo;
- ✓ en la segunda se describe la actividad concreta. Constituye el eje central de esta comunicación;
- ✓ y en la tercera se presenta la valoración de la actividad de aprendizaje.

PRIMERA PARTE

La asignatura.-

La asignatura está incluida en el plan de estudios de Enfermería de nuestra Universidad. Es un asignatura obligatoria con un peso específico de 6 créditos que se denomina "Seminario Interdisciplinario". Sus objetivos son, fundamentalmente, procedimentales y actitudinales. Está planificada para alcanzar aspectos de la formación que van más allá de la especificidad de unos estudios concretos. Su metodología favorece que el estudiante realice un proceso continuo de aprendizaje más que obtener un resultado final.

Se realiza con grupos reducidos de unos 15 estudiantes; de aquí que incluya la palabra "Seminario" en su denominación. Esta estructura posibilita formas de comunicación más dinámicas, y permite abordar aspectos de aprendizaje distintos de los que se consiguen a través, por ejemplo, de grupos numerosos y de clases magistrales y expositivas. Es una asignatura anual con 4 horas semanales presenciales, y está bajo la responsabilidad de un grupo multidisciplinario de profesores (enfermeras, psicóloga, teóloga, farmacéutica, pedagoga y biólogos). Sus peculiaridades están especialmente diseñadas para poder desarrollar aquellos aspectos educacionales y formativos que consideramos necesarios para todo buen profesional. Dichos aspectos, entre otros, son: el pensamiento interdisciplinario, la metodología del trabajo en equipo, del trabajo cooperativo (dialogar, participar, compartir.....), la formación de los valores en la persona (tolerancia, comprensión......), o la formación de habilidades intelectuales (reflexión, autoaprendizaje, metaconocimiento, el aprender a aprender......).

Generalmente nos encontramos con unos estudiantes que vienen mentalizados para desarrollar un aprendizaje muy específico de sus estudios, y esta asignatura les permite descubrir que acceder a una formación universitaria supone algo más que estudiar y aprender cuestiones relacionadas con la profesión elegida. Por medio de un objetivo claramente integrador, la asignatura les permite abrir el pensamiento a la interdisciplinariedad.

Los estudiantes perciben, de esta manera, que el carácter universitario de su formación, pide atender no solamente a los conocimientos profesionales propios, sino, también, a toda una serie de habilidades intelectuales (pensamiento, razonamiento lógico, espíritu crítico......). Es cierto que

supone para ellos un esfuerzo, ya que esta metodología los implica en su propio proyecto educativo, sobre todo en lo que se refiere a la práctica reflexiva.

El programa de la asignatura se divide en bloques temáticos, y la práctica que presentamos se lleva a cabo en el último de los bloques, denominado "Nuestra actualidad".

SEGUNDA PARTE

La actividad concreta.-

A continuación describiremos la actividad concreta que realizamos con nuestros estudiantes. Esta actividad propone los siguientes objetivos:

- √ valorar la investigación como una herramienta que permite profundizar y mejorar las profesiones:
- √ desarrollar la capacidad de construir un discurso propio a partir de diversas fuentes de información:
- √ hacer una defensa argumentada de un rol adjudicado;
- ✓ expresar en público el discurso elaborado, de forma estructurada y coherente.

Dichos objetivos nos llevan a trabajar habilidades como:

- ✓ planificar la búsqueda de información;
- ✓ aprender a trabajar la información obtenida (analizarla, sintetizarla, ...);
- √ desarrollar el espíritu crítico;
- ✓ argumentar y contrastar, por escrito y oralmente, los puntos de vista.

Los estudiantes, durante las 5 sesiones presenciales, que contempla este bloque temático de la asignatura (sesiones de 2 horas cada una, además de las horas complementarias que necesitarán para recoger toda la información), han de realizar diversas actividades:

- elegir y consensuar un tema de interés, polémico y que sea de actualidad;
 buscar información y analizarla;
 elaborar la defensa del rol adjudicado;
 presentar la defensa en una mesa redonda;

- ✓ entregar, por escrito e individualmente, un ejercicio.

En la primera sesión los profesores entregamos y exponemos a los estudiantes el programa del bloque temático donde consta la justificación, los objetivos, la metodología de trabajo que deben seguir, la temporalización y la evaluación.

Lo que primeramente realizan los diversos grupos de estudiantes, en esta sesión, es confeccionar una lista de temas de actualidad que sean de su interés. Los profesores recogemos las listas, consensuamos lo temas más propuestos y elaboramos una única lista de 10 ó 12 temas. Entre estos temas cada grupo elige 4 y los 4 más votados son los que se trabajarán definitivamente.

