

B.S.
T.I.
610.73
C957

1

MATERIAL DE INSTRUCCION PARA LA ASIGNATURA
DE INTRODUCCION A ENFERMERIA

ANA BERTHILDE CRUZ DE PINEDO
Profesor Titular Grado III

CELMIRA FLOREZ DE CUESTA
Profesor Titular Grado III

SEGUNDA EDICION

Cartagena
Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1994

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
PRESENTACION	
1. MARCO DE REFERENCIA	7
1.1. La Didáctica de Introducción a Enfermería	7
1.2. Métodos y Estrategias de Instrucción	9
1.2.1. Conferencia didáctica	10
1.2.2. Estudio dirigido	12
1.2.3. Seminario	15
1.2.4. Discusión de grupo	17
2. MATERIAL DE INSTRUCCION	21
UNIDAD I	24
Guía No 1	24
<ul style="list-style-type: none"> . Las profesiones y oficios . Parámetros para el estudio de la profesión de Enfermería . La profesión de Enfermería 	
Guía No 2	52
<ul style="list-style-type: none"> . Influencia de los factores sociales, económicos, políticos y culturales en salud y su relación con la atención de enfermería. 	
Guía No 3.	58
<ul style="list-style-type: none"> . Filosofía en Enfermería 	

UNIVERSIDAD		ESTADÍSTICA
CENTRO DE INFORMACIÓN		
FORMA DE ADQUISICIÓN		
Compra	Donación	García
Precio \$	10.000	Proveer
Nº. de Acceso	88299	f. enf.
Fecha de ingreso	01	09 18

Guía No 4.	79
. Ciencia y Tecnología en Enfermería Proceso de Enfermería	
Guía No 5.	136
. Ciencia y Tecnología en Enfermería . Teorías y Modelos . Protocolos	
Guía No 6.	149
. Organismos rectores como controladores de la profesión de Enfermería . Legislación en Enfermería	
Guía No 7	180
. Perfiles ocupacionales y académicos en Enfermería . Integración Docencia Asistencia e Interdisciplinariedad	
UNIDAD II	219
Historia de la Enfermería	
Guía No 8.	
Desarrollo histórico de la Enfermería. Contexto Internacional y Nacional	
3. EVALUACION FORMATIVA DEL MATERIAL DE INSTRUCCION DE LA ASIGNATURA DE INTRODUCCION A ENFERMERIA.	235
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	

PRESENTACION

El objetivo central de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, es la formación integral de ENFERMERAS para los sub-sistemas de Educación, Servicio y Práctica privada. Estos profesionales se forman de acuerdo a las necesidades de los estudiantes y de la sociedad a la cual van a servir, al perfil Académico profesional vigente de la Enfermera en Colombia, diseñado por usuarios, entidades empleadoras, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería ACOFAEN, aprobados por los Ministerios de Salud y Educación de Colombia.

La asignatura de Introducción a Enfermería parte del Currículo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, corresponde al área profesional en el Plan de Estudios y está ubicada en el I Semestre. La anterior, contribuye a la formación integral de la enfermera, da la información básica del proceso de profesionalización de Enfermería a través de la historia. Genera aplicación inmediata a Educación para la Salud en cuanto al rol de la enfermera dentro del equipo multidisciplinario de salud y posteriormente en todas las asignaturas del área de formación profesional específica, en donde el ESTUDIANTE, tendrá responsabilidad de profundizar, actualizar y aplicar ésta información a la atención de Enfermería ambulatoria y Hospitalaria por niveles de atención.

Esta segunda edición, es producto de la investigación denominada "Evaluación formativa del Insumo, Proceso y Producto de la asignatura Introducción a la Enfermería".

Durante el año de 1992 los estudiantes realizaron periódicamente la evaluación formativa del material de instrucción con resultados positivos (Ver página 235) y al finalizar la asignatura diligenciaron los estándares de Estructura, Proceso y Producto. Con base en lo anterior, se puede afirmar que el material de instrucción utilizado fué del agrado del personal que se encuentra IDENTIFICADO con

la carrera que han elegido y recomendaron lo siguiente:

- . Disminuir el número de Guías (14) y el número de preguntas de autoevaluación de las guías.
- . No dar cuadernillos a cada grupo, porque no tienen tiempo para reunirse a trabajar en grupo por la recarga académica".
- . Modificar el Manual e incluir los Artículos con cada guía.
- . Xeroxcopiar los artículos en aumento (tienen pequeña letra)
- . Imprimir el número de ejemplares de acuerdo a la demanda, previa consulta de los interesados.

Consecuentes con lo anterior, para 1993 se eliminó la III Unidad y se integró a la I Unidad, dando como resultado 8 guías y se seleccionaron las preguntas claves para cada guía. Nuevamente se puso a prueba las guías y el material por grupos de trabajo, con resultados positivos. Curiosamente las sugerencias son las mismas a excepción de la primera.

La asignatura de Introducción a Enfermería (1.994) es teórica y se desarrolla en dos (2) Unidades. En esta edición se han seleccionado artículos especializados recomendados por ANEC y ACOFAEN para el curso de profesionalización de Enfermería. Es importante anotar que se han respetado las pautas de presentación de cada artículo, así mismo se han xeroxcopiado de los originales y en letra del tamaño grande con el permiso de los editores.

El material informativo aquí consignado, tiene por objeto adquirir hábitos de lectura rápida y comprensiva, mecanización del lenguaje científico y técnico en forma progresiva; proporciona elementos de análisis y comprensión de la Enfermería como profesión y los problemas del ejercicio profesional.

Es posible que con la nueva Constitución, las leyes, los decretos y la modernización de las instituciones rectoras de la década del 90, algunos artículos pueden resultar obsoletos, por lo tanto, pedimos a lectores nos informen oportunamente para hacer adiciones al respecto.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. La didáctica de Introducción a Enfermería

El diseño de instrucción de Introducción a Enfermería parte del paradigma para el estudio de la Enfermería y del proceso de profesionalización. En este sentido, la Enfermería en Colombia (1985) fue considerada en el proyecto de Ley presentado por ANEC al Congreso de la República como "una disciplina de la salud, fundamentada en las Ciencias Biológicas, Sociales, Científicas y Tecnológicas, contribuyendo a mantener un nivel aceptable de salud en la persona, familia y grupo de comunidades, ayuda a adaptarse o a superar las carencias, incapacidades limitaciones que derivadas de la enfermedad, afectan el bienestar físico, mental y social; participa con el equipo de salud, cuando además de sus acciones, se requiera de otros profesionales, técnicos y auxiliares".

La profesionalización de Enfermería en el XI Congreso Nacional de Enfermeras 1988 fué estudiada como "un proceso mediante las ocupaciones y los individuos obtienen de la sociedad el reconocimiento de su rol específico, mediante el

desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos, de habilidades y aptitudes propias que les permiten ofrecer un servicio de calidad, basado en principios éticos y normas legales".

Con base en lo anterior se determinan los siguientes parámetros para valorar la profesión de Enfermería a través de la historia:

- . Hechos y eventos sociales, económicos, culturales y políticos que han influido directa o indirectamente en Enfermería.
- . Coherencia interna y externa de la Enfermería con las políticas del plan de desarrollo del país.
- . Filosofía definida y Código de Etica.
- . Marcos conceptuales (teorías y Modelos) y tecnologías propias.
- . Organismos rectores a nivel Internacional y Nacional como controladores de la profesión de Enfermería.

Las guías que los autores proponen para ilustrar los temas y los sub-temas, van acompañadas de las instrucciones necesarias para el desarrollo. En este sentido, creemos oportuno llamar la atención a los estudiantes para que sean **RESPONSABLES** al responder las preguntas que se proponen como condición para abordar la autoevaluación formativa y sumativa (informes orales y escritos), esta es una función que debe hacerse antes de iniciar otra guía y al finalizar la asignatura.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, ACOFAEN, ANEC, esperan que cada uno de los participantes de este curso tomen conciencia ética de la importancia de ésta asignatura como fundamento de la profesión que han elegido como meta personal y que sea para bien de cada uno, su familia y la sociedad a la cual van a servir.

- . Legislación en el país.
- . Perfiles ocupacionales y académicos por el gobierno.

En consecuencia de lo anterior, para la enseñanza-aprendizaje de esta asignatura se utiliza los marcos conceptuales de Didáctica y Tecnología Educativa. En este orden de ideas, la Didáctica es considerada como la ciencia y el arte de enseñar y aprender. Es ciencia, en cuanto investiga y experimenta teorías educativas, nuevas estrategias de enseñanza, teniendo como base, principalmente la Biología, la Psicología, la Sociología y la Filosofía de la educación.

Es arte, porque establece normas de acción y sugiere formas de comportamiento didáctico basándose en los datos científicos y empíricos de la educación; razón por la cual la didáctica separa la teoría y la práctica, ambas deben interactuar, procurando la mayor eficiencia de la enseñanza y su mejor auge a las relaciones humanas del educando, de donde se deduce que enseñanza es la dirección del aprendizaje de la manera más eficiente que sea posible.

La didáctica, según Comenio, la subdivide en **general y Especial**. la primera, está destinada al estudio de todos los principios y técnicas válidas para la enseñanza-aprendizaje de cualquier disciplina, ésta se concreta al hacer el diseño del Plan de

Estudio.

La **Didáctica Especial**, está designada al análisis de los paradigmas de cada asignatura del Plan de Estudios en relación con la **General**. De acuerdo con esta segunda acepción, la **Didáctica Especial** estudia la naturaleza de la asignatura, contribución de ésta en la formación del educando y la aplicación de principios de la Didáctica General y tiene en cuenta la siguiente subclasificación: **Matética, Sistemática y Metódica.**

La **Matética** se refiere a quien aprende, este es el alumno, por lo tanto es fundamental saber quién aprende, hacia quién va a ser orientado el aprendizaje, a fin de que se logre la adecuación de la enseñanza.

La **Sistemática** se refiere a la aplicación de la tecnología educativa propiamente dicha y comprende: **Meta** de instrucción, los **Objetivos** del Plan de Estudios, los de la asignatura y de su análisis estructural, los contenidos de los pre-requisitos, correquisitos de la asignatura motivo de estudio, estrategias y materiales de instrucción, sistema de evaluación formativa y sumativa.

La **Metódica**, se refiere a la ejecución del diseño de instrucción o sea al arte de motivar, enseñar y aprender propiamente dicho, utilizando la integración y la correlación de los pre-requisitos, correquisitos, los contenidos, las estrategias y los materiales de instrucción, evaluación y verificación del aprendizaje; lo anterior se encuentra operacionalizado en las 8 GUIAS diseñadas para motivar, orientar la enseñanza-aprendizaje, identificar dificultades durante estos dos procesos y hacer los correctivos periódicamente.

1.2. Métodos y Estrategias de instrucción

Etimológicamente, método quiere decir "camino para llegar a un fin". Representa la manera de conducir el pensamiento o las acciones para alcanzar una meta de instrucción.

Los métodos de enseñanza de Introducción a Enfermería son considerados como un conjunto de momentos y estrategias, lógicamente coordinados para dirigir el aprendizaje del alumno hacia determinados objetivos. Los métodos a utilizar son: **deductivo, inductivo, analógico o comparativo, lógico y activo.**

El **método Deductivo** o razonamiento deductivo parte de los objetos ideales que son los universales de las premisas, es decir cuando el asunto

estudiado procede de lo general a lo particular. El profesor presenta conceptos, principios, clasificaciones, afirmaciones, negaciones de los cuales el alumno va extrayendo conclusiones, consecuencias y transferencias, o se examinan lecturas especializadas sobre la base de afirmaciones generales aceptadas en el proceso de profesionalización.

El **método Inductivo** o **razonamiento inductivo** se presenta por medio de casos particulares, leyes y decretos sugiriéndose que se descubra principios y teorías científicas. Con la participación activa de los alumnos, es evidente que este método es excelente en Enfermería porque se basa en la experiencia, en la observación y en los hechos.

El **método Analógico comparativo**, parte de datos particulares que permiten establecer confrontaciones que llevan a una conclusión por semejanza.

El **método lógico**, parte de datos o hechos en orden antecedente y consecuente, obedeciendo a una estructuración de hechos que dan desde lo simple a lo más complejo o desde el origen a la actualidad. La principal ordenación es la causa y efecto, en secuencia inductiva o deductiva. Este método tiene aplicación en la asignatura de **Introducción a la Enfermería.**

El método Activo consiste en la participación dinámica del alumno en el desarrollo de la clase, se lleva a cabo sobre la base de la realización de la clase por parte del alumno, convirtiéndose el profesor en un orientador, un guía, un incentivador y no en transmisor de saber.

**Estrategias de instrucción:
Técnicas didácticas
dinámica de grupo.**

Etimológicamente significa "Arte de dirigir" aplicado a la educación, sería: el arte de dirigir el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La estrategia representa la manera de hacer efectivo un objetivo de instrucción. Las estrategias a utilizar son: conferencia, estudio dirigido, seminario, discusión de grupo. En las anteriores estrategias se integran los métodos: Activo, Inductivo, Deductivo, Analítico y Lógico.

Se reconoce que en Educación Media los estudiantes han tenido experiencia en las anteriores dinámicas de grupo o estrategias de instrucción; sin embargo, para facilitar la unificación de conceptos, la participación activa de los estudiantes y la aplicación del proceso administrativo, se ha decidido estructurar cada estrategia con ocho (8) elementos a saber:

1. Nombre
2. Concepto de diferentes autores.

3. Objetivos

4. Planeación de actividades

5. Organización de Actividades

6. Ejecución de actividades de las personas involucradas y sustentación del contenido.

7. Evaluación del aprendizaje formativo y sumativo.

8. Actividades de apoyo o complementarias.

Los anteriores elementos están operacionalizados en cada estrategia, el estudiante tiene la responsabilidad de leer la estrategia seleccionada que aparece en cada Guía, identificar sus funciones, ejecutarlas, autoevaluar su aprendizaje, evaluar la enseñanza con actitud crítica y consciencia ética. En las páginas siguientes se encuentran las estrategias seleccionadas.

1.2.1. Conferencia didáctica

Definición:

. Exposición presentada a una clase o audiencia con propósitos instruccionales.

. Exposición informativa bidireccional centrada en el logro de los objetivos de instrucción, roles y actividades de los estudiantes.

Objetivos

. Presentar información básica en un corto tiempo.

. Facilitar la comprensión inicial de un tema nuevo.

. Esclarecer marcos conceptuales que resultan difíciles con otras estrategias grupales.

. Favorecer el autodomínio, el razonamiento y la disciplina de grupo.

. Mantener e intensificar el nivel motivacional de una asignatura.

Planeación

- Revisar perfil académico del estudiante y Plan de Unidad.

- Ubicar Tema y sub-tema motivo de la clase en el Plan de Unidad.

- Desarrollar el plan didáctico según modelo exigido en la institución con énfasis en: Objetivo de instrucción, conocimientos en secuencia lógica para una fácil comprensión, tiempo de que se dispone y lugar donde se va a realizar.

- Desarrollar el Plan de contenido de acuerdo a las normas de la institución y el nivel de los estudiantes.

- Diseñar la Guía de acuerdo a las normas de la institución y darlas a conocer con anticipación para que los alumnos se preparen y puedan interactuar con el expositor.

- Diseñar las ayudas didácticas necesarias: (cartel,

diapositivas e información para transcribir en el tablero).

- Determinar la evaluación formativa y sumativa de acuerdo al sistema de evaluación asignada.

Organización

Funciones del expositor

. Diseñar la clase según actividades de la planeación anteriormente descritas.

. Verificar el lugar de la exposición y organizarlo.

. Organizar las ayudas didácticas y colocarlas en un sitio estratégico para todos los estudiantes.

. Ejecutar y evaluar el aprendizaje.

Funciones de los estudiantes:

- Leer la parcelación de clases.

- Leer la Guía y prepararla.

- Participar activamente en la evaluación formativa con conciencia ética.

Ejecución

. Presentación del expositor si es nuevo.

. Iniciar la clase: (Introducción, objetivos y motivación)

. Desarrollo del contenido del Plan didáctico y de contenido teniendo en cuenta: tono de voz, buena pronunciación, mecánica de la pregunta y manejo de respuestas variación de estímulos y resaltar aspectos de importancia.

. Retroalimentar el contenido a medida que avanza la clase según las respuestas de los estudiantes.

. Motivar a los estudiantes para sacar conclusiones.

. Anticipación del próximo tema.

Evaluación

- Finalizar la clase con aplicación para la vida profesional.

- Hacer una síntesis y motivar a sacar conclusiones por parte de los alumnos.

- Hacer la evaluación formativa (post-test) y (preguntas orales).

- Dar sugerencias para próximas clases del semestre siguiente.

1.2.2. Estudio Dirigido

Conceptos

. Estrategia en el que el alumno toma parte activa, el maestro orienta sus observaciones dirigiendo su aprendizaje por medio de una Guía y estimula a los educandos en los métodos del estudio del pensamiento reflexivo.

. Estrategia didáctica de eficacia más decisiva para conseguir los objetivos de la educación y que permite al profesor orientar, diagnosticar, verificar, evaluar y rectificar el aprendizaje de sus alumnos de acuerdo con sus diferencias individuales.

Objetivos

1. Enseñar a estudiar y aprender al alumno.

2. Estimular el razonamiento y la actitud crítica del alumno.

3. Ayudar a la ampliación, fijación e interpretación del aprendizaje.

4. Hacer del educando un ser activo y razonador.

5. Orientar al alumno a cómo estudiar, llevar a cabo deberes, tareas, ejercicios, consultar fuentes de referencias; clarificar y economizar tiempo y material.

Planeación

- Definir el tema o problema tratado.

- Definir objetivos de instrucción.

- Definir aspectos de la evaluación en términos cuantitativos con sus respectivos instrumentos.

- Elaborar Guías siguiendo un orden lógico incluyendo la bibliografía, número de

páginas, títulos o subtítulos y tareas específicas.

- De acuerdo a los objetivos del estudio y tiempo disponible seleccionar el tipo de plan que se va a llevar a cabo (individualizado o socializado).

- Asignar trabajo de acuerdo al plan seleccionado.

- Publicar la Guía del día anterior.

- Utilizar la bibliografía asignada y llevarla como también resúmenes, síntesis, cuadros sinópticos. Lo demás puede ser enriquecido con diccionarios, enciclopedia, atlas, revistas especializadas, recortes de periódicos, etc.

- Los expositores pueden utilizar carteles, afiches, diapositivas, etc. siempre y cuando se limiten al tiempo, objetivos y guías.

Organización

Funciones del Coordinador (profesor).

. Planear el estudio dirigido con anticipación.

. Limitar el tiempo de estudio, exposición y verificación.

. Asignar según los objetivos la Guía (Plan individualizado y socializado).

Individualizado o individual:

- Hacer una presentación

motivadora de la Guía.

- Distribuir el mismo temario para todos.

- Crear y mantener una atmósfera de concentración mental entre los alumnos hablar lo menos posible a toda la clase.

- Atender individualmente a los que presentan duda o necesitan aclaración, al hacerlo moderará el tono de voz para no perturbar a los demás.

- Inspeccionar sucesivamente a los que presentan el trabajo de cada uno y hacer observaciones oportunas, dar aprobación de trabajos con movimientos de cabeza.

- Aprovechar para incluir buenos hábitos de mecánicas del cuerpo, ahorro de material de trabajo, revisar críticamente, cotejar fuentes bibliográficas, etc.

- Verificar, evaluar y rectificar el informe de los estudiantes en la plenaria y discusión.

Funciones de los integrantes:

. Cumplir instrucciones de la guía.

. Reflexionar muy bien sobre sus conceptos, aceptar los puntos de vista de los otros integrantes.

Ejecución

- + El coordinador hará una introducción del tema a tratar.
- + Explicar objetivos
- + Recordar normas y funciones
- + Todos los miembros cumplen sus funciones.
- + El coordinador debe verificar, evaluar y notificar si hay que ampliar.

Control: "Plenaria"

- . hacer que los objetivos, medios e instrumentos sean conocidos por todos los que van a intervenir.
- . Comparar los resultados con los objetivos y el plan general.
- . Evaluar resultados de acuerdo a lo planeado utilizando listas de chequeo y anecdotarios.
- . Transferir datos en forma detallada, que permitan variaciones.
- . Sugerir acciones complementarias si son necesarias.

Socializado o grupal:

Esta técnica puede adoptar dos modalidades:

- Todos los grupos reciben el mismo temario.
- El profesor divide la clase en grupos.
- Después efectúa la

presentación motivadora de la unidad a estudiar.

- Distribuye el temario de estudio para todos los grupos.
- Los grupos comienzan a estudiar.
- Seguidamente después del estudio el relator de un grupo presenta el trabajo completo o por lo contrario, distintos relatores presentan las partes del trabajo, con una secuencia lógica y siempre que haya discusión.
- Apreciación de los trabajos por parte del profesor.

- Verificación del aprendizaje.

- Rectificación del aprendizaje, si fuera necesario y asistencia especial a los alumnos que manifiesten mayores carencias.

Los grupos estudian diferentes partes de la unidad

. El profesor divide la Unidad en una cantidad de partes que le correspondan con los estudios de grupos de la clase, pero siempre en parte lógicas y significativas.

. Los pasos son los mismos del esquema anterior, sólo que cada grupo recibe un temario de estudio diferente.

. Después del estudio la clase se reúne y el relator de cada grupo, en orden lógico, presenta su trabajo que es anotado por los demás grupos.

En esta fase no hay discusión propiamente dicha, sino pedidos de esclarecimiento.

. Los grupos vuelven a separarse y comienzan ahora a estudiar la unidad como un todo.

. Los grupos vuelven a reunirse y el relator de cada grupo vuelve a presentar un trabajo siguiendo el orden de las partes, pero esta vez con discusión ulterior.

. Apreciación a cargo del profesor.

. Verificación del aprendizaje

. Rectificación del aprendizaje

. Rectificación del aprendizaje, si se estima necesario y asistencia especial a los alumnos que manifiesten deficiencia.

Funciones de los integrantes

. Cumplir instrucciones de la Guía.

. Reflexionar muy bien sobre sus conceptos, aceptar los puntos de vista de los otros integrantes.

Ejecución

. El coordinador hará una introducción del tema a tratar.

. Comparar los resultados con los objetivos y el plan general.

. Evaluar resultados de acuerdo a lo planeado, utilizando

listas de chequeo y anecdotarios.

. Transferir datos en forma detallada, que permitan variaciones.

. Sugerir acciones complementarias, si son necesarias.

1.2.3. Seminario

Conceptos

- Es la reunión del profesor con sus alumnos con el objeto de hacer investigaciones propias o revisiones bibliográficas sobre puntos concretos de la ciencia a la cual se dedican.

- Es la investigación o estudio intensivo de un asunto efectuado por un grupo, en reuniones de trabajo adecuadamente planificado.

- Es la investigación o estudio intensivo de un tema de interés general, o un problema efectuado por el grupo de alumnos el cual se reúne con el profesor con el fin de hacer evaluación de las investigaciones ya anteriormente planeadas, sirviéndose siempre de el método de las suposiciones de problema.

Objetivos

. Propiciar la investigación y revisión bibliográfica.

. Fomentar la responsabilidad y la iniciativa individual.

. Aprovechar al máximo conocimientos y experiencias del grupo.

. Facilitar a los participantes experiencia de pensar en grupo discutir en grupo, decidir y comprometerse en grupo.

. Es el complemento de la cátedra, pues orienta al estudiante hacia el "hábito del razonamiento objetivo".

. Favorece y desarrolla la capacidad de razonar del alumno.

Planeación

- Definir el tema o problema de estudio

- Definir los objetivos de instrucción.

- Elaborar el plan de contenido mínimo.

- Definir aspectos de la evaluación en términos cuantitativos y cualitativos con sus respectivos instructivos.

- Anunciar tema (s), fecha(s), lugar y bibliografía con anticipación.

- Elaborar una guía indicando lo que se expondrá en cada sesión con su problemática.

Cada grupo o persona es responsable de preparar científicamente lo de cada sesión.

- Los expositores pueden

utilizar carteles, afiches, diapositivas, filmas etc. siempre y cuando se limiten al tiempo.

Organización.

- Se elige un coordinador. secretario, grupos de trabajo.

. Asignarle a cada grupo o persona individuo, punto o puntos de la Guía con sus respectivos roles.

El coordinador DEBE

. Planear el Seminario con anticipación y ensayarlo por lo menos 2 veces.

. Presentar los integrantes con sus roles a los estudiantes.

. Limitar el tiempo de intervención de cada uno y distribuirlo durante la presentación y discusión.

. Hacer preguntas, aclaraciones e interpretar algunos conceptos.

Grupos de trabajo:

. Preparar la Guía utilizando la bibliografía asignada.

. Reflexionar muy bien sobre sus conceptos.

. Aceptar los puntos de vista de los participantes si aprecia que sus ideas estaban equivocadas, mantener la decisión en todo de responsabilidad.

Los participantes

- . Preparar guía utilizando la bibliografía.
- . Tomar nota durante la exposición y discusión.
- . Dar recomendaciones para futuros seminarios.

Ejecución

Coordinador:

- . Abrir cada sesión
- . Explicar los objetivos
- . Recordar las normas y funciones
- . La participación de cada grupo de trabajo de los miembros será cuando el coordinador lo indique..
- . El estudiante o el representante del grupo presenta el tema que le correspondió.
- . Terminada la exposición se inicia la discusión según el caso.
- . El coordinador verifica, resume y concluye.
- . El secretario toma nota de la conclusión y el resumen.
- . Anunciar la próxima sesión.
- . Agradecer la asistencia y participación del grupo o en el caso contrario pedir más colaboración.

Control

- . Todos los miembros del grupo preparan cada punto, por lo tanto deberán participar en la discusión.
- . Compara resultados de la guía con lo ejecutado.
- . Verificar, evaluar resultados con base en objetivos de listas de chequeo y anecdotario.
- . En caso de no ser clara la exposición, discusión, se sugerirá para una próxima sesión ampliar el tema.
- . Ajustar el plan según los resultados del control.

1.2.4. Discusión de Grupo.

Conceptos

- . "Intercambio de ideas "cara a cara" entre personas que poseen un interés común para discutir un tema, resolver un problema, tomar una decisión o adquirir información por el aporte recíproco, todo dentro de un máximo de espontaneidad y libertad de acción, limitado solamente por el cumplimiento de normas flexibles que favorecen el proceso".
- . "Procedimiento didáctico fundamentalmente activo, que consiste en un trabajo intelectual de integración de conceptos, conocimientos e informaciones sin posiciones tomadas o puntos de vista a defender".

. "Técnicas usadas para cambiar normas de conducta que obstaculizan y dificultan la enseñanza, elevando el nivel individual de aspiraciones".

Objetivos

. Despertar el interés de los alumnos.

. Estimular el raciocinio, capacidad crítica y reflexiva de los estudiantes.

. Desarrollar en el estudiante la capacidad para discutir, expresar su punto de vista y pensamiento con claridad y exactitud.

. Conocer mejor a los alumnos en lo que atañe a sus aspectos intelectuales, motivacionales y sociales.

. Socializar el espíritu de los alumnos oyendo y respetando puntos de vista contrarios y sabiendo defender los suyos.

Planeación

. Determinar con cuidado el objetivo que se pretende alcanzar y el tema de discusión con sus puntos claves.

. Escoger asuntos de actualidad, interés común o controversia que sirvan para discusión.

. Elaborar una guía de discusión con indicadores específicos y referencia bibliográfica.

. Anunciar con antelación: día,

lugar y hora en que se realizará la discusión.

. Dividir el grupo en subgrupos con moderadores, secretarías, simpatizantes y opositores.

Organización

Funciones del Coordinador General (profesor)

. Planear la discusión con anticipación

. Limitar el tiempo

. Mantener un clima democrático y mayor estímulo para la participación activa y libre.

. Tener listo el lugar donde se va a realizar la discusión.

. Explicar los objetivos

. Recordar normas y funciones de los miembros

. Dar inicio a la discusión iniciada, ésta tener en cuenta:

Dar palabra en orden y racionalizada

Estimular a los tímidos

Auxiliar a los vacilantes

Moderar a los precipitados

. Mantener activo el ritmo de la discusión abriendo camino a los obstáculos o barreras, evitando repeticiones inútiles insistiendo en que sean breves, e impersonales en sus argumentos.

. Durante la ejecución hacer que los miembros del grupo escuchen a los demás con espíritu comprensivo, concentrándose más en las ideas que en la personas.

. Devolver al grupo el tema central en caso de desvío del mismo.

. Vigilar que la discusión se dé en forma cordial, cooperativa, ecuánime, evitando toda forma de agresividad, de crítica sistemática de parcialidad o de competición.

. Al finalizar la discusión llevar a los participantes a enunciar con claridad las conclusiones.

- Destacar los objetivos logrados y comparar los resultados con los objetivos del plan.

Funciones del secretario

. Conocer la guía de discusión

. Recapitular lo realizado

. Seguir la vuelta de alguna pregunta de la guía que no haya sido discutida bien según el objetivo.

. Llevar el liderazgo en el diseño de conclusiones y recomendaciones ya sea por acuerdo o consenso y solo se votará en caso en que resulte la última solución posible.

. Presentar en plenaria las conclusiones y recomendaciones.

Funciones de los integrantes (Simpatizantes y Opositores)

. Prepararse para la discusión según Guía y rol asignado:

Simpatizante y/o Opositor

. Siga instrucciones del Coordinador y Moderador

. Aprender a escuchar a los demás con espíritu comprensivo, centrándose en las ideas y no en las personas que las expresan, así como a reconocer un error y rectificar si llega el caso.

. Pedir la palabra al moderador

. Expresar bien sus conceptos, aceptar puntos de vista de los otros integrantes.

. Ser solidarios con las conclusiones a que se llegue, puesto que estos fueran tomados a través de su participación democrática.

Ejecución

. El Coordinador cumple con sus funciones 2 a 9.

. El moderador cumple con sus funciones 1 a 6

. El secretario cumple con sus funciones de 1 a 5

. Los integrantes cumplen con sus funciones 1 a 6

Control

. El coordinador general cumple con funciones 10 a 12

. El secretario cumple con la función 5

. Los miembros cumplen con la

función 6

. El coordinador cumple con las funciones 13 y 14

2. MATERIAL DE INSTRUCCION

El material de instrucción o multimedios en Introducción a Enfermería está considerado como un recurso físico, un auxiliar eficaz para el proceso de enseñanza-aprendizaje y un NEXO entre las palabras y la realidad; tiene por objeto:

. Facilitar la comunicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje (fuente, mensaje y medio).

. Aproximar al alumno a la realidad de lo que se quiere enseñar ofreciéndole una noción mas exacta sobre el proceso de profesionalización de Enfermería a través de la historia.

. Motivar el aprendizaje

. Facilitar la percepción y la comprensión de los hechos y marcos conceptuales de la profesión de Enfermería a nivel nacional e internacional.

. Concretar e ilustrar lo que se está enseñando.

. Economizar esfuerzos para conducir a los alumnos a la comprensión de hechos y conceptos.

. Contribuir a la fijación del aprendizaje.

. Dar oportunidad para manifestar aptitudes y desarrollo de habilidades específicas.

Con base en lo anterior el Material de Instrucción se ha clasificado en:

- Material informativo o de estudio: es utilizado para el uso racional del profesor y de los alumnos, comprende: libro texto, artículos seleccionados de revistas especializadas, documentos oficiales del gobierno y de una profesión, diccionarios, manuales etc. por lo tanto adquieren un aspecto funcional y dinámico, propiciando la oportunidad de enriquecer la experiencia del alumno, aproximándolo a la realidad y ofreciéndole ocasión para actuar.

El material de estudio de ésta asignatura cumple con los siguientes objetivos:

. Servir de guía al profesor para planear las unidades de instrucción y Guías.

. Adquirir hábitos de lectura rápida y comprensiva.

. Llevar al alumno a trabajar, a investigar, a descubrir y a construir.

. Servir al alumno como instrumento orientador, auxiliar didáctico en el desarrollo de las Guías.

. Mecanizar el uso del lenguaje científico y técnico.

Para la selección del material de instrucción de Introducción a Enfermería, el profesor tuvo en cuenta:

- Datos de publicación (título, autor, editor, fecha de edición, número de páginas e índice).

- Organización de la información y apreciación general (división lógica, coherencia, vocabulario, estilo, precisión, actualidad y sumario en algunos).

- Elementos funcionales (adecuación al nivel mental del estudiante, aplicaciones prácticas, relación con otras asignaturas, observaciones, experiencias y motivación para otras lecturas).

- Material permanente de trabajo: Tablero, tiza, borrador, cuaderno de notas y Guías.

- Material ilustrativo Visual y Audiovisual: Carteleras, carteles, grabadora y proyector.

Consecuentes con lo anterior se han adaptado y diseñado (8)

Guías que representan el derrotero para el profesor y el alumno y de esta forma garantizar un proceso de enseñanza aprendizaje de calidad.

Las guías se han estructurado teniendo en cuenta los siguientes elementos:

. Número de orden
. Unidad a la que corresponde la guía.

. Tema y Subtemas.
. Objetivo (s) de instrucción.
. Estrategias de instrucción. Seleccionadas de acuerdo al objetivo.

. Tiempo (ULAS A y B)
. Instrucciones: Estas describen paso a paso que es lo que el estudiante debe hacer primero, segundo, tercero etc.

. Material de lectura individual y grupal seleccionado con nombre del artículo especializado, documento oficial, etc.

. Autor y página en que se encuentra. La paginación está en la parte superior de la información, pero en la parte inferior se encuentra el número de la página del original, y otro documento adicional.

. Acciones concretas que el estudiante tiene que hacer de acuerdo al objetivo.

. Preguntas de evaluación formativa que el alumno debe contestar en su cuaderno, éstas serán seleccionadas e incluidas en el cuestionario de evaluación sumativa.

. Transferencia de la información entre unidades y emisión de juicios de valor sobre el proceso de profesionalización de Enfermería.

. Preguntas sobre importancia de la guía y dificultades encontradas en el desarrollo.

Los anteriores elementos están operacionalizados en cada una de la ocho (8) guías, el estudiante tiene la responsabilidad de leer antes de cada clase presencial, contestar algunas preguntas, tomar notas durante la clase,

intervenir durante el desarrollo de la clase, desarrollar ejercicios de aplicación fuera de clase y presentar los informes escritos correspondientes que están determinados en las guías. En las páginas siguientes se encuentra la descripción de las ocho (8) guías que serán desarrolladas durante todo el semestre, una vez a la semana.

S e e s p e r a autorresponsabilidad en el desarrollo de las Guías, fijación e integración del aprendizaje, formación de hábitos de lectura comprensiva, retención de datos fundamentales, adquisición de cualidades profesionales, aptitudes e ideales, especialmente la adquisición de la Identidad profesional.

GUÍA 1

UNIDAD I: La Enfermería como profesión.

OBJETIVOS:

1. Definir el concepto de profesión y oficio.
2. Definir los siete parámetros para valorar un profesión.
3. Identificar la evaluación de la definición de Enfermería y Atención de Enfermería.

ESTRATEGIA: Conferencia y Estudio dirigido

TIEMPO: 2 horas

INSTRUCCIONES

1. Investigue y defina los siguientes términos: Ergología, profesión, oficio, profesología, profesionalismo, ciencia, arte y disciplina.
2. En las páginas siguientes, usted encuentra artículos especializados. El primero se denomina "Qué es una profesión" por Edmund D. Pellegrino, Su TAREA consiste en hacer una lectura atenta y comparar estos conceptos con los de la pregunta 1. DESTAQUE las diferencias y similitudes.
3. En la página 29, están descritas las 6 características externas de las profesiones tradicionales su TAREA consiste en transcribirlas en su cuaderno de notas y analizarlas
4. En la página 33, usted encuentra el segundo artículo especializado "Evolución de una definición de Enfermería". Por J.A. Brooks y ANN E Kleine Kracht. Su tarea consiste en:

- 4.1. Identificar el concepto de Enfermería a través de la historia.
- 4.2. Hubo evolucionismo en el concepto de Enfermería?
- 4.3. Con qué concepto se identifica el grupo? (diga: autor, año y por qué).
- 4.4. Analice la definición de Enfermería de acuerdo a la época histórica que su grupo seleccionó para el seminario e inclúyala al objetivo 4 de la presentación oral y escrita.
5. En la página 177 usted encuentra el Decreto No 2184 de 1976 de Colombia, Artículo 1, definición de Enfermería.
 - 5.1. Compárelo con el de la década del 70 del artículo anterior.
 - 5.2. Qué similitud y diferencia encontró?
 - 5.3. Haga lo mismo de 4.4.
6. Identifique el concepto de Enfermería del proyecto de Ley de 1984, página 4, haga lo mismo de los puntos 5.1. y 5.2.
7. En el Artículo 4, titulado "Desarrollo histórico del proceso de Enfermería" por Helen Yura y Mary Wals. usted encuentra un aparte denominado: Definiciones de la Atención de enfermería, página 42 : HAGA una lectura atenta y establezca diferencias y similitudes entre Enfermería y Atención Enfermería.
8. HAGA la evaluación formativa de esta guía y del material de estudio: página 235 antes de utilizar otra Guía.

Por EDMUND D. PELLEGRINO*

Resumen: El mundo occidental ha acariciado por mucho tiempo el ideal y la idea de las profesiones, de grupos que, por la naturaleza especial de sus actividades, "profesan" estar comprometidos a observar niveles altos de moral que los obliga a poner los intereses de los que sirven por encima de sus propios intereses. Pero por algunas décadas este ideal puro ha pasado por una serie erosión, y las consecuencias prácticas y morales para la sociedad de esta erosión están por examinarse plenamente. Existe alguna justificación para retener o guardar la idea tradicional de una profesión? el autor argumenta aquí que sí hay tal justificación y que puede encontrarse en la naturaleza de las necesidades humanas que las profesiones tratan de satisfacer y en las relaciones humanas que les atañen. Estas son lo suficientemente claras para justificar expectativas de un nivel moral más alto y un compromiso más grande con el bienestar de los demás que en la mayoría de otras actividades humanas. El argumento tiene en cuenta (1) las fuerzas que han contribuido al desgaste de la noción tradicional, (2) lo que una verdadera profesión no es, (3) lo que distingue una profesión filosóficamente de otras actividades, y (4) dónde encajan en este esquema las profesiones de la salud y las otras profesiones "nuevas" de la salud.

El mundo occidental ha acariciado por mucho tiempo el ideal y la idea de las profesiones, de grupos que, por la naturaleza especial de sus actividades, "profesan" estar comprometidos a observar niveles altos de moral que los obliga a poner los intereses de los que sirven por encima de sus propios intereses. Tradicionalmente, estos han sido grupos de médicos, abogados y sacerdotes, y a estos profesionales se les han otorgado los privilegios de auto-regulación y libertad discrecional en sus acciones y decisiones.

Por algunas décadas este ideal puro ha pasado por una seria erosión. Muchos, dentro y fuera de las profesiones tradicionales, sostienen hoy en día, que todo grupo actúa en favor de sus propios intereses y que, en realidad, no hay nada intrínseco en lo que las profesiones hacen por diferenciarlas de los negocios, el comercio o las artes manuales.

Las consecuencias prácticas y morales de estos desafíos para la sociedad deben ser examinados plenamente. Por lo tanto, ¿cuál es la diferencia si nos referimos a todas las profesiones como empresas comerciales, ya sea que estén reguladas por las creencias y la ética del mercado o por la ética de servicio que trasciende a sus propios intereses? Realmente deseáramos que los trances humanos especiales con los cuales la medicina, las leyes, y la Iglesia tratan se lleven a cabo igual que nuestras relaciones con los mecánicos, comerciantes o banqueros? Si nos olvidamos de las diferencias tradicionales, está preparada la sociedad para borrar el concepto del servicio dedicado y el fundamento para exigir un estándar más alto de normal en el comportamiento ético?

Mucho depende de si hay un fundamento filosófico para el concepto tradicional de las profesiones más allá de la mera costumbre o de las afirmaciones de las profesiones mismas. Hay algo intrínseco en las actividades de las profesiones que las distinga de los negocios o del comercio? ¿Existe alguna justificación para retener la idea tradicional de una profesión?

Yo estoy convencido que sí hay tal justificación y que esta se puede encontrar en la naturaleza de las necesidades humanas que las profesiones tratan de satisfacer y en las relaciones humanas que les son peculiares. Estas son lo suficientemente claras para justificar y aún exigir expectativas de un nivel moral más alto y un compromiso mayor con el bienestar de los demás que la mayoría de las otras actividades humanas. Ignorar estas diferencias es poner en peligro el derecho de las personas a la salud, a la justicia y a la vida espiritual.

Defenderé esta posición en cuatro pasos: primero, examinando las fuerzas que han contribuido a la erosión de la noción tradicional; segundo, mirando lo que una verdadera profesión no es; tercero, distinguiéndola filosóficamente de otras actividades; y cuarto, discutiendo dónde encajan en el esquema las profesiones de la salud y las otras "nuevas" profesiones de la salud.

EROSION DEL CONCEPTO TRADICIONAL

La idea de los grupos privilegiados ha sido atacada por muchas fuerzas diferentes por lo menos desde 1960. Tomándolas colectiva y acumulativamente, estas fuerzas han debilitado el estatus social de las profesiones tradicionales y puesto en duda su ética de servicio, diciendo que sirven a sus propios intereses.

Infortunadamente, el factor erosivo más importante ha sido la falla en las profesiones mismas para cumplir los ideales por los que tradicionalmente abogan. Este no es un fenómeno nuevo. Como la literatura mundial atestigua profusamente, las profesiones han violado demasiado frecuentemente los requerimientos morales de su vocación. El comercialismo, la insensibilidad ética, y el interés propio han minado la credibilidad moral de las profesiones de medicina, del derecho y del sacerdocio. Aunque estas aberraciones morales han existido siempre, son más difíciles de ocultar hoy en día dado que los medios de comunicación están ávidos de tales historias y el público es lo suficientemente educado para entender su significado. Los grandes beneficios financieros de la práctica profesional hacen que estos lapsus morales sean una afronta más atrevida que lo que eran en el pasado.

No hay duda de que el desafío más importante para la idea de la profesión ha sido siempre el de aquellos profesionales cuyo comportamiento provoca dudas sobre la sinceridad de las mayorías que sí creen en el ideal del servicio. La restauración de la credibilidad moral es una tarea importante para las profesiones en la actualidad. La desconfianza sobre los motivos de los profesionales es la razón de fondo para las medidas restrictivas que se contemplan actualmente.

El poder corrosivo interno de los lapsus éticos profesionales ha aumentado gracias a una serie de fuerzas externas sociopolíticas que favorecen la auto-determinación en las decisiones que afectan nuestras vidas privadas. Un público mejor educado, desea saber más acerca de lo que se va a hacer, sopesar alternativas, y definir sus propias maneras de valorar las situaciones. La información médica se ha difundido ampliamente en los medios de comunicación y será aún más accesible cuando los computadores personales entren a cada hogar. Los pacientes y los clientes saben más y no están dispuestos a permitir que sus propios valores se pasen por alto.

A esto se le debe agregar la tendencia al populismo y la consecuente desconfianza en todos los grupos de la élite, privilegiados, autoritarios o "expertos". La exclusividad existente anteriormente en los procedimientos de admisión para las escuelas profesionales, la condescendencia de los profesionales hacia las demás ocupaciones, y la ostentación o el abuso de sus privilegios han encolerizado a muchos. El asunto en cuestión se complica por la institucionalización y especialización que tienden a despersonalizar, estandarizar y burocratizar el cuidado del paciente. Los médicos y los pacientes generalmente son extraños entre sí cuando se reúnen por primera vez frente a una situación crítica. Hay tanta gente involucrada en el cuidado médico que parece que nadie fuera el responsable. Frecuentemente es imposible encontrar la persona culpable cuando algo malo sucede. Las bases usuales de la confianza —alguien a quien conozcamos, valores comunes, evidencia de interés por la persona, están ausentes en las relaciones contemporáneas entre doctor y paciente.

Como resultado, los pacientes han resuelto proteger su autodeterminación con diferentes tretas, como poner la relación médico-paciente en forma de contrato (un servicio específico por un honorario específico), o elaborando la lista de los derechos del paciente donde se exige la confidencialidad, la autorización para los procedimientos y cuidado competente. Otros han buscado seguridad en un completo libertinaje, sosteniendo que la mayor responsabilidad del doctor es cerrar la brecha de información de tal manera que el paciente pueda tomar sus propias decisiones. Y otros han optado por ideas como la medicina "holística", sanciones como revocación de certificaciones y licencias, o acceso más fácil a los medicamentos sin fórmula médica.