El segundo paso es configurar subgrupos de trabajo de 3 estudiantes cada uno, dentro de los respectivos grupos y, por sorteo, se asigna el tema a trabajar y el rol a defender: una posición "a favor" o "en contra" del tema adjudicado. Finalmente cada subgrupo debe designar un portavoz que lo represente en la mesa redonda.

La segunda y tercera sesión están destinadas al trabajo individual. Los estudiantes han de buscar información y preparar la comunicación correspondiente. Se les pide, explícitamente, que consulten diversas fuentes bibliográficas, que seleccionen y analicen la información encontrada y que la valoren. Tanto la búsqueda de información como la preparación de la comunicación se hace con el asesoramiento del respectivo profesor, lo que permite la evaluación del proceso.

En la cuarta y quinta sesión se realizan las actividades de las mesas redondas; dos mesas cada día con la exposición de un tema en cada mesa (los estudiantes, en una anterior actividad de esta asignatura, ya han asistido a una mesa redonda formada por profesionales de Enfermería, y han visto como se desarrolla). Las mesas redondas se llevan a cabo en el aula de primero con la presencia de todos los estudiantes del curso.

El día de la primera mesa todos los grupos deben llevar su comunicación preparada, ya que no saben si tendrán que hacer entonces su intervención. Antes de iniciarse la primera mesa se lleva a cabo un sorteo para determinar la secuencia de los temas a tratar en las respectivas sesiones. Con ello se pretende que ningún grupo tenga más tiempo para preparar su intervención que otro.

Las respectivas mesas son moderadas por un profesor, y en ellas intervienen 3 portavoces "a favor" y 3 "en contra" del tema a debatir. Las intervenciones tienen un tiempo límite de 5 minutos y durante el mismo deben exponer y defender el rol asignado del tema correspondiente. Es de suponer que cada participante tiene su propia opinión sobre el tema que le ha tocado presentar y discutir, pero allí tiene que defender la postura que le ha tocado, al margen de lo que piense. Debe presentar argumentaciones sólidas y evidentes, tanto si está personalmente de acuerdo como si no.

Cuando todos han hecho uso de su turno de palabra, comienza un debate abierto, de 15 minutos de duración. Durante este los estudiantes que intervienen no pueden olvidar que están participando en un debate universitario, por tanto, han de tener presente aspectos como:

- ✓ pedir correctamente el turno de palabra;
- √ hablar siempre con el respeto debido;
- ✓ moderar el uso de la voz:
- ✓ defender la postura con coherencia y argumentación;
- ✓ escuchar atenta v activamente las intervenciones de sus compañeros:
- ✓ o, tener cuidado con la comunicación no verbal.

Al final de la **quinta y última sesión** se les entrega una nota explicativa del ejercicio individual que deben hacer como cierre de la actividad. Dicho ejercicio lo realizan todos aquellos que no han sido miembros de una mesa, y consiste en presentar de forma breve (máxime dos folios) los puntos más relevantes de una de las mesas, excluyendo aquella en la que ha intervenido su grupo. También deben dar su opinión sobre los argumentos esgrimidos por un ponente concreto. Los estudiantes saben con antelación que deberán hacer un ejercicio relacionado con las mesas al final de la actividad, pero el desconocimiento de cual será, en concreto, este trabajo individual, permite asegurar que estarán atentos a todas las mesas y que tomarán notas de todas ellas.

La evaluación de la actividad contempla 3 aspectos:

- √ un porcentaje corresponde al escrito de la comunicación que ha entregado cada grupo; en concreto un 60%;
- ✓ otro porcentaje va destinado al ejercicio individual antes citado, o a la presentación de la ponencia en el caso de los portavoces; en concreto un 30%;
- ✓ y otro se aplica a la actitud que ha demostrado cada estudiante (asistencia, participación, interés.....); en concreto un 10%.

Se puede ver que el porcentaje mayor lo damos al trabajo grupal. Las razones son las siguientes:

- a los estudiantes les ha supuesto días de búsqueda de información y un importante trabajo de análisis de la misma:
- han debido realizar un trabajo de consenso de criterios sobre el tema a trabajar y el rol a defender;
- √ han tenido que construir el discurso de la comunicación.

TERCERA PARTE

Valoración.-

Referente a los estudiantes nos encontramos que:

- ✓ reconocen que les es dificultoso encontrar información amplia y concreta sobre el tema que deben tratar, y que realizan mucha búsqueda para poder reforzar sus tesis con datos objetivos;
- ✓ es una actividad que al ejecutarla se dan cuenta de lo compleja que es la realidad, y que es difícil definir un único criterio;
- ✓ es un método de aprendizaje que les gusta, y es una actividad muy bien recibida por su parte, ya que se encuentran simulando situaciones que se dan en la vida real;
- ✓ el hecho de ser ellos los que han elegido los temas a tratar, incrementa su motivación para conseguir información.

Los profesores constatamos que:

- ✓ tenemos cierta dificultad para evaluar una actividad como ésta, por los muchos aspectos que hemos de tener en cuenta;
- ✓ los estudiantes llegan a entender y aceptar bien los objetivos que se pretenden con la actividad;
- √ dicha actividad les ayuda a desarrollar criterio. A ello contribuye el hecho de tener que buscar información variada y coherente sobre el tema a trabajar. A menudo sucede que antes de comenzar a buscar información, los estudiantes tenían un determinado criterio sobre el tema adjudicado, pero tras haberlo trabajado lo cambian;
- ✓ el proceso que han seguido les ha permitido aprender, asimismo, la dinámica de una mesa redonda.

Finalmente queremos indicar que no se valora más a los que tienen razón en aquello que exponen, sino a los que saben dialogar y discutir mejor, y a los que presentan datos y argumentos más coherentes.

POSTER: EL GROUPWARE UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO COLABORATIVO

AUTORES: Arlandis Casanova, Matilde; Castro Marcos, Maria Victoria; Gimena Díaz, Manuel

Estudiantes del segundo ciclo del Titulo Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid:

Institución

Hospital Universitario "La Paz" de Madrid

1. **OBJETIVOS**:

Facilitar la gestión del tiempo Facilitar el aprendizaje Aumentar la eficiencia del grupo Aumentar la cohesión del grupo

2. DISEÑO

Cualitativo, basado en los discursos que sobre dificultades para la cohesión grupal plantean enfermeros y enfermeras que están inmersos en el ambiente laboral y docente.

3. ÁMBITO DE ESTUDIO

Universidad autónoma de Madrid

4. PARTICIPANTES O SUJETOS DE ESTUDIO

Sujetos que forman un grupo heterogéneo, con subgrupos por pertenecer a centros laborales diferentes, diferentes horarios de trabajo, edad y residencia.

5. MÉTODOS Ó INTERVENCIÓN

Comunicación con colegas a través de correo electrónico.

6. PRINCIPALES HALLAZGOS

Una de las más incipientes tecnologías de interacción personal es "El Groupware" o también llamado "Trabajo Colaborativo". En términos generales su definición sería :

La convergencia de lo que en años anteriores se consideraban tecnologías independientes: como la mensajería, la conferencia y los flujos de información dentro de una organización o entre diferentes organizaciones.

Poniendo el concepto en tres planos diferentes: la comunicación, la coordinación y la colaboración, podemos decir que Groupware es una herramienta que ayuda a los individuos a trabajar juntos en un modo cualitativamente mejor que el planteado por los esquemas de organización tradicionales, proporcionando:

- Comunicación con colegas a través de correo electrónico.
- Colaboración en grupos de trabajo a través de un espacio de trabajo virtual.
- Coordinación de procesos estratégicos rediseñando la estructura del proceso de negocios para comunicar y crear mecanismos de colaboración así como implementar políticas bien definidas en la empresa.

7. COMENTARIOS-CONCLUSIONES

No cabe duda, que Groupware es la tecnología que aunada a las bastas capacidades de la Internet, está destinada a ser el factor diferenciador para lograr la eficiencia de los diferentes procesos críticos de manejo de información y la convivencia .

8. PALABRAS CLAVE

Groupware, convergencia, independientes, trabajo Colaborativo.

2.- POSTER: "2001 RECETAS PARA UN ACERCAMIENTO EN ENFERMERÍA"

AUTORES: Chas Barbeito, Manuela Cristina*; Bravo Martínez, José**. Fica Hernando, María Luz*; Ortíz Martínez, Teresa***; Martínez Rodríguez María del Pino***; Culebras Ortiz, Teresa.****

*PTEU.Enfermería Lanzarote. **PATC. Enfermería Lanzarote. *** PATP. Enfermería Lanzarote. ****Enfermera Hospital General de Lanzarote.

INSTITUCIÓN: Centro de Estudios de Enfermería. Lanzarote

PALABRAS CLAVE: Enfermería teoría, práctica.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Justificar una colección de recetas para un acercamiento en Enfermería no es fácil. La gente que se gana la vida con esfuerzo improvisa lo mejor posible, sin pensarlo mucho, agradecidos de la suerte inmensa de tener a quién abrazar. ¿Por qué entonces este recetario?