Algunas de estas tendencias son saludables y van acordes con la característica global de la autodeterminación de la sociedad contemporánea. Otras son más peligrosas y así mismo destructoras. Lo que es importante en esta discusión es la amplitud y la fuerza del sentir de mucha gente que ya no puede estar segura que los médicos actuarán a favor de sus intereses. Preocupaciones similares se pueden detectar acerca del derecho y el sacerdocio.

En los últimos años, dos factores han sido particularmente significativos: El FTC reglamenta que la medicina y el derecho deben regularse como cualquier empresa, la tendencia na-

cional creciente a fomentar la competencia entre los proveedores de bajar los costos del cuidado médico. La reglamentación del FTC refuerza la duda que algún grupo pueda actuar en interés de otras personas diferentes a sí mismas o que la ética profesional pueda servir otro fin diferente a su propio beneficio. El movimiento competitivo legitima el punto de vista que la medicina es esencialmente una empresa comercial y que debe responder a las exigencias del mercadeo y no a la ética de una profesión.

Este no es el lugar para tratar de validar estas aseveraciones. Sus efectos tienen un amplísimo alcance. Por el contrario, yo las cito como evidencia de la erosión interna y externa de la idea tradicional de una profesión y para acentuar la necesidad de volver a examinar los fundamentos filosóficos de la idea de una profesión. Si tal fundamento fuese demostrable, no justificaría el hecho de regresar a todas las prerrogativas exigidas por las profesiones, en el pasado. No obstante, esto serviría como base para la reconstrucción de la moral profesional.

La pregunta crucial sería la de si hay base alguna en la experiencia humana para diferenciar entre ciertas actividades, exigir normas morales diferentes de aquellos que se comprometen con ellas. Para responder esta pregunta, miremos primero lo que una profesión no es, antes de examinar lo que sí es.

LO QUE UNA PROFESION NO ES

El término profesión se ha estropeado mucho. Casi todas las personas que hacen un trabajo para subsistir, establecen algún estandar de comportamiento, o trabajan tiempo completo en una ocupación, se denominan a sí mismas "profesionales". Hoy en día, los atletas, los comerciantes, los dueños de funerarias, los remendones, los programadores de computadoras, todo el que no sea un "amateur" se ve a sí mismo como un "profesional". Este uso casi universal es demasiado impreciso para distinguir las profesiones tradicionales —medicina, derecho y teología— de otras actividades u oficios. Si esto es todo lo que el término significa, entonces la mayoría de las obligaciones éticas de las profesiones serían las del cumplimiento cabal de su actividad. Para la mayoría de las actividades que hay son llamadas profesionales, el bienestar de aquellos a quienes sirven no es una preocupación primordial y su propio interés sigue siendo un énfasis primario.

También se han usado una gran variedad de criterios para definir una profesión, tales como, títulos avanzados, certificaciones, licenciaturas, estudios especializados, trabajo intelectual versus el manual, y aún también el ideal de servicio. Estos criterios, solos o en combinación, también podrían incluir muchas actividades que no se contarían como profesiones en el sentido en que nosotros tradicionalmente aplicamos el término a la medicina, al derecho, o al sacerdocio. Algo básico en el concepto original se ha omitido.

Estas interpretaciones libres de la idea de una profesión, son el resultado del extenso proceso social de "profesionalización" y "profesionalismo". Una gran variedad de ocupaciones de la sociedad contemporánea ha luchado por destacarse. Las actividades que alguna vez fueron catalogadas como artes manuales, artes, oficios o comercio —desde la carpintería hasta la banca, desde la plomería hasta el atletismo han tomado para sí mismas las características externas asociadas con las profesiones tradicionales. Estas incluyen cosas tales como establecer requisitos de admisión; definir un conjunto específico de tareas o conocimientos como propios de su dominio; establecer requerimientos educativos, currículos, y escuelas; formar organizaciones nacionales, publicar revistas o periódicos, establecer honorarios y normas para ejercer las actividades y aún establecer un código de ética. Estas son las vestiduras externas de las profesiones, que constituyen las definiciones sociales más no las filosóficas. No tocan la esencia de lo que hace a una profesión. Vale la pena reconocer que la medicina, por ejemplo, se propuso obedecer a un código moral muy exigente antes de llegar a tener escuelas, títulos, educación formal, licencias, acreditación o especialización.

El profesionalismo y la profesionalización pueden contribuir al logro de metas útiles para la sociedad si mejoran la calidad de los servicios o inculcan un sentido de orgullo y moral en los que los prestan. Menos admirablemente, pueden servir simplemente como escalones para alcanzar un estatus social mayor y mejores sueldos o simplemente para mantener un monopolio exclusivo de la educación y el ejercicio. La profesionalización y el profesionalismo se convierten entonces en ideologías que se benefician a sí mismas con ninguna proyección social. Esto pasa en casi todas las organizaciones profesionales. Las profesiones tradicionales como la medicina, el derecho y el sacerdocio no son

inmunes a estas tentaciones, pero no son definidas por ellas.

Si las vestiduras externas de la profesionalización no definen una profesión, en dónde debemos buscar los criterios que distinguen a una verdadera profesión de una actividad u ocupación apenas "profesionalizada?". Si tal diferencia no existe, estaríamos forzados a admitir que profesión y profesionalismo son la misma cosa.

¿Cuál es el fundamento filosófico para establecer las diferencias de nuestras expectativas cerca del comportamiento de los médicos o del clero en comparación con el de atletas, músicos o vendedores de seguros, profesionales? Hay algo en la fenomenología de la enfermedad, de la sanidad, y del compromiso de sanar que sea más profundo que la estructura sociológica de las profesiones?

LO QUE UNA PROFESION ES

El fundamento filosófico de una verdadera profesión se ubica en la calidad especial de las relaciones interpersonales que se requieren entre los que la ejercen y los que buscan su asistencia. Es en la convergencia de algunas características de estas relaciones en donde encontramos la clave de lo que hace que una profesión sea lo que es.

Primero, todas las profesiones verdaderas tratan con seres humanos en estados existenciales especiales de vulnerabilidad en los cuales hay algo herido en la misma humanidad de la persona necesitada. *La persona enferma* sufre dolor, ansiedad, dependencia, y es incapaz de dedicarse a cualquier otra actividad hasta su restablecimiento. El cliente que busca justicia es igualmente dependiente de un defensor para recobrar su libertad, sus bienes o derechos. La persona que está alejada de Dios, no puede vivir una vida significativa hasta que ella o él se reconcilien con Dios.

El paciente, el cliente y el feligrés, dependen del conocimiento y la habilidad de los profesionales que deben consultar. Obviamente, deben colaborar en su curación, pero no pueden tomar sus propias decisiones, pues les falta el conocimiento y la habilidad necesarios para ayudarse a sí mismos. No tienen otra alternativa a la de buscar ayuda. La relación por lo tanto, es desde un principio desigual en cuanto al poder, con todo el conocimiento de un lado y toda la necesidad en el otro.

En segundo lugar las necesidades que maneja un profesional son de tipo más personal. Se centran en las cosas más personales que los seres humanos deben confrontar. —la mortalidad, la libertad, los valores humanos, los derechos, o la salvación. Para que los pacientes o clientes puedan ser ayudados necesitan asistencia técnica y además consejo, sugerencias y decisiones acerca de cómo deberían conducir sus vidas. Nuestras expectativas sobre un buen profesional provienen del hecho de que ellos confrontan la totalidad de la vida de aquellos a quienes sirven. Ellos deben participar de la experiencia personal de otro con su enfermedad, injusticia, o alejamiento respecto a Dios. La intervención que se realice y la advertencia que se dé no sólo deben ser técnicamente correctas sino "buenas"; esto es, deben estar de acuerdo con los intereses de la persona necesitada y con su idea de lo que es bueno.

Tercero, para poder ayudarse, el paciente o cliente debe divulgar los aspectos más confidenciales de su vida, revelando todas sus debilidades, fragilidades, impropiedades y pecados. Con el médico, el paciente debe desnudar su cuerpo, permitir que se le examine, y se le invada si es necesario. La privacidad, la dignidad y la imagen de sí mismo que uno ha proyectado debe ser comprometida, examinada y eventualmente reestructurada. La individualidad del cuerpo, de la mente, y del espíritu, debe penetrarse, si se desea que la ayuda sea efectiva. En estos recintos se admiten pocos extraños, y sin embargo, sin tal admisión, el médico, el abogado o el sacerdote no nos pueden ayudar.

Cuarto, la persona en busca de ayuda debe confiar en los conocimientos del médico, el abogado o el sacerdote y tener la seguridad de que los usará en beneficio de sus intereses. No hay ninguna forma de comprobar absolutamente las cualidades del profesional. Las licencias y los títulos son certificados que comprueban los estudios hechos, pero no garantizan la competencia. Los seres necesitados deben confiar en que su vulnerabilidad no será explotada. Los profesionales deben inspirar esa confianza, porque sin ella no podrán obtener la información que necesitan para proporcionar ayuda ni el permiso para realizar procedimientos delicados y peligrosos que ponen el cuerpo, la propiedad o el espíritu en riesgo. La confianza, por lo tanto, es indispensable y debe darse cuando uno es vulnerable o se encuentra en medio de un ataque violento sobre la totalidad de su ser.

En otro tipo de relaciones humanas, —negocios, comercio, deportes— se explota nuestra vulnerabilidad a menudo, y aquellos que tienen acceso a alguna información sobre nosotros pueden usarla en su beneficio. Incluso, ellos pueden buscar esa información precisamente para aprovecharse de nosotros. No nos piden que confiemos en ellos. Por el contrario, esperamos protegernos: "caveat emptor" (¡OJO! comprador), es la regla de las transacciones competitivas, contratos o negocios, y no "PRIUM NON NOCERE. (Primero, ningún daño)". Esperamos poder confiar nuestra vulnerabilidad en nuestras relaciones con los médicos, abogados, y sacerdotes y que será fuente de obligaciones y no de ganancia para ellos.

La quinta característica es la promesa de ayudar, frente a la vulnerabilidad humana. Esta promesa presta una calidad moral especial a la relación profesional. Es la esencia en sí del acto de la "profesión" la declaración que uno está dispuesto a ayudar. Este acto de profesión se repite cada vez que el médico, el abogado o el sacerdote preguntan "¿le puedo ayudar?". En este acto, hay dos aspectos implicados, a saber que uno posee el conocimiento y la habilidad requeridos para ayudar, y que uno usará ese conocimiento en pro de los mejores intereses del que necesita ayuda y no en beneficio propio. La promesa reconoce la vulnerabilidad del paciente o cliente, la necesidad de confianza, y la certeza de que esa vulnerabilidad no será explotada. Y esta promesa tiene que cumplirse.

Las expectativas nobles y las obligaciones morales que se encuentran en el concepto original de una profesión están muy bien fundamentadas en la naturaleza especial de la enfermedad humana. El ser humano, en estado herido, vulnerable, requiere consejo y decisión no acerca de sus bienes sino acerca de su persona, de cómo conducir su vida y elegir sobre lo que más afecta su ser —sobre la salud, la libertad y la vida espiritual—. La enfermedad nos imposibilita para actuar como personas humanas porque afecta nuestra capacidad para enfrentar nuestra vulnerabilidad de una manera en que ninguna otra experiencia lo logra. Mientras que nuestro cuerpo y nuestra mente estén intactos, podemos enfrentar los problemas. Pero impedidos para su buen funcionamiento, nuestros cuerpos y mentes se convierten en una prisión de la cual sólo la sanidad los puede librar. Aunque tenemos un rol importante en nuestra propia curación, rara vez podemos lograrla sin ayuda.

Los mecánicos de automóviles, los agentes de seguros, los banqueros y los dueños de funerarias también tienen que afrontar necesidades importantes de sus usuarios. Pero estas necesidades no afectan directamente a la persona como persona en sí, en la totalidad de su vida ni en su humanidad. La promesa de ayuda del comerciante se hace para obtener ganancias y no primordialmente por el bien del usuario. Siempre se espera que los negociantes, comerciantes y artesanos realicen el mejor negocio, la mejor venta, sin pensar primero en el bienestar del usuario.

Se espera que los comerciantes y mercaderes sigan las reglas globales de honestidad y justicia. Pero no se espera que ellos ayuden a los demás por encima de todas las consideraciones, dado que intervienen con necesidades humanas tan universales; tanto los médicos como los abogados y los sacerdotes están en la obligación de ayudar aún cuando una persona en particular no les pueda pagar. Por esta razón la tradición de clínicas gratuitas, de asistencia legal para el pobre y consuelo espiritual para todo el que lo busca, está vinculada a las tradiciones de las profesiones.

La naturaleza especial de las relaciones humanas que impone una enfermedad, es lo que constituye el fundamento de los elevados códigos de ética que esperamos y requerimos del derecho, la medicina y el sacerdocio. Sus obligaciones surgen del hecho que ellos se ofrecen libremente para ayudar a personas vulnerables. Ellos prometen ayudar y emplear sus conocimientos en pro de los intereses de aquellos que buscan su ayuda.

Por lo tanto, una profesión no es algo que una universidad o un grupo acreditado confiere. Ser profesional no tiene que ver realmente con las credenciales. Ser profesional es comprometerse a ayudar, cumplir ese compromiso, y hacerlo de la mejor manera posible para defender los intereses del paciente. Es aceptar la confianza que el paciente se ve obligado a depositar en nosotros como un mandato moral; algo que las costumbres del mercado o de la competencia no esperan de nosotros en nuestra sociedad. La naturaleza especial de las profesiones de servicio y de sanidad, está arraigada en el hecho que la gente se enferma y necesita confiar en los demás para que le ayuden a recobrar su salud.

Ustedes pueden objetarme que he descrito un estado ideal, que muchos profesionales son

de hecho insensibles a la vulnerabilidad de aquellos que solicitan su ayuda, y que muchos médicos, abogados y aún sacerdotes están motivados por sus propios intereses. La violación de esa confianza en la cual yo hago tanto énfasis es muy común. Dolorosamente, estos abusos son innegables. Por fortuna, no son perpetrados por la mayoría de los profesionales. Pero aunque lo fueran, este hecho no cambiaría los fundamentos filosóficos de la relación. El definir una profesión por la forma como se comportan los profesionales, es aceptar lo que es por lo que debe ser.

Otra objeción puede ser que los médicos, los abogados, y los sacerdotes son gente común y corriente. ¿Por qué debemos esperar que se comporten más noblemente que sus prójimos? Las normas de la moral pública se han deteriorado tanto que el consentimiento, los intereses egoístas, la decepción, y las violaciones de la confianza se toleran en todas partes —en los medios de comunicación, en el gobierno, en los negocios, y aún en las profesiones. ¿Por qué razón esperamos que un grupo sea diferente?

Sólo puede haber una respuesta. Los atentados contra la moral no establecen a la imoralidad como norma para el comportamiento humano. La naturaleza de las relaciones descritas anteriormente, está fundada en la condición humana. Ellas, (las relaciones profesionales), imponen obligaciones morales que deben trascender las normas de comportamiento moral de la sociedad en general. En resumen, un verdadero profesional es una persona común llamada a realizar trabajos extraordinarios debido a la naturaleza de las actividades con las que ha escogido identificarse.

LA ENFERMERIA Y OTROS GRUPOS ASOCIADOS - COMO PROFESIONES DE SALUD

Hasta ahora he hablado de las profesiones tradicionales la medicina, el derecho y el sacerdocio. ¿En qué parte de este esquema encajan las enfermeras, los psicólogos, otros profesionales de la salud, y otros trabajadores afines? Ellos han experimentado un proceso acelerado de "profesionalización" en los últimos años. ¿Hasta qué punto cumplen estas ocupaciones los cinco criterios de una verdadera profesión que esbocé anteriormente?

Dado que la enfermería entra en forma tan íntima a la dimensión personal de la curación, debe compartir el mismo estatus profesional y las obligaciones morales de la medicina. Lo mismo se puede decir de la psicología clínica. Las "profesiones aliadas de la salud" son muchas y variadas. De lo que se ha dicho, debe quedar claro que aquellas cuyas funciones ponen a sus miembros en contacto personal con el paciente vulnerable y que participan directamente en la relación de curación, son verdaderos profesionales y están llamados a cumplir las altas normas de moralidad.

Mi deseo no es hacer comparaciones discriminatorias al nombrar varias profesiones aliadas y designar algunas que están llamadas a cumplir normas morales más trascendentes que las de las otras profesiones. Lo que he tratado de hacer es proporcionar unos criterios para distinguir ciertas categorías de ayuda y curación que imponen obligaciones que trascienden a los intereses personales. Lo que establece la diferencia que deseamos identificar es el grado de inmersión personal del profesional de la salud en la crisis personal de la enfermedad.

Debe quedar claro, sobre esta base, que hay algunos campos de la medicina, por ejemplo, que son menos "profesionales" que la enfermería o que algunas profesiones aliadas de la salud. Entre más técnico sea el trabajo y menos tenga que ver con las dimensiones humanas de la enfermedad, será menos profesional. Por lo tanto, la legitimación de una profesión no depende de las definiciones legales o sociales, sino de la naturaleza del servicio que suministra y de la situación específica de la gente que necesita ese servicio.

Tenemos entonces que la idea de la profesión, como tradicionalmente se ha concebido, todavía es viable a pesar de las poderosas fuerzas erosivas internas y externas que trabajan para debilitarla. Estas fuerzas enfocan al menos la inquietud de manera más aguda, y clarifican las alternativas que existen. Podemos tomar la decisión de borrar las diferencias entre las profesiones y relegar todas sus actividades a transacciones de negocios, comercio, ciencia aplicada, contrato o mercantilismo. O bien podemos decidir definir los fundamentos existenciales y filosóficos de la idea de una profesión, y a partir de ellos defender la reinstauración del compromiso con los demás, y de las normas morales que tradicionalmente hemos exigido de la medicina, del derecho y del sacerdocio.

Las profesiones y la sociedad comparten esta decisión y sus consecuencias. Si las características propias en las cuales he insistido tanto se borran, tendremos una sociedad con una mente más cerrada, mezquina y menos humana que la que deseáramos tener. La ética se reduciría a legalidad. No necesitamos restaurar la noción antigua de las profesiones como benignas, autoritarias, omniscientes y siempre benéficas, con un estatus privilegiado que supera al de otras. Por el contrario, necesitamos restaurar los elementos morales que surgen de la naturaleza de una verdadera profesión, renovar la dedicación y el compromiso con el paciente, y adoptar un comportamiento que justifique la confianza que implica la relación de ayuda.

Ningún contrato cuidadosamente elaborado, ninguna acción de la Comisión Federal del Comercio, ninguna declaración de la Corte Supre-

ma, ninguna filosofía sobre el libre comercio, puede alterar la naturaleza de las experiencias de la enfermedad y la curación. Cualquiera que sea la decisión del Congreso con relación al reglamento de la Comisión Federal del Comercio, nosotros, los que decimos ser profesionales, no podemos escapar a la obligación moral de exigimos más a nosotros mismos que a otros en nuestra sociedad. Para reconstruir el ideal de la profesión no necesitamos códigos legales. Por el contrario, necesitamos reconstruir la autenticidad moral de nuestra actuación profesional. Como siempre, la batalla por ganar es interna, entre nuestros intereses personales y la obligación de servir.

Traducido de Journal of Allied Health, 12 (3), Agosto 1983

• *Director of Kennedy Institute of Ethics Georgetown University medical Center Washington D.C.*

EVOLUCION DE UNA DEFINICION DE ENFERMERIA

Por: Jo A. Brooks y Ann E. Kleine-Kracht*

Las enfermeras profesionales están muy preocupadas acerca de su imagen y la definición de su rol. Ellas mismas se han definido, dividido, categorizado, departamentalizado y especializado hasta el punto de que nadie es consciente de la verdadera naturaleza de la enfer-

mería o de los conceptos más básicos en sociología de aquel del rol. El rol consiste en las conductas cumplidas o conductas percibidas como aceptables, relativas a una situación dada. La definición de un rol se alcanza por medio de un proceso mutuo de validación.

Debido a esto que el recurso principal de dicha validación es el usuario de los servicios de la enfermería, es interesante observar que el interés del usuario acerca de las credenciales, generalmente menor que el interés en la calidad de la atención en salud que recibe. La percepción del usuario acerca del rol de enfermería, aún da mayor importancia a las cualidades personales que a las habilidades o capacidades técnicas. Un caso en vista es el **MANUAL DE ORIENTACION PROFESIONAL**, utilizado por asesores ocupacionales, el cual enumera los "deberes" de la enfermera en orden de prioridad, así: Seguir las órdenes del médico, aplicar las medicinas y tratamientos y estar al tanto del progreso del paciente. Las cualidades deseables en la aspirante enfermera, incluyen: Una fuerte motivación para servir a otros, compasión, tacto y comprensión. La lista de características deseables incluye además, el sentido común, la integridad, la disciplina, una mente despierta y buena voluntad. En contraste, las cualidades deseables en el aspirante a médico, incluyen: La inteligencia, la curiosidad científica, la disciplina, la fuerza física y emocional, el interés por la gente y la objetividad. Irónicamente, la enfermera profesional de hoy es una extraña combinación de conjunto de todas estas cualidades.

Debido a esta confusión sobre el rol de la enfermera, existe una continua ausencia de consenso acerca de la definición de Enfermería. En un intento por ofrecer a la enfermería un fundamento sólido a través de su rápido crecimiento fue necesario acudir a la riqueza que ofrece el pasado, para determinar cómo se definieron

las enfermeras a sí mismas, y cómo fueron influenciadas por los eventos propios de cada época. Para poder apreciar plenamente a la enfermería en el momento actual, es necesario identificarnos con el pájaro mítico Killyloo. cuandoquiera que emprendía nuevo vuelo, volaba primero hacia atrás, porque no podía decir para dónde iba, sin haber visto en dónde había estado.

Las enfermeras profesionales necesitan desarrollar una conciencia más aguda acerca de la historia de la enfermería, puesto que trajo la profesión al punto en que se encuentra en la actualidad. La enfermera, en última instancia, define su rol como profesional. Las expectativas y percepciones personales de su rol, serán las que determinarán la conducta de una enfermera. Dado que las expectativas y percepciones propias son influenciadas en gran manera por la apariencia y las interacciones sociales, es importante identificar los eventos mundiales de significación y su impacto sobre la enfermería, reflejado en las deficiencias de enfermería durante los pasados 120 años.

Los eventos políticos y sociales han influenciado directamente la evolución de la enfermería. Temas tales como el rol de la mujer, las guerras y los avances tecnológicos, forman hilos históricos que se entretajan a través del siglo pasado. El surgimiento de nueve épocas diferentes viene a ser evidente a medida que los eventos centrales, tales como guerras, educación de enfermería, economía y asuntos relacionados con la mujer, se juntan para proyectar a la enfermería por el próximo pasaje hacia el presente.

Siglo dieciocho

Durante el primer período colonial en América, la gente tenía poco tiempo o poca inclinación hacia las humanidades. Las labores de los médicos y de las enfermeras no fueron estimuladas, debido al espíritu Puritano que prevalecía. La enfermedad era vista como un castigo por el pecado.

Lentamente, la creciente influencia humanitaria de Europa, se reflejó en América, princi-

palmente debido a la influencia de los Cuáqueros y a algunos progresistas de la profesión médica.

Era necesario legislar para mejorar las condiciones sanitarias y de vida del pobre. No había existido intento para prevenir las enfermedades ni para enseñar a los pobres los principios de higiene y saneamiento.

Las mujeres continuaban atendiendo a las necesidades de sus familiares y vecinos. La supervivencia dependía de las "habilidades de enfermería" de estas mujeres heroicas. La importancia de la nutrición y de cuidar igualmente, a una persona rica que a otra pobre, fue reconocida, y las hierbas medicinales se utilizaban profusamente. No había enfermeras preparadas, aparte de los grupos religiosos dedicados a la atención de los enfermos.

En la mitad del Siglo XVIII, fueron estableciéndose los hospitales. Las enfermeras hospitalarias de esta época era amas de casa, quienes fregaban pisos y limpiaban. Pertenecían a la clase social más baja y frecuentemente no sabían leer ni escribir y eran conocidas por sus excesos en la bebida. Algunas de las mujeres que servían como enfermeras, tenían un nivel educacional muy pobre, pero trataban de prestar un servicio dedicado. Innumerables médicos vieron la necesidad de contar con un personal de enfermería capacitado en los hospitales, y se hicieron esfuerzos aislados para mejorar los conocimientos del personal existente. Muchos médicos escribieron libros didácticos acerca de las técnicas de enfermería y del manejo de la enfermedad, pero los libros no se leían, puesto que la mayoría de las enfermeras eran analfabetas.

Al comienzo de la Guerra de Independencia, (en los E.E.U.U.), no había departamentos médicos organizados, ni enfermeras entrenadas. Aunque el General Washington ordenó que se contrataran mujeres como enfermeras para los soldados, aparentemente ellas cocinaban y servían las comidas, pero practicaban muy poco la enfermería. Muchas mujeres seguían a sus esposos e hijos al frente de batalla y los cuidaban si ellos enfermaban o eran heridos.

1800-1850

Durante este período, los enfermos se atendían en el hogar con algunos remedios caseros o medicinas patentadas. Las madres asumían la

mayor responsabilidad por el cuidado de los enfermos. Cada esposa tenía un libro de cocina que incluía una sección ilustrada sobre primeros auxilios y el cuidado de los enfermos. Había instrucciones para la atención de indisposiciones comunes, tales como el resfriado. Solamente las personas muy pobres o los vagos, iban a los hospitales. La gente respetable consideraba que era una vergüenza enviar a un familiar a un hospital. Charles Dickens inmortalizó a las enfermeras de esta época en las caracterizaciones de Sairy Gamp y Betsy Prig en la obra "Martin Chuzzlewit".

Gradualmente, algunas mujeres y hombres que eran "hábiles con los enfermos" comenzaron a prestar servicios de enfermería para ganarse la vida. Aunque estos enfermeros trabajaban sin entrenamiento, excepto el que les había dado la experiencia, no estaban en la misma categoría de la gente de bajo nivel que trabajaba en los hospitales, que a menudo pertenecía a la clase criminal, y explotaba y abusaba de los pacientes a su cargo.

Debido a la falta de entrenamiento formal y de colegas, estas enfermeras empíricas no pudieron hacer mucho para cambiar las condiciones excesivamente sucias, contaminadas y de mala ventilación que existían en los primeros hospitales. Una mujer de espíritu fuerte y decidido, depuró estos horrores, pero irónicamente ella no era enfermera. Esta luchadora era Dorothea Dix, profesora de escuela de Nueva Inglaterra, digna, gentil y muy persistente, quien se dedicó a mejorar las condiciones en los asilos para pobres y "locos", y en las cárceles.

1851-1892

Muchos eventos propios de la mitad del siglo 19, hicieron impacto en la orientación que tomó la enfermería hasta finales del siglo: Estos incluyeron el fortalecimiento de la sociedad Victoriana y la exigencia de emancipación para la mujer. Fue en este ambiente donde Florence Nightingale, una mujer con gran disposición científica, y de fuerte carácter, visualizó la enfermería como un compromiso inteligente y basado en el conocimiento de poner "al paciente en la mejor condición para que la naturaleza pudiera actuar sobre él...".

La influencia de Florence Nightingale se fue sintiendo gradualmente en los Estados Unidos, al mismo tiempo que muchos médicos reconocían la necesidad de preparar enfermeras. La

Asociación Médica Americana fue la más interesada en favorecer el entrenamiento de enfermeras, aunque concebía a las escuelas bajo la dirección de médicos. Este apoyo de La ANA se basó sobre las conclusiones de una Comisión destinada a investigar la enfermería, las cuales demostraron que en los hospitales donde las enfermeras eran entrenadas, tanto los fallecimientos como los gastos, disminuían.

En un período de dos años (1872-1873), se abrieron tres escuelas de enfermería, modeladas en la Escuela Nightingale: La Escuela de Entrenamiento de Nueva York en el Hospital Bellevue; la Escuela de Entrenamiento de Connecticut en el hospital del Estado de New Haven, y la Escuela de Entrenamiento de Boston en el Hospital General de Massachusetts. Muchos de los primeros líderes de enfermería en los Estados Unidos se graduaron en estas escuelas. El advenimiento de la educación para enfermeras se presentó paralelo al ingreso de las mujeres en la Universidad. La educación para la mujer, indujo a las mujeres a cuestionarse acerca de sus roles prescritos por la sociedad. Una salida natural para sus sentimientos de frustración y de auto determinación fue el movimiento femenino.

Fueron surgiendo las primeras campañas para promover el sufragio femenino. Susan B. Anthony estuvo entre las líderes del movimiento que reclamaba los derechos de las mujeres. Ella luchó por la consecución del sufragio, de oportunidades para educación superior y para que las mujeres pudieran ejercer las profesiones tradicionales de la medicina, la abogacía y las relacionadas con el clero. Además, las ocupaciones tradicionales de la mujer, enfermería y docencia, fueron desarrollándose como profesiones. En 1869, Gross comentaba acerca de esta igualdad profesional que estaba germinando: "La enfermería en su exacto sentido, es, tanto un arte y una ciencia, como lo es la medicina".

En la ciencia hubo eventos revolucionarios. Charles Darwin propuso su teoría de la evolución. Los trabajos de Philipp Semmelweis, Louis Pasteur, Joseph Lister, y Robert Koch, entre otros, abrieron el camino hacia una nueva era del conocimiento médico. Nightingale había desarrollado un sistema de clasificación y de registros estadísticos de pacientes.

El estatus cambiante de la mujer de esta época se reflejó en un editorial de 1871 (Libro y Revista de la Mujer, de Godey. Enero-Junio 1871, pp. 188-189):

"Mucho se ha dicho últimamente acerca de los beneficios subsecuentes si la vocación de enfermería fuera elevada a una profesión, que una dama educada podría adoptar sin un sentimiento de degradación, ya fuese propia o en la estima de otros... No puede existir duda de que los deberes de una enfermera, para ser cumplidos apropiadamente, requieren de una educación y entrenamiento poco o nada inferior a aquellos poseídos por los miembros de la profesión médica".

Sin embargo, aún se pasaba por la época Victoriana. La clase media se caracterizaba por exagerada afectación y modestia. La mayoría de los hombres y mujeres todavía creían en la leyenda de la "delicadeza femenina", y muchos temas se consideraban "tabú". Con dichos antecedentes, estas pioneras dedicaron esfuerzos sobrehumanos para lograr sus propósitos. En el grupo figuraban mujeres que abrieron camino a la enfermería en el siglo 20: Isabel Stewart, Lavinia Dock, Isabel Hampton Robb, Lillian Wald, Annie Goodrich y Adelaide Nutting. Ellas eran fuertes, decididas, llenas de energía y de un espíritu reformador invencible. Su trabajo fue, ante todo, el de amas de casa. Trabajaron contra la suciedad y el desorden, contra la inmoralidad e irresponsabilidad, contra la corrupción política y la hostilidad.

Finalmente, los Estados Unidos se vieron envueltos en dos guerras durante este lapso: La Guerra Civil (1861-1865) y la Guerra Hispano-Americana (1898). Las experiencias de la Guerra Civil ayudaron a dirigir la atención de muchos sobre la ineficacia de un sistema voluntario de enfermeras en el ejército y creó nuevo interés en reformas para la educación de enfermería. Después de la Guerra Hispano-Americana, las serias deficiencias en la organización y disciplina en enfermería, dieron lugar a una protesta pública. Por último, la Asociación de Ex-alumnas de Enfermería, con el respaldo de ciudadanos influyentes, hicieron antecámara en el Congreso hasta que se dio paso a un proyecto de Ley en 1901, autorizando el Cuerpo de Enfermeras del Ejército.

1893-1918

El final del siglo 19 fue dramático para la enfermería y el efecto se sintió hasta la primera parte del siglo 20. Con los avances en la ciencia y la medicina, el descubrimiento de la antiseptia y la anestesia, la cirugía vino a ser más segura. Por norma, los enfermos eran hospitalizados

y recibían cuidado por parte de las enfermeras en entrenamiento. Había pocas enfermeras de planta - solamente las instructoras, con las estudiantes de enfermería como encargadas de suministrar los cuidados. El rápido crecimiento de los hospitales y subsecuentemente, de las escuelas de enfermería, contribuyó a romper con las normas establecidas para proteger a los estudiantes y la calidad educativa.

Durante la Feria Mundial en Chicago en 1893, hubo oportunidad para que las enfermeras se reunieran a discutir intereses mutuos. Como parte de este evento, fue celebrado un Congreso de Hospitales y Dispensarios. Isabel Hampton fue nombrada presidenta de la Sección de Enfermería. Aprovechó entonces la oportunidad para reunir a las líderes de enfermería, las cuales presentaron trabajos relacionados con la necesidad de una organización para las enfermeras, normas educacionales y registro de enfermeras. Fue leído en esta ocasión, un documento enviado por Florence Nightingale, "Enfermería en la Enfermedad y Enfermería en la Salud".

En 1901 Hampton describió a la enfermera entrenada como una persona que: Tiene conocimiento y es digna de respeto, consideración y una debida recompensa. Ella es esencialmente una instructora: Parte de sus deberes tienen que ver con la prevención de morbilidad y enfermedades, así como también con el alivio del sufrimiento humano.

En enfermería comunitaria nos hemos enfrentado a condiciones que requieren el más alto nivel de trabajo, pero la atención directa del paciente, es la que menos estamos llamadas a cumplir. A esta rama de nuestro trabajo no puede dársele un nombre más apropiado que el de "enfermería instructiva", porque lo que se da es educación, en el mejor sentido de la palabra.

Después del Congreso, fue fundada la Sociedad Americana de Superintendentes de Escuelas de Entrenamiento para enfermeras. El propósito de esta sociedad, fue el de mejorar los cursos de instrucción en las escuelas de enfermería y lograr una mayor uniformidad en los currículos.

Aunque se habían ido creando Sociedades de Enfermería Comunitaria en los Estados Unidos desde 1886, en 1893 fue hecho un nuevo intento por Lillian Wald y Mary Brewster. Ellas fun-

daron el Establecimiento de Enfermeras en la calle Henry como una cooperativa, comunitaria y parcialmente auto-financiada. La intensa dedicación de la enfermera Wald, se refleja en su definición de la Enfermería en 1915:

"Ella se ha alistado en la lucha contra la enfermedad y a favor de un mejor modo de vivir, comenzando aún desde antes de nacer y a través de la infancia, hasta la época escolar, y a la adolescencia... El cumplimiento de sus deberes la lleva a la factoría y al taller, y ella se ha identificado con el movimiento contra el empleo prematuro de niños, y por la protección de hombres y mujeres que trabajan, para que no arriesguen su salud y sus vidas, mientras se ganan la vida. La enfermera se está convirtiendo en parte del sistema social, parte del plan comunal para la salud comunitaria. Su contribución al bienestar humano... forma parte de la gran política de llevar los seres humanos a un nivel más alto".

A comienzos del siglo XX, las enfermeras líderes advirtieron tanto a las enfermeras cuanto al público, que la enfermería no era solamente una profesión de habilidades manuales y actividades físicas, sino también algo que requería inteligencia y "habilidad ejecutiva". En 1907, Shaw escribió:

"La Enfermería es un arte, la importancia de la cual puede ser difícilmente sobreestimada. Esta comprende, además de la ejecución de órdenes especiales, la administración de alimentos y medicinas, el cuidado personal del paciente, la atención a la condición del cuarto del enfermo, su calor ambiental, la limpieza y ventilación, la cuidadosa observación y reporte de síntomas y la prevención de contagios... Para llenar con aptitud esta posición, se requiere de ciertas habilidades físicas y mentales, así como también, entrenamiento especial. Una aptitud natural para la enfermería, es base valiosa para la instrucción, pero esta no tomará su lugar, ni las buenas intenciones podrán compensar la carencia de la habilidad ejecutiva".

Un editorial publicado en 1902 demuestra que la comunidad médica estaba también tornándose más consciente de la complejidad de la enfermería. "La enfermería entrenada es una profesión, no un oficio, porque esta involucra la aplicación inteligente de ciertos principios más que la mera destreza manual adquirida por la constante repetición".

Una vez más, la nación se vio envuelta en la guerra, pero la Guerra Mundial fue una guerra diferente. Otra vez la enfermería respondió a las exigencias. 24.000 enfermeras graduadas cuidaron de los heridos y enfermos. Por vez primera, eran las enfermeras en las líneas de batalla las que atendían accidentes de mutilación, y se estableció una división de enfermería con un número específico de enfermeras, de acuerdo al número de soldados. Una enfermera que sirvió en el frente de batalla recuerda: (M. Welsh, entrevista personal. Septiembre 1982):

“Mi trabajo consistía en caminar adelante de la ambulancia (tirada por caballos) y transportar una maleta llena de ampollas de morfina. Cuando encontraba un soldado herido, agonizando, yo le aplicaba una dosis de morfina para aliviarlo, lo cual con frecuencia lo mataba. Si yo veía que las heridas eran serias pero no fatales, yo le daba al soldado suficiente morfina, de suerte que pudiera ser movilizado sin dolor”.

Aunque hubo suficientes enfermeras para la milicia, hubo también interés en determinar la forma más efectiva de utilizar a las enfermeras, y las medidas para asegurar los recursos de enfermería para los militares. Estos intereses tuvieron respuesta en el establecimiento de una escuela de Enfermería Militar.

1919-1939

Después de la Guerra Mundial, hubo un severo déficit de enfermeras. Se estimó que se necesitaban 55.000 enfermeras. Como resultado de este crítico déficit, la administración hospitalaria respaldó la rápida expansión de escuelas de enfermería para aprovechar a las estudiantes de enfermería como trabajadoras de bajo costo. Este auge en el número de escuelas dio como resultado enfermeras mal preparadas, y como consecuencia, el cuidado a los pacientes sufrió perjuicios.

En 1919, el Comité para el Estudio de la Educación de Enfermería fue establecido y ayudado por la Fundación Rockefeller. El Comité fue dirigido por CEA Winslow e incluyó seis enfermeras: Adelaide Nutting, Annie Goodrich, Lillian Wald, Lillian Clayton, Mary Berd y Helen Wood. Josephine Goldmark sirvió como secretaria del Comité y el informe final de este Comité, lleva su nombre.

En 1923, el informe fue terminado. Este demostraba la explotación que se hacía de los es-

tudiantes, y la necesidad de más autonomía para las escuelas de enfermería. Los estudiantes eran utilizados como personal de planta de los hospitales y por lo tanto, tenían prioridad las necesidades del servicio y no las necesidades educativas de las estudiantes. El reporte enfatizó la necesidad de reconocer la escuela del hospital como un departamento educacional separado, dedicado a suministrar a las estudiantes una educación liberal en enfermería. Durante este año, Logan escribió:

“La enfermera del mañana debe tener una amplia preparación en las ciencias fundamentales de la enfermería. Ella debe conocer, por supuesto, no menos, pero si más, acerca de aquellos servicios asistenciales tan esenciales en la enfermería. Debe ser conocedora de la Fisiología, la Anatomía, la Psicología, la Sociología, la Economía, para estar en capacidad de comprender en forma inteligente, el campo en el cual está sirviendo. Ella tiene la tarea de llevar el mensaje a cada casa.

En 1930, se hizo realidad la educación universitaria para enfermeras, con la apertura de las escuelas de enfermería de la Universidad de Yale y la Universidad Western Reserve. Las líderes de esta época incluían a Adelaide Nutting, Directora del Departamento de Enfermería de la facultad Pedagógica de la Universidad de Columbia en Nueva York. Isabelle Stewart, también de la Facultad Pedagógica y Annie Goodrich, Decana de la Escuela de Enfermería de Yale. Cada una de estas personas en sus escritos, definen la enfermería como basada en conocimientos, centrada en el paciente y poseedora de habilidades.

Nutting: “La enfermería posee el grupo más grande de mujeres profesionales existente. Su campo de trabajo es también impresionante, los vastos niveles de esfuerzo humano interesados en el alivio del sufrimiento, en el cuidado de la enfermedad, y en la protección de la salud de las gentes. Como la mayoría de las personas no son atendidas en los hospitales, ellas deben ser atendidas por enfermeras en sus propias casas: y puesto que no hay dos familias o individuos iguales en cuanto a sus necesidades o requerimientos, esta esfera en la enfermería es particularmente exigente. El mecanismo complejo de los hospitales modernos no puede funcionar sin un cuerpo organizado de enfermeras. Para cumplir sus incesantes actividades, ellas deben estar aquí, allí, dondequiera. El hospital parece pertenecer a este cuerpo de enfermeras parece ser su hogar”.

Stewart: "La enfermería por su naturaleza y tradición, es una profesión. Como su trabajo se desarrolla principalmente con seres humanos y con sistemas sociales, implica decisiones que requieren amplios conocimientos y necesita una preparación diferente de aquella que se ofrece en escuelas vocacionales o técnicas. Los elementos manuales, mecánicos o técnicos en el entrenamiento, no deberían hacer desaparecer a los elementos intelectuales, sociales y humanos".

Goodrich: "La enfermera es un agente remedial, cuyos servicios frecuentes, íntimos y prolongados a todas las clases sociales, le permiten oportunidades casi ilimitadas para dar educación de salud, la cual es clave de la medicina preventiva".

En 1912, la Asociación de Ex alumnas de Enfermería, organización profesional de enfermeras graduadas, se reorganizó y cambió su nombre por el de Asociación Americana de Enfermeras (ANA). En los albores de 1924, la ANA había intentado definir la enfermería profesional. Finalmente en 1932, reflejando la inquietud de la época, la ANA publicó la siguiente declaración relacionada con el rol de las enfermeras y la profesión de enfermería:

"La enfermería profesional es una mezcla de logros, atributos y habilidades mentales basadas en los principios de la medicina científica, adquiridos por medio de un curso prescrito en una escuela de enfermería afiliada a un hospital... Y se practica al lado de la medicina curativa y preventiva por un individuo licenciado para hacerlo".

Debido al rápido crecimiento en el número de escuelas de enfermería, la abundancia de enfermeras mal preparadas, y el continuo abuso de la estudiante de enfermería como trabajadora barata, el Comité para la Evaluación de Escuelas de Enfermería, publicó un reporte en 1934, recomendando que las escuelas que no habían cumplido con las normas mínimas deberían ser cerradas. Esta determinación resultaría en enfermeras mejor preparadas. El Comité sugirió además, que era necesario contratar enfermeras graduadas de planta, en lugar de las estudiantes. La última recomendación fue la de buscar ayuda económica del sector público, para la educación de Enfermería.

La "Gran Depresión" de esta época, dio como resultado la disminución del número de en-

fermeras que prestaban servicios privados, y el consecuente ingreso de los enfermos a los hospitales para recibir atención. Sin embargo, las definiciones de enfermería todavía reflejaban un punto de vista humanístico. Las definiciones de Effie Taylor y de Bertha Harmer y Virginia Henderson, sirven de ejemplo. Taylor sucedió a Annie Goodrich como decana de la Escuela de Enfermería de Yale. Harmer y Henderson fueron co-autoras de un texto popular de enfermería.

Taylor, dijo: "La enfermería es una profesión humana y pertenece al mundo entero. Su función es la conservación y restauración de la salud para la perpetuación de una raza feliz y útil. Los conocimientos esenciales de enfermería se derivan de las ciencias biológicas y sociales, en orden a que las enfermeras puedan comprender el significado de las leyes fundamentales de la vida que son base de la conservación de la salud. Una enfermera debe poseer un amplio sentido de la justicia al analizar los problemas inherentes a su propia vida y a la vida de los demás, y ella debería tener un sentido leal y profundo de honestidad e integridad de propósitos en el manejo de las debilidades y defectos humanos".

De conformidad con Harmer y Henderson, "la enfermería puede ser definida como aquel servicio al individuo que le ayuda a lograr o a mantener un estado saludable en su mente y en su cuerpo; o en aquellos casos en que la recuperación de la salud no es posible, brindarle el alivio del dolor y de la incomodidad.

Aunque en esta época se alcanzaron grandes logros en la educación de enfermería, y se introdujo a la enfermera al mundo de la ciencia y la academia, estos logros tuvieron su precio.

La atención se centró en las grandes representantes de la profesión y en el educador sobresaliente y la identidad y los sentimientos de las enfermeras como individuos, no fueron ni solicitados ni registrados. De este modo comenzaron las dificultades entre servicio y Educación que hoy observamos. La educación comenzó a definir la enfermería sin validar estas definiciones con la enfermera en servicio.

Década de los 40

Otra vez estalló en el mundo entero la guerra, siempre influencia importante en la Enfer-

mería. Las enfermeras fueron ampliamente utilizadas en los frentes de batalla, en todos los teatros de la guerra. En casa, las necesidades de la población civil y de industrias boyantes agotaron la reserva de enfermeras entrenadas. Ayudantes de enfermería y otros trabajadores paraprofesionales comenzaron a aparecer en la escena para ayudar a proveer cuidados de enfermería en los hospitales civiles. Al mismo tiempo, millones de mujeres se unieron a la fuerza laboral para satisfacer las demandas industriales creadas por la guerra.

La pujante sociedad industrial creó la necesidad de más enfermeras preparadas sobre bases científicas y la aplicación de esta clase de enfermería a grupos de personas. Tal definición se refleja en la publicación de Brown:

"La enfermera profesional será alguien que reconozca y entienda las necesidades fundamentales (en salud) de una persona, enferma o sana, y que sepa cómo pueden ser mejor atendidas sus necesidades. Ella poseerá un cuerpo de conocimientos de acuerdo con, y basado en los avances científicos generales, entonces estará en capacidad de identificar las necesidades de enfermería de una persona o una comunidad. Ella debe poseer la clase de juicio discriminatorio que le permitirá reconocer aquellas actividades que caen dentro del área de la enfermería profesional y aquellas actividades que han sido identificadas con los campos de otros grupos profesionales o no profesionales".

Goodrich mostró el impacto de una base científica para la enfermería:

"La enfermería es aquella expresión de las actividades sociales que busca bajo instrucción y dirección calificada, interpretar a través de la acción los hallazgos de las ciencias médicas y sociales en relación con las enfermedades corporales, su cuidado, cura y prevención, incluyendo todos los factores, personales y ambientales, que llevan al logro del objetivo deseado: Una ciudadanía saludable".

Las necesidades de atención en salud de esta época, reflejaron los avances tecnológicos, la disminución en las enfermedades transmisibles y de la infancia, y el incremento de enfermedades ahora asociadas con el stress y la industrialización: El cáncer, las enfermedades del corazón y la diabetes. La expectativa de vida fue aumentando, de suerte que las enfermeras cuidaban un mayor número de ancianos.

Década de los 50.

De nuevo se presentó un déficit de enfermeras. Con el incremento en la esperanza de vida, el número de hospitales financiados por seguros, y la expansión del rol de la enfermera, el ejercicio y la educación de enfermería se volvieron más complejos. McManus comentó acerca de las funciones propias de la enfermera profesional:

1. La identificación o diagnóstico de un problema de enfermería... El reconocimiento de sus aspectos interrelacionados. 2). Decisión acerca de un curso de acción para lograr la solución del problema... con respecto a la prevención de enfermedad, cuidado directo, rehabilitación y promoción del más alto nivel de salud posible para el individuo".

Tal sofisticación tuvo como consecuencia la acreditación de las escuelas de enfermería y el registro de las enfermeras por medio de exámenes unificados. A medida que la demanda de servicios de enfermería aumentó, el factor de las finanzas comenzó a ser importante. Por primera vez, la definición de la ANA acerca de la enfermería, reflejó las necesidades de remuneración.

"La práctica de la enfermería profesional significa el cumplimiento remunerado de cualquier actividad tendiente a la observación, el cuidado y la asesoría del enfermo, lesionado o incapacitado; al mantenimiento de la salud o a la prevención de las enfermedades; a la supervisión y enseñanza de otro personal; a la administración de medicamentos y tratamientos de acuerdo a lo prescrito por un médico registrado u odontólogo; requiere un alto grado de juicio crítico y habilidad, y está basada en el conocimiento y la aplicación de los principios de las ciencias biológicas, físicas y sociales. Lo anterior incluye actos de diagnóstico o prescripción de medidas terapéuticas o correctivas".

La guerra reapareció con el comienzo de la implicación de América en la guerra de Corea. Otra vez hubo rápidos avances en la tecnología, incluyendo la unidad quirúrgica, Hospital Móvil del Ejército (MSH) para operaciones del corazón, transplantes de riñón, y el desarrollo de la Clorpromazina; todos estos avances tuvieron impacto en los roles y las funciones de la enfermería profesional. Las definiciones de Enfermería comenzaron a reflejar la era de máxima tecnología, restando humanización a la práctica.

Década de los 60

Los sesenta fueron años de turbulencia en el país. Un presidente fue asesinado; el país se vio envuelto nuevamente en una guerra, el conflicto de Vietnam; y por consiguiente hubo gran inquietud civil. En respuesta, el programa de la "Gran Sociedad" comenzó a desarrollarse. El congreso pasó una legislación clave animada por el deseo de aliviar los problemas sociales y de salud.

La época fue testigo de la explosión de la enfermería como profesión multifacética. Se abrieron programas para formar enfermeras para el ejercicio independiente, proliferaron programas tecnológicos en enfermería, y la financiación del Gobierno para la educación de enfermería alcanzó un alto nivel.

Una década en la cual la enfermería se destacó por su tecnología, resultó en la génesis de las teorías para el ejercicio. Cada vez más, las definiciones mostraron una base científica mayor. Refiriéndose a la naturaleza compleja de la enfermería, Hall dijo que la enfermería es un proceso complejo compuesto de tres aspectos: El aspecto de proteger o cuidar, implica la imposición de las manos con el propósito primordial de reconfortar al paciente. Este campo es del exclusivo dominio de la enfermería. El segundo aspecto, la atención directa, es compartido con la profesión médica: La enfermera ayuda al paciente durante el proceso del tratamiento médico, quirúrgico y de rehabilitación. El tercer aspecto tiene que ver con las relaciones entre la enfermera y el paciente.

Las enfermeras preparadas en enfermería psiquiátrica bajo el Decreto Nacional de Salud Mental, fueron ubicadas en la definición de Lambertsen: "La enfermería es un proceso dinámico, terapéutico y educativo dirigido hacia las necesidades de la sociedad... La enfermera ayuda al individuo y a la familia a alcanzar el grado de auto-dirección en salud dependiente del potencial que poseen.

1970 hasta el presente

El punto clave de la Enfermería, hoy en día, está en el profesionalismo Vs., la tecnología. Palabras que antes sólo le pertenecían al médico, están siendo ahora aplicadas a la enfermería; éstas incluyen diagnóstico, autonomía, ejercicio conjunto y práctica independiente.

En 1971, Lucille Kinlein se dedicó a la práctica independiente en enfermería. Luego escribió sus experiencias. Al mismo tiempo la Asociación de Enfermeras del Estado de Nueva York fue instrumento para el paso de un Decreto que puso en claro el rol expandido de la enfermera.

En 1980, la definición de la ANA reflejó este punto de vista:

"La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas existentes, o potenciales de salud".

El fenómeno de interés para las enfermeras son las respuestas humanas a los problemas existentes, o potenciales de salud. La base teórica para la enfermería se auto-genera parcialmente, y la otra parte, surge de otros campos. La enfermería es principalmente, una ciencia aplicada.

La meta de las acciones de enfermería, es aliviar, mejorar o corregir las situaciones para las cuales se instauran; prevenir las enfermedades y promover la salud. Las acciones de la enfermería tienden a producir efectos benéficos en relación con respuestas identificadas".

El factor económico es el principal determinante en las decisiones que se toman sobre el cuidado de salud. Temas como el del cuidado de la salud de los pobres y los auxilios gubernamentales, aparecen diariamente en las noticias. Las enfermeras son ahora políticamente, más activas, y participan más en la formulación de "las políticas de salud".

Hay, sin embargo, signos de un creciente interés por el retorno a los aspectos filosóficos y humanísticos de la enfermería, que fueron tan visibles y vitales en el pasado. En 1979, Green escribió:

"La enfermería puede ser definida como una disciplina de servicio que provee cuidado, interés y comodidad a personas que experimentan una diversidad de fenómenos en el continuum salud-enfermedad a través de las combinaciones sinérgicas del arte y la ciencia".

En el mismo año, Watson opinó que: "La enfermería es tanto científica cuanto artística. Yo busco combinar la ciencia con el humanismo... La enfermería es un proceso terapéutico interpersonal... Aquel aspecto básico es el fun-

damento de los factores creativos... La enfermería es una disciplina científica que deriva - y debe continuar derivando- su base práctica del conocimiento científico y de la investigación".

Storlie escribió que "El aspecto glorioso acerca de la enfermería es que no puede ser definida. Lo irónico es que nunca hemos renunciado tratando de definirla." Continuó: "El peligro de la definición es: La pérdida del misterio, pérdida del aura y de su belleza... La enfermería se resistirá a ser reducida a los tan nombrados 'hechos' a pesar de las investigaciones precisas que se adelantaron".

Florence Nightingale fue una de las primeras en definir la enfermería. Desde entonces, la definición de la enfermería ha sido uno de los pasatiempos favoritos de los educadores, practicantes, legisladores, consejeros de carrera, y el público en general. Los intentos para definir la enfermería traen a la mente las observaciones del Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, John Stevens, concernientes a la pornografía. El dijo que no podía definirla, "Pero yo la conozco cuando la veo".

La enfermería es al mismo tiempo, arte y ciencia, tradicional y futurista, independiente e interdependiente. La enfermería y su definición reflejan los cambios en la atención de salud y en el medio social. Dependiendo de la visión del autor, las definiciones daban respuesta a la orientación que debía tomar la profesión de acuerdo con las necesidades sociales, que eran el reflejo de dónde había estado la sociedad.

El apéndice es una síntesis de las nueve épocas examinadas: éste facilita un conocimiento de las intenciones de la historia general, la historia social, la ciencia y la medicina, la enfermería y las definiciones de la enfermería. Los eventos descritos no son los únicos que han influido, sino que son representativos de los factores influyentes.

Las definiciones antes de la Segunda Guerra Mundial, hablan más elocuentemente acerca del desenvolvimiento de la profesión, y describen más dramáticamente la influencia de las épocas. La opinión de estos autores es que las definiciones después de la Segunda Guerra Mundial, muestran un "encasillamiento" de la enfermería a una profesión altamente tecnificada, con participación mínima en los aspectos humanos y sociales.

Es verdad el axioma clásico de que la historia se repite; sin embargo, la enfermería ha existido el tiempo suficiente para regresar a sus raíces y volver a captar sus valores básicos, incluyendo el interés por la persona total y la interacción con el ambiente. Las enfermeras no necesitan explicar que los elementos filosóficos del cuidado y experimentación del arte de la enfermería no traducen bien al lenguaje cuantificable de los computadores; aunque los intentos por definir la enfermería continuarán, esta no podrá ser definida igual para todas las épocas ni para todos los tiempos.

* Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de Purdue Indiana.

** Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Bellarmine, Kentucky.

Reproducido con permiso.

DEFINICIONES DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

Helen Yura y Mary Wals.

La forma de definir la atención de enfermería puede variar dependiendo del idioma utilizado, el esquema mental que se adopte y la orientación personal de la enfermera de acuerdo con su educación y experiencia.

Uno puede leer una determinada definición de la enfermería e imaginar o interpretar el significado e intención que su autor ha pretendido darle. Por ejemplo, la palabra *paciente* hace pensar en una persona que está enferma o que al menos no se encuentra bien —y de quien la enfermera es responsable—. Aunque no necesariamente, esta interpretación excluye con frecuencia el aspecto preventivo de la enfermería.

Los marcos posibles de la enfermería sugieren que la adaptabilidad es necesaria para hacer frente a las situaciones actuales. Los viajes espaciales convierten en una posibilidad real a la atención de enfermería extraterrestre, que en nuestros días no puede ya considerarse como una mera ficción. Bien es verdad que en tanto no se construyan y se pongan en funcionamiento estaciones espaciales, las múltiples necesidades de atención de enfermería en la tierra son las únicas a tener en cuenta. La persona que es el receptor potencial de la atención de enfermería puede encontrarse en una diversidad de situaciones. La atención de enfermería preventiva y terapéutica debe prestarse en cualquier situación y ambiente; la urgencia de la asistencia varía con las características del servicio que ha de prestarse, con el momento en que el paciente accede a la unidad asistencial, y con el lugar o situación en que aquél se encuentra cuando surge la necesidad de ser asistido.

Otra variable a tener en cuenta al definir la enfermería es la extensión y profundidad con que la enfermera considera el servicio que es

capaz de prestar. Si adopta un punto de vista miope, tal servicio tendrá una calidad muy distinta que en el caso de una persona experta de mentalidad abierta. Cuando una persona se hace más madura y su experiencia en el trabajo aumenta, se ve a sí mismo y a los demás con mayor claridad y es capaz de considerar más posibilidades que cuando es más joven o menos experta. Cada edad tiene sus atractivos, y la combinación de una juventud vigorosa y de una saludable madurez constituye una combinación muy deseable en la práctica profesional. Cada persona debe aprender de las demás y beneficiarse de un abierto intercambio de ideas para el bien del paciente, receptor de la asistencia sanitaria.

Al margen de las variaciones en la definición de la asistencia sanitaria, las enfermeras que trabajan aisladamente o en grupos deberían continuar esforzándose en componer términos que representen sus ideas y reflejen su forma de entender el servicio sanitario. Esto parece tener más sentido que el continuar tratando de hallar una definición de la asistencia sanitaria que se acepte universalmente. En cualquier idioma, el empleo de sinónimos puede servir para descubrir el servicio que prestan las enfermeras. Para tratar de definir la asistencia sanitaria es posible utilizar una diversidad de recursos incluyendo la colaboración de las distintas enfermeras; la definición adoptada puede entonces constituir una expresión del tipo de actividad que se realiza, y una guía que oriente a la enfermera hacia las acciones esenciales de la asistencia que debe prestar.

Aunque en la bibliografía puede encontrarse abundante material acerca de la pregunta ¿qué es la atención de enfermería?, es posible que en algunos casos la respuesta sea tan obvia que

haga innecesaria una definición precisa, o que, por el contrario, aquélla no sea posible a causa del gran número de variables a tener en cuenta. La mayoría de las obras que se refieren a la atención de enfermería contienen al menos una sección en la que la atención de enfermería se define de acuerdo con la manera en que la percibe el autor o autores, y las enfermeras suelen mostrarse predispuestas a aceptar y respetar las definiciones y conceptos acerca de la atención de enfermería propios de los distintos autores y expertos en la materia.

Cuando la estructura de la sociedad era menos compleja de lo que es hoy, la actuación intuitiva de la enfermera resultaba con frecuencia adecuada para prestar un servicio eficaz. Una persona animosa y bien intencionada con una capacidad innata para ocuparse de los enfermos estaba excelentemente dotada para auxiliar a los necesitados. Sin embargo, incluso en esa época cada persona tenía una imagen mental diferente de lo que la atención de enfermería significaba. En la actualidad, un cierto número de variables determina la complejidad de esas imágenes, cuya correspondencia puede oscilar desde las acciones de una persona que actúa como sustituto de la madre a las que desarrolla un técnico administrativo. La discusión acerca de *qué es la atención de enfermería* puede acometerse desde una diversidad de puntos de vista. La atención de enfermería puede definirse o discutirse en función de las acciones que se realizan al prestar el servicio; de los cometidos de las personas que practican la atención; de las funciones de la enfermera; de la imagen que el beneficiario posee de la atención de enfermería; de la imagen que de ésta poseen las propias enfermeras; de la filosofía de la atención de enfermería tal como la entienden los médicos; del marco en que se practica la atención de enfermería; de la importancia que se concede a la persona que requiere atención, y del respeto que se otorga al paciente. Es posible emplear cualquiera de estos conceptos como referencia de discusión o definición de la atención de enfermería, y todos estos posibles aspectos se han mencionado para resaltar la naturaleza completa que caracteriza tal atención.

Algunas enfermeras han *definido* la atención de enfermería, o un *concepto* de la misma; otras han expresado sus *creencias* acerca de la atención de enfermería, y otras más han definido una *filosofía* de dicha atención, discutiendo sus aspectos teóricos y prácticos. Pueden

encontrarse referencias de estos temas —cuyo objetivo es siempre el de tratar de establecer la esencia de la atención de enfermería— en publicaciones especializadas.

Algunas enfermeras han contribuido al problema de definir la atención de enfermería desarrollando y estableciendo aquello en lo que la asistencia está basada de acuerdo con su propia filosofía, educación y experiencia. A través de estos intentos de definir la función esencial inherente a la atención de enfermería, diversos autores han expresado con distinto lenguaje su manera de entender la función y cometidos de tal atención. Resulta aparente que en esta atención existe algo especial que la diferencia de los servicios que se prestan en otros campos. Algunos sugieren que la singularidad de la atención de enfermería puede radicar en su capacidad para asimilar y utilizar información proporcionada por otras disciplinas. Aunque algunas enfermeras han desarrollado independientemente definiciones de la atención de enfermería, las distintas presentaciones comprenden ideas semejantes, si bien utilizan términos y puntos de referencia distintos. Cada definición expresa valores individuales; uno puede determinar el grado en que un paciente es considerado como una persona, y la medida en que es respetado como un individuo con necesidades y derechos humanos. Estas son referencias que la enfermera utiliza para definir y comunicar aquello que encuentra fundamental en la atención de enfermería.

Seguidamente se presenta una selección de discusiones relativas a la definición de la atención de enfermería con objeto de ilustrar el desarrollo que han experimentado las ideas en este campo de la actividad humana.

Una de las primeras definiciones de la atención de enfermería fue presentada, en 1943, por la hermana Olivia Gowan, una ambiciosa promotora de la educación en atención de enfermería. Para la hermana Gowan esta actividad era, en su más amplio sentido, tanto una ciencia como un arte, que ha de referirse al paciente como individuo global; una asistencia que debía proporcionar salud espiritual, mental y física, prestando gran importancia a la formación sanitaria y a la preservación de la salud, auxiliando al enfermo, preocupándose por las circunstancias del paciente, y proporcionando asistencia sanitaria a la familia, a la comunidad y al individuo. Esta definición apareció impresa mucho antes de que se pusiera

de moda definir la atención de enfermería, y durante muchos años gozó de gran aceptación y fue citada con frecuencia. Reconocida por largo tiempo como una guía excepcional de la atención de enfermería, la hermana Gowan falleció en abril de 1977.

Otra destacada personalidad de este campo, Francis Reiter Kreuter, murió en enero de 1977. Un artículo suyo aparecido en *Nursing Outlook*, en 1957, en el que Kreuter analiza la atención de enfermería de calidad, es citado con frecuencia por las enfermeras. Al leer el artículo se hacen evidentes ciertos temas y conceptos, especialmente su visión de la enfermera como un sustituto de la madre. No todas las enfermeras están de acuerdo con esta interpretación de su cometido; pero si se analiza la identificación debida a Erikson de las fases de desarrollo de la infancia y del papel que juegan los padres en cada fase, el término *sustituto de la madre* resulta más aceptable. Por ejemplo, un principio básico que debe observarse al educar a un niño es ganarse su confianza; de igual manera la confianza en la enfermera constituye la base de la atención que proporciona al paciente. Un niño aprende gradualmente a ser independiente; la madre le enseña y le ayuda a hacerse independiente a medida que crece y se desarrolla. El desarrollo de la iniciativa es alentado por la madre de manera que el niño pueda progresar hasta el límite de su capacidad. Estos principios pueden aplicarse a la relación enfermera-paciente, con relación a la cual Kreuter consideró que la enfermera debía proteger al paciente, enseñarle, realizar para él aquellos actos relativos al cuidado de sí mismo que él no puede efectuar sin ayuda, y proporcionarle comodidad y aliento. Aunque Kreuter denominó "ayudas" a estas acciones, las mismas pueden considerarse también como acciones sanitarias dirigidas a satisfacer necesidades básicas, administrar, observar, enseñar, supervisar u orientar, comunicarse con el paciente y hacer planes de acuerdo con él. Kreuter también discutió las características del cuidado directo, relacionado con una asistencia física directa, y del cuidado indirecto, mediante el cual la enfermera se ocupa de actividades que no la ponen en contacto inmediato con el paciente. Algunas enfermeras están en completo acuerdo con estos conceptos, mientras que otras sólo los aceptan parcialmente; de cualquier forma, Kreuter hizo importantes contribuciones al desarrollo de los conceptos de la atención de enfermería mediante sus numerosos y serenos trabajos.

Los trabajos de Dorothy Johnson han estimulado también la reflexión y el intercambio de ideas entre las enfermeras. La clave de su tesis radica en la idea de que todos los trabajadores de los servicios de salud pública tienen algo especial que ofrecer al paciente, pero que son las propias enfermeras las que deben determinar aquello que constituye la singularidad de su atención. Para hacerse cargo de los problemas del paciente cada persona percibe ciertos problemas sanitarios que requieren evaluación, decisión y acción. La doctora Johnson sugiere que la enfermería constituye un servicio directo prestado a personas que se hallan bajo tensión, relativo a sus necesidades humanas básicas. De acuerdo con este concepto, la enfermera debe dirigirse hacia el objetivo de eliminar la tensión y restablecer el equilibrio interpersonal. Este equilibrio es un estado dinámico y transitorio en el que la estabilidad es un componente difícil de controlar. De este modo, una vez que se ha logrado alcanzar la estabilidad es preciso realizar un esfuerzo continuo para ajustarla y conservarla. Las actividades en las que participan las enfermeras para beneficio del paciente deberían contribuir al logro de dicho equilibrio.

En 1963, Ernestine Wiedenbach aportó ideas adicionales a la bibliografía de la atención de enfermería, identificando el propósito de dicha asistencia con la atención que debe prestarse a las necesidades de las personas que tienen alguna necesidad de ayuda. Se identificaron tres fases principales en la atención de enfermería:

- a) El reconocimiento de que una persona precisa ayuda;
- b) La prestación de tal ayuda, y
- c) La confirmación de que la ayuda prestada es la requerida.

La esencia de la atención de enfermería se identificó con el acto de ayuda a los demás prestándose la debida atención a los sentimientos y procesos mentales tanto de la enfermera como de la persona receptora de la asistencia. En esencia se prestó gran atención al aspecto interpersonal de las acciones que comprende la atención de enfermería, y a la identificación de estímulos que actúan sobre el comportamiento de la persona necesitada de ayuda, con objeto de determinar las acciones a emprender. El propósito último de la atención de enfermería se definió como "la ayuda prestada al individuo en sus esfuerzos para superar los obstáculos que

interfieren con su capacidad para hacer frente a las demandas propias de su condición, medio social, situación y época".

Aunque Virginia Henderson describió sus ideas y conceptos mucho antes de 1966, su obra *La naturaleza de la asistencia sanitaria* publicada en ese año contribuyó con abundante material a la información acerca de la asistencia sanitaria. Ciertas ideas y reflexiones son características de la obra de la señorita Henderson. A través de ella insta a cada enfermera a definir por sí misma su visión de la asistencia sanitaria y a desarrollar su propio concepto, en lugar de limitarse a imitar a otros o de actuar bajo la presión de la autoridad. En su obra, la enfermera se considera como una profesional independiente capaz de ayudar al paciente a realizar aquellas actividades que aquél no puede realizar por sí mismo en un momento dado. La señorita Henderson fue una de las pocas personas que incluyó en su definición la idea de que los esfuerzos dirigidos a devolver al paciente a un estado de bienestar no siempre tiene éxito, reconociendo que a menos que una enfermera sea realista acerca del desarrollo probable —quizá negativo— de la enfermedad de un paciente, estará abocada a la frustración y al desaliento. Sin embargo, si la enfermera incluye entre sus cometidos la responsabilidad de ayudar al paciente a afrontar en paz la muerte, tanto aquélla como éste reconocerán sus funciones con más claridad y serán capaces de establecer objetivos realistas para ellos mismos. La señorita Henderson afirma que "la función singular de la enfermera radica en asistir al individuo, enfermo o sano, a desarrollar aquellas actividades dirigidas a lograr mantener su salud, a recuperarse de la enfermedad (o a morir en paz) que aquel podría efectuar por sí mismo si poseyera la necesaria fortaleza o preparación". De acuerdo con Henderson, las acciones derivadas de la práctica sanitaria deben dirigirse a proporcionar asistencia física a sus pacientes. Esta asistencia puede interpretarse en un sentido amplio que incluya actividades intelectuales, interpersonales y técnicas. Las discusiones e ilustraciones acerca de la asistencia sanitaria debidas a la señorita Henderson sugieren que ella adopta ese criterio amplio al considerar las características inherentes a esta actividad humana.

Estos pocos ejemplos de conceptos publicados acerca de la enfermería sirven para poner de manifiesto la aseveración de Catherine Norris de que un error fundamental en la práctica sanitaria consiste en que las enfermeras

aceptan definiciones estereotipadas de sus cometidos sin aportar sus propios puntos de vista. Esta autora identifica claramente múltiples dimensiones del dilema al que enfrentan las enfermeras sugiriendo la necesidad de "prestar apoyo a un marco teórico de referencia con objeto de conseguir un mayor desarrollo de la toma de contacto, evaluación, diagnóstico e intervención sanitaria, que se ha todavía en un estado primitivo de desarrollo".

El poseer una conciencia clara de la filosofía personal y una elevada consideración hacia valores, ética y creencias humanas, resulta esencial si se quieren desarrollar definiciones propias de la enfermería y refutar algunos de los errores mencionados por Norris. En consecuencia, los autores proponen la siguiente definición en la que se basa el contenido de esta obra.

La enfermería es un encuentro con un paciente y con su familia, mediante el cual la enfermera observa, ayuda, se comunica, atiende y enseña, contribuyendo al mantenimiento de una salud óptima y prodigando cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la necesaria responsabilidad para satisfacer sus propias necesidades humanas básicas; cuando ello es necesario, la enfermera proporciona una asistencia compasiva al moribundo.

Una revisión de la bibliografía de la enfermería revela que durante los últimos quince años se han realizado incesantes esfuerzos para establecer una definición de la enfermería que pudiera aceptarse tan universalmente como la propuesta por la hermana Oliva Gowan. Sin embargo, la preocupación por definir la enfermería ha ido diluyendo gradualmente en intentos para desarrollar marcos teóricos de referencia y para definir los conceptos que determinan la verdadera naturaleza de la enfermería; en suma, el interés se centra ahora en clarificar el arte de la ciencia de la enfermería a la luz de los conocimientos progresivos que se van alcanzando en las ciencias biológicas y del comportamiento relacionadas con ella.

Los conocimientos continúan progresando a mayor velocidad que durante los años inmediatos a la postguerra. El desarrollo tecnológico, el empleo de computadoras, los avances en la educación y la llegada de la era espacial han originado un impacto poderoso en el impulso de los avances y transformaciones de la sociedad.

actual. Las opiniones del hombre de la calle empezaron a dejarse oír con más fuerza desde que el mundo sobrevivió a la segunda guerra mundial. La población se ha hecho más receptiva a la cultura, está aprendiendo más y más acerca de su salud, sus enfermedades y sus derechos; el paciente actual no sólo está planteando nuevos desafíos a las profesiones sanitarias, sino que está también creando la necesidad de abordar de forma nueva el cuidado de la salud, poniendo de manifiesto la necesidad de la medicina preventiva, así como de la asistencia terapéutica durante la enfermedad.

La historia registra hechos significativos en el desarrollo de la enfermería que pueden agruparse tomando como referencia temporal la segunda guerra mundial. La enfermería evolucionó desde el cuidado humanitario de los pacientes, pasó por un período de estabilización, y sobrevivió a la aceleración de todas las facetas de la vida y las transformaciones de la escena sanitaria que la segunda guerra mundial trajo consigo. El informe Brown de 1948, el manifiesto de la Asociación de enfermeras de Estados Unidos en 1965, el informe del grupo consultivo del interventor médico general y el informe de la Comisión Nacional para el Estudio de la Enfermería y para la educación en este campo presentado en 1970 son los principales acontecimientos que han estimulado los cambios acaecidos en la enfermería desde la terminación de la guerra. Una vez que han quedado atrás los esfuerzos dirigidos a demostrar que la enfermería es una profesión y los enfrentamientos verbales motivados por la preocupación por definir la enfermería y aquello que constituye su esencia y singularidad, la profesión se encuentra seriamente implicada en la definición de sus marcos teóricos y conceptuales.

**EVOLUCION DE LA ATENCION DE
ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE
SALUD EN COLOMBIA
(1750 - 1974)**

Por: Piedad Portilla Rueda*

INTRODUCCION

A fin de tener una visión del proceso del cuidado de enfermería en servicio, en las instituciones de salud de nuestro país es necesario conocer algunos hechos que directa o indirectamente influyeron en los cambios de la atención de enfermería.

La revisión de la literatura disponible, solamente hizo posible tener alguna información general sobre enfermería desde finales del siglo XVII.

Para comprender algunos hechos que modificaron o determinaron nuevos conceptos en la atención de enfermería, se describirán los mismos, destacándose aspectos de orden legal, administrativo y técnico.

Para facilitar esta descripción se le ha dividido en tres etapas. La primera desde 1750 a 1920, la segunda desde 1920 a 1947, y la tercera a partir de 1947 hasta el presente. La razón de esta clasificación que podría tomarse como arbitraria, es porque aparentemente desde 1750 a 1920 no se produjeron cambios evidentes en la prestación de servicios de salud y estos se desarrollaron dentro de una situación más o menos uniforme y estática.

En 1920 se introdujeron algunos aspectos de orden técnico, al menos en cuanto a enfermería se refiere, y el enfoque de la prestación de servicios de salud se modifica de una manera evidente pero limitada; de 1920 a 1947 se suceden hechos que continúan el proceso de cambio ya iniciado; pero a partir de 1947, con la introducción de nuevas leyes, se producen cambios fundamentales en la prestación de servicios de salud institucionalizados, hechos que también incidieron en la prestación de la atención de enfermería en los servicios de salud.

I. Etapa: 1750 - 1920:

Puede decirse que la Asistencia Pública Institucionalizada, se inició en 1777 con la funda-

ción de la Casa de Refugio, en Santa Fé de Bogotá, mediante la Ordenanza de la Real Cédula de su Majestad. Su ubicación fue en sector que hoy ocupa el Hospital San Juan de Dios.

En 1869 se creó la Junta General de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca, y posteriormente en 1909, se funda el Hospital de la Misericordia, gracias al interés del Dr. José Ignacio Barberi.

En 1907 por "orden" del General Rafael Reyes, Presidente de la República de Colombia, se fundan los "Asilos para Dementes". Por esta época se inició la construcción del Hospital San José, para pacientes indigentes y pensionados.

En el trabajo titulado "Contribución al estudio de la Higiene Pública en Bogotá", presentado por los doctores Pedro M. Ibáñez y Tiberio Rojas A., en 1913, se mencionan además de las Instituciones ya nombradas, la Clínica Marly que funcionaba como Hospital Militar al servicio del Estado, y el Hospital Los Alisios, destinado exclusivamente para pacientes de viruela.

Hasta este momento las labores de enfermería eran realizadas por gente de buena voluntad, sin ninguna preparación y solamente en algunos asilos se contaba con la presencia de Religiosas, que sin ser enfermeras, al menos conocían más del oficio y demostraban constancia y disciplina en el desempeño de sus funciones; no obstante, el número era limitado.

Por primera vez en esta época se habló de la necesidad de crear escuelas para enfermeras, y se contempló la posibilidad de traer enfermeras inglesas para iniciar la enseñanza. Se presentó también por primera vez un programa de enfermería de dos años de duración.

II. Etapa: 1920 - 1947:

En 1920 se inicia la preparación de enfermeras y en 1930 se funda en Bogotá la Escuela Sáenz Londoño para Enfermeras Visitadoras.

Hacia el año 1955, comienza una etapa fundamental para el desarrollo de enfermería en el ámbito nacional y es el ingreso de enfermeras al Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social, iniciándose así la reglamentación y control del ejercicio profesional de enfermería en instituciones oficiales a nivel nacional.

En 1968, con el Decreto 2470, reorgánico del Ministerio de Salud Pública, se da un nuevo impulso a la prestación de servicios de salud.

La Ley 39 de 1969, crea el Fondo Nacional Hospitalario; regula las inversiones en salud, da importancia a la programación médico-arquitectónica para la construcción hospitalaria y se compatibilizan por primera vez los aspectos de necesidades de recursos físicos de salud, con los avances técnicos tanto en arquitectura hospitalaria como en medicina. Las inversiones del Gobierno en cuanto a instituciones de salud se refiere, se hacen en forma programada, obedeciendo a planes definidos y bien estructurados.

También dentro de esta Ley se contempla un nuevo sistema de salud, en el que se habla de Niveles de Atención Médica dentro de un Sistema de Regionalización; esta nueva concepción de prestación de servicios de salud, marca de una manera definitiva un cambio agresivo en las políticas de las Instituciones de Salud del Sector Oficial y Mixto.

Enfermería por su parte, no puede estar ajena a estos hechos y tiene que prepararse para afrontarlos.

Las políticas de salud ya definidas para el decenio 1970-1980, exigen que enfermería asuma responsabilidades para las cuales no está suficientemente preparada y por tanto es una necesidad imperiosa en que los cambios que se operan en Servicio, se realicen también en el sector educativo.

En 1972 se realiza el "Macrodiagnóstico de la Situación de Enfermería en Colombia"; este estudio cuantifica el recurso de enfermería y se conocen aspectos relacionados con la disponibilidad, distribución, utilización y costo de formación del recurso de enfermería y, en los mismos rubros, la situación de enfermería en los Servicios de Salud, oficiales y mixtos y de la Seguridad Social.

Las condiciones de este estudio nos muestra un panorama crítico de la situación de enfermería en Colombia y llaman la atención de las enfermeras para presentar al poder decisorio alternativas de cambio y las estrategias para implementarlos, para así estar acorde a las exigencias del país.

Se habla en este momento de la enfermera planificadora, programadora, administradora con una preparación sólida para supervisar, evaluar cuantitativa y cualitativamente la atención de enfermería. Se pide una enfermera que sea capaz de trabajar en igualdad de condiciones con otros profesionales en equipos multidisciplinarios; capaz de iniciar y realizar investigaciones en enfermería que contribuyan a mejorar la atención de enfermería, y lo que es más importante, enfermeras que vuelvan al paciente y que con su preparación científica técnica proporcionen una atención de enfermería de alta calidad.

Es necesario que la enfermera en este momento comprenda las nuevas tendencias de enfermería y que no se limite a aceptarlas sin que sea el líder y maneje esta nueva situación. Se desea hacer referencia a las tendencias sobre: Cuidado progresivo del paciente, Asignación de Actividades Médicas a personal de enfermería y Medicina Simplificada, entre otros.

Situándonos ya en el presente año, debemos tener en cuenta los Decretos Leyes expedidos en virtud de las Leyes 2a., de junio de 1972, 9a., de abril de 1973, que concede facultades extraordinarias al Ministerio de Salud, siendo la base para la reestructuración en el sector salud, y que permitió la concepción del Sistema Nacional de Salud, con miras a establecer un Sistema Unico de Salud. Esto exige, a Enfermería, estar alerta a estas nuevas políticas para que sus acciones tanto a nivel de educación como de servicio respondan en forma positiva y dinámica y estén acordes a la situación del país y a las políticas de salud existentes.

REFERENCIAS

Segundo Congreso Médico Colombiano (reunido en Medellín del 19 al 26 de enero de 1913). Tomo II. Escuela Tipográfica Salesiana, Bogotá, 1917.

Es aquí cuando empieza a "tecnificarse" la atención de enfermería a nivel de servicios ambulatorios, en consultorios y a domicilio.

Hasta 1938 existía como máximo organismo de Salud a nivel nacional, el Departamento Nacional de Higiene. Por Decreto No. 2398 del año mencionado se organizó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

Es importante destacar que en este año se llevó a cabo la primera conferencia de Directores Departamentales de Higiene y se habló de Establecimientos de la Carrera del Higienista y Escalafón Sanitario.

El Decreto 2398 de 1938, del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, crea el Departamento de Protección Infantil y Materno y dentro de él la Sección de Eugnesia, con el ánimo de controlar la lepra, TBC, y las enfermedades venéreas. Estas disposiciones fortalecen a la Escuela de Enfermeras Visitadoras y mediante los Decretos 1632 y 2350 de 1938, que reglamentan las Leyes 53 y 197 del mismo año, respectivamente, se crea la profesión de Parteras.

Es importante anotar que la Ley 53 de 1938 establece en el país, los derechos de la mujer embarazada dentro del Código Laboral, y por la Resolución No. 245 de 1939, se crean y establecen los primeros consultorios del niño sano.

La Ley 6a. de 1945 y el Decreto 1600, del mismo año, establecen la Caja Nacional de Previsión.

Los Hospitales, hasta 1947, aparentemente continúan en un segundo plano, con excepción de los Hospitales para leprosos y de TBC, a los que el Gobierno presta mucha atención.

III. Etapa: 1948 - 1974:

Con la aprobación de la Ley 90 de 1948, la cual da creación al Instituto Colombiano de Seguros Sociales y los respectivos Decretos reglamentarios, se inicia una nueva etapa en la prestación de servicios médicos.

Este hecho trae cambios fundamentales no solamente en la concepción filosófica de la Seguridad Social del trabajador afiliado y los beneficiarios, sino en el tipo de servicios que estos demandaban.

Se inicia aquí un nuevo sistema de prestación de Atención Médica y comienza a darse nuevamente importancia a los servicios hospitalarios.

Enfermería por su parte se encuentra más estructurada y las estudiantes de diferentes escuelas tales como: las de la Universidad Nacional, Cruz Roja, Universidad de Cartagena, Antioquia, Valle y la Universidad Javeriana, empiezan a entrar cada vez más en los campos clínicos hospitalarios y se ven las primeras respuestas positivas a su presencia.

Los hospitales donde las estudiantes de enfermería realizan sus experiencias se preocupan por adecuar sus servicios a las necesidades docentes y por su parte este sector da sus primeros aportes, haciendo la prestación del cuidado de enfermería más tecnificado.

En 1948 empieza a establecerse un sistema de servicios de enfermería y los hospitales abren sus puertas a los nuevos profesionales, y a las auxiliares de enfermería, ya que en este año se crean las primeras escuelas para auxiliares; la enfermera cuenta a partir de este momento con personal que le colabora en forma efectiva en la prestación de servicios de enfermería.

Por primera vez se habla de la delegación de actividades de la enfermera a la auxiliar; aspecto éste que irá cada vez en mayor aumento y que ha influido en diferentes aspectos en la atención de enfermería.

La situación anterior desde un punto de vista objetivo ha sido una de las razones para alejar a la enfermera del cuidado directo del paciente y dedicar más su formación a su función en los servicios de salud en el campo administrativo.

Además, el creciente número de auxiliares frente a un escaso número de enfermeras es un factor determinante para hacer pensar en forma más inteligente y racional en la utilización de los dos recursos existentes, y compatibilizar los aspectos de orden técnico, administrativo, económico, social y laboral, que en la actualidad está presentando esta situación.

Desde este momento en adelante se ven cambios evidentes en la prestación de servicios de enfermería a nivel hospitalario.

La práctica dentro de un contexto general, puede considerarse como la proyección interdependiente del ser humano en el medio en que se desenvuelve, mediante la ejecución de labores espontáneas y exigidas por un interés individual o colectivo. Esta práctica está enmarcada en sus múltiples posibilidades dentro de los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales en que está organizada la sociedad.

La expresión de la práctica se manifiesta por la interacción de los componentes bio-psíquico-sociales del hombre en los diferentes ambientes sociales donde se desenvuelve.

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la praxis del ser humano, está condicionada por los comportamientos aprendidos, por las vivencias y la comprensión de los aspectos socioculturales presentes en un momento dado, en un espacio y en unas circunstancias determinadas, interviniendo en la actuación de los individuos y los grupos e influyendo en la praxis del hombre.

El potencial psicológico es entendido como las posibilidades humanas, afectivas e intelectuales que le permiten al hombre la comprensión de sí mismo y de los demás.

El potencial biológico es entendido como las posibilidades físicas que permiten responder a estímulos psicológicos, ambientales y sociales.

La interrelación de los aspectos psicobiosociales y la forma como cada persona o grupo compensan estos elementos, le permiten producir de acuerdo con sus capacidades, a fin de que su trabajo sea significativo en el sentido de mantener, cambiar o transformar una realidad (7).

La práctica en salud ha sido preocupación de todas las sociedades a través del tiempo. Se puede entender como la ejecución de acciones de tipo preventivo y curativo realizadas por personas de la comunidad y por personas con capacitación especial.

Esta práctica ha aportado nuevas tecnologías y posibilidades de trabajo, sin embargo, necesita mayor articulación con los componentes sociales, económicos, culturales, políticos e ideológicos de los distintos grupos sociales.

La práctica en salud está determinada desde el punto de vista económico y social, por las condiciones de trabajo de las personas, por el potencial humano, por la organización social donde laboran los individuos y donde desarrollan su vida cotidiana; aquí se hace referencia entre otros a los sitios de trabajo y a los grupos familiares. También está influida dicha práctica desde el punto de vista cultural por las creencias y costumbres que a nivel individual y colectivo presentan las comunidades y por las formas de desarrollo que a través de la historia han asumido éstas para la concepción y manejo de la salud.

La práctica de enfermería se dirige al ser humano, a los grupos y a las comunidades, tratando de alcanzar conjuntamente un máximo potencial en capacidad productiva, teniendo en cuenta en todo momento la influencia del medio ambiente y del contexto histórico social y cultural a que pertenece (8).

La práctica dirigida a la asistencia, docencia, administración e investigación se ha caracterizado por brindar cuidados a individuos, grupos y comunidades, capacitar en salud a personal profesional y no profesional, coordinar grupos de enfermería, coordinar la atención a nivel individual y colectivo en el campo ambulatorio y hospitalario, participar en la formulación de políticas y normas y colaborar en la prestación de servicios. En la realización de estas funciones aplica los avances de la ciencia y la tecnología. Para comprender la práctica de enfermería es necesario un análisis continuo del hombre, de la sociedad, de la práctica en salud y de lo que ha sido y es, con el propósito de producir conjuntamente en un trabajo mancomunado de docencia, servicio, estrategias y metodologías que conduzcan al desarrollo de bases conceptuales en la profesión, a alcanzar autonomía en el desempeño de su trabajo, garantizar una asistencia eficaz al individuo, familia y comunidad, desarrollar y adecuar tecnologías, contribuir efectivamente como parte del equipo de salud y desarrollar capacidad de participación productiva en las diferentes actividades a que está expuesto como persona y como profesional (9).

Los aspectos mencionados son esenciales para lograr una transformación real, permanente y positiva que contribuya al desarrollo de la salud, de la comunidad y de la profesión.

Está comprobado que la práctica de enfermería ha sido determinada por las experiencias pasadas y las vivencias, las tendencias y proyecciones según el proceso evolutivo del hombre y de la sociedad, en el cual enfermería ha mantenido un crecimiento y desarrollo variado según las circunstancias.

Es necesario establecer una relación entre la práctica de enfermería realizada en un momento dado, el futuro de la ciencia, de la tecnología, de la salud, de la enfermería y la concepción más amplia del hombre, la familia y la comunidad en un contexto histórico, social y cultural determinado, para la búsqueda de un existir más pleno y más humano.

El diagrama que se presenta resume las ideas generales sobre la evolución y la práctica de enfermería para su mejor comprensión. ■

GUIA 2

TEMA: Influencia de los factores sociales, económicos, políticos y culturales en salud y su relación con la Atención de enfermería.

OBJETIVOS:

Enunciar la:

1. Importancia del conocimiento de la realidad económica, social y cultural de la sociedad a la cual vamos a servir.
2. La salud como condicionante y componente de bienestar.
3. Indicadores económicos, sociales, culturales y de salud que se utilizan en la Atención de Enfermería.
4. Importancia de las políticas de salud, educación de Enfermería para el ejercicio de la profesión.

ESTRATEGIA: Estudio dirigido y discusión de grupo (plenaria puntos 4 a 8)

TIEMPO: 2 horas

NOTA: Traer a clase la Constitución de Colombia.

INSTRUCCIONES:

1. En la página 54 usted encuentra el artículo titulado "Influencia fundamental de los factores políticos, económicos y social sobre la salud y la atención de salud". Por Helga Monrow. REALICE la lectura y opine sobre las realidades:

- 1.1. Política
- 1.2. Económica
- 1.3. Socio-Cultural

2. En el artículo anterior usted encuentra los indicadores de las realidades social y económica.

2.1. Realice el mismo ejercicio que en el punto 1.

2.2. Qué otros indicadores de salud y demográficos podemos estudiar en la historia de la Enfermería. Contexto Internacional y nacional?.