En 1977 tiene lugar nuestra separación, nuestro divorcio, como en cualquier familia que se precie, por causas por todos conocidas:

1.-"No nos entendíamos". Parecía que hablábamos otro lenguaje. Reapareció la mítica historia de Babel: conversaciones paralelas entre el metaparadigma enfermero y "estoy sola en la U.C.I. con cuatro pacientes críticos".2-"Nos maltratábamos y criticábamos". Comentarios manidos: "cuando lleguéis al hospital no debéis fijaros en lo mal que trabajan", o "que venga la "bruja" de la escuela a hacerlo como ella dice".3.-"Surgió otro amor". Atracción hacia otras disciplinas con descuido de la suya propia.

4.-"No teníamos los mismos objetivos". ¿Qué querían demostrar las teóricas? ¿Habíamos perdido el norte?. 5.-"No se ponía en mi lugar". La capacidad empática se perdió.

Este trabajo es una reflexión cuyo objetivo es investigar sobre estrategias para integrar el papel de los dos cónyuges en el proyecto de su vida en común.

SUJETOS: "¿ CON QUIÉN PROBAMOS EL RECETARIO?"

Universo: Asociación de mujeres separadas de la comunidad de León

(profesoras de prácticas de nueva contratación de la E.U.E. de León).

METODO: :"¿CÓMO DESPERTAR EN UN CÓNYUGE LA NECESIDAD DEL OTRO?": TERAPIA FAMILIAR.

- Autodescubriendo el papel del otro en el crecimiento del producto de la pareja.
- Buscando nexos de unión desde el entendimiento.
- Estableciendo estrategias para una vida en común.
- Desmitificando el tándem: amor es igual a orgasmo simultáneo.
- Organización de un seminario para separados o grupo de terapia familiar, , examinando las tareas compartidas y los momentos conmovedores y las discusiones, buscando hasta el infinito las claves de la separación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El convencimiento de que solo hay un camino para llegar y mil para alejarse ,nos hizo entender que la Teoría era el centinela del camino, siendo las necesidades que surgen en la práctica las que marcan el ritmo. Este trabajo sólo pretendía a través de una reflexión del rol de cada uno de los integrantes del proceso educativo enfermero, un acercamiento sin búsqueda de culpables, tan sólo con el ánimo de promover líneas comunes para el desarrollo profesional.

3.- POSTER: COMO FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO

AUTORAS: M.Teresa Giró Molner (1.2), Isabel Pérez Pérez (1.2), Montserrat. Pérez Guerrero (1), M. Angeles Piñol Torelló (1.3), Isabel Romero Ruzafa (1.4)

(1)DUE; (2) Llic. Pedagogía; (3) Llic. Humanidades; (4) Llic. Antropología

Escuela Universitaria de Enfermeria Blanquerna . Universidad Ramón Llull. Barcelona

1. Introducción

L'EUIF Blanquerna, de la URLL imparte la asignatura de Seminario, en los tres cursos de la diplomatura, como elemento diferenciador de su plan de estudios.

Esta asignatura es de carácter obligatorio, constituye un espacio de aprendizaje donde se intercambian experiencias, ideas y realidades.

Su finalidad es favorecer la adquisición de las competencias profesionales como el trabajo en equipo, necesario para trabajar en un entorno social complejo.

El equipo de profesores tutores del seminario de tercer curso han diseñado un Bloque Temático cuya finalidad es facilitar al estudiante la adquisición de la competencia del trabajo en equipo y la relación interprofesional,

Mediante un trabajo de campo sobre los principales problemas de salud de la juventud de nuestro entorno, se fomenta el trabajo en equipo y la reflexión personal y profesional frente a la situación del mundo sanitario y social

El objetivo que se quiere alcanzar es que los estudiantes sean capaces de profundizar en las habilidades especificas del trabajo en equipo (planificación, organización, gestión, comunicación y resolución de conflictos).

2. Material y método

El equipo de profesores tutores de la asignatura de seminario de tercer curso lo constituyen nueve docentes, cada uno de ellos tiene a su cargo quince alumnos con una dedicación docente en el aula de cuatro horas semanales por cuatrimestre, estos alumnos con el soporte de los profesores tutores, desarrollan un bloque temático relacionado con la etapa vital de la adolescencia.

Se forman 4 grupos de 4-5 alumnos por profesor y seminario, el grupo es coordinado y asesorado por el tutor en aquellas cuestiones, tanto metodológicas como de organización.

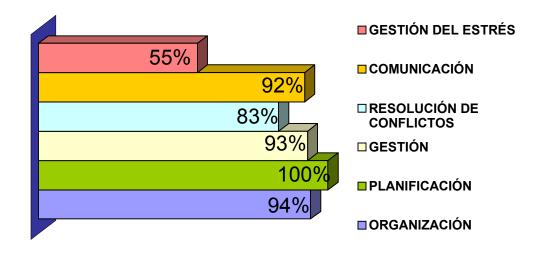
Cada grupo inicia su trabajo como un equipo, escogiendo un líder y adoptando cada miembro una función dentro de este, con el objetivo de conseguir una buena interrelación entre los miembros para obtener los resultados de su investigación.