3. En la página 222 usted encuentra el artículo denominado "Historia de la educación de Enfermería, contexto Internacional" Por Evelin R. Barrit. REALICE lo siguiente:

3.1. Identifique hechos y eventos sociales, políticos y económicos de cada época histórica que presenta el artículo.

3.2. Está de acuerdo con esto? SI, NO, Por qué?

3.3. Con base en los resultados obtenidos en éste estudio dirigido aplique esta información al seminario y sesión asignada. Objetivo 2.

DISCUSION DE GRUPO

1. Lea la estrategia de discusión de grupo.

2. Defina: salud, atención, bienestar, componentes y condicionantes del bienestar.

3. la salud como condicionante y componente del bienestar.

4. Está de acuerdo con la META: "Salud para todos en el año 2.000". SI NO y por qué?

5. La salud es un derecho y un deber individual?
SI NO y por qué?

6. La salud es un derecho social? SI NO y por qué?

7. La salud es un deber social? SI NO y por qué?

8.Cuál es la responsabilidad de la enfermera en el cumplimiento de la meta: S.P.T./2.000 y el artículo 249 de la Constitución de Colombia de 1991.

9. Haga la evaluación formativa de esta guía.

LA INFLUENCIA FUNDAMENTAL DE LOS FACTORES POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL SOBRE LA SALUD Y LA ATENCION DE LA SALUD

Helga Morrow

INTRODUCCION

El amplio alcance del enfoque de atención de la salud primaria en el desarrollo de la salud exige una crítica revisión de las funciones y programas educativos de los enfermeros. Los programas convencionales de enfermería tendieron a concretarse en los aspectos técnicos de la atención y han pasado por alto el hecho de que los determinantes de la salud están firmemente vinculados a las realidades política, social y económica. Es esencial una asimilación íntegra de estas realidades por parte de los enfermeros ya que asumen las amplias responsabilidades requeridas para el éxito de la operacionalización de la atención de la salud primaria.

De igual manera, las realidades política, social y económica, juegan un rol importante en la determinación del nivel de salud de las poblaciones en los países técnicamente adelantados, como en los nuevos países en vías de desarrollo.

Desde su establecimiento en 1945, más de cien países se unieron a las Naciones Unidas. Muchos de estos países eran "nuevos", y casi todos tenían el mismo objetivo fundamental: el desarrollo; por ejemplo, mejorar el nivel económico y social de su población. Hasta hace poco tiempo el mayor énfasis estuvo puesto sobre el desarrollo económico y particularmente en proveer las inversiones en la industria, como punto clave del desarrollo en otros medios. Una creencia arraigada profundamente fue que el modo de acelerar el proceso de desarrollo sería la introducción de la nueva tecnología científica. Particularmente, en vista de los grandes avances que habían tenido lugar en la ciencia médica, la mejora del nivel de salud de la gente se consideró equivalente a la necesidad de formar médicos y construir hospitales. En algunas notables excepciones (por ejemplo: China), la mayoría de los países, invirtieron sus presupuestos de salud con estos fines, en los años 50 y 60.

Luego de años de gastos crecientes en hospitales y en la formación de médicos y enfermeros para equiparlos, se fue desarrollando gradualmente en uno tras otro país, la noción de que esta inclinación hacia la mejora del nivel de salud de la población se allanaba o incluso se revertía.

En la década del 70, la Organización Mundial de Salud tuvo nuevas impresiones de los muchos factores que inhibían la constante mejora del nivel de salud de las poblaciones pobres del mundo. El análisis indicaba algunas características fundamentales que explicaban ampliamente por qué estos aumentados recursos en el sector no mejoraban el nivel de la salud. Por ejemplo, se notó que los limitados recursos nacionales estaban exclusivamente orientados hacia la medicina curativa, hacia los servicios hospitalarios ubicados en las áreas urbanas; la pobre población rural, sin dudas el más amplio sector en la mayoría de los países en desarrollo, simplemente no gozaba de tales servicios. Más importancia tuvo aún la concientización de que la mayor necesidad era de servicios de prevención y promoción relativamente simples, que podían brindarse en los hogares y en las comunidades y que no requerían un personal altamente entrenado ni instrumentos sofisticados. Tal vez la conclusión más importante fue que estos servicios requerían la participación activa de la gente misma; y el logro exitoso de un enfoque integrado de la atención de la salud requería la cooperación del personal de otros sectores como la agricultura, trabajo público, educación y bienestar social. Esta concientización condujo a lo que se ha dado en llamar atención de la salud primaria y culminó en la Declaración de Alma-Ata, en 1978 (OMS).

Realidad política

La realidad política varía ampliamente de país a país, pero para la mayoría de estos nuevos países la primera necesidad fue estable-

cer una dirección firme que lograra una coherencia nacional suficiente y que estimule el proceso de desarrollo. Debió establecerse alguna forma de filosofía política que diera las bases para las decisiones políticas. Con frecuencia estas filosofías no fueron explícitas y muchas naciones persiguieron un enfoque completamente programático del desarrollo.

Un asunto político primordial que debió encararse de una u otra forma en todos los países fue el de la equidad. Muchos de ellos en vías de desarrollo, había tenido un sistema de tenencia de tierras que marcó una estratificación social, y que condujo a los niveles más altos de la falta de equidad en la distribución de las rentas y beneficios. Las zonas de la estratificación social tienen fundamentos históricos, algunas veces relativos a las influencias de la colonización, otras a las tradiciones duraderas del feudalismo, pero siempre complejos, y específicos en cada país en particular. En algunos, el poder político de la élite se mantuvo en la nueva nación; en otros la nueva filosofía política enfocó hacia la redistribución y rompió con los estratos sociales logrando una mayor equidad. En cada país, la realidad política influyó notablemente sobre la social y la económica.

Realidad económica

La pobreza es la característica sobresaliente de los países en vías de desarrollo. El Banco Mundial ha estimado que 800 millones de personas en los países en desarrollo viven en condiciones de absoluta privación, con ingresos bajísimos que no aseguran la nutrición básica y prácticamente sin acceso a los servicios esenciales de salud. Además, más de un cuarto de la humanidad vive en países en los que el ingreso per cápita es de 150 dólares (EE.UU.) (OMS, 1980, B). Los hijos de padres pobres probablemente mantengan su pobreza y tendrán pocas posibilidades de asistir más de dos años a una escuela.

De diez niños nacidos de un matrimonio pobre, dos no sobrevivirán al año de vida otro morirá antes de los cuatro y sólo cinco llegarán a los cuarenta (Banco Mundial, 1980, A). La mayoría de la gente pobre vive en áreas rurales, según un análisis de la OMS, en 1975, de 70 países en desarrollo. El 78% de la población de las áreas rurales no tiene acceso a un suministro adecuado de agua potable (OMS, 1980, B). Esta falta de disponibilidad suficiente de agua potable es uno de los factores que contribuyen a las enfermedades diarreicas que, en

País	PBI per cápita en dólares (EE.UU.) 1977	Índice de alfabetización en adultos (%/o) 1974-75	Índice de muerte natural por cada mil habit. 1977	Mortalidad infantil por cada mil habitantes 1975	Índice de supervivencia al nacimiento 1977	Índice de natalidad por cada mil habit. 1977
Kerala (1)	120	60	9	56	61	31
India (4)	150	36	16	122 (2)	49	40
Afganistán	160	14	24	269 (2)	40	49
Malawi (4)	140	25	24	142 (3)	41	48
Haití (4)	200	20	16	150 (2)	50	36
Angola (4)	330		24	203 (3)	38	47
Ghana (4)	580	25	22	115 (3)	43	49
Ecuador (2)	790	74	10	70	60	41
México (2)	1120	76	8	60	65	38
Israel (2)	2850	88	7	22	72	26
España (2)	3190	94	9	12	73	18
R. Unido	4420	99	11	16	73	12
Canadá (2)	8460	98	8	15	74	16
EE.UU. (2)	8520	99	9	16	73	15
Suecia (2)	9250	99	12	8	75	12

1. Fuente: Pobreza, Política de Desarrollo y Desempleo. Estudio de temas seleccionados con referencia a Kerala, Naciones Unidas, Nueva York, 1975.
2. Fuente: Informe Político del Sector de Salud, segunda edición, febrero de 1980. Banco Mundial, Washington D.C., págs. 67-68.
3. Fuente: Informe de Datos de la Población Mundial de 1980. Oficina de Referencia de la Población, Washington D. C., 1980.
4. Fuente: Sexto Informe de la Situación de la Salud Mundial, 1975-1977. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980. Valor medio entre hombres y mujeres.

muchos países, encabezan las causas de morbilidad y mortalidad infantil (OMS, 1980 A).

La desnutrición viene estrechamente asociada a la pobreza y al subdesarrollo, y representa un tercio, o más, de las muertes infantiles en los países en desarrollo (Banco Mundial, 1980, B) y es también un factor importante en el debilitamiento físico, inadecuado desarrollo intelectual, incapacidad crónica y reducida inmunidad a las enfermedades.

Además de tener la alimentación y el agua inadecuadas, el pobre vive en casas de nivel inferior a lo normal, tanto en zonas urbanas como rurales. Pequeñas habitaciones y grandes familias se conjugan para producir el hacinamiento que conlleva las enfermedades infecciosas, particularmente aquellas transmitidas por el aire, por la materia fecal y transmitidas por contacto personal. La falta de agua dificulta la higiene y la limpieza. La falta de protección y la pobre construcción facilitan la exposición a los insectos y roedores, lo que contribuye a la propagación de enfermedades, y aumenta la pérdida de alimentos. En las áreas rurales, la falta de transportes y sistemas de telecomunicaciones favorecen el aislamiento de la gente, la aleja totalmente de la posibilidad de asistencia en casos de emergencia, y agudiza los problemas obstétricos y toda clase de males.

Realidad social y cultural

Entre los muchos y diferentes factores culturales y sociales que son importantes: estructura familiar, costumbres heredadas, métodos de justicia, religión y ritos, sistemas de valores, la educación es tal vez el fundamental y el que cambia más fácilmente. La incorporación de un proceso final de educación donde la escritura y la lectura se suman a la educación tradicional, es potencialmente un poderoso agente de cambio. La educación vence la pobreza; mejora la salud y la nutrición. En un Informe del Banco Mundial (1980, A), se estimó que en 1975, alrededor de 600 millones de adultos en los países en desarrollo eran analfabetos. "La instrucción brinda conocimientos específicos y desarrolla una capacidad de razonamiento general (efectos "cognoscitivos"), como también induce cambios en las creencias y valores, y en las actitudes hacia el trabajo y la sociedad (efectos no cognoscitivos). La importancia relativa de estos efectos es muy discutida pero

escasamente asimilada, y ambas cosas, son extremadamente importantes".

Estudios realizados en países de América Latina han demostrado que madres e hijos con educación secundaria o universitaria tienen un mucho menor índice de muertes potencialmente evitables que aquellas madres sin educación. (Puffer 1973). Generalmente aquellos con una mayor educación también gozan de ingresos superiores y de otros beneficios, pero la importancia de la educación, independiente de los ingresos, fué demostrada en otro estudio en el que se analizaron tanto ingresos como educación: los datos demostraron que la mortalidad infantil decrece más, potencialmente, con una educación maternal que con un aumento en los ingresos al hogar (Mac Mahon, 1972).

El rol de la educación en la superación del grado de salud también lo sustentan datos derivados de las Encuestas Nacionales de Natalidad y Mortalidad Infantil de Estados Unidos de 1964-1966. Estos datos demostraron que la educación del padre, educación de la madre y la renta de la familia en el año anterior al nacimiento o en el de la muerte del niño eran factores fuertemente asociados a la muerte del niño, representando un 500/o y 1000/o mayor incidencia en las clases media y alta. "La mortalidad de niños en la clase económico-social, más baja superó en exceso a las cifras encontradas en la más alta, y puede considerarse, en sentido amplio, evitable" (Mag Mahon).

De igual manera que la pobreza y falta de educación contribuyen a la falta de salud, ésta aumenta la pobreza e inhibe la educación. La enfermedad crónica o incapacidad física no permite el trabajo; el niño enfermo no puede estudiar. La muerte o enfermedad de una madre joven desbarata enormemente la familia y puede conducir a la privación y muerte de sus niños.

Además de los factores concomitantes de la pobreza antes mencionados, otros factores políticos y sociales influyen en la salud. Un problema común en los países en vías de desarrollo es la disparidad en la distribución de los recursos nacionales de salud. El personal y las fuentes están concentrados en zonas urbanas, donde se gasta la mayor parte del presupuesto nacional destinado a la salud pero donde sólo una proporción mínima de la población puede beneficiarse con ellos. Los recursos limitados

han impedido a los gobiernos extender las fuentes de salud para cubrir enteramente el área rural, donde reside la mayoría de la población. Esta sólo aprovecha las fuentes accesibles.

En la zona rural de Ghana se encontró que la distancia, en términos del tiempo empleado en recorrerla y el costo que ésto representa, era un factor fundamental del no aprovechamiento de los recursos disponibles. De cualquier modo, la mera presencia de recursos en las zonas rurales no asegura su aprovechamiento por parte de la población local. En Ecuador, por ejemplo, centros de salud instalados en establecimientos rurales tuvieron una escasísima demanda de sus servicios (Organización Panamericana de la Salud). Una de las razones de este subaprovechamiento es que la población rural desconfía de los servicios convencionales de salud que no corresponden a las tradiciones y creencias locales. Más aún, los problemas de la escasa supervisión y/o aislamiento frecuentemente provocan la pasividad técnica de los trabajadores de la salud rurales. Esto sumado a un sistema inadecuado de distribución de drogas, con frecuencia conduce a una muy baja calidad de atención médica en las áreas rurales, lo que fortalece el rechazo de la gente a hacer uso de los servicios. Este aprovechamiento no sólo está influido por la facilidad de acceso sino también por el grado de armonía entre la cultura local y los servicios ofrecidos.

Indicadores de las realidades social y económica

Las características económica y social de diferentes países pueden compararse mediante el uso de ciertos indicadores. En economía, la renta per cápita (o producto bruto interno PBI-población) ha sido el indicador simple más usado, pero dado que es una renta promedio puede conducir a resultados excesivamente erróneos cuando la distribución es altamente dispar, como sucede comúnmente en los países en vías de desarrollo. Así es que se han agregado varias características de la distribución de ingresos (generalmente basadas en el porcentaje total de la renta nacional ganada por aquellos en distintos niveles de ingresos). Otro problema fundamental es la estimación del valor de los bienes y servicios en una economía variable.

Un indicador social comúnmente usado es el índice de alfabetización o el porcentaje de la población que ha alcanzado determinado nivel de educación. Para tener comparaciones signifi-

ficativas entre los países, debe definirse cuidadosamente cuál es el significado de "alfabetización" y debe utilizarse en relación con grupos específicos por edades. Tal vez, el indicador simple más provechoso, no sólo para el nivel de salud, sino también para el desarrollo socio-económico, es el índice de mortalidad infantil.

Aunque estos indicadores son generales, es útil compararlos entre los países y ver cuán notablemente están relacionados unos con otros. En la tabla 1 están alineados indicadores seleccionados, para 14 países que representan un amplio espectro del desarrollo social y económico, según el PBI per cápita estimado. La estrecha relación entre los indicadores económicos sociales y de salud ilustran gráficamente la interrelación de estos factores. Es importante notar, de todos modos, que existen diferencias fundamentales. Por ejemplo, en la India, el estado de Kerala tiene la menor renta per cápita de todos los estados y aún así goza de un grado de alfabetización relativamente alto y un bajo índice de mortalidad infantil (Centro). Las mejoras en el nivel de salud de Kerala se atribuyen a un amplio rango de factores. Algunos observadores han postulado, que las mejoras están estrechamente vinculadas al sistema de atención de salud que, asegurando accesibilidad, marca un alto índice de aprovechamiento. Se ha establecido como factor principal de buen nivel de salud en Kerala, el brindar la misma importancia a las medidas de promoción y prevención que a la medicina curativa. Las reformas en la economía y en la política pueden haber contribuido de alguna manera al logro en salud de Kerala. Y otros aún han sugerido que la educación masiva fue básicamente la fuerza determinante. En efecto, todos estos factores, han jugado un rol fundamental en las mejoras en la salud de la población de Kerala. Un centro de salud ubicado estratégicamente no tiene probabilidades de un mayor logro en la salud mientras la población no lo considere como el medio para satisfacer sus necesidades, que concuerde con sus creencias y tradiciones que sea una parte integral de todo el sistema de atención de la salud. La educación no tiene mayores posibilidades de influir sobre la salud de la población, sin un buen suministro de atención de la salud, aguas limpias, nutrición adecuada, vivienda, saneamiento y oportunidades de aumento de los ingresos. Una fórmula política no tiene posibilidad de cambiar la actitud de la gente ante la salud, sino va acompañada de un cambio en el ambiente social y económico.

*Tomado de la Revista Internacional de Enfermería, Noviembre-Diciembre 1982, pp. 25-28.

GUIA 3

TEMA: Filosofía en Enfermería.

OBJETIVOS:

1. identificar el concepto de realidad, ser, conocimiento y valores en las tendencias filosóficas de realismo, idealismo, existencialismo, pragmatismo y experimentalismo.
2. Identificar en el Código de Etica de Enfermería los elementos que lo constituyen y su aplicación en el primer semestre de Enfermería.
3. Opinar sobre cada tendencia filosófica.
4. Analizar la filosofía institucional de la Facultad de Enfermería.

ESTRATEGIA: Conferencia
Estudio dirigido (Plenaria sobre los puntos 3.2; 3.3; 4; 5.2 y 5.3).

TIEMPO: 2 horas

INSTRUCCIONES

De acuerdo a sus conocimientos adquiridos en Filosofía de 10 y 11 grados unifique los siguientes términos:

1. Filosofía, Tendencia filosófica, Escuela filosófica, Ontología, Epistemología, Axiología, Valor, Moral, y conciencia ética. Qué diferencia hay entre éstos términos?.
2. En la página 59 usted encuentra los artículos conceptualizaciones de: Filosofía en Enfermería, teoría, concepto y proceso, también "Filosofía de un Plan de estudios" por María Mercedes D. de Villalobos, página 55.

Su tarea consiste en:

2.1. Hacer una lectura rápida del Idealismo, realismo, pragmatismo, existencialismo en cuanto a naturaleza de la realidad, el ser (estudiante), conocimiento (currículo) valores y elabore una síntesis.

2.2. Comparar esta información con la de la conferencia.

2.3. Qué similitud y qué diferencia encontró?

3. En la página 73 usted encuentra un (1) Código de Etica para Enfermeras, aprobado por el CIE 1973. LEALO y presente su opinión sobre:

3.1. Elementos que lo constituyen

3.2. El Código de Etica sirve para fundamentar la conciencia Etica? SI NO, Por qué?

3.3. A qué tendencia filosófica pertenece?

4. Como aplicaría el grupo el Código de Etica en el primer semestre de Enfermería?

5. En la página 75 usted encuentra la Filosofía institucional de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena:

5.1. Identifiquen los elementos que la constituyen

5.2. Está de acuerdo con la filosofía? SI NO Por qué?

5.3. Cómo aplicaría esta Filosofía a su quehacer diario como estudiante de Enfermería?

6. Con base en los resultados obtenidos aplique esta información al Seminario y sesión asignada.

EXITOS EN SU APRENDIZAJE

Filosofía de un plan de estudios

Por MA. MERCEDES D. DE VILLALOBOS (*)

ANEC. Año VIII . No. 20 Enero- Abril/77
Bogotá D.E.

INTRODUCCION

Muchas veces los educadores de enfermería hacen cambios curriculares o implementan diferentes métodos y técnicas didácticas, sin estar claramente instruídos acerca de las filosofías en las cuales están basados.

El propósito de este artículo es esquematizar en forma breve, los aspectos más sobresalientes de cinco filosofías que de una u otra forma pueden influenciar la filosofía de la educación de enfermería en Colombia.

La filosofía nace de la necesidad del hombre de organizar sus ideas y de hallar significado en todo dominio del pensamiento y de la acción.

Lógicamente, hay límites en lo que cada ser humano puede conocer. Pero si no se entiende la naturaleza de las cosas en conjunto, no se puede determinar adecuadamente los aportes de estudios especiales al dominio total del saber (1).

Aunque pocos argumentarían en contra de la importancia de que el docente posea alguna competencia filosófica, una extrema confusión envuelve los medios a través de los cuales el docente habrá de adquirir tal competencia. Sin embargo, la impor-

tancia de la filosofía de la educación, no hace referencia a una información puramente superficial, sino a la **capacidad de poder afrontar los problemas prácticos de la enseñanza en términos de principios generales.**

La filosofía de la educación es una fase de la filosofía general; y así como la filosofía general coordina los hallazgos de las diferentes ciencias; la filosofía educativa los interpreta en cuanto se relacionan con la educación (2). Además proporciona a la educación un enfoque y un criterio unitario, gracias al cual pueden integrarse los aportes parciales de las diferentes ciencias educativas.

Ya que el fin primario de la educación es el hombre, es claro, que para su desarrollo total sea necesario el interpretar aquellos aspectos alrededor de los cuales gira su existencia. Ellos se pueden resumir en cuatro:

- Donde vive el hombre.
- Para qué vive.
- Cómo conoce, y
- Cómo debe comportarse.

Estos aspectos los estudia tanto la filosofía general como la filosofía de la educación en relación con:

- la naturaleza de la realidad o universo,
- el ser-estudiante,
- el conocimiento-curriculo, y
- los valores.

(*) Magister en Educación de Enfermería.
Profesora Asistente Fac. de Enfermería,
U. N.

Alrededor de estos cuatro puntos se desarrollará el esquema de las cinco filosofías propuestas.

I—IDEALISMO

Ha sido la filosofía que más ha influido en el campo de la educación a través de los tiempos. Se puede definir como la tendencia filosófica según la cual "el sujeto es quien determina el conocimiento y la esencia de todo ser es la idea".

Son filósofos idealistas Platón y Hegel, sus máximos exponentes, Kant, Descartes y Berkeley, entre otros.

a. Naturaleza de la realidad

Para el idealismo la realidad es de naturaleza espiritual más que física. No niega la existencia del mundo que nos rodea, pero asegura que aunque las cosas son reales no lo son esencialmente.

La verdadera naturaleza de las cosas debe hallarse por medio de la razón y no en la apariencia o percepción de los sentidos.

Según Hegel "el mundo es la expresión en desarrollo de una mente o espíritu que se esfuerza en encarnarse aún más completamente en forma material." (3).

Para Platón solamente las ideas son reales, el mundo observable a través de los sentidos es una representación defectuosa o imperfecta de las ideas que lo reflejan. Lo que percibe la experiencia es una sombra de la realidad espiritual y normativa.

Se pueden resumir estos conceptos como sigue:

—El universo es de naturaleza intelectual.

—El universo físico se puede considerar como la experiencia indirecta y voluntaria de una persona cósmica o absoluta, o como un sistema de ideas en las mentes de personas finitas.

El idealismo considera que el objetivo de la educación es transformar la opinión en conocimiento por el proceso de la dialéctica. Cree que los principios filosóficos son previos y que la cultura y la educación constituyen áreas para la aplicación de tales principios. Estos principios no están sujetos a corrección por consideraciones culturales, políticas o educativas.

Busca además, unir al estudiante con la realidad espiritual a la que pertenece y procura crear una intimidad estrecha entre el alumno y la naturaleza.

b. Ser - estudiante

Para el idealismo el hombre es un ser espiritual que ejerce el libre albedrío y es responsable de sus actos. Platón ve el alma como emanación del mundo de las ideas. Kant describe al hombre como un ser libre y al mismo tiempo determinado y sujeto a la ley natural; Hegel lo considera como un fragmento del absoluto. Se observa que los idealistas están de acuerdo con la esencia espiritual del hombre, pero difieren en cómo se relaciona exactamente con la realidad esencial espiritual de la cual deriva.

Según esto, la filosofía idealista de la educación es una explicación del hombre descubriéndose a sí mismo como parte integral del universo de la mente (4). El estudiante es un ser espiritual y finito cuya principal meta es expresar su propia naturaleza en forma libre y absoluta, madurando de acuerdo con sus potencialidades propias y específicas.

El profesor es quien tiene en sus manos el nacimiento de las ideas del estudiante, ya que éstas son consideradas como posibilidades que deben ser desarrolladas en él. Además piensan que el saber "se arranca" del alumno con mayor facilidad que si "se vierte en él", aunque el contenido de la educación no es cosa que el

estudiante pueda determinar por sí mismo. Por último el profesor idealista ha de ser la persona con quien el estudiante pueda competir. Es decir, se concede al maestro más importancia que en cualquiera otra filosofía.

c. Conocimiento - Currículo

Existen diversas teorías del conocimiento entre los idealistas. Platón sostuvo que el conocimiento recibido por los sentidos es siempre imperfecto e incierto.

El verdadero conocimiento es producto de la razón, puesto que la razón se aparta de la confusión de la materia e impone orden y claridad en los arquetipos y la verdad estriba en las ideas de la razón y no en el mundo físico.

Para Hegel el conocimiento es válido solamente si forma parte de un contexto global o sistémico; es decir, siempre y cuando sea parte de la totalidad ya que solo así puede tener significado. Por ello, las ideas se hacen válidas según su coherencia dentro de un sistema de conocimiento unitario y en desarrollo (5).

El plan de estudios idealista debe reflejar la totalidad del conocimiento y de la realidad. Debe ampliar la comprensión del universo y del hombre mismo. Por lo tanto debe prestar más atención a materias como la historia, la filosofía las bellas artes y la religión; ya que la ciencia debe enseñarse no tanto como información, sino como una manera de pensar.

Como según Kant es la mente quien da sentido a lo observado por los sentidos, por ello, el propósito de la enseñanza no es familiarizar al estudiante con cantidades de información; sino más bien estimularle para que descubra por sí mismo el sentido de la misma. Puesto que lo que se sabe, depende en parte del conoce

dor, el estudiante debe relacionar su información con sus propias experiencias de modo que lo que aprende resulte significativo. El estudiante debe explorar personalmente la realidad (6).

El idealismo rechaza los métodos científicos como único medio para lograr a la verdad. Da gran importancia al pensamiento intuitivo y por ello recomienda el estudio del arte y la literatura como disciplinas que favorecen el desarrollo de la intuición.

El maestro idealista ha de medir las capacidades y necesidades del alumno para equilibrar los conocimientos con su discernimiento personal y lograr que el educando haga del mundo un lugar mejor para la vida. El estudiante idealista se caracteriza por la voluntad de perfección y trata de cultivar su responsabilidad y la destreza para la acción eficaz (7).

d. Valores.

El idealismo afirma que los valores son absolutos e inmutables. No son hechos por el hombre sino son parte propia del universo. Por ello el sistema educativo debe basarse en principios duraderos. El estudiante debe aprender a vivir en armonía con el todo espiritual al cual pertenece.

2—REALISMO

El postulado fundamental de todas las formas de realismo educativo es la existencia de la materia o realidad, independiente del conocimiento humano. Ser no es necesariamente ser percibido. Aunque los realistas pueden diferir en muchos aspectos, todos están de acuerdo en que la verdad y la realidad existirían aun cuando ningún ser humano conociera la existencia.

Los realistas se agrupan en tres corrientes diferentes.

1—El realismo racional que a su vez cuenta con el realismo clásico y el realismo religioso o eclesiástico. Los filósofos más sobresalientes de esta corriente son Aristóteles y Santo Tomás de Aquino, respectivamente.

2—El realismo natural o naturalismo o realismo científico cuyas figuras más sobresalientes son Francis Bacon, John Locke, Jean Jacques Reureau, David Hume y Herbert Spencer, y

3—El neorealismo con Bertrand Russell, Alfred North Whitehead y George Santayana.

a. Naturaleza de la realidad.

Para el realismo racional el mundo material es real y existe fuera de las mentes de quienes lo contemplan. Sin embargo, los Tomistas aseguran que tanto la materia como el espíritu han sido creados por Dios quien hizo el Universo.

Para el naturalismo y el neorealismo de carácter escéptico y experimental el mundo que nos rodea es real, permanente y duradero. El cambio también es verdadero, pero sucede de acuerdo con las leyes de la naturaleza. Por lo tanto el mundo se debe conocer de acuerdo al rigor científico, ya que la tarea de investigar al mundo pertenece más a la ciencia que a la filosofía.

La filosofía educativa realista propone que como el mundo existe independientemente del hombre y está gobernado por leyes sobre las que tenemos poco control, es necesario conocer ciertas cosas para adaptarnos a él. Por lo tanto la educación ha de tener un núcleo central de materia que familiarizará al estudiante con la estructura básica, física y cultural del mundo en que vive.

Para el realista el propósito de la educación no es convertir al estudiante en algo individual, es hacer de él una persona adaptada armónicamente con el mundo físico y cultural.

b. Ser - estudiante.

Respecto a su concepción del hombre, los realistas también tienen diferencias conceptuales. Los realistas racionales lo consideran como un ser espiritual y sostienen que es éste el máximo atributo del hombre. Los clásicos rechazan que haya sido creado un Dios, los Tomistas declaran que es una fusión de materia y espíritu que forma una sola naturaleza.

El realismo natural o naturalismo dice que el hombre es un ser u organismo biológico con un sistema nervioso muy desarrollado y una disposición naturalmente social. Sus actividades espirituales son en realidad, procesos físicos muy complejos. La mayoría de filósofos naturalistas y neorealistas niegan la existencia de la libertad absoluta ya que consideran que el individuo está determinado por el ambiente externo que lo rodea.

c. Conocimiento - currículo.

Como los realistas afirman que los objetos existen y que hacemos contacto directo con ellos y que la mente recibe informes del mundo, la obligación del estudiante estriba en dominar aquellos elementos que le ayuden a conocer la esencia del mundo real. Para lograr este fin el estudiante debe adquirir aquellos elementos del conocimiento que han sido probados a través del tiempo. El maestro es quien debe guiar al estudiante respecto a lo que debe conocer. Los realistas clásicos afirman que como el hombre es un ser racional, la educación debe dar prioridad al cultivo de la razón sin dejar a un lado el valor creativo y la individualidad.

Los naturalistas afirman que las ciencias físicas proporcionan al hombre los conocimientos más dignos de confianza y abogan por la aplicación de los métodos científicos a todos los aspectos de estudio de la vida huma-

na. Sin embargo, agregan que las ciencias del comportamiento no son lo suficientemente seguras para merecer consideración (8).

d. Valores.

Todos los realistas convienen en que los valores son permanentes y objetivos, pero difieren en las razones que tienen para pensar así.

Los clásicos convienen en que hay una ley moral universal. Los naturalistas o neorrealistas niegan la justificación sobrenatural de los valores. Para ellos es bueno lo que se adapta al hombre y malo lo contrario.

Para los realistas cualquier sistema educativo ha de engranarse en estos valores definidos de antemano.

3—PRAGMATISMO

Es considerado como una filosofía norteamericana, pero bien sus raíces fundamentales en el empirismo inglés que sostiene que solo conocemos lo que nuestros sentidos experimentan. Algunos dicen que es un aspecto del naturalismo ya que se fundamenta en la realidad como proceso y relación (9).

Los principales representantes del pragmatismo son Charles Pierce, William James, y John Dewey, los postulados fundamentales en que se basa son:

- La realidad del cambio sobre la permanencia.
- La relatividad de los valores.
- La naturaleza social y biológica del hombre.
- La democracia como forma de vida.
- El valor de la inteligencia crítica en toda conducta humana (10).

a. Naturaleza de la realidad.

Los pragmáticos al igual que los realistas afirman que el mundo material existe por derecho propio y que

no es tan solo una proyección de la mente. Sin embargo mantiene que el mundo no es permanente, ni independiente del hombre ya que el cambio es la esencia de la realidad. Además conviene que la realidad misma no es simplemente externa al hombre sino que está creada por la acción recíproca hombre-ambiente y finalmente la realidad es la suma total de lo que se experimenta y tanto el hombre como el ambiente son responsables de lo que es real.

El mundo solo tiene sentido en la medida en que el hombre descifra su propio significado.

Teniendo en cuenta estos puntos, para el pragmático, la educación es un proceso de reconstrucción de la experiencia con el propósito de ampliar y ahondar su contenido social al mismo tiempo que el individuo logra el control de los métodos involucrados. O sea, que los fines y medios de la educación tendrán que ser flexibles y abiertos a revisiones constantes.

Puesto que la realidad se crea mediante la acción recíproca hombre y ambiente, hay que conocer el mundo en cuanto nos afecta. El estudiante debe considerar al mundo como algo estrechamente conforme con él y capaz de servirle de diversos modos. Como el hombre está ligado al ambiente, la educación no puede estar al margen de la vida misma y deberá utilizar las situaciones de la vida real para la enseñanza, en vez de depender de estudios académicos formales (11).

b. Ser - estudiante.

A excepción de William James, la mayoría de los pragmáticos rechazan la idea de la espiritualidad de hombre. Insisten en que es un ser demasiado complejo para no ser más que un mecanismo intrincado, como lo consideran algunos realistas. Dicen que es un organismo material que vi-

ve en un medio social y biológico al mismo tiempo. Hacen énfasis en el aspecto social del ser humano y en la importancia de formar al hombre mediante la consideración recíproca de los demás.

El pragmatismo cree en el desarrollo total del individuo. Se debe educar al estudiante como un organismo activo y pensante utilizando la ciencia para este fin y conduciéndole a interpretar y construir sus propias experiencias.

El alumno debe aprender a asociarse con los demás para poder cooperar y comprometerse con la comunidad y otros individuos.

c. Conocimiento - currículo.

Consideran que la mente es activa y exploradora. El hombre no recibe el conocimiento, sino lo elabora. El conocimiento puede reducirse a una transacción entre el hombre y su medio; a más de esto, afirma el pragmatismo que todo conocimiento humano puede realizarse dentro de la experiencia y que el método experimental ofrece cada vez mayores experiencias utilizables. Para Dewey la ciencia es una pesquisa, un medio de probar hipótesis y no una forma de recolectar datos inmutables.

La filosofía pragmática de la educación basa sus principios en la curiosidad, el interés y la motivación del estudiante. El maestro, debe plantear situaciones educativas en torno a problemas que sean realmente importantes para el alumno y que le hagan comprender el ambiente y el grupo que lo rodea. En vez de enseñar materias tradicionales, debe tomarse de ellas lo que realmente sea significativo para la solución de los problemas planteados. Se debe evitar dar al estudiante cúmulos de información escogidos para él; la función del profesor es orientarlo y ayudarlo según sus necesidades. Todo esto implica que los criterios curriculares no deben

considerarse rígidos e inamovibles y que la principal preocupación de la educación debe ser las necesidades, aptitudes, intereses y habilidades del estudiante.

d. Valores.

Para el pragmatismo los valores son relativos. No basta que un principio sea elevado y noble. Debe presentarse bajo qué aspectos de la experiencia ha sido generado y debe justificarse de esta manera. Por lo tanto los cánones morales y éticos están sujetos al cambio según el desarrollo cultural. Los hombres deben establecer la verdad de sus ideas, luego no deben imponerse mediante autoridad.

La educación debe propender porque el estudiante desarrolle aquellos valores que fomenten el bienestar humano. El estudiante debe aprender a tomar decisiones morales difíciles basándose en la inteligencia y no en principios inflexibles.

4—EXISTENCIALISMO

El existencialismo es la expresión de una crisis que demuestra la desazón, anhelos y aspiraciones del hombre contemporáneo. No utiliza sistemas de pensamiento tradicionales, sino que considera la existencia misma, el hecho fundamental, y la categoría básica del hombre. Anterior y más fundamental que la filosofía está el hombre mismo cuya existencia procede a cualquier esencia que él luego pueda descifrar en su existencia. La naturaleza humana no está preordenada, no se funda en un molde preexistente, es todo aquello que el hombre elige llegar a ser asumiendo la responsabilidad por las elecciones que hace. Eso es lo que quiere decir "La existencia es el hecho innegable y la esencia representa las variadas interpretaciones subsecuentes de la existencia" (12).

Son filósofos existencialistas Soren Kierkegard, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Karl Jaspers, Jean Paul Sartre y Gabriel Marcel, entre otros, quienes se colocan en el plano de la filosofía académica. Se pueden agregar a éstos los nombres de teólogos contemporáneos como Kari Barth, Martin Buber, Paul Tillich y Teilhard de Chardan.

En general para el existencialismo la filosofía no debería contemplar las cuestiones filosóficas tradicionales, sino más bien debe convertirse en un encuentro con los problemas eternos de la vida y en particular con la inevitabilidad de la muerte, la alegría y el sufrimiento del amor, la realidad de la opinión, la experiencia de la libertad y la esterilidad de las relaciones interpersonales (13).

Para el existencialismo el hombre no forma parte de ningún sistema universal, posee libertad absoluta y puesto que el hombre es libre se hace a sí mismo y afirma su responsabilidad en todos sus actos. Como la libertad del hombre no es más que potencialidad pura hasta que se plasma en hechos concretos, él no es nada hasta que obra. O sea, que el hombre es la suma de sus propios hechos.

La afirmación de auténtica libertad y de la singularidad del individuo es el real mensaje que el existencialismo aporta actualmente a la filosofía de la educación.

Puesto que no es una filosofía sistemática, no proporciona a la educación una serie de reglas para ser cumplidas, ni una serie de doctrinas para ser memorizadas; sino más bien un espíritu o actitudes que penetran en toda la empresa educativa. Su énfasis en lo estrictamente humano y la naturaleza subjetiva de la existencia muestra un alto respeto por el individuo y se caracteriza por despertar el interés por el hombre mismo.

Afirma esta filosofía, que el individuo no se desarrolla cabalmente den-

tro del grupo, ya que solo cambia su personalidad y adopta la máscara éste. Por ello, se debe estimular el desarrollo individual en forma libre y creativa y evitar la adaptación a la presión grupal.

El estudiante se puede agrupar solamente por voluntad propia y utilizar el grupo para su realización y libertad.

Los únicos valores aceptables son aquellos que ha adoptado el hombre libremente. Si la libertad es la base de la moralidad no se puede esperar que el estudiante acepte normas morales fijadas independientemente de él.

Siguiendo este orden de ideas, el plan de estudios existencialista no ha de ser énfasis en el mundo de los objetos sino en el de la persona, puesto que el estudiante utilizará el conocimiento de las realidades extremas para convenir más cabalmente con su propia naturaleza.

El currículo debe hacer énfasis en las artes y materias humanas puesto que estas materias revelan con más hondura y proximidad la naturaleza del hombre y su conflicto en el mundo.

La especialización excesiva es una equivocación puesto que embota el desarrollo de la vida interior del alumno. Para el estudiante de ciencias es muy importante el estudio continuo de las humanidades, lo cual evitará que su mentalidad se torne estrecha y restricta.

El método socrático es la forma ideal de educación puesto que por medio de él se aprende lo que se afirma como verdadero, ya que el estudiante acepta la verdad solamente porque lo es a su juicio.

Formular una filosofía de la educación que combinara el alcance universal del idealismo, la objetividad del realismo, la inteligencia social del pragmatismo y la preocupación humana del existencialismo será en verdad una gran realización.

5—MARXISMO

El punto de partida de Marx es la reivindicación del hombre en todos sus aspectos. Esta reivindicación no se hace a través de la especulación, sino de la acción críticamente dirigida.

Marx intenta hacer una interpretación del hombre y de su mundo en base a las realidades externas y a la relación del ser con los demás seres y con la naturaleza que le proporciona los medios de subsistencia; relaciones que son determinadas históricamente por las formas del trabajo y de la producción.

El conjunto de estas relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad. De aquí deriva la diferencia entre la antítesis de Marx y Hegel. "No es ya la conciencia del hombre la que determina un ser, sino al contrario: su ser social es el que determina su conciencia".

La doctrina filosófica que constituye la base del marxismo-leninismo es el materialismo dialéctico. Ante todo la filosofía marxista es una filosofía materialista y tiene por materia la realidad objetiva en todas sus manifestaciones. La materia se halla en evolución constante y la lucha es la fuerza propulsora del desarrollo. No existen ni sustancias inmutables ni principios eternos. El mundo es la única realidad y las leyes que lo gobiernan son deterministas.

La conciencia y el espíritu no son más que reflejos de la materia. O sea que la materia determina la conciencia y el conocimiento racional ordena los datos de la experiencia.

Aunque Marx y Engels no se preocupan por un programa pedagógico, el marxismo tiene justamente como núcleo central una teoría educativa.

La Historia ha probado que la educación está en consonancia con el carácter del régimen económico imperante en cada época del desarrollo de la humanidad. Con base a esta afir-

mación se puede decir que no es posible la transformación esencial sin un cambio en el país.

La educación marxista enfoca la educación como un fenómeno social y pone de manifiesto la relación que existe entre el fin, el contenido, la organización y los métodos de la educación.

La educación está vinculada a la transformación social y ésta se consigue bajo la dirección del proletariado.

Los valores religiosos son negados por el marxismo. Según Marx son una utopía y un instrumento de explotación del trabajador.

Los valores estéticos son conservados pero subordinados a la ideología y a la imagen de lucha del pueblo.

Los valores morales se conservan pero también subordinados. Son considerados como valores positivos aquellos útiles a la sociedad. No hay valores fuera de lo real y cada sociedad posee su propia moral.

La educación verdaderamente científica y progresista debe ser capaz de analizar la actividad educativa con los métodos del materialismo histórico. Por lo tanto, la vinculación del trabajo y la enseñanza tiene gran importancia para Marx. Así se tiene la oportunidad de vincular la actividad física al trabajo intelectual, de aplicar la teoría a la práctica. De esta forma la educación permite al estudiante participar prontamente en el sistema de producción. Esto significa que solo la combinación estudio-trabajo puede desarrollar personalidades armónicas (14).

El marxismo presenta aspectos importantes dentro de la teoría educativa.

Hay un aspecto realista y pragmático que es funcional en cualquier medio sin exagerar los sistemas y métodos empleados. Toda educación debe crear en la capacidad de producción y perfeccionamiento del hombre para integrarse a la realidad y al mismo

tiempo deber ser un elemento

tiempo debe ser un elemento efectivo de transformación.

Cómo elaborar la filosofía de un plan de estudios.

La filosofía de un plan de estudios proporciona los pilares en los cuales se basa el proceso educativo del estudiante y en última instancia el currículo se convierte en un medio de interpretación de la filosofía.

Ya que toda educación es producto de creencias filosóficas, la filosofía de un plan de estudios de enfermería resulta ser la aplicación de estas creencias fundamentales al dominio de la educación de enfermería.

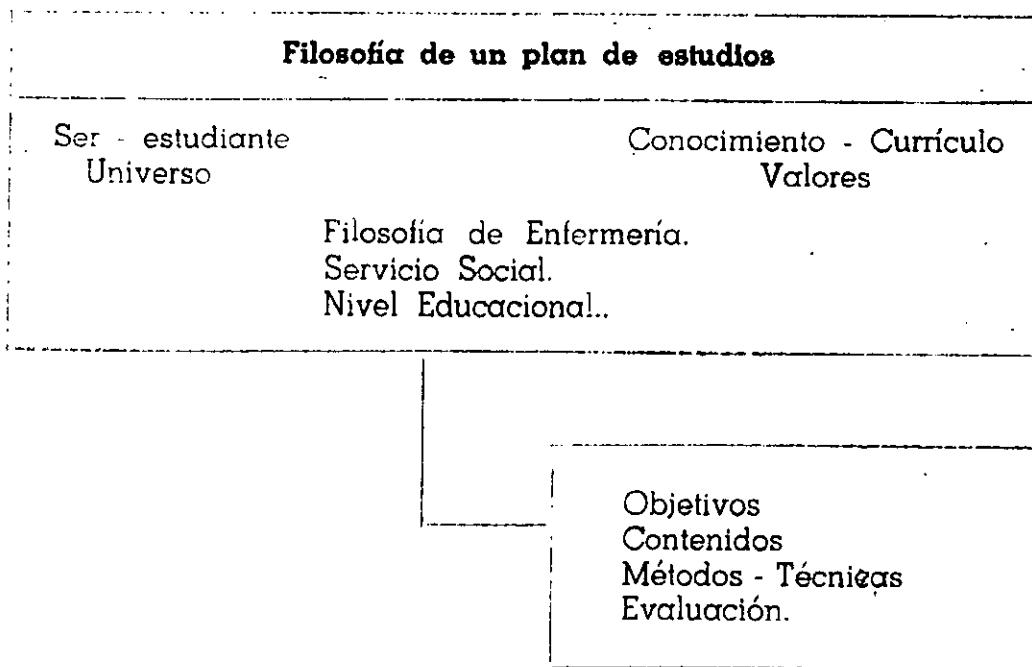
No obstante, para que una filosofía de un plan de estudios de enfermería pueda desempeñar su función, ha de ser específica para ello. Esto significa que no basta trasladar criterios tomados de otras disciplinas a nuestra filosofía, sino que debemos colocarnos en la situación "única", que para un determinado programa educativo sea la pertinente.

La filosofía debe ser "única" en aquellos aspectos que hacen relación con las actividades y responsabilidades funcionales y especializadas de la enfermería, dependiendo de su nivel educativo bien sea de licenciado, técnico o vocacional.

Otro aspecto sobre el cual se debe enfatizar como aspecto único de la filosofía es en los puntos relacionados con el servicio que debe prestar a la sociedad el egresado del programa y como último y principal factor específico se menciona la concepción misma, que de la profesión de enfermería, pueda tenerse.

En resumen, si se toman los tres criterios mencionados y se agregan los ya analizados en las filosofías generales (ser-estudiante, universo, valores y conocimiento currículo), se obtendrá una filosofía para un plan de estudios de enfermería racionalmente estructurada. No es necesario que la filosofía derive sus creencias de una sola corriente filosófica. Lo importante es que si se toman varias de ellas no se contradigan en los aspectos que

ESQUEMA



se incluyan dentro de la filosofía. Esto es de hacerse resaltar ya que la filosofía del plan de estudios da pautas para:

- 1—La determinación de los objetivos generales del plan de estudios.
- 2—La selección de los contenidos curriculares.
- 3—La selección de métodos y técnicas didácticas, y
- 4—El desarrollo del sistema de evaluación.

Como punto final, es necesario recordar, que no se debe confundir la filosofía del plan de estudios con la filosofía propia de la institución; ya que esta última hace referencia a aquellos criterios que la escuela o la facultad tengan a bien incluir para el desarrollo de sus actividades generales. En cambio la filosofía del plan de estudios hace referencia únicamente al estudiante o al producto último del proceso enseñanza-aprendizaje que es sobre quien gira toda actitud docente.

REFERENCIAS

- 1—**Kneller, George.** La Filosofía de la Educación. Cali. Editorial Norma, 1977, pp. 11-13.
- 2—Ibidem, pp. 13-20.
- 3—Ibidem, p. 51.
- 4—**Neff, Frederick.** Filosofía y Educación. Buenos Aires. Editorial Troquel, 1968, pp. 13-23.
- 5—Op. cit. **Kneller**, p. 53.
- 6—Ibidem, p. 54.
- 7—**Acevedo, Jairo.** Filosofía de la Educación. Bogotá. Editorial Voluntad, 1971, pp. 69-71.
- 8—Op. cit. **Kneller**, pp. 61-63.
- 9—Op. cit. **Acevedo**, p. 91.
- 10—Ibidem, pp. 93-96.
- 11—Op. cit. **Kneller**, pp. 66-67.
- 12—Op. cit. **Neff**, p. 130.
- 13—Op. cit. **Kneller, P. &**
- 14—**Abbagnano, N.** Historia de la Pedagogía. México. Fondo de la Cultura Económica, 1964, p. 505.

A N E C

al convertirse en Miembro de la Federación Panamericana de Enfermeras/os adquirió el compromiso de participar en la publicación de la Revista de la Federación.

- La Revista se publica dos veces en el año.
- Cada Organización Miembro debe enviar a la Sede de la F.P.E. los trabajos a publicarse en la Revista.
- Cada Organización Miembro tomará una suscripción mínima de cien ejemplares por cada uno.
- El costo por número es de dos dólares (US\$ 2.00 c/u.).

por otro lado, necesario más estudio y discusión con colegas y personas preparadas para apreciar en toda su extensión el significado de estos términos que resultan tan cruciales en la enfermería.

Filosofía

En un sentido estricto la filosofía constituye una ciencia en sí misma, una "ciencia de los seres en relación a sus causas últimas". El valor de la ciencia de la filosofía radica en auxiliar al individuo a ordenar sus actividades de acuerdo con el conocimiento de la esencia de su identidad y naturaleza. En ese sentido, las enfermeras utilizan una base filosófica como orientación acerca del ser humano y del universo en el que algunas personas, los pacientes, pueden requerir la asistencia de otras, que pueden ser enfermeras,

Los filósofos Dickoff y James se han dedicado a estimular el diálogo con enfermeras durante cierto tiempo y han establecido diferencias entre los puntos de vista propios del filósofo y de la enfermera: "Lo que las enfermeras tienden a denominar filosofía de la enfermería, nosotros como filósofos tenderíamos más bien a considerar como una religión de la enfermería". En efecto, para Dickoff y James la filosofía constituye un "intento de profundizar en la realidad, y no un conjunto de creencias". De cualquier modo, ya se considere como una "filosofía de la enfermería" o como "un conjunto de creencias", cada enfermera posee una serie de valores propios referidos a sus creencias acerca del hombre, de sus objetivos en la vida, y de su destino. Estas creencias orientan la manera en que las personas se relacionan entre sí, trabajan en equipo y prestan sus cuidados a aquellos que necesitan o pueden beneficiarse de su asistencia sanitaria. La conciencia y la comprensión de la filosofía y valores de uno mismo y la expresión deliberada de las propias creencias acerca del hombre son fundamentales para la práctica eficaz de la enfermería.

Teoría

Una teoría puede definirse como una serie de afirmaciones relacionadas sistemáticamente que describen, explican y predicen partes del mundo real o empírico. Esta serie de afirmaciones puede incluir algunas generalizaciones con estructura de leyes susceptibles de ser comprobadas en la realidad. Las teorías también

pueden considerarse como cuerpos de generalizaciones desarrolladas en asociación con la práctica, y cuyos datos conforman el aspecto intelectual de una disciplina. Puede denominarse teoría a una hipótesis que comprenda ideas u opiniones relevantes. Los siguientes elementos ocupan un lugar preferente en una diversidad de definiciones de la teoría, y son significativos en la relación existente entre teoría y enfermería: las teorías son abstracciones, son generalizaciones y están relacionadas con la práctica.

Quizá uno de los aspectos singulares de la enfermería es el empleo de conocimientos procedentes de diversas disciplinas para realizar las actividades dirigidas al cuidado del paciente. Así, diversas teorías procedentes de los campos de la psicología y de la sociología presentan una aplicación potencial en la enfermería; por ejemplo, de la ciencia sociológica pueden tomarse facetas de un contexto sociológico para la atención del paciente. Las teorías procedentes de las ciencias biológicas pueden resultar más adecuadas en el caso de pacientes afectados por deficiencias fisiológicas. Puede decirse, en resumen, que el basar la atención al paciente en teorías conocidas procedentes de las ciencias psicológicas y sociales constituye una forma legítima de establecer un marco apropiado para la práctica sanitaria.

Las teorías son, por tanto, extensas; incluyen cierto número de ideas y tienen una influencia en la orientación de la enfermería que se presta a los pacientes; son abstractas e intangibles, pero deben estar fundamentadas en la práctica para que puedan reconocerse legítimamente como teorías de la enfermería, pues si bien una teoría que carece de aspectos aplicativos puede tener gran importancia para el científico puro, la enfermera está interesada en la ciencia práctica de la enfermería, por lo que en este campo es preciso seleccionar y utilizar las teorías en relación con la práctica.

La necesidad de teorías consistentes que constituyan una guía de la práctica de la enfermería se ha expresado con mucha frecuencia. En este sentido es patente la necesidad de seleccionar, ensayar y evaluar teorías científicas básicas mientras que el técnico sanitario desempeña sus funciones. Tomando como referencia la práctica sistemática de la medicina pueden volver a ensayarse y a explorarse teorías, y a evaluar su eficacia y el grado en que pueden constituir una ayuda a tratar de mejorar la

FILOSOFIA, TEORIA, CONCEPTO, PROCESO

Helen Yura y Mary Ulls

La filosofía, la teoría, el concepto y el proceso son componentes sobre los que se apoya la enfermería. Un sistema filosófico coherente cuyos valores y creencias se muestran claramente expresados proporciona una base a la enfermería.

La identificación de aquellas teorías que son relevantes en la enfermería constituye una actividad que prosigue mientras se establecen las bases científicas. Se utilizan y adoptan teorías procedentes de diversas disciplinas en tanto que continúan los esfuerzos por desarrollar una ciencia de la enfermería, y mientras las enfermeras utilizan los datos ya establecidos como base de su actuación. Conceptos recientemente identificados pasan a formar parte del bagaje de conocimientos ya adquiridos y de teorías en uso, y el proceso de la asistencia se apoya en todas estas firmes bases, garantizándose así el desarrollo de una práctica coherente. La enfermera hace uso de recursos intelectuales, interpersonales y técnicos en la aplicación del proceso de la enfermería mientras realiza acciones para el paciente basadas en teorías y conceptos admitidos.

La identificación y clarificación de estos términos continuará siendo tema de discusión y debate entre enfermeras profesionales. En este terreno la enfermera debe elegir entre los métodos y exploración inductivo y deductivo. Cier-

tas enfermeras muestran preferencia por el método inductivo, consistente en la identificación de las acciones sanitarias basada en la experiencia de la asistencia al paciente, y en la definición de los conceptos y teorías que se derivan de aquellas acciones. Otros técnicos encuentran más efectivo el método deductivo, que implica, en primer lugar, la definición de teorías, seguida de la descripción de los conceptos que constituyen dichas teorías, para finalizar con la identificación, en el terreno de la asistencia al paciente, de aquellas partes del proceso puestas en práctica dentro del marco de conceptos y teorías apropiadas. Ambas formas de abordar el problema pueden, por supuesto, adoptarse legítimamente, y hay que confiar en que, de hecho, ambos enfoques sean puestos en práctica por diferentes enfermeras, en distintas circunstancias y sobre una base permanente, para contribuir a la confirmación de la validez de los datos adquiridos.

El empleo equívoco de principios de filosofía personal, la consideración simultánea del mismo principio como una teoría y un concepto, y la aplicación indiscriminada de la denominación de proceso de enfermería a todas las acciones dirigidas al paciente introduce cierta ambigüedad en el empleo de estos términos en la enfermería. Por ello consideramos pertinente presentar brevemente algunos medios de diferenciar cada término que puedan ayudar al lector a comprender el punto de vista que los autores sustentan sobre los mismos. Resulta,

componentes y elementos comunes. Esta autora definió un concepto de la enfermería como "una expresión en palabras que resume los elementos y componentes de lo que el autor piensa acerca de la enfermería y del proceso de la enfermería, o acerca de algún aspecto de este proceso" Horgan concluyó su estudio con la observación de que los conceptos acerca de la enfermería están referidos a personas y a acciones, siendo las personas la enfermera y el paciente. La acción se describió como la asistencia prestada a las necesidades del paciente, o como la puesta en marcha, por parte de la enfermera, de un sistema o proceso para evaluar, satisfacer y validar las acciones necesarias para atender las necesidades de los pacientes. Según esta autora, muchos de los conceptos no eran generales y estaban limitados a fases o a aspectos específicos de la enfermería, o a una condición específica del paciente. Los conceptos no resaltaban la importancia de las necesidades sanitarias generales de las personas ni de la enfermería como un servicio sanitario social. Los objetivos últimos de la enfermería parecían encontrarse en la toma de conciencia de las necesidades de los pacientes. Los conceptos, por su parte, parecían centrarse en la técnica de evaluar y validar necesidades y no en la satisfacción de éstas.

Desde 1965, año en que se completó el estudio de Horgan, se ha producido un marcado aumento en las publicaciones de enfermeras relativas a conceptos, a conceptos en enfermería y a marcos conceptuales. Interesa señalar que existen todavía diferencias de opinión acerca de las teorías y de los conceptos. No todos están de acuerdo en lo que cada término significa realmente, en aquello que los diferencia, en la forma en que cada uno se utiliza en la enfermería, y en la razón por la que el empleo de teorías y conceptos puede mejorar la calidad de la asistencia al paciente. Sin embargo resulta alentador comprobar el crecimiento que experimenta el número de investigaciones y deliberaciones en esta área, así como apreciar la calidad creciente de las publicaciones realizadas por personas dedicadas a la exploración y empleo de teorías y conceptos en la enfermería.

Proceso

Un proceso constituye un acto de avance o de progreso desde un punto a otro en el camino de la consecución de un determinado logro; es el movimiento continuo a través de una suce-

sión de fases de desarrollo; es el método mediante el cual se produce o se logra algo, o se consigue un resultado específico; es un acto que continúa o progresa. El proceso es también un cambio, en el que interviene la información de que se va disponiendo, en el progreso hacia un objetivo. Las ideas centrales de estas definiciones sugieren que cuando uno está ocupándose de un proceso existe movimiento de avance, y que este continuo movimiento se basa en los datos recogidos de la persona a la que se supone beneficiaria de los actos que se realizan.

La percepción de un proceso como una acción sugiere la existencia de un poder tras la acción o de un promotor de ésta, y por tanto de control y/o de movimiento sistemático. Es preciso ejercer un esfuerzo consciente y deliberado para lograr la consecución de un determinado objetivo. La ausencia de un movimiento planeado o deliberado conduce a un esfuerzo mecánico, quizá de naturaleza caótica, y desde luego no ordenado o sistemático. Por otro lado, la falta de un objetivo hacia el que se dirige el proceso convierte a tal proceso en inservible; un proceso no tiene sentido si no existe un propósito o un potencial aplicativo previo. La idea básica del proceso es que éste constituye una unidad; en efecto, aunque puede describirse como una sucesión de fases, cada fase es dependiente de las demás y ninguna permanece aislada. Si bien es posible distinguir los distintos elementos para someterlos a análisis y a estudio, la comprensión total del proceso resulta necesaria con fines prácticos.

El proceso de la enfermería constituye una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas del paciente, haciendo planes para resolverlos, iniciando el plan general o asignando a otros la ejecución del mismo, y evaluando el grado en que el plan resultó efectivo en la resolución de los problemas identificados.

PROCESOS DE DIRECCION, INVESTIGACION Y ATENCION DE ENFERMERIA

Estos tres procesos forman un trío importante en la atención de enfermería. Aunque existen semejanzas entre los tres, cada uno posee sus propios propósitos y objetivos específicos. Las enfermeras utilizan los tres procesos al ocuparse de los pacientes y de sus familias.

práctica de la enfermería. Pueden ponerse en práctica ideas para tratar de desarrollar nuevas teorías y prácticas, estableciendo así un ciclo continuo de actividad: selección de una teoría, empleo de una teoría para prescribir y planear la enfermería, ensayo de la efectividad de la acción en relación con los beneficios para el paciente, revisión, definición y quizá determinación o selección de una nueva teoría, y ensayo y reevaluación para acciones futuras. La utilización y ejecución de las acciones sanitarias, y conduce al logro de una enfermería eficaz. Las enfermeras se han beneficiado de las disciplinas relacionadas, para definir teorías en las que pueden basarse la actuación y los cometidos de la enfermería. Las personas procedentes de las ciencias físicas y del comportamiento han proporcionado generosa ayuda a la profesión sanitaria. Los resultados de un programa de investigación financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental indujeron a los sociólogos Johnson y Martin a proponer un cierto tipo de base teórica. Aunque estos autores no pretendían resolver todos los problemas inherentes a la enfermería propusieron un procedimiento mediante el cual los técnicos sanitarios pudieran evaluar y analizar su trabajo. En primer lugar, propusieron la hipótesis de que cualquier sistema social posee ciertas responsabilidades funcionales que definieron como:

a) El progreso hacia el objetivo o propósito definido que justifica la existencia del grupo, y

b) El mantenimiento de relaciones armónicas los miembros del grupo, de tal manera que pueda conservarse el equilibrio interno, y que el grupo sea cohesivo e integrado. Las acciones que tienen como fin dirigir al grupo hacia el logro de sus objetivos se denominan *acciones instrumentales*, y aquellas cuyo propósito es el de mantener el equilibrio entre los miembros del grupo se denominan *acciones expresivas*. Esta investigación se enfocó en principio en el funcionamiento de los miembros de un grupo, y en segundo lugar en los receptores de la actividad del grupo. La base teórica que se deriva de este estudio puede aplicarse a la enfermería de la siguiente forma: como miembro del equipo sanitario que dirige sus esfuerzos hacia el tratamiento del paciente, sus funciones y actuación se consideran instrumentos. Para alcanzar el objetivo descado de ayudar al paciente a recuperarse, es necesario que exista comunicación entre los miembros del equipo sanitario, así como colaboración y elaboración de planes, ideas y esfuerzos. Cuanto más efectivo sea el

grupo en el mantenimiento de un espíritu de cooperación entre sus miembros, más posibilidades existirán de que estos logren el propósito de proporcionar al paciente el mejor cuidado posible; estas funciones se denominan acciones expresivas. La toma de conciencia deliberada de estas diferencias en los cometidos de las enfermeras será valiosa al realizar un análisis más ordenado y sistemático de la actividad sanitaria.

En la misma medida en que ha habido una tendencia gradual pero segura en la enfermería a alejarse de la práctica instintiva, se ha producido un esfuerzo para identificar el aspecto intelectual de la enfermería que informa la actuación de la enfermera. También se están realizando esfuerzos para reducir el distanciamiento que existe entre el arte y la ciencia de la enfermería, o entre la práctica y la teoría de esta profesión. Según McKay, el objetivo de la ciencia de la enfermería radica en la comprensión intelectual, mientras que el del arte de esta actividad se centra en la habilidad. Lo cierto es que el arte y la ciencia de la enfermería son partes integrales del proceso de la enfermería. La ciencia predispone al conocimiento y a la intelectualización, el arte a la acción. "En el proceso de la enfermería se precisa tanto de la inteligencia como de la técnica y, por añadidura, los valores han de conservarse.

Concepto

Los conceptos son nociones generales, pensamientos, ideas o términos descriptivos. Cierta número de conceptos puede componer una teoría. Por ejemplo, pueden utilizarse términos conceptuales para describir objetos tangibles: un material verde y suave. Aunque el verdor o la suavidad no pueden tocarse, ambas cualidades pueden ser descritas. Los conceptos son elementos esenciales a partir de los cuales se construye la teoría; por tanto son menos amplios que la teoría, aunque más amplios que el proceso.

En un estudio debido a Horgan se hizo una revisión de la bibliografía de la enfermería para determinar los conceptos presentes en ella. Se encontraron treinta conceptos en las publicaciones periódicas correspondientes al período comprendido entre 1950 y 1965; doce aparecieron entre 1950 y 1960, y dieciocho entre 1960 y 1965; Una de las suposiciones de Horgan es que los conceptos acerca de la enfermería y del proceso de la enfermería presentan

CODIGO PARA ENFERMERAS

CONCEPTOS ETICOS APLICADOS A LA ENFERMERIA (1973)

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

La enfermera asegura los servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

La enfermera y el individuo

La enfermera debe atender en primer término a aquellas personas que necesiten de sus servicios profesionales. La enfermera, en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

La enfermera y el ejercicio de la enfermería

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.

Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad del trabajo de la enfermera será en cada caso la más elevada posible.

La enfermera evaluará con espíritu crítico profesional la competencia de los individuos siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera debe mantener una conducta irreprochable que dé crédito a su profesión.

La enfermera y la sociedad

La enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad por iniciativas y acción tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la colectividad.

La enfermera y sus colegas

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otras áreas. Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.

La enfermera y la profesión

Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

La enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios a la enfermería.

Por medio de su asociación profesional, la enfermera participará en el establecimiento y el mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económicamente y socialmente justas.

En julio de 1953, en la reunión del Gran Consejo del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en San Pablo, Brasil, se adoptó por primera vez un código internacional de deontología. El Gran Consejo revisó posteriormente el Código en su reunión en Frankfurt, Alemania, en junio de 1965.

El Código para Enfermeras aquí impreso fue elaborado por el Comité de Servicios Profesionales y adoptado por el Consejo de Represen-

tantes Nacionales del CIE en la Ciudad de México en mayo de 1973.

El Código para Enfermeras se encuentra disponible en español, francés e inglés en el: Consejo Internacional de Enfermeras, P.O. Box 42, 1211 Ginebra 20, Suiza.

Copyright 1973, Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra. Impreso en Suiza en Imprimeries Populaires, Ginebra.

2. LA FUNDAMENTACION FILOSOFICA, EPISTEMOLOGICA, EDUCATIVA, PSICOLOGICA Y SOCIOLOGICA DEL CURRICULO.

La Universidad de Cartagena como Centro de Educación Superior, formadora del recurso humano a través de la ciencia, las artes y la cultura, permite que éste se convierta en el agente de cambio que la sociedad requiere.

Para cumplir estos postulados, se encuentra conformada por unidades académicas dentro de las cuales está la Facultad de Enfermería cuyos miembros como parte de una sociedad democrática participan en la búsqueda de la salud y bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

El personal docente considera al ser humano como único integrado e inacabado, caracterizado por intercambios constantes de materia y energía con el ambiente que lo impulsa a la búsqueda permanente del bienestar individual y colectivo.

Considera la Enfermería como profesión de servicio social, caracterizada por la prestación de un cuidado integral al individuo, familia y comunidad en el medio o situación que se encuentra; fundamentada en principios científicos, en el establecimiento de una relación terapéutica y humanizante.

La utilización del proceso de Enfermería y el trabajo interdisciplinario, que contribuye a la consecución del

equilibrio del individuo y lo lleven no solo a mantener, sino a recuperar la salud, para poder integrarlo nuevamente a la comunidad.

Cree que una educación integral proporciona una base de conocimientos y entendimientos de carácter científico, humanístico, social y tecnológico, esencial para el desarrollo de una Enfermería verdaderamente profesional.

Cree que la educación surge de una concepción integral del hombre, por lo tanto se centra en el estudiante como sujeto de su propio desarrollo, está orientada a formar integralmente al individuo no solo en cuanto a la satisfacción de sus necesidades vitales, sino también en cuanto a su participación responsable en decisiones y acciones en los campos políticos, económicos, sociales y culturales de un país.

Concibe la educación como un proceso permanente, cuyo objetivo es que el estudiante aprenda a ser, aprenda a aprender y aprenda a evaluarse. Busca generar la autonomía, la capacidad creativa, la investigación y el autocrecimiento, inculcando en el estudiante, el sentimiento de responsabilidad frente a su aprendizaje y formación, bajo la guía del profesor, teniendo en cuenta las capacidades y aptitudes que lo acompañan. Se basa en las necesidades del estudiante y de la sociedad en la cual se proyecta; lo considera una persona con potencialidades para realizar estudios universitarios y de Post-Grado, que le permita continuar su progreso, personal y profesional basado en las capacidades de reflexión sobre si mismo, sobre el conocimiento que recibe y con capacidad para el autoaprendizaje. Tiene derecho a recibir una educación integral de la más alta calidad, con metodología que lo

ayuden a hacer uso productivo de sus capacidades mediante la oportuna orientación del profesor.

Cree que el programa genera en el estudiante: Conocimientos, técnicas, artes, actitudes y valores, mediante el proceso enseñanza - aprendizaje y la investigación, lo cual le motiva aumentar sus conocimientos en varios campos de la acción de la enfermera, especialmente en los niveles de prevención con énfasis en atención primaria y sirve como base para un estudio avanzado dirigido a grados más altos de perfeccionamiento; igualmente lo capacita para impartir enseñanza, hacer investigaciones y desarrollar liderazgo para la toma de decisiones en cualquier situación de su ámbito profesional y cotidiano.

Concibe la enseñanza como un proceso continuo y dinámico centrado en la solución de problemas. Busca crear la experiencia que lleve al estudiante desarrollar su capacidad de observación, comprensión, análisis, síntesis y evaluación que le permita tomar decisiones, oportunas y acertadas frente a las situaciones que se le presenten.

Por su parte concibe el aprendizaje como el cambio de conducta que se da en un individuo, como producto de la interacción de éste con su medio ambiente. Por lo tanto, es deber del docente adecuar algunos eventos externos al estudiante para que se favorezca el aprendizaje.

En el proceso de preparación, se persigue su desarrollo integral para que llegue a ser ciudadano útil y responsable consigo mismo, dentro de claros criterios éticos que garanticen el respeto a los valores del hombre, contribuyan al desarrollo social dentro y fuera del ámbito

El personal docente que integra la Facultad de Enfermería, tiene responsabilidades científicas y morales frente al estudiante a la institución, a la sociedad y a la profesión, por consiguiente, debe recibir la capacitación necesaria en su área de especialización, en docencia e investigación y un adecuado ambiente laboral para lograr el avance de la profesión y la profesión de estudiantes de acuerdo a las necesidades existentes en el medio.

La Facultad de Enfermería concibe la salud como una experiencia humana positiva que encierra una serie de procesos biológicos, psicosociales, ecológicos y culturales de un individuo y una colectividad y apunta al desarrollo social, regional y nacional.

La enfermedad por el contrario se concibe como experiencias humanas de desviación de la salud que afectan los procesos mencionados, y que pueden ser susceptibles de eliminación o reducción, a través de procesos de intervención de Enfermería del orden asistencial y educativo con el aporte primordial del individuo o comunidad afectada.

GUIA 4

TEMA: Teorías Modelos de Enfermería

OBJETIVO:

Dadas cinco teorías de Enfermería (Florenxia Nightingale, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Afaf Meleis) y el Modelo de Enfermería de Nancy Roper; la estudiante de Enfermería estaría en capacidad de identificar:

- 1. Epoca histórica
- 2. Tendencia filosófica
- 3. Tipo de Teoría
- 4. Función o funciones
- 5. Precursores si los hay
- 6. Postulados de la Teoría, según el tipo y elementos.

ESTRATEGIA: Estudio dirigido, modalidad socializado (diferentes partes), presentación Oral.

TIEMPO: 2 horas

INSTRUCCIONES:

- 1. Hacer la lectura de conceptualización de teorías y modelos.
- 2. Hacer lectura de la teoría asignada al grupo en forma global.
- 3. Analizar párrafo por párrafo e identificar la Escuela Filosófica a la que pertenece y verificar esta decisión con el cuadro.
- 4. Prepare el informe para la Plenaria así:

- 4.1. Epoca histórica
- 4.2. Tendencia filosófica a la que pertenece.
- 4.3. Tipo de Teoría y modelo
- 4.4. Precursores si los hay
- 4.5. Concepción o postulados de la Teoría (ejemplo)
 - . Teoría de la práctica
 - . Concepto de Enfermería si la hay
 - . Definición de la teoría si la hay
 - . Concepción del ser
 - . Concepción del fin
 - . Concepción de la meta
 - . Conceptos, principios etc. (no siempre)
 - . Puntos de acción para alcanzar el fin y la meta.
 - . Métodos y estrategias que permitan dirigir la acción hacia la meta y fin.
- 4.6. Justificar la corriente filosófica y la Teoría
5. Finalizada la plenaria los integrantes dirán la aceptación y el rechazo por una o dos teorías compatibles.

**CREENCIAS Y VALORES DE FLORENCE NIGTHINGALE
PRESENTES EN LA ENFERMERIA MODERNA**

Tomado del Artículo de Evelyn R. Barrit "Florence Nigthingale, values an modern Nursing Educations" N. Forum, Vol. III Noviembre, 1973.

CREENCIAS Y VALORES ACERCA DE LA MUJER

- 1. Las mujeres son educables
- 2. Las mujeres necesitan de profesiones y ocupaciones
- 3. La mujer necesita de independendencia económica

ACERCA DE LA BUENA ADMINISTRACION

- 1. Ciertas metas y tareas requieren esfuerzo de grupo
- 2. Cada organización debe tener un propósito definido.
- 3. El control financiero provee el control administrativo.
- 4. Liderazgo con líneas claras de autoridad y responsabilidad son necesarias.
- 5. Liderazgo en un área, destreza en esa área.
- 6. Grupos requieren reglas claramente definidas para funciones como una organización.
- 7. Decisiones tienen que ser basadas en el uso de datos precisos.

8. El uso eficiente del personal es esencial para una organización.

PROFESORES:

- Deben provenir de medios diferentes.
- Profesores deben servir de modelo.
- Profesores deben usar métodos adecuados para la enseñanza aprendizaje.

CURRICULUM

1. Dos niveles de enfermería deben ser formados.
2. Enfermeros deben ser entrenados sistemáticamente.
3. Estudiantes deben ser continuamente evaluados.

PROCESO DE APRENDIZAJE

1. Tiene que existir un propósito o motivo que haga la adquisición de conocimientos y habilidades deseables.
2. Debe tener una manera concreta de aplicar la información y desarrollar las habilidades.
3. Debe existir una evaluación de los resultados.
4. Debe haber una producción activa de conocimientos.
5. Aprendizaje ocurre por fuera del hospital.

ESTUDIANTES:

1. Estudiantes deben ser cuidadosamente seleccionados.
2. Estudiantes deben ser tratados como individuos.
3. Estudiantes deben ser internamente motivados.
4. Los estudiantes deben ser los determinantes del futuro de la enfermería y los reformadores de la profesión de enfermería.

EVALUACION DEL PROGRAMA

1. La calidad de una Escuela depende del éxito o fracaso de sus graduados.
2. Un programa de educación debe ser evaluado de acuerdo a sus propósitos, objetivos y metas.
3. Los graduados deben ser examinados por sus profesores y no por un cuerpo diferente de examinadores.

TEORIA DE ENFERMERIA SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

Por: FLORENCE NIGHTINGALE

La esencia de su teoría es el medio ambiente físico. Se comprende el énfasis debido a las condiciones de las "casas de salud" de esa época, condiciones de las cuales ella fue testigo y logró cambiar. Estadísticamente en 1850, logró demostrar que el índice de mortalidad de 430/o bajó a 220/o y que esto se lograba manipulando los elementos del medio ambiente físico. Además, sacó una conclusión trascendental para enfermería y medicina como es:

"Enfermería y medicina no son profesiones curativas, sino que son profesiones preventivas, nó obstante ser cada una diferente de la otra".

Otra conclusión fue:

"Enfermería es una profesión de ayuda para el enfermo y su familia para que conserven la salud, y el camino no es otro que controlar el medio ambiente".

El medio ambiente fué visto por ella, como las condiciones o factores externos que influyen positiva, o negativamente la vida, el desarrollo de un organismo y que son capaces de prevenir, suprimir o contribuir a la enfermedad y a la muerte. (Ruth Murrell and Judith Zentner: Nursing Concepts for health promotion Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall, Inc. 1975) p. 149.

Florence Nightingale, consideró tres factores que influenciaban la vida y la salud de la persona, con los cuales formó un triángulo: (ver diagrama en página siguiente).

CONCEPTOS BASICOS DE LA TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGALE (1820 - 1910)

Hija de padres ingleses, nació en un viaje por Italia, en la ciudad cuyo nombre le dieron: Florencia.

Su mayor logro fue el establecimiento de la educación formal para el ejercicio profesional

de enfermería, con un objetivo que es exclusivo de la misma: el cuidado de la persona enferma.

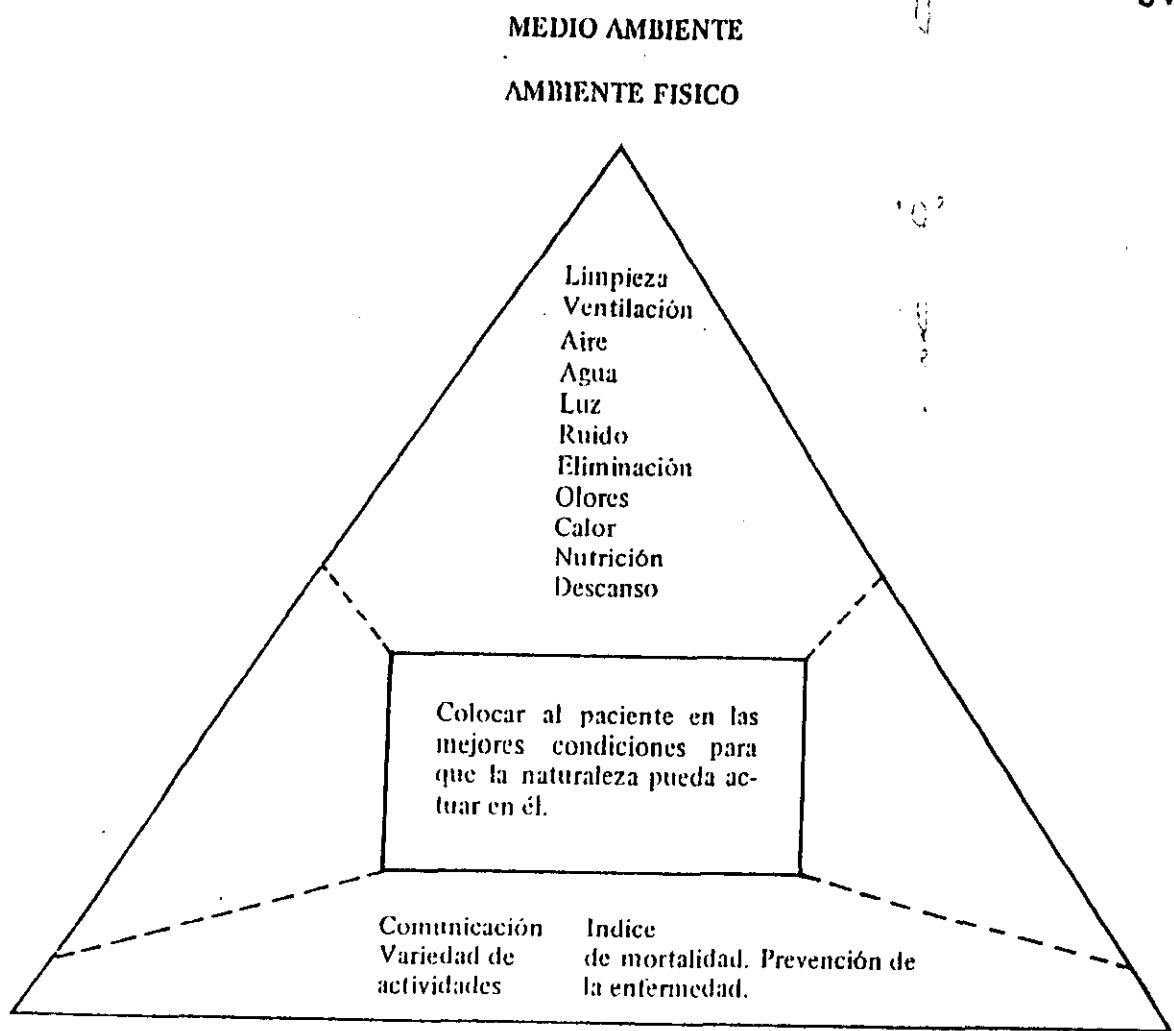
Enfermería, como organización profesional comienza en el siglo XVIII bajo el liderazgo de Nightingale.

Los hospitales de aquella época eran un foco de enfermedades por sus condiciones anti-higiénicas y por la falta de asepsia para los procesos quirúrgicos, los cuales además se practicaban sin anestesia. La persona que llegaba a ellos, según Nightingale sufría más, por las condiciones del hospital que por su misma enfermedad.

Las convicciones religiosas, éticas, su esmerada educación y su experiencia militar en la Guerra de Crimea, influenciaron los conceptos de Florence Nightingale para la práctica de enfermería. Conceptos que se encuentran en su libro "Notes on Nursing". Conceptos que analizados por las teorías de la Enfermería contemporánea, no sólo han sido aceptados como principios, sino que han sido la base de las Teorías de Enfermería, no obstante algunas personas consideran que dichos conceptos están anticuados. Para quienes han escrito teorías sobre *necesidades, stress y adaptación* prueban lo contrario. Además sus conceptos, son principios porque después de siglo y medio se practican universalmente.

Asistir al paciente hacia la conservación de sus poderes vitales y ayudarle en la satisfacción de sus necesidades fue visto por ella como la meta de enfermería.

La esencia de sus conceptos, la expresa cuando señala los elementos del ambiente que afectan la salud tales como: la suciedad, humedad, fríos helados, malos olores y oscuridad. Aquí resalta el papel de la enfermera cuando dice: "Debe proveer el ambiente que conduzca a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad".



1a. TEORIA DE ENFERMERIA
FLORENCE NIGHTINGALE 1859

Ejemplo. El médico es el encargado de remover la parte enferma del organismo, efectuar la amputación de una pierna, mientras que la enfermera en el pre- y post-operatorio, manipula los elementos de los ambientes físico-psíquico y social, que rodean al paciente, para que éste alcance sus óptimas condiciones de salud.

Con la utilización de los elementos del medio ambiente en el proceso de enfermería, se hace evidente para el profesional el contexto particular en el cual debe situarse al paciente.

Analicemos la siguiente situación

La señora Cruz, de 70 años está en el ancianato X. Raras veces la visita su único hermano, quien es más viejo que ella. Hace algunos años la señora Cruz tuvo un problema neurológico y como consecuencia, tiene una hemiplejía derecha. Por esta causa, camina ayudada de un aparato ortopédico y con marcada dificultad. Algunas veces va al comedor, pero come muy poco. Su medio ambiente lo constituye una pieza con dos camas. Su compañera es una an-

ciana de 80 años inconsciente. A su ingreso, sólo se le permitió traer unos pocos vestidos. Cuando se habla con ella, sus recuerdos son de cuando ella enseñaba en la Escuela Elemental. Ella a menudo inicia la conversación. Gasta mucho tiempo mientras logra sentarse en la sala de la T.V.”.

PROCESO DE ENFERMERIA	SEÑORA CRUZ
Valoración.	La paciente tiene 70 años, parcialmente paralizada. Se puede movilizar lentamente, con ayuda de aparato mecánico. El ancianato ofrece algunas alternativas para el paciente: comedor, pieza con una compañera, sala de televisión.

Se permite visitar a los ancianos.

A los pacientes no se les permite traer sus pertenencias que durante su vida han tenido significado para ellos.

El único estímulo para los sentidos es la televisión.

Información que falta

La información es inadecuada en cuanto a ventilación del dormitorio, presencia de malos olores, ruidos extemporáneos, limpieza en general de la pieza; variedad en la dieta; oportunidades para comunicarse con otras personas; variedad de estímulos; limitaciones físicas; específicas; observación previa de enfermería; olores presentes en la casa de ancianos; método de disposición de los desechos humanos; cantidad de iluminación, luz artificial.

Análisis de la información. Falta de datos específicos del ambiente total de la casa de ancianos.

Diagnóstico de Enfermería: Carencia de estímulos sociales.

Objetivos para el plan: -- Aumentar la comunicación

– Proveer un ambiente óptimo para facilitar su diario vivir.

– Promover la salud

Ejecución: Aumento de estímulos. Sacar al sol, jardín para obtener aire fresco. Cambiarla a un dormitorio en donde pueda hablar con la compañera.

Evaluación: Observar los efectos del cambio en el estado de ánimo y de salud de la Sra. Cruz.

Ambiente psicológico.

El efecto de la mente sobre el cuerpo fue aceptado por Nightingale. Sin embargo, ella no explicó cómo las condiciones del cuerpo son afectadas por el medio y cómo este afecta la mente. Ella comprendió que el ambiente negativo causa stress, afectando el ambiente o clima emocional del paciente. Por consiguiente aconsejaba cantidad de actividades y variedad de estímulos para mantener al paciente ocupado, distraído. El aburrimiento fue considerado como doloroso por ella.

La enfermera debe disponer de tiempo para oír al paciente y no interrumpir la conversación.

La enfermera no debe alentar al paciente con falsas esperanzas y consejos sin relación directa con su enfermedad. Es decir, la acción debe ser educativa. La enfermera debe ser culta para hablar de los temas de interés y de enseñanza para el paciente. El paciente debe ser visto en el medio ambiente psicológico total.

Ambiente social.

Observar el medio social que rodea al paciente, en especial en lo que se relaciona con su enfermedad. *La enfermedad debe utilizar todos sus poderes como observadora.*

Relacionarse con el medio social, familia del paciente y comunidad en la cual habita; el hogar y el hospital tienen gran influencia sobre la salud de la persona. Educar a la familia y enseñarle lo que debe hacer por el paciente.

Teoría del medio ambiente de F.N. y su relación con las teorías científicas de enfermería actuales.

Teoría de las Necesidades

Necesidad de oxigenación, vista en el contexto de aire fresco (ventilación); necesidad de ambiente seguro en especial agua pura y corriente. Su énfasis en esta teoría es como el hombre las satisface en su medio interno y externo.

Teoría de Abraham Maslow de 1943: jerarquía de las necesidades. Lo más importante para él fueron las necesidades físicas, lo mismo que para Nightingale.

Teoría del stress.

Nightingale aconseja colocar al paciente en el ambiente óptimo, de manera que el paciente

teaga el mínimo de factores stresores. Ejemplo: movimientos lentos y suaves, evitar ruidos fuertes.

El número y frecuencia de los stresores tienen influencia en las habilidades del hombre para adaptarse al medio ambiente.

Teoría de la adaptación

Se refiere a los ajustes, a las fuerzas que enfrenta la persona. Son respuestas adaptativas y no adaptativas.

F. N. hablaba de la habilidad del hombre para permitir que la naturaleza actuara sobre él y en su beneficio.

La teoría de enfermería de Callista Roy

Como todos los otros modelos que hemos visto, éste está centrado en la persona del enfermo.

La concepción del ser humano, de Sor Callista Roy, es la siguiente: es un ser bio-psicosocial, en interacción constante con un entorno cambiante y que tiene cuatro formas de adaptación:

- necesidades fisiológicas;
- imagen de sí mismo;
- dominio de su rol;
- interdependencia.

Para ella, *el fin de la enfermería* es promover la adaptación del ser humano en estas cuatro formas.

Las acciones de enfermería que propone son:

- la evaluación del comportamiento del paciente y de los factores que influyen en el nivel de adaptación;
- la intervención en forma de modificación de los factores que influyen en el paciente (estímulos focales, contextuales y residuales).

Para hacer frente a los cambios que debe vivir, el ser humano utiliza mecanismos adquiridos e innatos que son de origen biológico.

psicológico o social. Podemos citar, como ejemplo, la tendencia biológica a la homeostasis y los mecanismos de defensa psicológicos. Con ayuda de estos mecanismos, el ser humano intenta responder a los requerimientos de su medio ambiente.

La salud y la enfermedad forman parte de las dimensiones de la vida. Si se traza una línea continua entre el polo salud y el polo enfermedad, se puede situar al hombre en cualquier lugar sobre esta línea, en sitios variables, según la época de su vida.

Cualquiera que sea el lugar que ocupe en esta línea continua, la persona experimenta una gran variedad de estímulos a los que debe responder, y, para que esta respuesta sea positiva, es preciso que haga referencia a la *adaptación*.

Como ya vimos, la adaptación disminuye la intensidad de las respuestas necesarias para afrontar los estímulos dominantes, y por este hecho aumenta la sensibilidad a los estímulos complementarios.

¿Cómo se realiza la adaptación?

El marco conceptual de Callista Roy se apoya en los trabajos de Helson, un psicólogo-fisiologista. Estos trabajos están en relación sobre todo, con la percepción visual, pero también con la adaptación en general.

Para Helson, las respuestas adaptativas están en función de los estímulos y del nivel de adaptación del organismo, estando determinado este nivel de adaptación por tres clases de estímulos:

- 1) estímulo focal (aquel al que se enfrenta el paciente;
- 2) los estímulos conceptuales (es decir, los demás estímulos presentes);
- 3) los estímulos residuales (es decir, todas las creencias, actitudes y factores procedentes de experiencias pasadas que pueden tener influencia en la situación presente).

La adaptación comienza cuando aparece un estímulo que exige una respuesta. Todo impulso para actuar o para responder procede de la disparidad entre la estimulación y el nivel de adaptación. Esta disparidad produce una «desnivelación» que determina la intensidad de la

respuesta. Cuanto mayor es la desnivelación, más fuerte es el impacto del estímulo sobre la persona y más importante la respuesta.

Si, por ejemplo, alguien introduce su mano en un recipiente con agua hirviendo, la retirará muy rápidamente, mientras que si el agua está menos caliente, la respuesta será más lenta.

Además, la intensidad de la respuesta dependerá tanto del nivel de adaptación, como de la fuerza del estímulo. Así, introduciendo la mano en recipientes con agua de calor creciente, se aumenta el nivel de adaptación y se disminuye la intensidad de la respuesta.

Alrededor del nivel de adaptación hay una zona de respuestas positivas. Por ejemplo, en las cercanías de una temperatura moderada se pueden dejar la mano en el agua, lo que se considera como una respuesta positiva de adaptación. Fuera de esta zona, es imposible una respuesta positiva.

Según la teoría de la adaptación de Helson, una disminución de la intensidad de la respuesta a los estímulos predominantes y un aumento de la intensidad de la respuesta a los estímulos complementarios o contextuales es un indicador de respuesta positiva a nivel de comportamiento.