Para la evaluación de esta competencia se ha diseñado un instrumento de auto evaluación , este consta de 6 ítem relacionados con la organización, planificación, participación, la resolución de conflictos, comunicación, gestión del estrés. Esta auto evaluación se pondera de forma cualitativa para el alumno y cuantitativa para el profesor, esta auto evaluación forma parte en un 20% de la nota global del bloque temático .

3. Resultados

La muestra es de 111 alumnos distribuidos en 27 equipos de investigación correspondientes a un total de 9 seminarios tutorizados por 9 profesores tutores del área de enfermería. Los resultados obtenidos de la parrilla de evaluación del total de la muestra de estudiantes fue la siguiente.

Grafico 1. Resultados



Como se puede observar en el grafico 1 . frente a las preguntas "En que medida has participado en la <u>planificación</u> del trabajo en equipo" se constata la participación de todo el alumnado en un 100%, "En que medida has participado en la <u>organización</u> del trabajo en equipo", en un 94% . "En que medida has participado en <u>gestionar</u> el trabajo en equipo" en un 93% . "Has sido facilitador/a en los procesos comunicativos en los diferentes ámbitos

(Instrumento de auto evaluación) P	reguntas	nada	росо	bastante	mucho
1. En que medida has participado en la organiz	ación del	2%	4%	68%	26%
trabajo en equipo					
2. En que medida has participado en la planific	ación del			75%	25%
trabajo en equipo					
3. En que medida has participado en gestionar	el trabajo en	2%	5%	75%	18%
equipo					
4. Has aprendido ha resolver los problemas y	' 0	4%	13%	65%	18%
conflictos que han surgido en el grupo.					
5. Has sido facilitador/a en los procesos comu	nicativos		8%	83%	9%
en los diferentes ámbitos de actuación					
6. Has sido capaz de detectar i gestionar el pro	pio estrés	9%	36%	45%	10%

de actuación" en un 92%. "Has aprendido ha <u>resolver los problemas y/o conflictos</u> que han surgido en el grupo" en un 83%, y finalmente delante de la pregunta "Has sido capaz de detectar i gestionar el propio estrés". en un 55%.

De los resultados obtenidos cabe destacar que los alumnos han adquirido los conocimientos y habilidades de la planificación, organización, gestión, comunicación y también la resolución de conflictos, sin embargo tendrían que mejorar sus habilidades en la gestión del estrés. Esto supone un replanteamiento de los docentes para solventar esta deficiencia observada.

4. Conclusiones

La metodología del seminario ha permitido motivar al alumno hacia la investigación y adquirir la metodología, así como consolidar el aprendizaje del trabajo en equipo, elemento clave del sistema sanitario.

Los resultados obtenidos nos muestran que nuestros alumnos han integrado este método de trabajo. Cabe destacar sin embargo que tenemos que facilitarles herramientas para poder detectar y gestionar el estrés que genera la interrelación que se produce entre los individuos del grupo durante el proyecto.

Creemos que es imprescindible facilitar a nuestros estudiantes la adquisición de la metodología y su consolidación en el aprendizaje del trabajo en equipo,

También cabe destacar, que el hecho de optar como sujeto de investigación el grupo de edad de la adolescencia, los ha acercado a su realidad vital y les ha facilitado una reflexión practica, que les facilitara la prestación de cuidados una ves finalizados sus estudios y se enfrenten al cuidado de este segmento de la población adolescente tan cercano a ellos.

5. Bibliografia

- Gonzalez, P: Psicologia de los grupos. Editorial .Síntesis. Madrid,1996
- Donnadieu, B., Genthon, M., i Vial M.: Les Théories de l'aprentissage. Inter-Editions, París.
 1998.
- Medina, J.L.: La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería .Editorial Laertes. Barcelona.1999
- Palomo Vadillo, MT.: Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. Editorial. ESIC. Madrid. 2000
- Schein, E.: Psicologia de la Organización. Editorial. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. Méjico. 1982
- Schön, Donald A.: La formación de profesionales reflexivos. Editorial Paidos. Barcelona.
 1992.

TALLER DE TRABAJO

1.- "FORMACIÓN CONTINUADA DESDE LA PRACTICA DIARIA"

Autora: Dña. Mª Consuelo Carballal Balsa.

Supervisora de Formación Continuada e Investigación.

Complexo Hospitalario "Arquitecto Marcide Prf Novoa Santos"- Ferrol .A Coruña.

INTRODUCCIÓN.