Utilidad de estos conceptos en enfermería.

El hombre es un ser bio-psicosocial, situado en un punto dado del continuum salud-enfermedad. Donde quiera que se encuentre, en este continuum recibe ciertos estímulos que exigen una adaptación.

Los cuidados de enfermería tienen como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida.

• Todos los trabajadores de la salud tienen relación con el ser humano en este continuum salud-enfermedad. *El médico, por ejemplo, centra su atención sobre los estímulos que determinan la posición del enfermo sobre el continuum.* En otros términos, se centra sobre la enfermedad y su finalidad es ayudar al enfermo a ir de la enfermedad hacia la

curación. *Los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamado a responder a los estímulos que se presentan a causa de su posición sobre el continuum salud-enfermedad.*

El fin es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos.

Este proceso permite también conservar la energía del paciente, objetivo general del equipo de salud, a fin de que toda esta energía pueda ser empleada para la curación.

Así, el papel de la enfermera para promover la adaptación requiere dos acciones:

- la evaluación,
- la intervención.

La evaluación comprende el reconocimiento de la situación de la persona en el continuum salud-enfermedad, la enumeración de las fuerzas que actúan sobre ella y la eficacia de los mecanismos de adaptación de esta persona en una situación determinada.

La intervención implica la posibilidad de cambio de la respuesta potencial del paciente, trasladando el estímulo a una zona donde sea posible una respuesta positiva.

La enfermera obtiene esto cambiando el estímulo focal (o provocador), los estímulos contextuales o los residuales.

Por ejemplo, si el paciente sufre dolor, la enfermera puede aplicar una inyección de un narcótico disminuyendo de esta manera la intensidad del estímulo focal y permitiendo la adaptación. (Es decir, la posibilidad de centrarse en otros estímulos conceptuales como las visitas, la radio o la TV.)

Si el dolor está provocado por un tratamiento o un examen que no puede evitarse, la enfermera puede aumentar el nivel de adaptación del paciente cambiando el contexto de la situación. Puede dar instrucciones y ánimos al paciente para participar en su tratamiento respirando profundamente, relajándose o siguiendo escrupulosamente las instrucciones que se le dan.

Si el estímulo focal es una indicación de reposo absoluto en cama,

la enfermera puede aumentar el nivel de adaptación cambiando algunos factores residuales respecto a la actitud del paciente, procurándole otras ocasiones de independencia: se le puede ofrecer elegir el momento de arreglarse, la hora de la comida o de las curas, etc.

Estos métodos de intervención corresponden a algunos tipos de actividades sugeridas por otras teóricas de la enfermería. Para Virginia Henderson, el estímulo focal es ante todo la satisfacción de una necesidad básica; por el contrario, Nightingale da una gran importancia a los estímulos contextuales y a su modificación. En cuanto a Peplau, ésta insiste sobre los estímulos residuales, así como sobre los recursos personales del enfermo, o sea su potencial de adaptación.

La teoría de Callista Roy puede servir de modelo para la creación de una ciencia de la enfermería. Después de la observación y clasificación de los hechos, se pueden enumerar tres postulados:

- la frecuencia de los problemas de adaptación;
- los mecanismos que permiten afrontar la adaptación;
- las acciones de enfermería que se han revelado «útiles».

Los problemas de la adaptación. Hay elementos comunes en los problemas de la adaptación y en las respuestas del ser humano.

Sobre el continuum salud-enfermedad, en el lado de la salud, la persona debe afrontar la fatiga, las menstruaciones e incluso a cambios más duraderos, tales como el nacimiento o la muerte de un familiar. Más cerca de la enfermedad, una alteración temporal debida a una apendicitis aguda puede provocar problemas respecto al dolor o la dependencia. Finalmente, en el polo del continuum del lado de la enfermedad, una incapacidad permanente, como una hemiplejía o una amputación, puede conducir a tipos específicos de adaptación, tales como un sentimiento de ausencia de poder o una modificación de la propia imagen.

Sobre estas bases podemos establecer una tipología de problemas de enfermería.

Los mecanismos que permiten afrontar los estímulos. La segunda serie de postulados se refiere a la eficacia de estos mecanismos que son de dos clases:

— *los mecanismos reguladores*, que actúan sobre todo a través del sistema nervioso autónomo preparando a la persona para el ataque, la aproximación o la huida;

— *los mecanismos cognoscitivos*, que identifican, memorizan y ponen en relación los estímulos, a fin de que las respuestas simbólicas puedan producirse. Cuando este mecanismo es ineficaz, existe:

— una incapacidad de percatarse del estado de necesidad;

— una incapacidad para identificar la meta;

— una incapacidad para seleccionar los medios de llegar a identificar una meta;

— una incapacidad para llegar a esa meta.

La aplicación de la teoría de Callista Roy al nivel de la práctica de enfermería.

Según lo dicho, la teoría de Roy puede ser utilizada tanto en la práctica como en la enseñanza de la enfermería.

Toda conceptualización de la enfermería tiene un mismo punto de partida: el ser humano. El hombre, como ya hemos dicho, está en interacción constante con su entorno cambiante. Sus mecanismos innatos y adquiridos le ayudan a afrontar estos cambios. Por ejemplo, en el plano biológico, a medida que la cantidad de oxígeno disminuye en la atmósfera, la tasa de hemoglobina en sangre aumenta: es una forma de adaptación positiva. Hay mecanismos similares que actúan en el plano bio-psicosocial: los mecanismos de defensa del yo, como la negación o la proyección, constituyen igualmente una respuesta de adaptación.

Se puede considerar que el hombre posee cuatro formas de adaptación:

1) La primera concierne a sus *necesidades básicas fisiológicas*: por medio de sus respuestas a los cambios del entorno, el hombre mantiene un estado de armonía entre sus necesidades de circulación, tem-

peratura constante, oxígeno, líquidos, actividad y los recursos del ambiente que son precisos para responder a estas necesidades.

2) Simultáneamente a esta búsqueda de armonía en el plano fisiológico, el yo del hombre responde a los *cambios del entorno* y tiende también hacia un estado de adaptación positiva.

3) La tercera forma de adaptación se hace por el *dominio de un rol*. El hombre regula sus acciones y sus tareas en función de su posición en la sociedad. Así, el nuevo padre modifica sus acciones para adaptarse a la idea que él mismo tiene de este rol, llegando así a una adaptación positiva.

4) La cuarta forma de adaptación es la de la *interdependencia*. La idea que una persona se hace de ella misma y la forma en la que domina su papel en la sociedad, están en interdependencia con las de otras personas de su entorno. De esta manera, un cambio en el entorno puede amenazar directamente esta interdependencia. Por ejemplo, un niño hospitalizado que no acepta beber más que lo que le ofrece su madre, plantea un problema de interdependencia.

Las necesidades del hombre están basadas, pues, en el nivel de adaptación a estas cuatro formas y todo cambio en el ambiente puede representar una amenaza para una u otra de estas formas.

(La identificación de estas cuatro formas de adaptación que hace Callista Roy se basan en una investigación realizada sobre el comportamiento de 500 pacientes, cuyos datos fueron recogidos por estudiantes de enfermería; la investigación duró muchos meses y se efectuó en todos los campos clínicos: Psiquiatría, Pediatría, Obstetricia, Medicina, Cirugía, etc.).

Es interesante subrayar que las cuatro formas de adaptación descritas reúnen e incluyen los veintiún problemas de enfermería descritos algunos años antes por Faye Abdellah, pionera de la investigación de enfermería en Estados Unidos. A título indicativo, damos la lista de estos problemas:

- 1) mantener una buena higiene y un confort físico adecuado;

- 2) alcanzar el nivel óptimo de funcionamiento en lo que concierne a las actividades, el ejercicio, el reposo y el sueño;
- 3) prevenir los accidentes, las heridas y cualquier traumatismo. Prevenir las infecciones;
- 4) mantener una buena posición de los miembros, prevenir y corregir las deformaciones;
- 5) facilitar el mantenimiento de una cantidad suficiente de oxígeno en todas las células del cuerpo;
- 6) facilitar el mantenimiento de una nutrición adecuada a todas las células del cuerpo;
- 7) facilitar el mantenimiento de una eliminación adecuada;
- 8) facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico;
- 9) reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo frente a las condiciones patológicas;
- 10) facilitar el mantenimiento de las funciones sensoriales;
- 11) facilitar el mantenimiento de las funciones y los mecanismos reguladores;
- 12) identificar y aceptar las expresiones positivas y negativas de los sentimientos y reacciones emocionales;
- 13) identificar y aceptar las interrelaciones entre las emociones y los problemas orgánicos;
- 14) facilitar el mantenimiento de una comunicación efectiva a nivel verbal y no verbal;
- 15) promover el desarrollo de relaciones interpersonales productivas;
- 16) facilitar el desarrollo personal en el terreno espiritual;
- 17) crear y/o mantener un ambiente terapéutico;
- 18) facilitar la toma de conciencia de sí mismo en tanto que individuo que tiene necesidades fisiológicas emocionales y de desarrollo únicas;
- 19) tender a alcanzar el objetivo más elevado posible en función de las limitaciones físicas y emocionales;
- 20) utilizar los recursos de la comunidad como ayuda para la solución de los problemas de salud;
- 21) comprender el papel de los problemas sociales en las causas de enfermedad.

El concepto de adaptación en enfermería permite identificar las interrelaciones entre sus diferentes formas, factor que parece faltar en otros métodos de clasificación de necesidades.

Es, pues, especialmente a nivel de la dimensión salud-enfermedad en el que la enfermera entra en relación con el paciente.

En cualquier momento de su vida, la persona está situada en ese continuum (trayecto) salud-enfermedad. Donde quiera que esté recibe constantemente estímulos a los que se debe adaptar. Las respuestas positivas que da a los cambios del ambiente permiten disminuir la atención prestada al estímulo central o focal y aumentar la sensibilidad necesaria para responder a los estímulos complementarios o contextuales.

Por ejemplo, cuando la luz disminuye en una habitación, el cambio en el medio comporta la necesidad de adaptación. Esta adaptación se consigue cuando, poco a poco, distinguimos la luz que aún queda mezclada a la oscuridad.

Esta respuesta de adaptación a la oscuridad depende de la intensidad de las tinieblas y de la capacidad de adaptación de cada uno.

Otros factores, tales como las experiencias pasadas, la intensidad de la luz en otras habitaciones de las que se viene y la dirección hacia la que se dirige la mirada, influyen también en el proceso de adaptación.

De esta manera, los cuidados de enfermería se centran en el paciente que responde él mismo a los estímulos que le acosan de acuerdo con su posición en el continuum salud-enfermedad.

Por esto, el papel de las enfermeras es promover en el paciente un estado de adaptación que le permitirá corresponder a los demás estímulos presentes.

Con el concurso (ayuda) de la evaluación e intervención de enfermería será posible favorecer esta adaptación. La evaluación se basa en la observación del paciente y de su comportamiento en cada una de sus formas de adaptación. El criterio que permite confirmar si la adaptación es positiva o negativa se encuentra en la definición de adaptación. ¿Puede el paciente responder a los estímulos contextuales o sólo intenta constantemente hacer frente al estímulo focal?

PROCESO DE PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Niveles	<i>Evaluación</i>	<i>Intervención</i>	<i>Contenido</i>	<i>Liderazgo</i>
primer año Introducción	Identificar el comportamiento	Realizar técnicas simples para apoyar y modificar el comportamiento	La satisfacción de necesidades básicas Las dificultades en la satisfacción de esas necesidades	Reacciones personales en la relación con otras personas
segundo año	Identificar los factores influyentes simples	Utilizar enfoques conocidos para modificar los estímulos focales y contextuales, y para dar apoyo o modificar el comportamiento	Desarrollo de la autoimagen, dominio del rol y la interdependencia Dificultades simples en la autoimagen, el dominio del rol y la interdependencia	Cambiar el comportamiento de otros por la relación: enseñanza del enfermo
tercer año	Identificar los factores de naturaleza compleja	Crear los enfoques adecuados para modificar los estímulos focales, contextuales y residuales, para apoyar y modificar el comportamiento	Las dificultades complejas en las cuatro formas de adaptación	Cambiar el comportamiento en un grupo: - salud pública - comunidad

La enseñanza se basa en modelos

97

Por ejemplo: pérdida de una parte o de una función del cuerpo

<i>Estímulo focal</i>	<i>Comportamiento</i>		<i>Factores influyentes</i>	
	+	-	<i>Estímulos contextuales</i>	<i>Estímulos residuales</i>
Pérdida de una parte del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación a la modificación de la imagen del cuerpo - Proyección de sí mismo en el futuro - Capacidad de darse cuenta de lo que ocurre - Experimentar con otros: mostrar la cicatriz - Duelo - Negación - Tomar conciencia - Demostrar cólera - Cambiar la imagen de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de ansiedad - Bromear a propósito de la operación - Esperar ser rechazado - Vergüenza - Duelo prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital y falta de intimidad Una cierta pérdida del control de sí mismo, del medio y del campo interpersonal Significado de la operación Grado de cambio y velocidad a la que interviene Cuidado pre y postoperatorios Relaciones con el médico, la familia y la enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> Valores culturales de juventud, persona normal y en plena forma Personalidad Posición en el ciclo vital Creencias y prácticas en relación con la salud Miedo a la separación, deformidad y muerte

El estímulo focal que se especifica es, en este caso, la pérdida de una parte o de una función del cuerpo. La respuesta positiva del paciente consiste en una adaptación de su esquema corporal (de su «yo» somático) a esta alteración. Entre los comportamientos positivos destaca la proyección de sí mismo en el porvenir, la capacidad de analizar

lo que le ha ocurrido y de compartirlo con las personas importantes de su entorno (enseñar el lugar de la operación, la cicatriz, explicar lo que le ha pasado, lamentar la parte o la función perdida, estar en situación de shock emocional temporal, negar los hechos, hacerse consciente de lo que le ha ocurrido, manifestar cólera o rechazo y finalmente llegar a una nueva imagen de sí mismo).

Entre los comportamientos negativos hay que destacar la ausencia de ansiedad, las bromas acerca del acto quirúrgico, el miedo a ser rechazado, la vergüenza y finalmente la lamentación prolongada acerca de la función o la parte del cuerpo que se ha perdido en la operación.

Entre las intervenciones de enfermería recomendadas para este tipo de problemas señalamos:

- la disminución de la ansiedad;
- la facilitación del duelo;
- los cuidados pre y postoperatorios;
- el alivio del dolor.

En su última obra, *Introduction to Nursing: An adaptation Model* (publicado por Prentice Hall, en 1976, págs. 387-392), Sor Callista Roy presenta una lista detallada de las valoraciones y las intervenciones de enfermería en relación con su modelo.

Con la autorización del editor, Prentice Hall, lo presentamos a continuación.

La teoría de enfermería de Dorothea E. Orem

La teoría de enfermería de Dorothea E. Orem es importante y se utiliza en numerosos centros de enseñanza de enfermería, tanto en Estados Unidos de América como en Canadá. Un artículo aparecido en *L'Infirmière Enseignante*, n.º 10, expone sus principales líneas.

Abordemos esta teoría y veamos cuáles son estos puntos principales.

Para Orem, la enfermería se refiere especialmente a las necesidades de ser humano que están en relación con el «autocuidado», definiéndose éste como: «las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos». El «autocuidado» es indispensable. Cuando desaparece, la enfermedad y la muerte se pueden producir.

Las enfermeras deben a veces realizar o mantener esos cuidados de una manera permanente para personas en completa minusvalía. En otros casos, ayudan a sus pacientes a mantener los autocuidados cumpliendo *algunas tareas*, supervisando a otras personas que asisten al paciente e instruyendo al mismo paciente cuando avanza gradualmente hacia una realización total de autocuidado.

Los servicios de la enfermera son indispensables cuando el enfermo es incapaz de asegurarse la cantidad y calidad de «autocuidados» necesarios para el mantenimiento de la vida y la salud.

La enfermería como tecnología.

100.

La enfermería se basa en métodos o técnicas que le son propios. Son procedimientos claramente establecidos para cumplir acciones específicas con una meta dada.

Los especialistas en enfermería deben llegar a ser expertos en estas técnicas.

Se utilizan conocimientos científicos para explicar:

- 1) la elección de una técnica en particular;
- 2) las condiciones que determinan el empleo de esta técnica;
- 3) los resultados que la técnica en cuestión puede aportar.

Los conocimientos científicos son también necesarios para la adaptación de estas técnicas a las condiciones cambiantes de la situación clínica.

Algunas técnicas son específicas de la enfermería, otras se emplean en diferentes disciplinas; entre estas últimas destacamos la recogida de datos o de información, las relaciones interpersonales e intergrupales.

A continuación enumeramos las tecnologías utilizadas por las enfermeras, según Orem:

- 1) comunicarse con personas en diferentes estados de salud y enfermedad;
- 2) promover y mantener relaciones de cooperación a nivel interpersonal, intragrupal o intergrupales;
- 3) aportar una ayuda adaptada a las necesidades y limitaciones del ser humano;
- 4) promover, mantener y controlar las posiciones y los movimientos de las personas en un entorno dado, con un fin terapéutico;
- 5) sostener y mantener el proceso de la vida;
- 6) promover el proceso del desarrollo humano, incluido el desarrollo del yo;
- 7) evaluar, cambiar y controlar los modos psicosociales del funcionamiento humano en la salud y la enfermedad;
- 8) promover y mantener relaciones terapéuticas fundadas en los modos del funcionamiento humano en la salud y la enfermedad.

Las dimensiones de las «acciones que permiten mantener la vida, la salud y el bienestar» o «autocuidado» (Self-care).

En una sociedad siempre hay seres humanos que no son capaces de cumplir las acciones precisas para la supervivencia. La intervención de la enfermera en estos casos es indispensable.

Entre los individuos que no pueden asegurar su «autocuidado» se encuentran los niños, los enfermos, los ancianos y aquellos cuyo desarrollo mental o físico es incompleto.

Orem, como Rogers y Roy, consideran al ser humano como un todo en interrelación estrecha con su entorno y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive.

Los «autocuidados», estas acciones que permiten mantener la vida y la salud, no son innatos: deben aprenderse. Dependen de las creencias, las costumbres y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. Entre ellos destacamos:

- los cuidados de higiene;
- la nutrición;
- la inmunización.

Los «autocuidados» son acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección, una decisión. Algunas técnicas que permiten cuidar a los enfermos o preservar la salud forman parte del patrimonio cultural, otras son conocidas solamente por ciertos individuos o ciertas familias en razón de su experiencia práctica.

Las diferentes especies de «autocuidados».

1) *Los «autocuidados» universales:* son llamados también necesidades de base, actividades de la vida cotidiana, higiene personal, física y mental, y comprenden:

- el aire, el agua y la alimentación;
- la eliminación;
- la soledad y las interacciones sociales;
- la actividad y el reposo;

- los acontecimientos que ponen en peligro la vida y el bienestar;
- la normalidad en relación con los demás, o sea, el seguir la moda, estar de acuerdo con las normas en vigor relativas al crecimiento, el desarrollo, la salud física y mental y compartir las creencias y prácticas relativas a la salud y a la enfermedad.

2) *Los «autocuidados» en relación con las desviaciones del estado de salud.*

Cuando una persona, a causa de una enfermedad o un accidente, se vuelve dependiente, pasa de la situación de agente de «autocuidados» a la de receptor de estos «autocuidados».

Entre las medidas de «autocuidados» se pueden distinguir las que demandan las situaciones de enfermedad, accidente o incapacidad y las que se dictan por prescripción médica, como las inyecciones o la vigilancia después de la anestesia.

Estas medidas pueden acompañarse de modificaciones de los «autocuidados» universales; por ejemplo, cambio en los hábitos alimenticios a causa de un régimen, en los hábitos higiénicos a causa del reposo continuado en cama, modificación de la autoimagen después de un traumatismo importante y definitivo (como puede ser una amputación), desarrollo de un nuevo estilo de vida compatible con los efectos de la enfermedad en el caso de un infarto, etc.

Orem explica con detalle las características de la situación de cuidados que son, en su opinión, las de cualquier relación de ayuda y que comprenden:

- al menos a dos personas: la que ayuda y la que recibe ayuda;
- una necesidad, en el que busca la ayuda, de obtener resultados basados en «autocuidados» terapéuticos;
- una limitación de las posibilidades de «autocuidados» en el que busca la ayuda;
- la capacidad en el que presta la ayuda de actuar para el paciente o de ayudarlo a actuar;
- comportamientos complementarios tanto en el que ayuda como en el que recibe la ayuda.

Los métodos de asistencia que de acuerdo con Orem son los siguientes:

- 1) actuar en lugar de la persona que se ayuda;
- 2) guiar a la persona ayudada;
- 3) sostener física y psicológicamente a la persona ayudada;
- 4) promover un entorno favorable al desarrollo personal del paciente de tal manera que llegue a ser capaz de enfrentarse al presente y al porvenir;
- 5) enseñar a la persona que se ayuda.

Los sistemas de cuidados de enfermería.

Orem sugiere tres sistemas de cuidados de enfermería:

1) *El sistema de compensación total:* en este sistema el paciente no tiene ningún papel activo en la realización de los «autocuidados» y la enfermera ayuda actuando en lugar del paciente (caso de un enfermo comatoso, por ejemplo).

2) *El sistema educativo de apoyo:* en este sistema el paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de «autocuidados» terapéuticos, pero debe ser ayudado para poder hacerlo. Esta ayuda prestada por la enfermera puede darse en forma:

- de apoyo;
- de guía (acción de guiar, de aconsejar);
- de promoción de un entorno adecuado;
- de enseñanza.

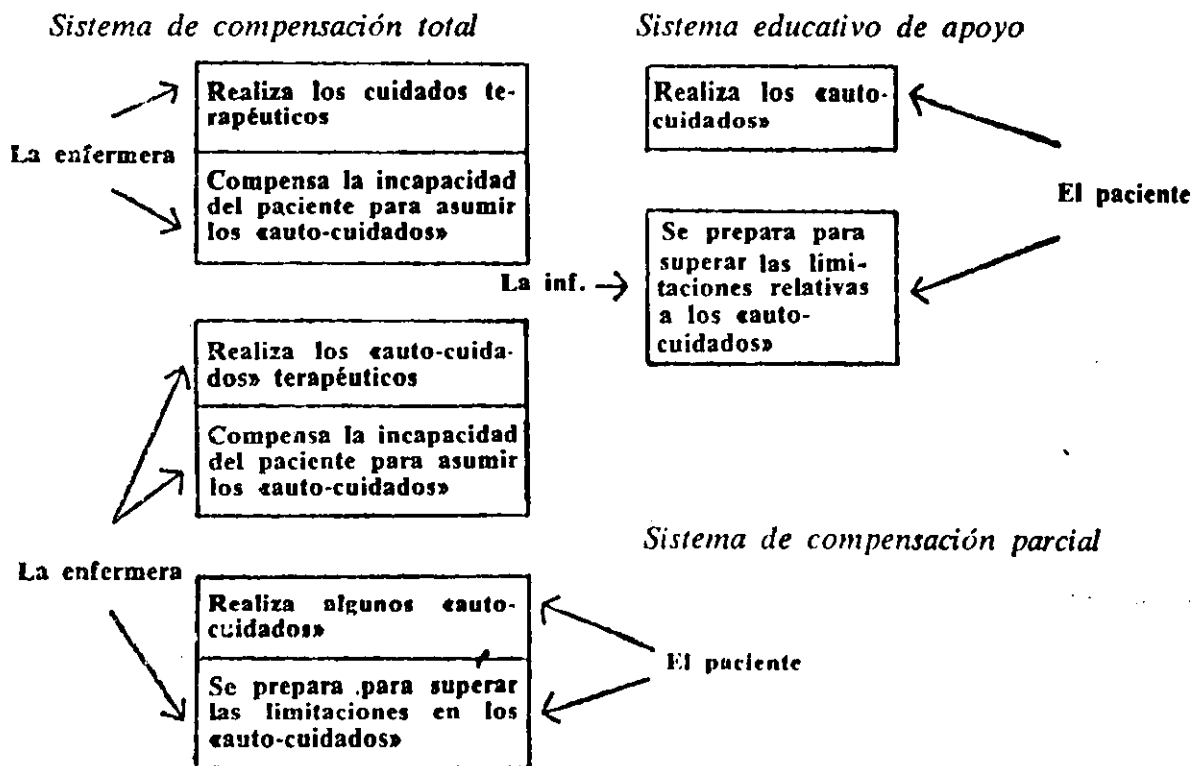
Por ejemplo, es la situación de un enfermo diabético que debe aprender a inyectarse insulina y a confeccionar un régimen de alimentación con hidratos de carbono limitados.

3) *El sistema de compensación parcial:* en este sistema, el paciente, tanto como la enfermera, participan en los cuidados de higiene o en otras técnicas de cuidados que sean necesarias. La distribución de responsabilidades entre las dos personas, enfermera y paciente, varía, siendo diferente en cada situación según:

- las limitaciones físicas e psíquicas del paciente;

— los conocimientos y las capacidades científicas y técnicas requeridas;

— la preparación psicológica del paciente para llevar a cabo o aprender determinadas tareas. Por ejemplo, la situación de un enfermo hemipléjico que tiene necesidad de una cierta ayuda pero puede participar en sus «autocuidados».



Clasificación de las situaciones de cuidados.

La persona que precisa cuidados de enfermería puede ser considerada bajo diferentes aspectos:

— en cuanto a la presencia o ausencia de enfermedad, traumatismo, incapacidad o minusvalía;

— en cuanto a la calidad de su estado de salud (excelente, bueno, regular o malo);

— en cuanto a los acontecimientos y circunstancias de la vida de esa persona.

A partir de esto, la atención de enfermería que responde a la nece-

sidad de cuidados del paciente va a centrarse en una de las seis situaciones que describimos a continuación:

1) La preocupación principal en cuanto a la salud está en relación con los acontecimientos derivados del lugar que ocupa el cliente en el continuum «nacimiento \leftrightarrow muerte»; acontecimientos que provocan cambios anatómicos, fisiológicos o psicológicos: crecimiento y desarrollo, madurez, responsabilidades paternas, vejez.

En este caso, el estado de salud general del cliente se podría clasificar de bueno a excelente.

2) La preocupación principal en cuanto a la salud está en relación con la curación de una enfermedad específica (parotiditis, por ejemplo) o un accidente (fractura de tibia). En este caso, el estado de salud general del paciente va también de bueno a excelente.

3) La preocupación principal en cuanto a la salud está en relación con una enfermedad de origen indeterminado y depende tanto de los efectos de la enfermedad como de los efectos secundarios de los medios de diagnóstico utilizados (caso de la punción lumbar). El estado de salud general en este caso se podría clasificar de regular a bueno.

4) La preocupación principal en cuanto a la salud está en relación con problemas genéticos o de desarrollo: niño prematuro o de muy escaso peso. El estado de salud general está afectado por el problema genético o de desarrollo.

5) La preocupación principal en cuanto a la salud está en relación con el tratamiento activo de la enfermedad, del accidente o de la alteración de origen indeterminado. El estado de salud general puede o no estar afectado por la enfermedad, el accidente o la alteración.

6) La preocupación principal es restaurar, estabilizar o controlar el funcionamiento integrado del organismo. Los procesos vitales pueden verse amenazados o detenerse e, incluso, el funcionamiento integrado del organismo puede estar tan perturbado que sea imposible la continuidad de la vida.

El proceso de enfermería según Orem.

Los cuidados de enfermería son más que una combinación de todas las actividades descritas. Son un proceso pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta.

Se admite que esta meta se ha alcanzado cuando:

- 1) los «autocuidados» terapéuticos del paciente se han llevado a cabo;
- 2) las acciones de enfermería ayudan al paciente a alcanzar una mayor autonomía (sobre todo a nivel de los «autocuidados»);
- 3) los miembros de la familia del paciente y otras personas que ayuden sin ser profesionales, llegan a ser competentes en lo que concierne a los cuidados cotidianos del paciente.

El proceso de cuidados comprende tres fases.

- 1) Reunir datos y tomar decisiones con el fin de saber por qué una persona tiene necesidad de cuidados de enfermería (determinar los problemas). Para reunir los datos necesarios se recurre al estado de salud del paciente, a la historia y órdenes médicas, a la expresión de la necesidad por parte del paciente y a la demanda de la familia. Esta etapa conduce al diagnóstico de enfermería.
- 2) Establecer un sistema de asistencia de enfermería para el paciente o para su familia y planificar esta asistencia.
- 3) Poner en práctica, conducir a buen término y controlar las acciones planificadas.

Finalmente, evaluar y reajustar el plan y las acciones.

En sus concepciones de enfermería, D. Orem se acerca a las ideas de V. Henderson, Nancy Roper y Afaf Meleis. Su teoría es muy clara y puede ser útil para explicar la especificidad de la enfermería.

Uno de los aspectos más positivos de esta teoría es el de situar en el centro de los cuidados de enfermería a los «famosos» cuidados básicos que tienen tan poca importancia para muchas enfermeras.

4

La teoría de enfermería de Martha Rogers

Esta eminente enfermera es de la misma generación que Peplau y su teoría se centra más en la ciencia que en la relación, ya que Rogers es Doctora en Ciencias, mientras que Peplau es Doctora en Ciencias de la Educación.

La concepción del ser humano de Martha Rogers es la siguiente: el ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes.

Para Rogers, *el fin de la enfermería* es promover la armonía entre el hombre y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, redirigir la integración del campo humano y de los campos ambientales con el propósito de ayudar al ser humano a alcanzar un estado de máxima salud física, mental y social (las nociones de campo se explican en las páginas siguientes).

Las intervenciones de enfermería propuestas por Rogers consisten en recoger datos relativos al enfermo y a su entorno y utilizar actividades técnicas o de relación con el fin de ayudar a la integración del ser humano en su ambiente.

Rogers es una extraordinaria historiadora de la ciencia y parte de la obra de algunos grandes filósofos para introducir su concepto de enfermería. Entre los hombres ilustres que cita recordaremos a Descartes (1596-1650). Éste dudaba de todo lo que en su época se tenía por cierto y explicaba los distintos aspectos de la naturaleza gracias a una sola serie de principios. Se dice que, una noche, Descartes tuvo la revelación de que la clave de los misterios del universo residía en su orden matemático. En consecuencia, a través de formulaciones racionales y deductivas, enunció lo que luego fue la base de la filosofía moderna. De esta época data el dualismo entre el espíritu y la materia considerados como dos sustancias fundamentales. Descartes ve al hombre como dueño de las fuerzas de la naturaleza y «capaz» de voluntad propia.

Con Thomas Hobbes apareció la noción de causa-efecto que permitió la integración de conocimientos muy diversos.

Mientras que Descartes desarrollaba el sistema deductivo, Francis Bacon (1561-1626) preconizaba el método deductivo. Descartes insistía en el hecho de que es preciso ir de lo conocido a lo desconocido, de lo general a lo específico y, por el contrario, Bacon pretendía que era preciso ir de lo particular a lo general, partiendo de una experimentación elemental. Sin embargo, la idea cartesiana dominó el pensamiento científico durante todo el siglo XVII. En los siglos XVIII y XIX la idea de Bacon fue nuevamente desarrollada, siendo preciso esperar hasta el siglo XX para que se reconociera el valor de los dos métodos. Bacon subrayaba la necesidad de experimentos bien planificados e insistía para que éstos fueran registrados por escrito ya que él creía que la ciencia trascendía los principios del sentido común.

La noción de evolución.

Charles Darwin (1809-1882) publicó, en 1859, su libro *El origen de las especies*. Éste fue el punto de partida de una amarga controversia ya que numerosos oponentes a las teorías darwinianas se enzarzaron en una batalla que todavía se mantiene en nuestros días.

El concepto de evolución caracteriza el pensamiento del hombre en

los tiempos modernos. Se sabe, por ejemplo, que la evolución es más rápida en tierra firme que en el mar y que las formas de vida más complejas evolucionan más rápidamente que las formas más primitivas.

Los filósofos del mundo occidental animaron al hombre a hacerse cargo de la dirección de su evolución. Descartes introdujo esta idea, William James (1882-1910) y John Dewey (1859-1952) continuaron en este camino, siendo esta fe en la capacidad del hombre para controlar su mundo y su destino lo que caracteriza al siglo xx.

La aceptación de la dicotomía cuerpo-espíritu y el interés suscitado por la visión mecanicista del hombre contribuyeron a segmentar al ser humano y a levantar barreras entre las distintas ciencias. El hombre es visto como un conjunto de «yo»: fisiológico, psicológico, lógico, metafísico, moral y sociopolítico. Sin embargo, es tan erróneo describir al hombre exclusivamente en términos biológicos o psicológicos como es poco exacto describir el agua en términos de hidrógeno y oxígeno solamente.

A la luz de todas estas aportaciones considera M. Rogers la enfermería.

El hombre: un todo unificado (integrado).

Los antiguos griegos percibían al hombre como a un ser unificado, integrado. La llegada de las ciencias modernas contribuyó a la pérdida de esta noción y subrayó los *hechos* físicos o biológicos.

La unidad del hombre es una realidad. El hombre, en su totalidad, está en interacción con su entorno y sólo podrán hallarse conceptos y teorías válidos a este respecto si se aceptan la unidad del hombre y su unicidad con el ambiente.

La humanidad del hombre no puede reducirse a un conjunto de sistemas, órganos o células. Por ejemplo, el cerebro no es el espíritu, mientras que el espíritu no puede manifestarse sin el cerebro.

Los seres humanos se caracterizan por su masa, su estructura, su funcionamiento, sus sentimientos y son identificables en su totalidad y se conducen como tales.

Así, el primer enunciado científico propuesto por M. Rogers es: «el ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad y que pone de manifiesto unas características que son más y que son distintas de la suma de sus partes».

El hombre: un sistema abierto

El segundo enunciado científico de Rogers es: «el hombre y su entorno intercambian continuamente materia y energía».

A este respecto, Henry Margerau dice: «el universo no discierne al hombre alrededor nuestro sino en nosotros, a través nuestro» (*Open Vistas*, página 64).

Un sistema abierto se caracteriza por intercambios constantes de materia y energía con el ambiente.

La disciplina de la ecología humana se basa en el hecho de que el hombre y la naturaleza son sistemas abiertos y actualmente se reconoce la importancia de los factores ambientales en la calidad de vida del hombre.

La capacidad de los seres humanos para adaptarse a toda clase de *stress* ha jugado un importante papel en la supervivencia de la especie.

Sin embargo, la adaptación y la homeostasis no bastan para explicar el desarrollo del hombre y por ello se introduce la idea de evolución ya que mientras que la adaptación busca ciegamente alcanzar un equilibrio que significará su fin, la evolución busca una continuidad aún a través de organismos o de sistemas inestables. El cambio entraña el cambio, y un cambio en una de las partes significa un cambio del todo.

Las leyes físicas no llegan a predecir o a explicar la evolución de la vida y, por esta razón, Ludwig von Bertalanffy propone una teoría de sistemas para explicarla. Surge el término *negentropía* que quiere decir orden, complejidad y heterogeneidad creciente. Los sistemas vivos son calificados de negentrópicos.

El ser humano influye al mundo que le rodea y es influenciado por él.

La unidireccionalidad de la vida.

El concepto de evolución presupone unidireccionalidad, irreversibilidad. Así, siguiendo esta afirmación, Rogers propone su tercer enunciado científico: *«el proceso de la vida evoluciona de una manera irreversible y unidireccional a lo largo del continuum del espacio y del tiempo, hacia una complejidad cada vez mayor y hacia nuevos modos de adaptación».*

El hombre es un organismo extremadamente complejo. El proceso de la vida posee su dinamismo y su organización propios. Existen de la naturaleza, ritmos, ciclos, todos muy importantes, que prueban la interacción hombre-naturaleza.

En efecto, la autorregulación del organismo evoluciona hacia una complejidad cada vez mayor y *no* hacia el equilibrio y la estabilidad.

Maslow dice que la homeostasis, el equilibrio, la prevención y la defensa son conceptos negativos y se une a la opinión de Frankl que cree que el organismo humano no tiende hacia una reducción de las tensiones sino, por el contrario, hacia su mantenimiento y su aumento.

La autorregulación del organismo es dinámica y se dirige hacia el desarrollo de un cierto potencial.

El cuarto enunciado de M. Rogers dice: *«la organización y el fenómeno de la adaptación caracterizan al ser humano, lo distinguen de entre todas las demás criaturas y son un reflejo de su integración innovadora».* El ser humano tiene la capacidad de modificar su entorno gracias a los conocimientos que posee y puede hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial.

El quinto enunciado dice: *«el ser humano se caracteriza por su capacidad de abstraer, de imaginar, de hablar, de pensar, de sentir y de conmoverse».*

El sistema conceptual de enfermería.

La enfermería tiene como meta servir al hombre. Martha Rogers considera que la ciencia de la enfermería no es una suma de principios sacados de otras fuentes, sino un producto nuevo.

Los principios de base de la enfermería tienden a describir, explicar y predecir lo que constituye su fenómeno central: el hombre, ya que la descripción, explicación y formulación de hipótesis preceden a cualquier intervención basada en el conocimiento.

Rogers describe la ciencia como una búsqueda de significados más que como una acumulación de hechos.

Hemos dicho que la enfermería es una ciencia empírica y es pues necesario describir y explicar su fenómeno central y formular hipótesis a este respecto.

En el hombre, el fenómeno de la vida tiende a la continuidad, al cambio dinámico y creativo, a la integración. El proceso de la vida posee su propia unidad y es inseparable del ambiente. La salud y la enfermedad son expresiones de este proceso vital. La ciencia de la enfermería distingue salud y enfermedad, normalidad y anormalidad. Estas nociones son manejadas de una manera arbitraria, influidas por la cultura y cargadas de juicios de valor, siendo preciso redefinirlas.

La ciencia de la enfermería tiene por objetivo procurar un conjunto de conocimientos abstractos, extraídos de la investigación científica y capaces de ser aplicados a la práctica de los cuidados y del análisis lógico.

La enfermería es una ciencia humanista. Dubos dijo: «la ciencia no progresa solamente por el análisis lógico e inductivo, sino también y sobre todo por la imaginación especulativa del espíritu que emite hipótesis que son *seguidamente* verificadas y analizadas. El mundo subjetivo de los sentimientos humanos debe ser incorporado a la ciencia objetiva» (*Man Adapting*, 1965, pág. 49).

El modelo conceptual de la enfermería se edifica alrededor del proceso vital del hombre. Este modelo se fundamenta sobre las cinco bases teóricas mencionadas anteriormente. Uno de los elementos im-

portantes es que existe un campo de energía que se extiende hasta el infinito. Es por esto que el hombre está totalmente influido por el ambiente y no puede dissociarse de él. Esto se olvida frecuentemente a nivel de enfermería.

Cuando no existe organización y armonía entre el hombre y su ambiente, deja de existir la integridad del campo humano y sobreviene la muerte. En la muerte cesa la interacción hombre-ambiente; la diferencia entre un ser que duerme y un cadáver es la ausencia de intercambio en este último.

Para Rogers, el proceso de la vida sigue una evolución rítmica a lo largo de un eje longitudinal en espiral (Slinky).

El campo humano añade siempre nuevas dimensiones de complejidad creciente a las cualidades negentrópicas de la vida (diferenciación, diversidad, complejidad y heterogenidad cada vez mayores).

Los acontecimientos que impresionan al hombre son siempre únicos, no se repiten, ya que en la segunda experiencia se ha retenido alguna cosa de la primera y así sucesivamente. Por ello, la vida es unidireccional.

El comportamiento humano es *sinérgico*: es más y distinto que la suma de las partes.

El proceso de la vida es *homeodinámico*. Veamos ahora los cuatro principios según Rogers:

1. *El principio de la reciprocidad*: si el hombre es un todo, un sistema abierto, y su campo de energía se mezcla con otros campos, entonces el entorno puede definirse como todo aquello que está fuera de este campo de energía. La relación entre el campo humano y el entorno está basada en la reciprocidad y en el intercambio mutuos. Por este motivo, no todas las personas afectadas por un cierto germen, enferman.

2. *El principio de la sincronía*: el cambio en el campo de energía humana depende solamente del estado de este campo y del estado del campo del entorno en un punto dado a lo largo del continuum espacio-tiempo.

El ser no puede jamás volver a ser lo que ha sido.

3. *El principio del ritmo:* a lo largo de todo el proceso de desarrollo, el ser humano tiende hacia una complejidad creciente. La meta del desarrollo no es alcanzar el equilibrio, la homeostasis. Por el contrario, el proceso de la vida camina hacia una evolución dinámica.

Los ritmos de la vida se entretajan con los del universo; el hombre y su entorno forman un todo unificado. La conquista del espacio está en este orden de cosas, así como el reconocimiento científico de los fenómenos paranormales. Vamos hacia dimensiones cada día más complejas.

4. *El principio de la resonancia:* una multiplicidad de ondas caracteriza el universo: ondas de luz, de sonido, de calor, de átomos. Así, el principio de la resonancia postula que los cambios en la armonía y la organización del campo humano y de su entorno se propagan por ondas.

Esta multiplicidad de ondas caracteriza a la vida. El ser humano completo siente, percibe, resuena; está sometido a ondas de tristeza, de alegría, de soledad, de ternura, de dolor.

Rogers, siendo decana de una Facultad de Enfermería, ha podido utilizar su teoría y patrocinar la verificación de los conceptos propuestos por medio de investigaciones y de tesis de doctorado en enfermería.

Así, un estudio de Downs⁶ confirmó los principios de reciprocidad y de sincronía al demostrar la relación entre el *stress* de la madre y el desarrollo del feto. Los *stress* fueron descritos en términos de cambios geográficos y familiares (inerte, abandono del padre, pérdida de la seguridad financiera). La presencia de estos *stress* conllevan a la incidencia de patologías neonatales, lo que se pudo verificar gracias a un grupo de control.

Por otra parte, la investigación de Fagin⁷ con niños hospitalizados en edades comprendidas entre los 18 meses y los 3 años demostró que, si la madre se instalaba en la habitación del hospital, una proporción significativa de niños estaban más capacitados para soportar breves ausencias, tenían más apetito y menos problemas de enuresis que aquellos niños cuya madre no estaba todo el día presente en el hospital. Igualmente, se descubrió con sorpresa que los niños hospitalizados con

su madre sobrepasaban en cuanto al desarrollo a los que no estaban hospitalizados. Esto podía explicarse seguramente por la constante atención que la madre prestaba a los niños hospitalizados.

En relación a las variaciones rítmicas, se han demostrado los efectos del cambio de horario (1 hora entre verano e invierno): cambios en la tensión arterial que tarda dos días en readaptarse y cambios en la temperatura que tarda cinco días.

Otra investigación apasionante es la de Dolores Krieger¹² relativa a la imposición de manos. En primer lugar, vamos a definir lo que se entiende por imposición de manos: es el hecho de colocar las manos durante 10 o 15 minutos encima o cerca de una persona enferma con la intención de ayudarla o curarla.

Se trata de una práctica antigua, utilizada en todas las épocas, pero muy poco estudiada.

El tacto es probablemente la sensación más primaria desde el punto de vista neurológico. El tacto y el dolor son muy importantes cuando se trata con enfermos. Una de las primeras sensaciones del bebé cuando desciende por el canal vaginal es una sensación cutánea. Quizá porque se trata de una sensación tan primitiva, es tan importante a lo largo de toda la vida.

El tacto es, para Krieger, uno de los actos específicos de enfermería, ya que sus efectos terapéuticos y confortadores son conocidos y apreciados universalmente.

Las primeras investigaciones a este respecto se remontan a 1960, cuando Grad, un bioquímico canadiense, se interesó en el fenómeno de la imposición de manos y colaboró con un renombrado curandero, Oskar Estabany, dirigiendo una investigación sobre ratones y granos de cebada.

Grad escogió 300 ratones y les produjo a todos una lesión igual. A un tercio de estos ratones, que actuaban como grupo de control, no se les hizo ninguna intervención desde el exterior, otro tercio fueron simplemente vigilados por estudiantes de medicina y los 100 últimos fueron tratados por Estabany mediante imposición de manos. Después de dos semanas, el grupo tratado por Estabany estaba en mucho mejor estado que los otros dos grupos.

El mismo fenómeno se produjo con los granos de cebada. Grad los empapó con agua salada para simular «una enfermedad», luego los dividió en grupos. El primer grupo fue regado con agua corriente, el segundo con agua de garrafas «tocadas» por personas indiferentes y el tercero con agua de garrafas «tocadas» por Estabany. Los granos regados con el agua «tocada» por Estabany germinaron mucho más de prisa, se desarrollaron más y tuvieron más clorofila que los granos de los otros grupos.

Hay otros estudios de este tipo sobre enzimas que dieron resultados parecidos.

Dolores Krieger se interesó como enfermera por estas investigaciones y aceptó asistir a Estabany, durante sus estancias en Estados Unidos algunas semanas por año. Durante estos períodos, Estabany imponía las manos a numerosas personas, las cuales mejoraban de sus enfermedades.

Krieger buscó bibliografía sobre el tema que le interesaba y encontró algún dato principalmente en la literatura oriental. De ahí tomó el concepto llamado «Prana», en sánscrito, que quiere decir vitalidad o vigor. Se dice que una persona sana tiene sobreabundancia de «Prana», mientras que una persona enferma tiene déficit. El «Prana» es intrínseco a la molécula de O_2 y fue por esta razón que Krieger decidió estudiar la hemoglobina, pigmento portador de O_2 .

La primera investigación data de 1971 y en ella tomó como sujetos experimentales a 19 personas enfermas y a 9 sanas que utilizó como grupo de control. Las edades y los sexos de los dos grupos eran comparables. Estabany impuso las manos y la hipótesis de trabajo de Krieger se confirmó: hubo aumento de la hemoglobina en aquellas personas que fueron «tocadas» por Estabany.

En 1973 realizó la tercera investigación con 46 sujetos en el grupo experimental y 29 en el grupo de control. Esta vez se tuvo cuidado en controlar variables como la práctica de la meditación, de la respiración controlada y del yoga, obteniéndose otra confirmación de la hipótesis.

Finalmente, en 1974, Krieger utilizó a 32 enfermeras calificadas, cada una de las cuales se ocupó de obtener el consentimiento de dos pacientes para participar en la investigación. Las enfermeras elegidas

debían alcanzar un cierto nivel en el cuestionario de autoactualización de Maslow, es decir, debían ser independientes, movidas por convicciones internas, capaces de expresar sus sentimientos y poseer sentido de su propio valor, aunque aceptando sus debilidades. Estas enfermeras aprendieron ciertas técnicas de la imposición de manos.

Una vez adiestradas, se procedió a iniciar la investigación. Para empezar, se extrajeron muestras de sangre de los pacientes después de la imposición de manos. Los técnicos de laboratorio que hacían las determinaciones no fueron informados del tipo de investigación que se estaba realizando y se controló que utilizaran el mismo aparato para obtener todos los resultados. Las cifras confirmaron nuevamente la hipótesis: los valores de hemoglobina de los pacientes tratados con la imposición de manos eran significativamente más altos que los de los pacientes del grupo de control.

Aplicación de estos elementos a la práctica de la enfermería.

Para Rogers, la experiencia no es nunca un sustituto de la enseñanza. A este respecto cita al filósofo Michel Polanyi, que dice: «La mayor parte de los errores que el hombre ha cometido durante miles de años han estado basados en la experiencia práctica».

La práctica profesional de la enfermería tiende a promover una interacción armoniosa entre el hombre y su entorno, a reforzar la coherencia y la integridad del campo de energía del ser humano, a dirigir o redirigir la combinación y la sincronización de los campos del hombre y del entorno a fin de lograr el potencial máximo de salud.

Por todos los motivos expuestos, las actividades de la vida cotidiana deben tener en cuenta la necesidad de un ritmo constante, por lo que no pueden programarse actividades, como, por ejemplo, el baño del paciente a horas intempestivas como a las tres de la madrugada.

Las medidas tendentes a fomentar la salud estarán dirigidas hacia una determinación de las diferencias individuales y hacia una asistencia de la persona con el fin de encontrar una coordinación armoniosa con su entorno.

El mantenimiento y la promoción de la salud deben llegar a ser más importantes para la enfermera que la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Asimismo, la enfermera deberá procurar también suprimir, en lo posible, las desigualdades sociales.

Nota relativa a la teoría de Martha Rogers.

Si se admite que cuanto más generalizable es una teoría más importante es y menos limitada está en el tiempo y en el espacio, se puede admitir que las bases teóricas de M. Rogers son extraordinarias ya que son generalizables a todas las formas de cuidados de enfermería, en todos los tiempos y en todas las latitudes.

Cuando se reflexiona, se observa que las acciones o intervenciones de enfermería tienden finalmente a promover, mantener, restaurar o regularizar esta reciprocidad entre el ser humano y su entorno a nivel fisiológico (intercambio entre el oxígeno y el anhídrido carbónico, la alimentación y la eliminación, el sueño y la vigilia, la estimulación y el reposo) y a nivel psicosocial (comunicación, contacto e intercambio).

La teoría de Martha Rogers estimula a la enfermera a encontrar nuevos roles, a utilizar su creatividad y a interesarse por todo lo que concierne a la vida del ser humano.

10

La teoría de enfermería de Afaf Meleis

Esta teoría se basa en las insuficiencias y las suplencias de los roles. Da, pues, mucha importancia al concepto de rol y de transición entre los roles.

La noción de rol es un elemento psicosocial muy importante y útil para determinar los problemas de enfermería y planificar las intervenciones de ésta.

Desde el momento que una enfermera profesional se encuentra con un paciente considerado en sus dimensiones bio-psicosociales, es necesario comprender el comportamiento del sujeto. El concepto de rol es útil cuando se encuentra al paciente en situaciones que implican cambios y adaptaciones.

Meleis piensa que la asistencia que da la enfermera en esos momentos de transición del rol es esencial. Esta necesidad de cambio de rol es tanto mayor en las sociedades que sufren más el *stress*. Los cambios dinámicos a nivel de la familia y de su estructura, así como al de la sociedad occidental, intensifican los efectos de la transición del rol, aun en circunstancias completamente naturales.

Los recursos disponibles en algunas sociedades compensan a veces lo que la enfermera aporta en otras sociedades.

Las condiciones sociales afectan a los roles. Cuando estas condi-

ciones son más o menos previsibles y permiten definir los roles de antemano, las transiciones ocurren con más facilidad.

Por ejemplo, el problema de la adolescencia en las sociedades primitivas no es tan crucial como en la sociedad occidental, ya que hay un rito de iniciación y un lugar para el joven transformado en adulto.

El concepto de rol y su importancia al nivel de los cuidados de enfermería.

Un rol es un sentimiento o una meta que da unidad a un conjunto de acciones y no solamente un conjunto de comportamientos (George Herbert Mead).

El concepto de rol es útil para interpretar el comportamiento personal hacia otras personas importantes del entorno.

Este concepto subraya también hasta qué punto el ser humano reacciona de una forma compleja, adaptándose continuamente a la cultura en la que vive.

Existen tres escuelas de pensamiento en lo que respecta a los roles:

1) La de Linton, que considera los roles como prescripciones de la cultura.

2) La de Parsons y Fox, que ven los roles como acciones y comportamientos que se esperan de un miembro de una determinada sociedad.

3) La de Meleis, que describe el rol como el resultado de la interacción de los individuos en un sistema social. El rol que el individuo elige representar está motivado por la recompensa que espera y que, de hecho, recibe de los demás. Este rol es válido para estos en tanto que aceptan al sujeto en el rol que él mismo ha escogido.

De esta manera, los roles adoptados por el paciente tienen validez gracias a la adaptación de las personas importantes que le rodean.

Las condiciones que predisponen a transiciones de rol problemáticas

Una transición de rol produce un cambio en las interacciones de los roles, en las expectativas y las capacidades que comporta este nuevo rol. Una persona que cambia de rol debe incorporar conocimientos nuevos, cambiar de comportamiento y la definición de sí misma en su contexto social.

En el momento de este cambio de rol pueden producirse incapacidades (por ejemplo, una madre que no sabe bañar a su hijo recién nacido) y la enfermera debe suplirlas hasta que el sujeto haya adquirido un cierto saber, saber hacer o saber estar, que requiere su nuevo papel.

Estas incapacidades en el rol pueden manifestarse en tres niveles:

- 1) *A nivel del desarrollo durante el crecimiento.* Por ejemplo:
 - En el paso de la infancia a la adolescencia, asociado con problemas de desarrollo, de identidad; problemas de enfermedades venéreas, drogas, suicidios, embarazos fuera de matrimonio.
 - En el paso de la edad de adulto a la vejez se plantean problemas gerontológicos, en relación con la identidad: jubilación y enfermedades crónicas.

Ya que es inconcebible que exista un rol sin que haya un contra-rol que le refuerce y le complete, todo cambio de rol implica un cambio de los contra-roles: Los padres de los adolescentes deben asumir un rol distinto al de los padres de los niños. Al contrario, los hijos de padres ancianos tienen un rol diferente del de los hijos de padres jóvenes.

La enfermera debe tener en cuenta *todos estos roles ya que se influyen los unos a los otros.*

- 2) *En el momento de algunas transiciones:* nos referimos aquí al nacimiento o la muerte de un miembro de la familia. Una situación tal exige una definición o una redefinición de los roles y las interacciones.

3) *Al nivel de la salud y la enfermedad:*

- los cambios repentinos que van de la salud a la enfermedad;
- cambios graduales de la enfermedad a la salud o de la enfermedad a una minusvalía permanente con la cual el paciente deberá vivir.

Todos estos cambios de rol implican una serie de cambios en cadena. Tomemos el ejemplo de un joven padre de familia que se ve afectado por una paraplejia, pasa de un rol de trabajador independiente, padre de familia, esposo, hijo, al de una persona dependiente, que depende de otros para la satisfacción de algunas necesidades. Su cambio de rol modifica el de su esposa, sus hijos, sus padres y, en definitiva, a todas las personas de su entorno.

La incapacidad en el rol reside en cualquier dificultad a nivel de saber, saber hacer o saber estar, necesarios para cumplir este rol (la madre que no sabe cuidar de su bebé).

La incapacidad en el rol es también el sentimiento o el comportamiento resultante de una diferencia entre el cumplimiento de las obligaciones o de las expectativas ligadas a un rol y las posibilidades de la persona para vivir este rol.

También puede provenir:

— de *una mala definición de este rol*: el adolescente debe conducirse como un adulto, pero obedecer; debe ser responsable pero no puede elegir;

— de problemas de dinámica en el interior de las relaciones entre los roles (la enfermera a quien el enfermo ayuda a «subir» la moral):

— de una falta de conocimientos de los comportamientos, de los sentimientos y de las metas que acompañan al rol (la persona que comienza a padecer una enfermedad crónica).

Puede también suceder que una persona rehúse *totalmente* asumir un rol. De hecho, la motivación para asumir un rol está relacionada con las recompensas que se obtengan de él.

Cuando una persona rehúsa asumir un rol significa que para ella lo que le cuesta jugar este rol es más importante que el beneficio que sacaría si lo asumiera. En este caso, la incapacidad en el rol es volun-

taria y está probablemente reforzada por las personas importantes de su entorno.

Hay también causas involuntarias para la incapacidad en el rol: ansiedad, depresión, apatía, frustración, duelo, minusvalía, dolor, agresión y hostilidad. Todo esto puede dificultar la progresión hacia la salud, el bienestar y la adecuada adaptación a la transición del rol.

La suplencia del rol: intervención de enfermería.

En el transcurso de la vida el individuo pasa por numerosas fases de transición. En ellas, se usan sus recursos personales para hacer frente al *stress* que implica el cambio.

Los cambios, las pérdidas o las adquisiciones de rol son particularmente importantes para las enfermeras, pues tienen lugar a nivel del continuum salud-enfermedad.

«La suplencia en el rol se define como el proceso consciente con el cual se identifica, por un determinado individuo o por alguien de su entorno, una incapacidad de rol, real o potencial, y se utilizan estrategias para clarificar o adoptar el rol, con un fin preventivo o curativo.»

«La suplencia de rol consiste también en ofrecer la información o la experiencia precisas para aumentar la consciencia o el conocimiento que la persona tiene de su rol.»

Esta suplencia de rol puede ser preventiva o terapéutica.

Por ejemplo, la enfermera de salud pública que atiende a una madre en su embarazo, que le enseña, le informa, le ayuda a clarificar su actitud frente a su futuro hijo, tiene un rol preventivo.

Por el contrario, la enfermera psiquiátrica que asiste a una persona anciana deprimida, invitándole a grupos de recuerdo de distracción, que le ayuda a entretenerse, juega más bien un rol terapéutico.

Caminos o pistas de investigación.

Meleis divide la suplencia de rol en componentes, estrategias y proceso.

1) *Primera intervención: clarificación del rol.*

124

Ofrecimiento de conocimientos y de información específica a propósito del rol. Tomemos, por ejemplo, la socialización de los alumnos de enfermería en su rol profesional: ello implica la enseñanza de las demandas del rol en términos de comportamiento, sentimiento, costo y recompensa y en términos de refuerzos positivos y negativos que provengan de las personas importantes de su entorno.

2) *Segunda intervención: asumir el rol imaginariamente.*

Consiste en asumir con la imaginación la posición o el punto de vista de otra persona.

La transición de un rol a otro es menos difícil si se ha aprendido a cumplir ese rol con la imaginación.

3) *Tercera intervención: rol modelo (imitación de los atributos).*

Se trata de la forma más común del aprendizaje (el niño aprende de esta manera).

Es el método de elección para el aprendizaje en las sociedades estables. Sin embargo, está reducido al mínimo en las sociedades móviles. En efecto, en la moderna sociedad occidental, los niños no pueden aprender de sus abuelos cómo envejecer y morir, pues no viven juntos. En la familia nuclear, el niño no puede aprender de sus padres a enseñar a sus hermanos más pequeños ni cómo vivir la enfermedad o la soledad.

4) *Cuarta intervención: repetición del rol.*

El individuo repite en su interior la manera en que va a representar su rol; por ejemplo, vive de antemano una entrevista que tendrá lugar más tarde. Esta repetición, que precede a la toma del rol, es muy útil. (Es lo que se emplea en terapia respiratoria: el enfermo se prepara, mediante ejercicios, para respirar mejor después de una intervención.)

Grupo de referencia.

Las personas significativas del entorno del paciente tienen gran importancia. Igualmente otros pacientes que han vivido experiencias semejantes. Por ello, los grupos de discusión de madres solteras, de pacientes colestomizados, de leucémicos, de familias de enfermos mentales y tantos otros pueden ser muy beneficiosos para la transición de roles.

En conclusión, Meleis subraya que toda su teoría se basa en la comunicación. Es preciso aprender a comunicarse a nivel de la pareja, la familia, el grupo profesional y la sociedad, lo que facilita grandemente la asunción, la transición y las suplencias de roles.

El modelo de enfermería de Nancy Roper

Roper propuso su modelo de enfermería basándose en una investigación realizada con 774 pacientes en Inglaterra ²⁶.

La concepción del ser humano de Roper es la siguiente: el ser humano es un «sistema abierto» en relación permanente con su entorno. Se adapta, crece, se desarrolla, tiende hacia la independencia y se caracteriza por las actividades que emprende.

La meta de la enfermería es promover la adquisición, el mantenimiento o la restauración de la independencia máxima para cada paciente al nivel de los cuatro grupos de actividades siguientes:

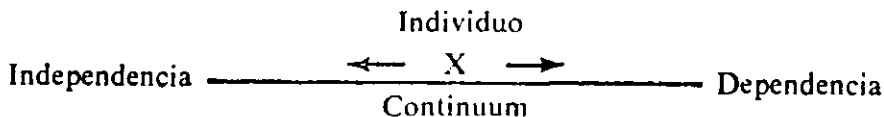
- actividades de la vida cotidiana que permitan la satisfacción de las necesidades básicas;
- actividades que tienden a la prevención;
- actividades que tienden a la búsqueda del confort;
- actividades de investigación, de búsqueda.

Cuando el individuo puede realizar estas actividades se encuentra en las condiciones óptimas para darse a una causa, para amar, para adorar, para realizarse.

Las intervenciones de enfermería propuestas por Roper son:

- evaluar las capacidades de independencia de la persona;
- fijar con el paciente, si es posible, objetivos en función del tiempo de que dispone, a corto y largo plazo;
- ayudar al paciente a alcanzarlos;
- evaluar.

A lo largo de la vida hay períodos en los cuales el individuo aún no es capaz de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, en otros tiene esta capacidad y, por fin, hay períodos en los que puede haberla ya perdido. Se puede decir de cada individuo, en un momento determinado, que está en un punto dado del continuum que va desde la dependencia hasta la independencia en cada una de las actividades de la vida cotidiana. El individuo se desplaza hacia un sentido u otro según las circunstancias:



De ahí se derivan las siguientes preguntas relativas al paciente, que son de interés para la enfermera:

- ¿En qué punto del continuum se encuentra esta persona?
- ¿Por qué está en este punto?
- ¿Dónde podría o debería estar?
- ¿Cómo se le puede ayudar a avanzar a lo largo del continuum?
- ¿Cómo se puede evaluar esta progresión?

Roper opina que el modelo que propone puede ayudar a las enfermeras a planificar sus investigaciones, a dar valor a las acciones que tienen como fin asistir a los pacientes aun en sus actividades más simples, animar a los profesionales a clarificar sus roles y reducir el foso entre la teoría y la práctica.

Según Roper, la persona tiene necesidad de ayuda en los cuatro tipos de actividades que antes hemos mencionado:

- actividades de la vida cotidiana;
- actividades dirigidas a la prevención;
- actividades dirigidas a la búsqueda de confort;
- actividades de investigación y de búsqueda.

1) *Las actividades de la vida cotidiana.* Roper opina que éstas son las que permiten la satisfacción de las necesidades básicas. Ha escogido la palabra «actividades» en lugar de necesidades, debido a la connotación de estas palabras. En su opinión «necesidad» tiene una connotación negativa y «actividad» tiene una connotación positiva. Siendo, por otra parte, más descriptiva la palabra actividad.

A lo largo del continuum que va de la independencia a la dependencia, algunas circunstancias tienden a precipitar una regresión hacia la dependencia o ayudar al progreso hacia la independencia.

He aquí las circunstancias que influyen: :

— Entorno físico, psíquico o social.

<i>Lo que favorece la dependencia: nivel negativo</i>	<i>Lo que favorece la independencia: nivel positivo</i>
<i>Físico</i> : individuo perdido en la nieve.	Saber conducir y poseer coche.
<i>Psíquico</i> : una madre superprotectora.	Una sesión de relaciones humanas.
<i>Social</i> : pertenecer a una clase social desfavorecida.	Pertenecer a una clase social acomodada.

— Handicap o problema fisiológico, ya sea congénito, adquirido o aun aquellos cuya causa puede situarse en nivel mental (histeria o hipertensión).

- Modificación de los tejidos de tipo patológico o degenerativo.
- Accidente.
- Infección.

Las actividades de la vida cotidiana se subdividen en categorías que están en relación con:

- la respiración,
- la alimentación,
- la eliminación,
- la limpieza personal (higiene),
- el vestido,
- la movilidad,
- la comunicación (verbal o no verbal),
- la socialización,
- el trabajo,
- el ocio,
- el descanso y el sueño.

2) *Las actividades dirigidas a la prevención:* Durante el proceso de socialización, un determinado número de actividades tienen como meta prevenir algunas situaciones, como los accidentes, las infecciones, los embarazos no deseados. Cuanto más elevado es el nivel de salud de un país más se alarga la lista de estas actividades que en general van destinadas a promover la máxima independencia.

3) *Las actividades dirigidas hacia la búsqueda del confort:* Las medidas del confort físico, psicológico y social, son importantes para la salud de todos los seres humanos. Estas medidas pueden estar dirigidas a corregir un estado de alteración, por ejemplo refrescar el cuerpo cuando está demasiado caliente o calentarlo cuando está demasiado frío. Una persona que está en un estado de incomodidad, que, por ejemplo, tiene dolor de cabeza, puede ponerse una esponja mojada sobre la frente, oscurecer la habitación donde está o acostarse. Estas actividades tienden al mantenimiento de la comodidad y a la restauración de una independencia máxima.

4) *Las actividades de investigación y de búsqueda:* En la vida cotidiana una parte de nuestras actividades son, de hecho, una investigación, una búsqueda de alguna cosa. Cuando nos informamos, acrecentamos nuestra independencia. Si sabemos qué hacer para tratarnos un dolor de garganta no tendremos necesidad de depender de nadie para esto. Sin embargo, si no llegamos a reponernos, pediremos la ayuda de alguien que podrá hacernos encontrar la independencia máxima, aunque debemos depender temporalmente de él.

* Para Roper, los cuidados de enfermería se basan en los cuatro tipos de actividades descritos.

Las actividades de la vida cotidiana se cumplen en relación con el estado en que se encuentra el cliente o el paciente.

Están en relación con la adquisición, el mantenimiento o la restauración de la independencia máxima o con la asistencia ofrecida al paciente a fin de que pueda hacer frente, en la dependencia, a las actividades de la vida cotidiana.

Para poder cumplir estas actividades, la enfermera debe tener aptitudes intelectuales, psicomotoras y emocionales o afectivas.

Se puede vestir a un enfermo como la haría una madre con su hijo, naturalmente, intuitivamente. En este caso se juega un papel negativo, ya que la ayuda real que se debería ofrecer al paciente sería evaluar sus posibilidades y ofrecerle un soporte psicológico, animándolo a vestirse solo.

Ayudar al paciente en la adquisición y la restauración de la independencia requieren la capacidad de evaluar su nivel de funcionamiento, así como la capacidad de elaborar objetivos a corto y largo plazo.

La mayor parte de los actos y de las actitudes que forman la base de la enfermería parecen simples hasta que su adaptación a un paciente determinado las hace complejas.

Citemos ahora algunas *actividades de enfermería en relación con la prevención*: de escaras, de malos olores, de úlceras en la boca, de deshidratación, de desnutrición, de obesidad, de estreñimiento, de fatiga, de depresión, de añoranza, de pérdida de la dignidad humana, de pérdida de la identidad, de trombosis, de deformación, de embolia pulmonar, de atonía muscular, de pie equino, de retención de orina, de infección y de accidentes.

Actividades de enfermería en relación con la búsqueda de confort.
Entre otras muchas se pueden relacionar:

A nivel físico:

Todas las medidas de confort habituales, tales como poner la bandeja al alcance de la mano para que el paciente pueda comer confortablemente, arreglar sus almohadas, etc.

A nivel psicológico:

Todo lo que concierne a la relación con el paciente, el soporte emocional, la creación de un clima que permita la expresión de los sentimientos.

A nivel social:

Situar al paciente en las mejores condiciones posibles socialmente para que no tenga problemas financieros y conserve su integridad social. Recibir visitas, distraerse.

Una parte de las actividades de la enfermera son prescritas por el

médico y van desde actividades muy simples a actividades muy complejas. Estas prescripciones médicas pueden ser en todos los niveles. Por ejemplo, la respiración forma parte de las actividades de la vida cotidiana. Pero, si el paciente no puede respirar, es el médico quien prescribe el respirador y la enfermera la que supervisa este aparato. Igualmente, en lo que concierne a la alimentación, una perfusión debe ser prescrita, pero la enfermera será la responsable de ella.

De todas formas, Roper opina que el papel de la enfermera abarca la totalidad de las actividades de la vida cotidiana, siendo la actividad médica más definida. La elaboración de objetivos requiere la capacidad de evaluar y la evaluación se apoya en preguntas como:

- ¿Dónde está situada la persona en el continuum dependencia-independencia para cada actividad de la vida cotidiana?
- ¿Por qué está en este punto?
- ¿Dónde podría estar?
- ¿Cómo ayudarla?
- ¿Es necesario ayudarla a ir hacia la independencia?
- ¿Cómo asegurar el avance de un polo al otro?

La respuesta a estas preguntas permite la elaboración de objetivos y éstos no pueden alcanzarse más que por medio de una acción apropiada. Esta acción pide de la enfermera aptitudes en diversos terrenos: relación con el paciente (terreno psicosocial), observación, habilidad psicomotriz, juicio clínico, espíritu de decisión, enseñanza, organización y administración.

Para Roper, la *finalidad de la enfermería es*: «En el contexto de los cuidados de salud y en proporciones diversas, la enfermería tiene por meta ayudar a la persona a progresar hacia el polo de la independencia máxima para ella, en cada una de las actividades de la vida cotidiana, ayudarle a permanecer allí y ayudarle a hacer frente a todo movimiento hacia el polo de la dependencia; en ciertos casos, ayudarlo a aceptar la dependencia y finalmente, ya que el hombre es un ser mortal, ayudarlo a morir con dignidad²⁶».

Roper cree que su modelo es suficientemente flexible como para acomodarse a todos los campos de la enfermería, e insiste sobre la

importancia de describir mejor nuestra profesión, opinando también que su modelo permite valorar los cuidados básicos, considerados a menudo los más sencillos o menos prestigiosos.

Finalmente, opina que hoy la enfermera ya no está exclusivamente «en la cabecera del enfermo». En su estudio sobre trescientos setenta y ocho pacientes en hospitales generales, sólo el veintitrés por ciento de ellos estaban todo el tiempo encamados.

Su modelo resalta la necesidad de tomar decisiones sobre la base de juicios clínicos y esto permite pedir salarios apropiados para las enfermeras, ya que, en general, se retribuye a los trabajadores sobre la base de la complejidad de las decisiones que deben tomar.

Este modelo también permite enfocar los programas de enseñanza en función de las diversas actividades y no sólo en función del tipo de afección que presenta el enfermo.

En la actualidad se está utilizando el modelo de enfermería de Nancy Roper en un hospital de la Suiza francesa. Para ponerlo en práctica ha sido precisa la elaboración de un modelo de proceso de cuidados específicos que presentamos en este capítulo.

La historia de enfermería que se utiliza en este modelo ha sido elaborada por un grupo de enfermeras docentes de la Escuela del Bon Secours de Ginebra. Se expone a continuación:

HISTORIA DE ENFERMERÍA

Fecha Diagnóstico médico

Nombre

Dirección

Edad Sexo Otras informaciones dadas por el
paciente

Ocupación

Religión

Nacionalidad Seguros

Familia

I. ¿Cómo percibe el enfermo su enfermedad y qué espera de su hospitalización?

- 1) ¿Por qué ha venido al hospital?
- 2) ¿Qué efecto le ha hecho estar en el hospital? ¿Es la primera vez?

PROCESO DE ENFERMERÍA *
(según Nancy Roper)

Nombre Edad

Resumen de la historia de enfermería:

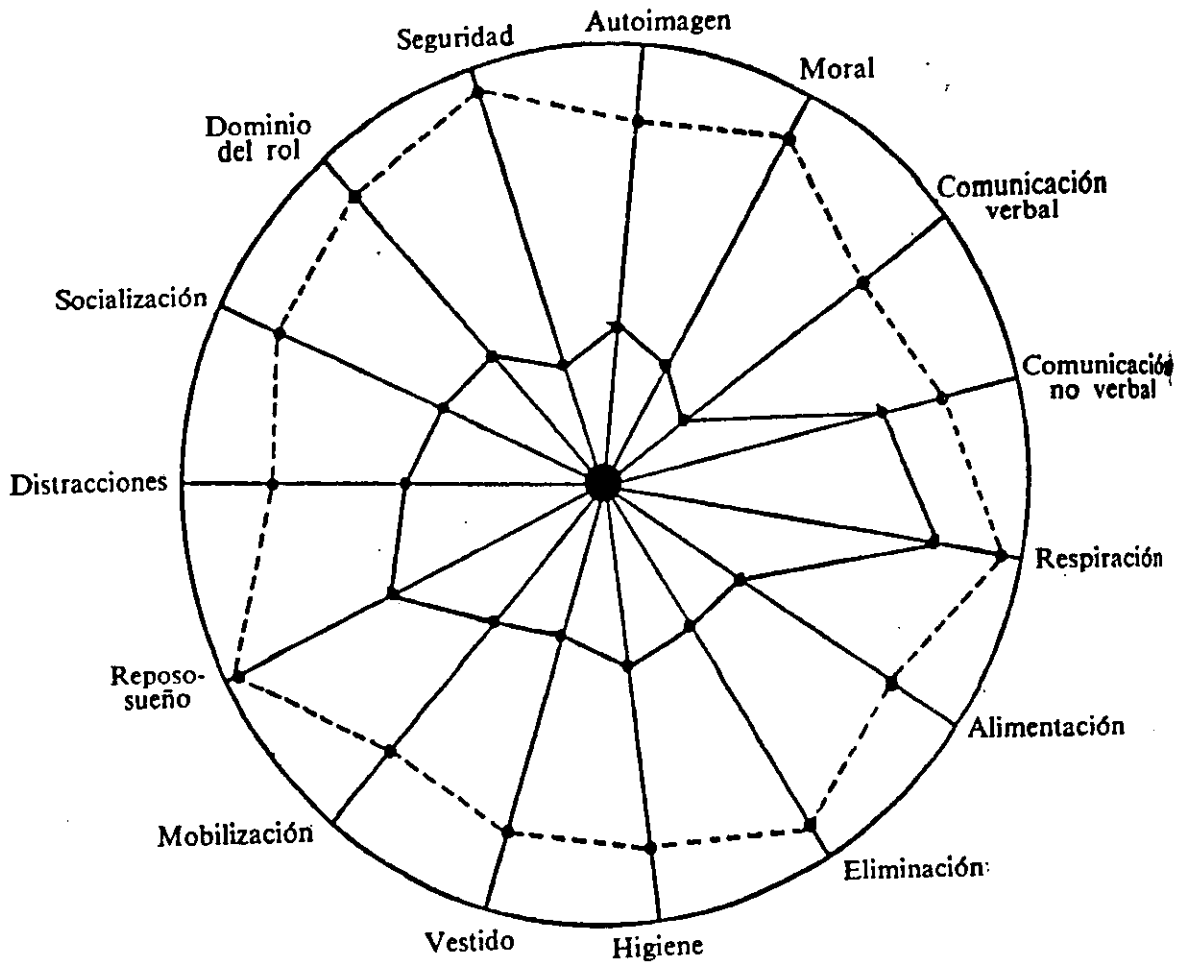
Problema(s) que el paciente considera como más importante(s):

Objetivos a largo plazo:

Actividades de la vida cotidiana	Dar una cifra de 1 a 10		Por qué la persona está en este punto del continuum de dependencia - independencia (o diagnóstico de enfermería)	Actividades médicas prescritas sí - no
	Dependencia Dónde está	Independencia Dónde podría estar		
<i>Respiración</i>				
<i>Alimentación</i>				
<i>Eliminación</i>				
<i>Higiene</i>				
<i>Vestido</i>				
<i>Movilización</i>				
<i>Comunicación verbal</i>				
<i>Comunicación no verbal</i>				
(Relaciones, comportamiento)				
<i>Socialización</i>				

* Este cuestionario fue adaptado por un grupo de enfermeras del Hospital Geriátrico de Ginebra. En esta presentación abreviada del formulario, hemos reducido considerablemente los espacios en blanco destinados a anotar las respuestas.

GRÁFICO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE INDEPENDENCIA EN CADA ACTIVIDAD DE LA VIDA COTIDIANA



Círculo exterior: independencia máxima

Punto central: dependencia total

Para cada actividad, dibujar un punto que indique dónde está situado el enfermo, unir los puntos entre sí (escala de 0 a 10).

Dibujar otro punto que indique el objetivo fijado, unir los puntos entre sí (escala de 0 a 10).

— = estado de dependencia del paciente (hemiplejía derecha reciente).

..... = estado de independencia que se pretende conseguir.

El modelo de enfermería de Nancy Roper

La idea de asistir al paciente en sus movimientos sobre la línea continua que va de la dependencia a la independencia no es nueva y gusta mucho a la mayoría de las enfermeras. Por otra parte, la utilización de la historia de enfermería y el gráfico de evaluación en forma de margarita permite obtener inmediatos resultados en el nivel de la calidad de los cuidados dados. Por estos motivos, esta teoría es muy adecuada para los primeros ensayos de empleo sistemático del proceso de cuidados dentro de un hospital.

GUIA 5

- TEMAS:**
1. Tecnología en Enfermería
 2. Procesos básicos de la práctica de Enfermería
 3. Proceso de Enfermería

- OBJETIVOS:**
1. Identificar la aplicación de los avances tecnológicos en el ejercicio de la Enfermería
 2. Identificar los procesos básicos en que se apoya la práctica de la enfermería.
 3. Identificar los elementos de los procesos: Administrativos y de Solución de problemas.
 4. Analizar el Proceso de Enfermería desde el punto de vista: naturaleza biopsicosocial del sujeto de atención de Enfermería y sus implicaciones para el desarrollo de sus funciones y roles de Enfermería.

ESTRATEGIAS: Conferencia y estudio dirigido
Informe escrito puntos: (3.2; 3.3; 4.2; 5.3; 6; 8; 9 y 10)

TIEMPO; 2 HORAS

INSTRUCCIONES:

Para su aprendizaje es necesario que se prepare en el siguiente orden lógico:

1. Defina los siguientes términos:

Tecnología, Tecnología en Enfermería, Atención de Enfermería, (Guía 1) proceso, administración, problema, proceso administrativo, proceso de solución de problemas y proceso de enfermería.

2. Sobre el proceso administrativo diga: Autor (s), año y funciones.
3. En este manual de Introducción de Enfermería, usted encuentra (4) cuatro estrategias de instrucción: conferencia, estudio dirigido, seminario y discusión de grupo páginas 5
 - 3.1. Su tarea consiste en: leerlas e identificar las 4 funciones básicas del proceso administrativo.
 - 3.2. Encuentra aplicación del proceso administrativo? Si, No Por qué?
 - 3.3. Por qué es importante el proceso administrativo para profesores y estudiantes.
4. Sobre el Proceso de Solución de problemas diga:
 - 4.1. Autor (s), año, objetivos y etapas.
 - 4.2. Aplique esta información en un problema cotidiano.
5. En el documento siguiente usted encuentra el artículo denominado "Historia del Proceso de Enfermería" por Helen Yura y Mary Wals. Su TAREA consiste en identificar, analizar, presentar juicios de valores sobre
 - 5.1. Epoca Histórica
 - 5.2. Concepción general del proceso de cada una
 - 5.3. Diferencias y similitudes de cada uno
6. En el mismo artículo usted encuentra la definición de Proceso de Enfermería. Su TAREA consiste en leerlos y analizarlos. Hubo evolución?
SI, NO, Por qué?
7. En el mismo artículo usted encuentra las fases o componentes. Su TAREA consiste en identificar cada fase y hacer una lectura general de cada fase o componente y sintetizar lo más importante para usted.
8. Qué opina de la capacitación para el Proceso de Enfermería?.
9. Se dice que el proceso de enfermería es "Médula de la atención de enfermería" Está usted de acuerdo? SI, NO, Por qué? Consulte a las estudiantes de VII semestre.

10. Por qué las funciones y actividades de los diferentes roles de las Enfermeras se fundamentan en el Proceso de Enfermería (vea guía no. 7).

11. Haga la evaluación formativa de esta guía y el material de estudio. UTILICE el formato de evaluación que se encuentra en la página.

HAGALA ANTES DE UTILIZAR OTRA GUIA !!

NOTA: Esta clase es pre-requisito para la Guía No 6.

Exitos en su aprendizaje

HISTORIA DEL PROCESO DE LA ENFERMERIA

Por: Helen Gura y Mary Wals

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el proceso de la enfermería ha llegado a convertirse en una actividad reconocida y organizada. La revisión de algunos de los progresos recientes de la enfermería revela las vicisitudes por las que ha pasado este proceso hasta alcanzar su estado de desarrollo actual.

En 1955, Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la enfermería. Después de haber oído a la señora Hall dirigirse a un grupo de oyentes, pocos podrían olvidar su estilo peculiar. El contenido de su conferencia fue, asimismo, inolvidable. Empezó desarrollando su ideas acerca de la enfermería para llegar a la afirmación básica de su conferencia: "La enfermería es un proceso". Definió el empleo de varias preposiciones que indican una relación y pueden utilizarse para evaluar el grado de calidad del proceso de la enfermería. Las preposiciones son: asistencia sanitaria a el paciente, *para* el paciente y *con* el paciente".

La obra de I. J. Orlando se publicó a comienzos de la década de los sesenta, y ha sido citada con frecuencia por su presentación del proceso de la enfermería, así como por la identificación que en ella se realiza de las actividades sanitarias. El componente central de la obra de Orlando titulada *La relación dinámica enfermera-paciente*, lo constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación de la enfermera. Esta autora se sentía tan identificada con el paciente y con sus necesidades como la mayoría de las que escribieron acerca de la enfermería. Orlando fue una de las primeras autoras que utilizó el término *proceso de la enfermería*. Aunque otros habían utilizado estas mismas palabras, ninguno había discutido el proceso con el mismo detalle que Orlando; ni las enfermeras se habían sentido atraí-

das por el mismo hasta los primeros años de la década de los sesenta. A pesar de este esfuerzo innovador el término no se adoptó inmediatamente. Según Orlando, una situación de enfermería puede considerarse compuesta por elementos:

- a) Comportamiento del paciente;
- b) Reacción de la enfermera, y

c) Actuación sanitaria orientada hacia beneficio del paciente. La mutua interacción de estos elementos constituye el proceso de enfermería. Aunque en su obra la atención se centra en el aspecto interpersonal de la asistencia, se pone también de relieve la importancia que debe prestarse a los aspectos físico-sociales de la misma. Como es frecuente en la bibliografía relativa a este tema, en su obra presta la debida atención a las influencias ambientales y a las variables inherentes a distintos medios en los que se practica la enfermería.

Mientras que Lydia Hall entendió la enfermería como un proceso y Orlando definió la del mismo en términos de las relaciones interpersonales, otros técnicos sanitarios se dedicaron a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores.

En 1966, Lois Knowles presentó una descripción de un modelo de las actividades que constituyen el cometido de las enfermeras. Seguiremos esta autora que el éxito profesional de la enfermera depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

1) Descubrir; la enfermera adquiere conocimientos o información acerca de algo que conocía previamente; tal información contribuye a la prestación de un mejor servicio al paciente,

2) Investigar; la enfermera utiliza la información procedente de mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.

3) Decidir; la enfermera planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.

4) Actuar; la enfermera desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.

e) Discriminar; la enfermera establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente. Estas cinco fases —aún no siendo idénticas a las del proceso de la enfermería tal como se ha identificado en esta obra— sugieren otra forma de abordar la asistencia al paciente.

En 1967 un comité norteamericano definió el proceso de la enfermería como "... la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación". En ese mismo año, un grupo de profesores de la escuela de enfermería de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del proceso de la enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Pocos estudios sobre la enfermería se han realizado de forma tan intensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo interdisciplinario en la Universidad de Colorado; los resultados de este trabajo fueron apareciendo en una serie de artículos publicados en *Nursing Research*. El objeto de este estudio consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la enfermería. Se consideró que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles. Esencialmente, esto puede interpretarse como la emisión de un diagnóstico de los problemas del paciente. Cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestará ciertos síntomas, y la enfermera es responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas, será capaz de establecer un diagnóstico y de decidir a continuación cuál es el mejor camino a seguir en beneficio del paciente. Estos autores sugieren que aunque las enfermeras han estado comprometidas en este proceso deductivo desde los comienzos de la enfermería, no ha existido hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso. El modelo de actuación de ellos proponen se adapte fácilmente el proceso de la enfermería. Las fases más significativas del modelo son: identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta, establecimiento de deducciones y ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos. Los autores ponen de relieve

la eficacia del análisis cuidadoso, y el potencial de estudio que ofrece la fértil y con relación enfermera-paciente.

Para reducir el desfase existente en el descubrimiento de nuevos conocimientos su aplicación a la práctica de la enfermería Imogene King sugirió que deben establecerse conceptos generales. Estos formarán una amplia base, y al adquirirse nuevos conocimientos los datos obtenidos podrán integrarse en conceptos ya definidos. Hay que agradecer a la doctora King la inclusión de exposiciones significativas de sus propios puntos de vista acerca de la enfermería, definiendo y discutiendo aquellos conceptos que considera fundamentales para su práctica proyectando su empleo potencial en el desarrollo de un marco de referencia que puede utilizarse para la investigación en la práctica sanitaria. King define la enfermería como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución mediante el cual las enfermeras ayudan a individuos de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención que prestan el estado de salud en alguna fase particular de su ciclo vital. La autora sugiere cinco conceptos como base para organizar los conocimientos precisos para la enfermería: percepción, comunicación, interacciones interpersonales, salud e instituciones sociales.

En la actualidad, el término *proceso de asistencia de enfermería* define el proceso fundamental mediante el cual se satisfacen los propósitos de la enfermería. A la mención de las enfermeras que han desarrollado conceptos del proceso sanitario considerado en conjunto hay que añadir la de otras que han contribuido de manera significativa a la clarificación de conceptos relativos a los elementos del proceso tales como la historia en la enfermería, el diagnóstico en la enfermería, planes de atención sanitaria y evaluación de la enfermería.

PROCESO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La división del proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tiene solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción.

términos de la fase de asistencia sanitaria que está realizando. Esta práctica garantiza que se está persiguiendo cuidadosa, consciente y deliberadamente el *cómo* del proceso de la asistencia sanitaria y el *cómo* de la actuación sanitaria. Las acciones concretas a desarrollar no pueden distinguirse de manera tan uniforme como la manera de desarrollarlas, pues las primeras variarán con cada paciente. Para facilitar la discusión o la realización de la asistencia sanitaria, el proceso de la misma se divide en los siguientes componentes o fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Aunque otros autores utilizan denominaciones ligeramente distintas para distinguir cada fase del proceso, creemos que las propuestas por nosotros identifican satisfactoriamente las fases a través de las cuales discurre la asistencia sanitaria. En los apartados que siguen se definirá cada fase y se identificarán los componentes correspondientes con objeto de introducir teorías básicas para el proceso de la asistencia sanitaria, tal como se exponen en el capítulo 2. En el capítulo 3 se desarrollará un análisis y discusión en profundidad de cada una de las cuatro fases.

Preparación del proceso

Para poner en práctica el proceso de la asistencia se requieren al menos dos personas en el transcurso del mismo. Al aumentar el número de personas que participan en la situación lo hace la complejidad de la misma. Cada una de las personas participantes aporta sus experiencias y atributos personales al encuentro que es la asistencia sanitaria, y son esas variables las que alteran, modifican, simplifican o complican los hechos que se van sucediendo en el transcurso del proceso.

Al disponerse la enfermera a iniciar el proceso de la asistencia sanitaria debe reflexionar acerca de la situación del paciente planteándose preguntas tales como: ¿qué experiencias trae consigo en esta situación?; ¿qué conocimientos posee y de cuáles carece?; ¿qué tipo de apoyo le ayudará a enfrentarse con la situación?; ¿cuáles serán las limitaciones que le hará dependiente de otras personas?

La iniciación del proceso requiere el considerar tanto la situación de la enfermera como la del paciente; por ejemplo, la enfermera puede formularse preguntas tales como: ¿cuál será la mejor forma de abordar el caso de esta persona?; ¿cuál será la forma más eficaz y efectiva

de establecer el marco para proporcionar la asistencia?; ¿qué tipo de ayuda precisaré, y de quién, para mejor atender a este paciente?

En el marco de estos interrogantes la enfermera se anticipa a la iniciación del proceso de la asistencia sanitaria y se prepara para un encuentro paciente-enfermera positivo. El tono del encuentro vendrá determinado por el grado de interés y confianza que pueda transmitirse al paciente al inicio del proceso. El saludar al paciente y el presentarle a la enfermera que va a ocuparse de él son formalidades obvias que a veces se descuidan. Mediante un abordaje deliberado del proceso de la asistencia sanitaria es posible lograr los siguientes objetivos del proceso:

1. Establecer una atmósfera de confianza entre el paciente y la enfermera.
2. Definir el papel que la enfermera jugará en la asistencia al paciente.
3. Brindar al paciente la oportunidad de expresar sus temores inmediatos, de formular cuestiones que le preocupan y de empezar a sentir un cierto grado de bienestar en su papel de paciente.
4. Crear un medio ambiente positivo que pueda permitir el desarrollo eficaz del proceso de la asistencia sanitaria.

El que la enfermera logre estos objetivos antes o durante el desarrollo del proceso asistencial reviste menos importancia que el hecho de que la consecución de los mismos resulta necesaria para proseguir el proceso de una manera efectiva. En algunos casos el planteamiento previo de los objetivos facilita la iniciación del proceso, mientras que en otros resulta más aconsejable incorporar estos objetivos a la fase de valoración del proceso.

Valoración

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.

Al igual que el proceso total de la asistencia sanitaria, la fase de valoración está formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados. Estos actos incluyen el examen del

cliente, la identificación de sus síntomas, la recolección y análisis de datos y el establecimiento de conclusiones.