Se ha demostrado que las estrategias de formación más eficaces son aquellas que tienen una vinculación directa con la práctica diaria

Podemos recordar que el término educación (formación), etimológicamente proviene de EDUCARE (criar, alimentar, conducir, guiar.), pero semánticamente se le atribuye el significado de EDUCERE (sacar de, hacer salir, extraer...), El tomar el término en un sentido o en el otro implican dos modos distintos de entender la formación:

- Uno directivo, intervencionista; el epicentro es el que enseña, él es el que actúa, habla, explica, es la fuente de saber. Son importantes las habilidades del que enseña. Discentes en actitud pasiva.
- Modelo de extracción o desarrollo; el que aprende participa activamente "en su proceso de aprendizaje". Importancia en desarrollar habilidades en el educando, conseguir que "aprenda a aprender".

Teniendo en cuenta el segundo punto en el aprendizaje basado en problemas, es cada uno quien decide lo que necesita saber. El objetivo será que cada participante se de cuenta de lo que uno necesita conocer para resolver un determinado problema planteado en la practica profesional habitual.

OBJETIVO.

En este taller se propone mostrar como realizar en cada Unidad de Enfermería sesiones basadas en la en la práctica diaria con una metodología de aprendizaje basado en la resolución de problemas (Adaptación del modelo de D. R. Woods: "Problem Based Learning: How to Ganin The Most from PBL").

En un tipo de formación *basado en temas* se parte de la idea que el nivel de conocimiento del discente es mínimo en ese tema y se presenta la información que el docente considera importante.

METODOLOGÍA

Se planteará con los asistentes una sesión basa en la práctica diaria

Se distribuirán los distintos roles analizando las posibles resistencias que surjan en cada uno de ellos.

En la etapa final de comentarios en el taller se discutirá ventajas e inconveniente de este tipo de sesiones.

TALLER DE TRABAJO

2.- "LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROTOCOLO COMO GESTION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL"

Autora: Dña. Mª José López Montesinos

Profesora titular Dep. Enfermería. Universidad de Murcia.

Los cuidados de la salud traducidos en procesos y actuaciones clínico-asistenciales, requieren de los servicios de unos profesionales procedentes, en algunas ocasiones, de diferentes colectivos sanitarios, y en otras aunque del mismo colectivo, de diversas educaciones sanitarias, experiencias profesionales o formación y nivel de conocimientos adquiridos, dando como consecuencia la variabilidad en las actuaciones, metodologías utilizadas, nivel de actuación en la toma de decisiones, aptitudes y actitudes personales, habilidades, técnica etc. Ello provoca diversidad de criterios en los planteamientos y actuaciones ante los problemas de salud, aunque de entrada, todos coincidan en la definición y etiología del proceso. El creciente interés de elevar el nivel de participación de los profesionales de enfermería, con unificación de criterios basados en una metodología y rigurosidad documental que, nos impida actuar mediante hipótesis, experiencias personales y supuestos, nos ha dado como respuesta la necesidad de aplicar un proceso de protocolización que acredite nuestras actuaciones, nos ofrezca seguridad y confianza a los profesionales, eleve el nivel de calidad asistencial en la prestación de los cuidados, favorezca la disminución de costes y riesgos ante la adecuada y pertinente utilización de recursos y, sobre todo, asegure la satisfacción del paciente-cliente con relación a su demanda. La protocolización o quía de actuación clínica describe acciones y responsabilidades a la vez que delimita funciones, actividades y tareas de forma ordenada y secuencial en la planificación, proceso y resultado de nuestro desempeño profesional, permitiendo una evaluación final.

METODOLOGÍA.-

El asegurar la implantación, permanencia y mejora continua de la calidad asistencial, nos conduce al diseño y construcción de una guía de práctica clínica o protocolo , como herramienta imprescindible, para la atención de los problemas de salud en general, desde una actuación particular y específica en cada fase de todo proceso de pérdida de salud . Utilizaremos para ello desde los Programas de Gestión de la Calidad, como metodología de actuación, el Ciclo de Garantía de Calidad que nos define el problema, asegure la inclusión de requisitos que debe contener un protocolo, nos permita medir el nivel de cumplimiento de los criterios seleccionados, adoptar las necesarias medidas correctoras, y elaborar los nuevos planes de futuro.

OBJETIVOS DEL TALLER.-

Conocer el concepto de "protocolo" y sus elementos definitorios Diseñar el Documento proponiendo un modelo de elaboración de "protocolo" Construir un protocolo Evaluar un protocolo

CONTENIDOS DEL TALLER.-

Concepto de protocolo. Elementos definitorios
Características de un protocolo
Fases de construcción de un protocolo
Evaluación de la calidad de un protocolo
Presentación de esquema de un modelo de documento-protocolo.

PROTOCOLIZACIÓN

ACTIVIDAD DE DISEÑO DE LA CALIDAD
AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES
GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
ESPECIFICA NORMAS DE ACTUACIÓN
ABORDA PROBLEMAS DE SALUD CONCRETOS
COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN ENTRE PROFESIONAL / USUARIO

CARACTERÍSTICAS DE UN PROTOCOLO

VALIDEZ
FIABILIDAD
APLICABILIDAD PRÁCTICA
FLEXIBILIDAD
CLARIDAD
CONSENSO ENTRE EL GRUPO
REVISIÓN PLANIFICADA CON PERIORICIDAD
DOCUMENTACIÓN

2

FASES DE CONSTRUCCIÓN DE UN PROTOCOLO.-

- 1.- FASE DE PREPARACIÓN.
- 1.1.-SELECCIÓN DEL PROBLEMA A PROTOCOLIZAR Y JUSTIFICACIÓN DE SU ELECCIÓN (PERTINENCIA, MAGNITUD, REPERCUSIÓN, FACTIBILIDAD)
- 1.2.- DEFINIR TIPO DE PROTOCOLO (NIVEL DE ATNCIÓN, TIPO DE ACTIVIDAD A DESARROLLAR, PROFESIONAL/S IMPLICADO, RECEPTOR)
- 1.3.- CONSTITUIR GRUPO DE TRABAJO. DESIGNAR RESPONSABLE
- 1.4.- CRONOGRAMA (ACTIVIDADES, FECHAS)
- 1.5.- ESTIMAR EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL PROTOCOLO SELECCIONADO, BENEFICIOS POSIBLES, COSTES PREVISTOS
- 1.6.- RELACIÓN DE: COMPONENTES DEL GRUPO, DE LOS CRITERIOS, DE CONCLUSIONES PREVISIBLES
- 2.- FASE DE ELABORACIÓN
- 2.1.- DOCUMENTO BREVE, ADAPTADO AL MEDIO, FACIL DE MANEJAR, PRESENCIA DE HOJA DE ALGORITMOS Y ARBOL DE DECISIÓN
- 2.2.- UTILIZAR UN MODELO DE REFERENCIA PARA CONSTRUIR EL PROTOCOLO (NOMBRE DEL PROBLEMA, ÍNDICE, OBJETIVOS, FINALIDAD DEL PROTOCOLO, COMO SE REALIZA, CUANDO , POR QUIEN, PARA QUIEN, PLAN DE ACTUACIÓN: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTINUIDAD O SEGUIMIENTO, RECOMENDACIONES, RECURSOS NECESARIOS, SISTEMA DE EVALUACIÓN QUIEN LO EVALUARÁ, BIBLIOGRAFÍA)

3

ANÁLISIS, DISCUSIÓN DEL PROTOCOLO

- 3.1.- SOMETERLO A LA CRÍTICA DE LOS PROFESIONALES, RECOPILAR APORTACIONES, POSIBLES MODIFICACIONES
- 4.- DIFUSIÓN DEL DOCUMENTO
- 5.- EVALUACIÓN TRAS SU IMPLANTACIÓN

ESQUEMA - PROTOCOLO.-

- DENOMINACIÓN DE PROTOCOLO: PROBLEMA A TRATAR
- ÍNDICE
- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA
- A QUIEN SE DIRIGE (POBLACIÓN DIANA)
- ACTIVIDAD A REALIZAR:
- RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN (DEL PACIENTE, DE LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN DE LA OBSERVACIÓN PROFESIONAL, DE LA ENTREVISTA O ANAMNESIS)
- PLAN DE ACTUACIÓN(QUE HACER Y QUE NO)
 (DIAGN., TRATAM., SEGUIMIENTO, RECOMENDAC. (E.P.S.)
- RELACIÓN DE RECURSOS (HUMANOS, ECONÓM., MATERIALES)
- SISTEMA DE ORGANIZACIÓN (QUIEN LO REALIZA, QUIEN LO RECIBE, CUANDO, COMO DONDE...)
- REGISTRO DE DATOS (QUE SE REGISTRA, DONDE, COMO)
- EVALUACIÓN (CRONOGRAMA)
- BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS

5

FORMATO- PROTOCOLO (H.G.U)

TÍTULO
DEFINICIÓN PROBLEMA
RESPONSABLE EJECUCIÓN
RECEPTOR
TIEMPO DE EJECUCIÓN
RECURSOS NECESARIOS
OBJETIVOS
PROCEDIMIENTOS/MÉTODO
OBSERVACIONES/RAZONAMIENTOS
CRITERIOS DE EVALUACIÓN
REVISIÓN /CRONOGRAMA ACTIVIDADES- FECHAS
BIBLIOGRAFÍA
AUTORES
ANEXO
6

EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS

- 1.-INTRODUCCIÓN.-
- ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA EVAL. DE UN PROTOCOLO:
- CALIDAD FORMAL (UTIL COMO HERRAMIENTA DE DISEÑO DE CALIDAD
- CALIDAD DEL CONTENIDO
- NIVEL DE UTILIDAD (CUANTO SE UTILIZA)
- TIPO DE UTILIDAD (EFECTIVIDAD)

- 2.- EVALUACIÓN DE ATRIBUTOS(EVAL. DE CAL. FORMAL O DE ESTRUCTURA)
- ELABORACIÓN DE CUESTIONES O PREGUNTAS (CRITERIOS) PARA VALORAR Y EVALÚAR C/ ATRIBUTO Y LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO

EL CUESTIONARIO TIENE COMO OBJETIVOS:

LO PUEDE UTILIZAR CUALQUIER PROFESIONAL, SIN PREVIO CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO DEL TEMA A PROTOCOLIZAR ADAPTADO AL MEDIO Y SITUACIÓN OMITIR SUBJETIVISMOS CRITERIOS SUFICIENTES PERO NO EXCESIVOS

7

- 3.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS.-
- SE REQUIERE CONOCIMIENTO DEL TEMA PROTOCOLIZADO (EXPERTO) . ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES Y EXCEPCIONES
- DOCUMENTACIÓN, EVIDENCIA CIENTÍFICA, BIBLIOGRAFÍA
- 4.- EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL PROTOCOLO
- MONITORIZAR, MEDIR LA FRCUENCIA DE SU UTILIZACIÓN Y LA FRECUENCIA DE SU CORRECTA UTILIZACIÓN
- 5.- EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD (RESULTADOS)
- MEDICIÓN DE RESULTADOS Y MEJORA PRODUCIDA CON LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO EN:
- SALUD
- COSTES

BRÚJULA DE VALORES

- SATISFACCIÓN
- RESULTADOS CLÍNICOS

TALLER DE TRABAJO:

3.- "CUIDANDO AL CUIDADOR PRINCIPAL"

Autor: D. Francisco Megías-Lizancos.

Prof. Titular. Enfermería Comunitaria y Ecología Humana; y Relaciones de Ayuda mutua.

Colaboradores:

D. Jorge L. Gómez González

Prof. Interino Enfermería Comunitaria y Ecología Humana.

Dpto. de Enfermería. Universidad de Alcalá.

Dña. Marisol Martínez Megías Enfermera. A.P. Area 2. Madrid

Introducción al Taller

Basándonos en los distintos estudios realizados podemos afirmar que el 88% del tiempo dedicado a los cuidados es brindado por cuidadores informales, en su mayoría mujeres. Estas mujeres están sobrecargadas, carecen de una infraestructura de apoyo que les ayude a compaginar el trabajo familiar con el profesional, existiendo además para ellas un mercado de trabajo altamente discriminatorio y escaso en la oferta de trabajo flexible y parcial.

La tradición política de los países del sur de Europa entre los que nos encontramos, con una visión de la familia sumamente conservadora, reproduce con creces los elementos de siempre, con escaso desarrollo del estado de bienestar, una polarización social con escasa cohesión, unos servicios de ayuda a domicilio muy poco desarrollados y un mercado de trabajo altamente polarizado muy precario.

Consecuencia de todo ello se observa que las familias tienen una gran carga, especialmente las mujeres, en la que a su vez observamos:

- En las de 35 a 55 años, tienen tres veces más enfermedades debidas al estrés que el promedio español
- El 51% de las mujeres que cuidan personas dependientes manifiestan estar cansadas; el 32% están deprimidas y el 30% sienten que su salud se ha deteriorado.
- Un 64% de las mujeres cuidadoras de personas dependientes han reducido su tiempo de ocio, 48% han dejado de ir de vacaciones y 40% han dejado de frecuentar amistades.
- Para el 28% de mujeres cuidadoras, su trabajo de cuidador dura más de 10 años; para un 19% dura entre 6 y 10 años; y para un 25%, dura entre 3 y 5 años.

Una labor muy importante de la enfermera, y también del resto de profesionales que atienden a la familia, debe ser promover decididamente la incorporación del resto de los miembros de la familia a las tareas y los cuidados con la clara finalidad de evitar una sobrecarga de trabajo y de roles por parte del ama de casa (esposa, madre y cuidadora).

La mujer sigue siendo la cuidadora principal y la incorporación del varón a las tareas del hogar y a la asunción responsable de cuidados informales está aún lejana de poder se equiparada en tiempo y calidad, a los cuidados que aportan las mujeres. La participación progresiva que se ha observado en los últimos años por parte de los hombres, sigue siendo muy escasa.