Examen del paciente

Cada persona que pasá por las manos de la enfermera es individual y diferente a las demás, y aunque todo el mundo tiene las mismas necesidades humanas básicas, éstas se manifiestan de manera diferente en cada persona. El individuo que enferma o que experimenta una desviación de su estado normal intenta enfrentarse a sus problemas a su manera y constituye un cometido fundamental de la enfermera el determinar, mientras procede a examinar al paciente, los problemas de éste tal como él los percibe. ¿Qué es aquello que aqueja al paciente? ¿Qué es lo que está interfiriendo con su funcionamiento y sus mecanismos de defensa normales? Mientras la enfermera efectúa la valoración del caso, lleva a cabo acciones de exploración y de comunicación.

La exploración requiere el empleo de las manos, de la vista, de los oídos, del olfato, y asimismo, la emisión de juicios inteligentes, la adopción de decisiones fundadas y la aguda percepción de la problemática a la que se enfrenta. La puesta en práctica de estas funciones es crucial para la enfermera mientras recoge datos acerca de alteraciones en el organismo del paciente, en su comportamiento y en sus cometidos o en su situación en la familia y/o en la sociedad. Tan importante es el empleo de técnicas de examen físico en algunas situaciones como el de técnicas para explorar alteraciones del comportamiento en otras. El objetivo que debe alcanzar la enfermera en esta fase es el desarrollo del empleo eficiente de los recursos adecuados a la problemática que se le presenta. Por ejemplo, en algunas situaciones puede revestir la mayor importancia la eficiencia de percusión y de auscultación, mientras que en otras puede resultar fundamental el estar bien capacitado para poner en práctica técnicas de comunicación interpersonal. Constituye una responsabilidad de la enfermera el determinar qué recursos deben utilizarse, de acuerdo con la situación del paciente.

La comunicación con el paciente constituye una actividad necesaria y continua. La enfermera emplea la comunicación no sólo para obtener datos, sino también para confirmar —con el concurso del cliente— las observaciones

que ha realizado. A veces diferentes personas perciben el mismo problema de maneras distintas, por lo que la enfermera debe hacer comprobaciones continuas para asegurarse de que sabe cómo percibe el paciente el problema en cuestión.

Para lograr una mayor organización y sistematización en el proceso de la valoración es interesante seguir algún plan para la recolección de datos. Por ejemplo, puede efectuarse un reconocimiento de la cabeza a los pies para asegurarse de que se han considerado todas las partes del cuerpo. También puede emplearse un plan de revisión de sistemas fisiológicos. Cualquiera de estos planes puede incorporarse a algún marco de trabajo tal como la jerarquía de Maslow, que proporciona una base más amplia para la recolección de datos que un reconocimiento de la cabeza a los pies o que un plan de revisión de los sistemas fisiológicos. En el contexto de dicha jerarquía se identifican las necesidades humanas, y, a través de su valoración, la enfermera determina cuál es el área en la que existe un problema. Por ejemplo, el primer nivel correspondiente a las necesidades fisiológicas precisa de la valoración de funciones tales como la movilidad, la circulación, la nutrición, la eliminación y la respiración. El nivel siguiente, correspondiente a la seguridad personal, incluye necesidades tales como la dependencia, la protección, el estar libre de temor y la necesidad de orden. El proceso de la valoración continúa progresando hasta alcanzar los niveles jerárquicos más elevados de realización personal. Al valorar las necesidades del paciente y definir sus problemas deben tenerse en cuenta todos los niveles.

Recolección y análisis de datos.

Después de examinar al paciente, la enfermera habrá recogido ciertos datos que son entonces sometidos a análisis. La enfermera resume los datos recogidos, los coteja, los agrupa y los dispone de acuerdo con una determinada secuencia, de tal manera que sea posible establecer conclusiones razonables a partir de ellos. Cada fragmento informativo recogido se analiza en relación con el resto de los datos, y se examina la forma en que cada faceta informativa resulta afectada por otros datos, con objeto de tratar de percibir con la mayor nitidez posible las características de la situación del paciente.

Establecimiento de conclusiones.

El paso final de la fase de valoración del proceso de la asistencia sanitaria consiste en la emisión de diagnóstico, es decir, en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado.

El diagnóstico en la asistencia sanitaria puede definirse de varias formas, aunque al revisar las distintas definiciones se pone de manifiesto la existencia de ciertos elementos comunes a todas ellas.

Roy define el diagnóstico en la asistencia sanitaria o diagnóstico sanitario como un juicio o una conclusión basada en los datos obtenidos en el proceso de valoración.

McCain lo considera como una identificación de los síntomas funcionales, así como de las capacidades funcionales más importantes del paciente.

Para Aspinall, consiste en un proceso de deducciones clínicas a partir de los cambios observados en la condición física o psicológica de un paciente.

Gordon define una categoría de diagnóstico con tres componentes, a saber: el estado del paciente, la etiología del problema y las señales y síntomas del problema. Es lo que esta autora define como el "síndrome PES" —el problema, la etiología y las señales/síntomas.

Los nombres de las enfermeras Gebbie y Lavin, de San Luis, se hallan asociados al esfuerzo para clasificar el diagnóstico en la asistencia sanitaria. Aunque para estas autoras el término "diagnóstico en la asistencia sanitaria" puede resultar problemático, consideran que esto no debe constituir un obstáculo para emitirlos legítimamente ni para definir los signos y síntomas específicos de ciertos diagnósticos en la asistencia sanitaria. Como es lógico, a la identificación de estos signos y síntomas sigue la intervención asistencial prescrita para tratar de aliviar los problemas del paciente.

Las discusiones entre enfermeras conducen normalmente a identificar lo que es y lo que no es diagnóstico en la asistencia sanitaria, con el fin de diferenciar este término y de relacionarlo con la jerga y con las actividades más familiares de la asistencia sanitaria. El diagnóstico en la asistencia sanitaria se considera como el

resultado final del proceso de valoración; es el establecimiento de una conclusión, sea provisional o definitiva, por la enfermera, una vez que ésta ha realizado una valoración de la situación del paciente, es decir, una vez que ha recogido los datos y emitido algún juicio acerca de los mismos. El diagnóstico en la asistencia sanitaria constituye una expresión de la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Es un "juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que éste puede mitigarse mediante la intervención sanitaria.

El diagnóstico en la asistencia sanitaria no debe confundirse con los objetivos definidos para el paciente, ni utilizarse como sinónimo de las intervenciones sanitarias, pues si bien constituye la fase para establecer objetivos y para planear intervenciones posee unas características propias que le diferencian de esas actividades.

Finalmente, el diagnóstico que se realiza en la asistencia sanitaria no es un diagnóstico médico, pues el primero se refiere a problemas que pueden ser resueltos mediante la intervención sanitaria, y no a problemas que quedan dentro del ámbito de la intervención médica.

La distinción entre diagnóstico *médico* y diagnóstico *sanitario* será necesaria hasta que resulte aceptable y familiar a ambas profesiones.

Desde un punto de vista legal, cierto número de jurisdicciones están incluyendo ahora el término *diagnóstico sanitario* en la definición de los cometidos propios de la asistencia sanitaria. En al menos un estado de Estados Unidos la definición legal de la asistencia sanitaria establece que la enfermera profesional "diagnostica y trata las respuestas humanas a problemas potenciales y actuales relativos a la salud".

Bernzweig, un miembro del tribunal de Nueva York, afirma que "[...] el diagnóstico que se realiza en la asistencia sanitaria es una función establecida e independiente propia de la enfermera profesional y requiere una gran capacidad por su parte para captar los problemas del paciente y para emitir juicios inteligentes [...]. El diagnóstico sanitario preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la

asistencia sanitaria, y, por tanto, todas las enfermeras deberían estar capacitadas para realizarlo".

Planificación

La planificación es la determinación de lo que puede hacerse para asistir al paciente: incluye el establecer objetivos, determinar prioridades y designar métodos para resolver problemas.

El establecimiento juicioso, cuidadoso y deliberado de objetivos es vital, en esta fase del proceso de la asistencia sanitaria, para el desarrollo del plan de atención sanitaria. Una vez que se han fijado los objetivos, puede decidirse cuáles son los métodos que pueden resultar más eficaces en la consecución de aquéllos.

Después de recoger los datos significativos acerca del paciente durante la fase de valoración, la enfermera comprueba la validez de esos datos. A través de la comunicación con el paciente, determina si sus percepciones son correctas y se asegura de que ella y el paciente se encuentran en el mismo punto de la fase de planificación, y que ambos han percibido y valorado los problemas del segundo de igual forma. Los objetivos a corto o largo plazo se establecerán entonces de acuerdo con las prioridades que se hayan establecido previamente. Los objetivos a corto plazo pueden compararse a estaciones situadas al borde del camino, en el sentido de que es posible alcanzarlos más de prisa que los objetivos a largo plazo; los primeros proporcionan al paciente y a la enfermera cierto grado de satisfacción, así como una sensación de logro y cierta garantía de que los pasos encaminados a la consecución del objetivo final están bien dirigidos. Tanto los objetivos a corto como a largo plazo se tienen presentes en todo momento, y las acciones dirigidas a la consecución de los mismos proceden simultáneamente, pero cada uno se encuentra, en un momento dado, en una fase de desarrollo distinta.

La esencia de la planificación presupone un esfuerzo deliberado para fijar objetivos precisos, tanto a corto como a largo plazo, confirmando continuamente la validez de los datos obtenidos en la valoración de los problemas del paciente, estableciendo prioridades y tomando decisiones relativas a las medidas específicas que deben tomarse para resolver sus problemas.

Mediante la valoración deliberada y sistemática de los problemas del paciente basada en la percepción, observación y comunicación, a través de la confirmación de sus hallazgos, la enfermera puede proporcionar datos cualitativos a partir de los cuales sea posible establecer un diagnóstico preciso y desarrollar una planificación fundamentada.

Ejecución

La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos.

Durante las fases de valoración y planificación se examinó la situación del paciente y se tomaron las decisiones pertinentes para realizar acciones encaminadas a ayudar a aquél. Al ejecutar tales acciones, la enfermera tendrá que coordinar las actividades de diversos grupos paramédicos y trabajar en equipo con miembros del equipo sanitario. El número exacto de estas personas variará dependiendo del marco en el que el paciente reciba la asistencia. Así la asistencia prestada a un paciente que se encuentra en su casa requerirá un tipo de personal sanitario distinto al que se ocupará del mismo paciente en un centro médico, en el que se concede especial atención a la enseñanza y a la investigación. Cualquiera que sea el marco de su actividad, la enfermera tendrá que trabajar con personas que interrumpirán a veces su actuación, tratarán de obtener información del paciente, y que, aunque invadirán, en suma, el "territorio" del paciente y de la enfermera, constituirán una parte vital de la escena asistencial.

En el equipo sanitario se hallará presente personal perteneciente a distintas áreas para prestar su colaboración en la asistencia al paciente. La mera presencia de cierto número de personas alrededor del paciente determina la necesidad de que exista coordinación en sus actividades para garantizar que todas ellas estén dirigidas a satisfacer de la mejor manera posible las necesidades de aquél. Gran parte de la responsabilidad de coordinar estas acciones recae sobre la enfermera, que debe por tanto estar dotada para las relaciones interpersonales. La coordinación eficaz de las diversas actividades que posibilite el logro de objetivos definidos mediante la actuación de varias personas constituye una misión estimulante que puede convertirse en un motivo de superación para la enfermera profesional.

El equipo sanitario está formado por personal con distinto grado de preparación y distintas posibilidades de actuación. La enfermera asume la responsabilidad de la asistencia directa al paciente y de la coordinación de los esfuerzos y actividades del personal sanitario. Parte integrante de esta responsabilidad es el conocimiento simultáneo del nivel de actuación, potencial de cada miembro constituyente del equipo sanitario, y de los problemas y necesidades de los pacientes que son atendidos por aquéllos, con objeto de que ambas circunstancias se complementen de la mejor manera posible; se trata de un cometido continuo, una actividad dinámica, a la que la enfermera consciente de su responsabilidad debe prestar toda su atención si quiere que se consigan buenos resultados en la asistencia a los pacientes. En este sentido, el empleo inteligente de técnicas de relación interpersonal puede resultar de la máxima utilidad.

La ejecución es una fase del proceso de la asistencia sanitaria orientada hacia la acción directa, en la cual la enfermera es responsable de la puesta en práctica del plan de asistencia sanitaria que se elaboró previamente. Durante esta fase la enfermera debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada miembro. La actividad intelectual, interpersonal y técnica desarrollada durante la fase de ejecución están basadas en el plan de asistencia sanitaria elaborado para cada paciente de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

Evaluación

La evaluación es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la actuación de la enfermera.

Para iniciar la fase de evaluación, la enfermera revisa y reconsidera los objetivos definidos dentro del plan de atención sanitaria para el paciente. Una vez que se han determinado los logros conseguidos al término del pla., la enfermera y el paciente podrán determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente. Este proceso de evaluación implicará el planteamiento de cierto número de cuestiones del tipo siguiente: ¿cómo ha respon-

dido el paciente al tratamiento?; ¿existe otra forma de conseguir los mismos logros para el paciente de manera más eficaz o más efectiva?; ¿qué cambios deberían o podrían hacerse?; ¿alcanzó la enfermera los objetivos que se había establecido?; ¿podrían efectuarse algunos ajustes para lograr que la misma actuación sanitaria resultara más efectiva? Mediante este tipo de análisis continuo es posible ajustar o alterar la planificación de acciones futuras para el mismo u otros pacientes.

Durante muchos años la fase de evaluación fue la que recibió menos atención en el proceso de la asistencia sanitaria. A continuación citaremos algunas de las causas de este hecho. La importancia prestada a la necesidad de actuar objetivamente en la evaluación pareció someter a la profesión sanitaria a un estado de inacción. En efecto, en lugar de proceder con cierto grado de subjetividad mientras se continúan perfeccionando las técnicas de evaluación, las enfermeras optaron por no hacer nada en ese campo; prácticamente no se hizo ningún progreso en la evaluación de la asistencia al paciente. Además, existía una insuficiencia de los medios (instrumentos o herramientas de trabajo) necesarias para guiar a la enfermera en la evaluación de los cambios experimentados por el paciente, y este hecho retrasó de manera considerable la práctica de la evaluación como fase final del proceso de la asistencia sanitaria, pues resulta difícil, si no imposible, determinar los logros conseguidos si se carece de los medios apropiados.

Aunque la importancia concedida a la evaluación dentro de la profesión sanitaria experimentó un aumento progresivo, registrándose la aparición de esfuerzos esporádicos en la bibliografía, no existía una fuerza unificadora tras la actividad profesional que pudiera conducir a realizar una evaluación más cualitativa de la asistencia prestada al paciente. En otras palabras, la evaluación no tenía un carácter obligatorio, y resultaba relativamente fácil el pasarla por alto, olvidarla, o ignorarla teniendo en cuenta otras presiones y prioridades a las que tenían que hacer frente la enfermera.

A fines de 1967, un informe de la Comisión Presidencial para la Asistencia Sanitaria de los trabajadores sugirió que ciertas sociedades deberían actuar como patrocinadoras y supervisoras de la revisión a nivel local. Se concedió gran importancia a la necesidad de actuar obje-

tiva e imparcialmente, y con la mayor eficacia posible. Después de la puesta en circulación de este informe en 1967 se establecieron grupos a los que se encomendó la revisión de la actividad desarrollada en los hospitales. Estos grupos tuvieron escasa influencia en la calidad de la asistencia sanitaria, ya que centraron su actividad en tratar de mantener suficientes camas disponibles.

La toma de conciencia de la escalada de los costos de los servicios de asistencia médica junto con las largas sumas de dinero gastadas en los beneficiarios de la asistencia médica federal tuvieron por consecuencia el establecimiento de restricciones mediante controles realizados por profesionales. Estos controles se definieron en la enmienda P.H. 92-603 de la Seguridad Social y se hicieron efectivos en octubre de 1972. La ley correspondiente se conoce como Ley para la Organización de la Revisión de las Normas Profesionales y establece que ciertos grupos de profesionales deben revisar la actuación de sus colegas. Aunque las organizaciones de médicos tienen prioridad en el ejercicio de esta ley, los servicios sanitarios están sometidos también a revisión. Las revisiones de la asistencia a los pacientes se basan en criterios desarrollados por los grupos de profesionales.

Aunque en esta ley no se menciona específicamente a las enfermeras, éstas están empezando a participar activamente en los grupos mencionados debido a ciertas exigencias implícitas de la ley, y el hecho de que la realización de la asistencia sanitaria está siendo sometida a revisión.

La aparición de esta ley supone un avance en la toma de conciencia de la necesidad de asegurar una asistencia eficaz al paciente. La importancia concedida a los derechos de los pacientes y la demanda de servicios proporcionados a los gastos que deben realizar aquéllos han contribuido también a poner de manifiesto tal necesidad. Como prueba de la preocupación existente en este campo entre los profesionales de la asistencia sanitaria pueden citarse los siguientes hechos: la Asociación de enfermeras de los Estados Unidos inició una serie de actividades encaminadas a definir los cometidos profesionales de las enfermeras antes de la aparición de la ley para la organización de la revisión de los cometidos profesionales; la misma organización ha establecido ya normas de atención sanitaria durante el Congreso para la práctica de la asistencia sanitaria.

En este sentido se precisa la colaboración de todas las enfermeras profesionales para asegurarse de que las normas adoptadas sigan reflejando el nivel óptimo de asistencia. Los sistemas de registro y conservación de datos se han revisado para posibilitar una mejor asistencia al paciente, así como una revisión más eficaz de la asistencia prestada; el sistema de registro revisado se conoce como "registro médico orientado a los problemas asistenciales" (problem-oriented medical record). Aunque estas cuestiones se están abordando de diversas maneras, la idea básica consiste en centrarse en los problemas experimentados por el paciente y en facilitar a los profesionales de las diversas disciplinas relacionadas con la atención de aquél el registro sistemático de datos relativos a sus problemas.

La recolección de datos subjetivos y objetivos relativos a los problemas del paciente constituye un procedimiento adecuado para valorar las necesidades de aquél con objeto de planificar su asistencia. Las personas que utilizan este sistema contribuyen a una práctica más completa de la asistencia sanitaria.

Los criterios de evaluación de resultados se están definiendo con frecuencia creciente, y pacientes y enfermeras están definiendo objetivos comunes, de tal forma que ambos conozcan la dirección y el propósito de la asistencia. La determinación del grado de progreso alcanzado resulta posible cuando puede utilizarse como referencia un sistema de criterios preestablecido.

En tanto que la evaluación fue un aspecto de la asistencia sanitaria al que se prestó escasa atención en el pasado, en la actualidad es incesante el número de trabajos sobre este tema que se están publicando en la bibliografía. El Departamento de Investigación de Asistencia Sanitaria, perteneciente a la División de Asistencia Sanitaria del Instituto Nacional de la Salud, y el Centro Médico de San Luke han realizado un acertado estudio en este campo. El estudio se divide en dos partes; en la primera se expone un método para controlar la eficacia de la asistencia sanitaria en los hospitales, y la segunda se refiere a la revisión de la metodología del examen de los componentes de la eficacia asistencial, así como a los progresos de la asistencia sanitaria.

Como resultado de la primera fase de este estudio se desarrolló una metodología para eva-

luar la calidad de la asistencia en unidades de vigilancia intensiva médicas, quirúrgicas, pediátricas y en otras relacionadas. El marco para efectuar la evaluación se basó en seis objetivos principales para cada uno de los cuales se desarrolló una lista directriz de criterios que constituyen la base para el control de la asistencia. La revisión de dicha lista revela que al confeccionarla se han tenido en cuenta todos los aspectos de la asistencia sanitaria. En el campo de la valoración se incluye una gran abundancia de datos; las necesidades humanas básicas se incluyen en su totalidad, de manera que si se utiliza la lista directriz, la valoración de las necesidades del paciente es completa. Se mantiene un buen equilibrio al especificar las necesidades físicas y aquellas que no pueden considerarse como tales; entre estas últimas se toman en consideración las psicológicas, emocionales, mentales, sociales y espirituales. Dentro del proceso de control se incluyen a la familia del paciente, al resto del personal del hospital —tales como administrativos y directores—, al medio ambiente en el que el paciente se encuentra en el hospital y al sistema de registro y conservación de datos.

De este cuidadoso y organizado estudio se han derivado ciertas implicaciones para la práctica de la asistencia sanitaria. Uno de los puntos fundamentales lo constituye el hecho de que la importancia prestada al proceso de la asistencia sanitaria "[...] resulta no sólo apropiada y deseable, sino también necesaria para alcanzar el objetivo de una máxima efectividad en la asistencia". Las recomendaciones de los directores de este proyecto relativas a la realización de estudios futuros son oportunas y estimulantes. Es de destacar asimismo que todas las sugerencias para el futuro presentan el denominador común de conceder una importancia capital al proceso de la asistencia sanitaria en todas sus dimensiones.

Tucker y col. han publicado una guía para la asistencia sanitaria titulada *Normas para la asistencia al paciente*. Se sugiere que estas normas resultarán de utilidad en la planificación de la asistencia, en la definición de criterios para evaluar logros y en la revisión de la calidad de la asistencia prestada.

Los trabajos de Phaneuf relativos a la revisión de la asistencia sanitaria se anticipan a la actuación de los grupos de profesionales exigida por la ley para la organización de la revisión de los cometidos profesionales ya mencionada

en este apartado. En la segunda edición de *La revisión de la asistencia sanitaria*, Phaneuf sugiere guías concretas para personas implicadas en el control de la calidad asistencial en una diversidad de circunstancias asistenciales. Esta autora aclara términos, presenta ejemplos de empleo de instrumentos en el proceso de revisión y proporciona orientación acerca de la forma de ejecutar dicho proceso.

Existen dos publicaciones adicionales que resultan útiles para realizar una evaluación de la asistencia prestada al paciente. La obra titulada *La escala de valores de Slater relativa a los cometidos de la asistencia sanitaria* tiene por objeto la delimitación de los cometidos de la enfermera. Esta obra constituye un instrumento retrospectivo y puede utilizarse en cualquier situación en la que las enfermeras se hallen implicadas en diversas interacciones enfermera-paciente.

La obra de Wandelt y Ager titulada *Escala de calidad en la atención al paciente* establece unos grados de calidad en la asistencia prestada al paciente. Deriva esta obra de la escala de Slater, y en muchos casos los temas a los que se refieren ambas escalas son los mismos, excepto por la manera de denominarlos. La escala definida en la obra de Wandelt y Ager se centra en la asistencia prestada al paciente, y la de Slater en la manera en que la enfermera realiza tal asistencia.

Parece pues que la evaluación de la asistencia sanitaria está creciendo en importancia dentro de la práctica sanitaria. Es de esperar que si en todas las disciplinas relacionadas con el mantenimiento de la salud y con la asistencia durante la enfermedad se presta una mayor atención a esa fase del proceso de la asistencia sanitaria, los pacientes se beneficiarán de una asistencia cada vez más eficaz.

RESUMEN

La profesión de enfermera ha progresado a través de una serie de etapas que pueden definirse con relativa nitidez mediante el estudio del desarrollo de la asistencia sanitaria a través de los años. De los debates iniciales acerca de si la asistencia sanitaria constituye o no una profesión, se ha pasado al propósito más serio de tratar de definir la esencia de esta actividad.

Una diversidad de autores han propuesto ideas y definiciones que pretenden identificar la naturaleza singular de la asistencia sanitaria, de acuerdo con sus orientaciones y puntos de vista particulares. Los conceptos relativos a la asistencia sanitaria se están identificando con frecuencia creciente, y van surgiendo teorías cada vez más precisas y fundadas. Llegará un momento en que la ciencia de la asistencia sanitaria llegará a definirse con claridad. Por último, el proceso de la asistencia sanitaria se está considerando como el núcleo mismo de la asistencia sanitaria, y aunque existen varias formas de definir cada fase o componente del proceso, éste goza de una aceptación general dentro de la profesión sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Frank, C. M.: *Foundations of Nursing*, p. 78, Saunders, Filadelfia, 1959.
2. Nightingale, F.: *Notes on Nursing. What It Is and What It Is Not*. (facsimil de la edición de 1951). Lippincott, Filadelfia, 1946.
3. Brown E. L.: *Nursing For the Future*. Russell Sage Foundation, Nueva York, 1948.
4. Flexner, A.: *Universities*, pp. 29-31, Oxford University Press, Nueva York, 1930.
5. Schein, E. H.: *Professional Education—Some New Directions*, pp. 7-14, MacGraw-Hill, Nueva York, 1972.
6. Coladarcí, A. P.: "What about that word profession?", *Am J. Nurs.*, 63: 116-118, octubre 1983.
7. Code for Nurses, *The American Nurse*, p. 5 Kansas City, Mo., octubre 15, 1976.
8. American Nurses' Association's First Position on Education For Nursing. *Am. J. Nurs.*, 65: 106-111, diciembre 1965.
9. Nayer, D. D.: *The ANA position paper*. Impresión 23:23ff, febrero, 1976.
10. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service". "Towards Quality in Nursing. Needs and Goals". *Report of the Surgeon General's Consultant Group in Nursing*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1963.
11. Lysaught, J. P.: *An Abstract For Action*, pp. 81-47, MacGraw-Hill, Nueva York, 1970.
12. Mauksch, I. C.; Young, P. R.: "Nurse-physician interaction in a family medical care center". *Nurs Outlook*, 22: 113-119, febrero 1974.
13. Kinlein, M. L.: "Independent nurse practitioner". *Nurs Outlook*, 20: 22-24, enero 1972.
14. Two New York nurses debate the NYSNA 1985 proposal. *Am. J. Nurs.*, 76: 930-935, junio 1976.
15. ANA Convention 76. *Am. J. Nurs.*, 76: 1127, julio 1976.
16. Study of credentialing launched. *Am. J. Nurs.*, 76: 1893-1895, diciembre 1976.
17. OZIMEK, D.; Yura, H.: *Who Is the Nurse Practitioner?*, National League for Nursing, Nueva York, 1975.
18. Block, D.: "Some crucial terms in nursing-what do they really mean?", *Nurs Outlook*, 22: 689-694, noviembre 1974.
19. Gowan, M. O.: "Administration of college and university programs in nursing, from the viewpoint of nurse education. Proceedings of the Workshop on Administration of College Programs in Nursing". *The Catholic University of America Press*, Washington, DC, p. 10, 1944.
20. Kreuter, F. R.: "What is good nursing care?", *Nurs Outlook*, 5: 302-304, mayo 1957.
21. Erikson, E. H.: *Childhood and Society*, pp. 247-251, Norton, Nueva York, 1963'.
22. Johnson, D. E.: "A philosophy of nursing", *Nurs Outlook*, 7: 198-200, abril 1959.
23. —: "The nature of a science of nursing", *Nurs Outlook*, 7: 291-294, mayo 1959.
24. Wiedenbach, E.: "The helping art of nursing". *Am. J. Nurs.*, 63: 54-57, 1963.
25. Henderson, V.: *The Nature of Nursing*, p. 15, Macmillan, Nueva York, 1966.
26. Norris, C. M.: "Delusions that trap nurses", *Nurs Outlook*, 21: 18-21, enero 1973.
27. *Ibid.*, p. 21.
28. MacAllister, J. B.: *A Syllabus of Logic*, p. 15, The Catholic University of America, Washington, DC, 1942.
29. Dickoff, J.: "Beliefs and values: bases for curriculum design", *Nurs Res.*, 19: 415, septiembre-octubre 1970.

GUÍA 6

TEMAS: Organismos rectores como controladores de la profesión de Enfermería.

Legislación en Enfermería y Educación.

OBJETIVOS:

1. Identificar aspectos controlables.
2. Identificar Organismos rectores a nivel Internacional, nacional y regional.
3. Identificar elementos que constituyen la Ley 87 de 1946 y los Decretos 2184 de 1976 y Ley 30 de 1992.
4. Enunciar la importancia de las Leyes y los Decretos para estudiantes de Enfermería.
5. Emitir un juicio de valor sobre ANEC, ACOFAEN, FEDERACION PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA, C.I.E. Y LEGISLACION EN ENFERMERIA.

ESTRATEGIA: Conferencia y estudio dirigido (Informe oral. 1.1. a 1.6) (Informe escrito 4.2; 4.3; 5.2 a 5.4; 6.2 a 6.7; 7; 8; 10).

TIEMPO: 2 Horas

INSTRUCCIONES:

Para que el grupo sea efectivo en su aprendizaje es necesario que haga lo siguiente en orden de prioridades:

Prepararse para la CONFERENCIA así:

1. Con base en los conocimientos adquiridos en el bachillerato diga: Definición, Objetivos y Funciones de:
 - 1.1. UNESCO (Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura).

- 1.2. O.M.S. (Organización Mundial de la Salud).
 - 1.3. O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud)
 - 1.4. ministerio de Educación de Colombia.
 - 1.5. Ministerio de Salud de Colombia
 - 1.6. Senado y Cámara de Representantes: Ley y Decreto.
2. Por qué a estos organismos se les considera como controladores primarios de la profesión de Enfermería?
3. Control
- 3.1. Qué es control?
 - 3.2. De acuerdo a sus conocimientos adquiridos hasta el momento en Introducción a Enfermería diga "Quién controla la profesión de enfermería?"
 - 3.3. Qué aspectos son controlables en la profesión de enfermería.
 - 3.4. Qué organismos son los responsables del control de la Enfermería a nivel Internacional, Nacional y Regional?
4. En la página 153 usted encuentra el artículo titulado "Organismos rectores como controladores de la profesión de Enfermería": ANEC, ACOFAEN, Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FPRA) y C.I.E. Su TAREA consiste en:
- 4.1. Identificar: Fundación (fecha), objetivos, funciones, constitución, financiación y sede.
 - 4.2. Qué importancia tiene para el grupo el conocimiento de estos cuatro organismos controladores secundarios de la profesión de Enfermería?
 - 4.3. Está o no de acuerdo con éstos cuatro organismos? SI, NO Por qué?
5. En la página 176 usted encuentra el Artículo denominado "Reglamentación de Enfermería" "Ley 87 de 1946 (Diciembre 26)"

Su TAREA consiste en:

- 5.1. Hacer lectura global de la ley.
- 5.2. Qué es reglamentación en Enfermería?
- 5.3. Cuántos niveles de Enfermería identifica?
- 5.4. Por qué en esta Ley hay firmas de: Presidente, y Secretario de Senado y Cámara, Presidente de la República, Ministerio de Trabajo e higiene y Previsión social y Educación Nacional.

6. En el artículo página 177 usted encuentra el Decreto 2184 de 1976, Octubre 15. SU TAREA CONSISTE EN:

- 6.1. Hacer lectura global del decreto
- 6.2. Qué opina el grupo del Artículo?
- 6.3. Cuántos niveles de Enfermería identifica y qué Artículos los reglamente?
- 6.4. Qué opina de los Artículos noveno, décimo y trece?
- 6.5. Por qué en este Decreto se reglamente las funciones y actividades por niveles?
- 6.6. Están o no de acuerdo con el Artículo catorce? Por qué?
- 6.7. El Consejo nacional de Enfermería será un Organismo controlador en Enfermería? SI? NO, Justifique su respuesta.
- 7. Por qué el Decreto 2184 está todavía vigente? Valdría la pena modificarlo? SI,, NO Por qué? Justifique su respuesta.
- 8. Qué importancia tiene para el grupo el conocimiento de la Ley 87 de 1946, el Decreto de 1976?

9. DISCUSION DE GRUPO

9. Consiga lo siguiente: Legislación de Colombia, Constitución de Colombia 1991, Ley 10 de 1990 y Ley 30 de 1992.

9.1. SU TAREA consiste en leer los derechos y deberes, énfasis en salud.

9.2. Qué importancia tiene el conocimiento legal década del 90 para los estudiantes de I semestre de Enfermería?

9.3. Qué compromiso adquieren: ANEC, ACOFAEN, Instituciones, profesores y estudiantes ante estas realidades.

10. Qué representa para el grupo la Legislación en Enfermería como elementos básicos de la profesionalización?

11. Con base en los resultados obtenidos de organismos rectores y legislación APLIQUE esta información al seminario y sesión asignada. Objetivos 5 y 6.

12. Haga la evaluación **FORMATIVA** de esta Guía y el material de estudio. Utilice el formato de evaluación.

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA

ANEC

ANEC TRABAJA POR:

- Legislación profesional
- Conquistas laborales
- Beneficios extra-legales
- Protección laboral
- Defensa Penal

PROPENDE POR:

- Ejercicio profesional con ética
- Calidad científica y sentido social.

SIGNIFICA

- Solidaridad
- Vínculo internacional

IMPULSA

- Desarrollo profesional
- Eventos científicos

NECESITA

- Colaboración, apoyo, participación para el progreso y fortalecimiento de la agremiación.

QUE ES ANEC

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, fue creada en 1935 con el ánimo de defender la profesión y ayudar científica y gremialmente a las enfermeras colombianas.

La ANEC tiene el mérito de haber sido la primera agrupación de mujeres profesionales constituida en el país. El día 31 de octubre de 1949 mediante la Resolución 267 del Ministerio de Justicia le fue conferida la Personería Jurídica consagrando de esta forma, la Asociación como Sindicato.

SU OBJETIVO

Partiendo de la naturaleza y de los objetivos de la Asociación se definieron cinco políticas que se han considerado como fundamentales en el desarrollo del gremio de profesionales de la enfermería:

- VELAR por un ejercicio de la profesión con calidad científica, ética y conciencia social.
- IMPULSAR el mejoramiento de las condiciones de trabajo, medidas de protección específica y sistemas remuneracionales de los socios.
- PROMOVER educación continuada y actualización de los socios.
- VELAR por el fortalecimiento de la ANEC mediante el desarrollo de sus Seccionales y Comités Regionales.
- PROMOVER Y MANTENER la imagen de ANEC como única organización nacional de enfermeras(os) y propiciar su acercamiento a otras organizaciones nacionales e internacionales para trabajar conjuntamente en el logro de objetivos comunes.

QUENES SON SUS MIEMBROS?

Son miembros de la ANEC los profesionales de enfermería, que acrediten título universitario otorgado por Instituciones de Educación Superior nacionales o extranjeras.

FUNCIONES A NIVEL NACIONAL

- Celebra Asambleas Nacionales de Delegatarios en las que se plantean aspectos profesionales de trascendencia nacional; se trazan las directrices a seguir por la Junta Nacional y las Directivas Seccionales.
- Orienta las actividades de la Asociación y las de sus miembros en lo científico, laboral, ético y del ejercicio profesional.
- Promueve estudios sobre condiciones socio-económicas de las enfermeras.
- Es representante legal de sus asociados en la tramitación de pliegos de peticiones, reclamos laborales, asuntos penales, contratos y otros.
- Participa en la definición de las políticas y organización del sistema educativo asistencial de la carrera profesional de enfermería.

- Promueve el desarrollo científico y técnico de sus afiliados a través de programas de Educación Continuada.
- Participa con otras agremiaciones con intereses comunes como el intersindical del ISS, la Federación de los Trabajadores de la Salud y otros.

A NIVEL INTERNACIONAL

- Fomenta el intercambio profesional con otros países.
- Hace parte del Consejo Internacional de Enfermeras CIE, y de la Federación Panamericana de Enfermería lo que permite a sus afiliados participar en Congresos y Eventos científicos internacionales.

ES FILIAL DE

- Consejo Internacional de Enfermeras.
- Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.
- Federación de Trabajadores de la Salud.

COMO SE FINANCIA

- A NIVEL SECCIONAL: Con las cuotas de las socias.
- A NIVEL NACIONAL: Con los aportes de las Seccionales.

Estos fondos se reinvierten en los gastos de funcionamiento y en los programas y beneficios para sus asociados; y aportes a agremiaciones nacionales e internacionales.

PARA SER SOCIO SE REQUIERE

1. Diligenciar el formulario de admisión.
2. Adjuntar acta de grado autenticada o diploma de enfermera(o).
3. Fotografía reciente tamaño cédula y microfoto.
4. Pagar los derechos de admisión.

Presentar estos documentos en la sede de ANEC del Departamento o Región del país donde resida, para el estudio y aprobación por la Junta Directiva.

La Junta Directiva recomienda divulgar esta información entre profesionales y estudiantes de la carrera de Enfermería.

ASOCIACION COLOMBIANA DE
FACULTADES Y ESCUELAS DE
ENFERMERIA

ACOF AEN

CAPITULO I

DEFINICION, OBJETIVOS Y DOMICILIO

Artículo 1o. La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, "ACOF AEN", es una organización científica, sin ánimo de lucro, dedicada a realizar y promover actividades que contribuyan al progreso de la Educación de Enfermería en el país, y como consecuencia al mejoramiento de la atención de enfermería a la comunidad.

Parágrafo. El término Facultades comprende a todas las Unidades Docentes de Enfermería en su carácter de Escuelas, Carreras, Departamentos u otra denominación que se asigne en las Universidades o Institutos de Educación Superior.

Artículo 2. Los objetivos de la Asociación son:

- a. Promover, coordinar, asesorar y realizar investigaciones de Enfermería en Colombia;
- b. Establecer sistemas que contribuyan a mantener un grado máximo de excelencia académica en las Escuelas y Facultades de Enfermería del país;
- c. Colaborar con los organismos oficiales de la Educación Superior del país, en todas las actividades destinadas al progreso de la educación universitaria;
- d. Desarrollar programas que beneficien y estén de acuerdo con los intereses y derechos de profesores y estudiantes;
- e. Coordinar actividades con los organismos encargados de evaluar programas académicos, para velar por la calidad académica de los currículos de Enfermería, su adecuación a las necesidades del país y su unificación en los objetivos generales y contenido mínimo;

- f. Fomentar el desarrollo profesional de las Unidades Docentes de Enfermería y trabajar en el incremento cualitativo y cuantitativo del alumnado de Enfermería;
- g. Colaborar con los organismos del Gobierno, con la Asociación Nacional de Enfermeras y otras Asociaciones profesionales en la reglamentación del ejercicio profesional;
- h. Desarrollar actividades y programas que contribuyan a elevar el nivel de la práctica de enfermería, la calidad de la docencia y mejoramiento de planes de estudio de pregrado en Enfermería;
- i. Orientar la apertura de programas de postgrado, de graduados y de educación continuada en Enfermería, a fin de que respondan a necesidades del país y de la profesión;
- j. Establecer los requisitos mínimos para la aprobación de programas docentes de Enfermería: pregrado y postgrado.

Artículo 3o. El domicilio de la Asociación será la ciudad de Bogotá.

CAPITULO II

CONSTITUCION

Artículo 4o. La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería está constituida por las Unidades Docentes de Enfermería del país, aprobadas oficialmente y por las personas naturales y jurídicas que de acuerdo con los estatutos obtengan su afiliación.

Artículo 5o. La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería tiene carácter permanente, nacional y personería jurí-

dica. La representación legal radica en el Presidente.

CAPITULO III

MIEMBROS

Artículo 6o. La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería tendrá las siguientes clases de miembros:

- a. Miembros fundadores.
- b. Miembros Institucionales.
- c. Miembros Afiliados.
- d. Miembros Individuales.

Artículo 7o. Son Miembros fundadores, las Facultades y Escuelas de Enfermería que existían en Marzo de 1968, con aprobación oficial, y quienes se contituyeron en esta organización. Ellos son: Escuela de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Escuela de Enfermería de la Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional, Afiliada al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

Artículo 8o. *Serán Miembros Institucionales:* Los miembros fundadores de la Asociación, Las Unidades Docentes Universitarias de Enfermería que se establezcan en el país, que tengan aprobación oficial y sean aceptadas como tales por la Asamblea General de la Asociación.

Artículo 9o. *Serán Miembros Afiliados,* las entidades oficiales o privadas vinculadas a la educación o servicios de Enfermería y cuyo ingreso a la Asociación sea aprobado por la Asamblea General.

Artículo 10. *Serán Miembros Individuales:* Las Enfermeras Profesoras e Instructoras de las Facultades y Escuelas de Enfermería ya admitidas como miembros Institucionales.

Parágrafo 1o. La Enfermera Profesor o Instructor comenzará a ser miembro después de un (1) año de trabajo como docente en un miembro Institucional de la Asociación.

Parágrafo 2o. Las enfermeras extranjeras Profesoras e Instructoras de un miembro Institucional de la Asociación, podrán ser miembros Individuales después de cumplir un (1) año de trabajo en la Unidad Docente y haber obtenido el registro oficial para ejercer legalmente la profesión.

Artículo 11. Son causales de desafiliación de miembros institucionales o afiliados:

- a. La extinción de la Institución.
- b. Dejar de sufragar las cuotas por más de tres (3) años consecutivos.
- c. Dejar de cumplir con los deberes que se especifican en los estatutos.
- d. Comprobarse la falta de idoneidad o calidad académica de los programas.
- e. Dejar de asistir a dos (2) Asambleas Generales en forma consecutiva.

Artículo 12. Son causales de desafiliación de los miembros Individuales:

- a. Afectar con sus actuaciones los intereses y fines de la Asociación.
- b. Dejar de pertenecer al cuerpo docente de miembro Institucional.
- c. El incumplimiento de los deberes que le asignan los presentes estatutos.

CAPITULO IV

DERECHOS Y DEBERES DE LOS MIEMBROS

Artículo 13. Son derechos de los miembros Institucionales, Afiliados e Individuales:

- a. Recibir asesoría y orientación en materia de Educación de Enfermería de los demás miembros Institucionales o Individuales, acuerdo a reglamentaciones especiales apruebe la Junta Directiva.

- b. Participar en los Seminarios, Conferencias, Congresos u otros eventos científicos que programe o auspicie la Asociación.

Artículo 14. Son deberes de los miembros Institucionales, Afiliados e Individuales:

- a. Ser leales y contribuir activamente con los fines y programas de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería.
- b. Asistir regularmente a las reuniones, dar aportes en las discusiones, y cumplir con las comisiones que se le asignen.
- c. Pagar oportunamente las cuotas ordinarias y extraordinarias que fije la Asamblea General.
- d. Acatar las recomendaciones de las Directivas de la Asociación.

CAPITULO V

DE LOS ORGANISMOS DIRECTIVOS

Artículo 15. Los organismos directivos de la Asociación son:

- a. La Asamblea General.
- b. La Junta Directiva.

Artículo 16. La Asamblea General de la Asociación estará constituida por:

- a. Las Decanas o Directoras de las Unidades Docentes Universitarias de Enfermería, miembros Institucionales de la Asociación.
- b. Una enfermera Docente, miembro Individual de ACOFAEN representante del profesorado de cada Unidad Docente de Enfermería que sea miembro institucional de la Asociación.
- c. Una enfermera representante del Ministerio de Salud Pública.
- d. El Presidente o Director Ejecutivo, o su representante, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- e. El Presidente de la Junta Directiva Nacional de la Asociación de Enfermeras de Colombia, o su representante.
- f. Una enfermera del Ministerio de Salud, Oficina de Recursos Humanos, en representación de las Escuelas de Auxiliares de Enfermería.
- g. El Director o un representante, de la Institución Oficial encargada del control de la educación superior del país.

Parágrafo 1o. Todos los delegados tendrán derecho a voz y voto durante las deliberaciones.

Parágrafo 2o. La Junta Directiva está facultada para invitar a la Asamblea General, enfermeras o representantes de las entidades que estime conveniente. Estos tendrán voz pero no voto.

Parágrafo 3o. Los miembros Individuales podrán asistir a la Asamblea General como observadores, con voz pero sin voto.

Artículo 17. La Asamblea General estará presidida por la Presidenta que designe la Asamblea y por la Junta Directiva de la Asociación. La Secretaria de la Junta Directiva, será la Secretaria de la Asamblea.

Artículo 18. La Asamblea General se reunirá ordinariamente una (1) vez al año, previa convocatoria escrita que enviará el Presidente. Esta convocatoria deberá enviarse con un (1) mes de anticipación, incluyendo el proyecto de orden del día.

Podrán celebrarse reuniones extraordinarias, a juicio de la Junta Directiva o de la Asamblea General.

Artículo 19. Harán quórum para las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General, las tres cuartas partes de los miembros especificados en el artículo 16 de los presentes estatutos. Si no hubiere quórum en la fecha acordada, se citará a nueva reunión el día siguiente, constituyendo quórum la mitad más uno (1) de las Directoras y Decanas de las Escuelas y Facultades de Enfermería.

Artículo 20. Durante la Asamblea General, el voto de cada uno de los miembros es personal e indelegable.

Artículo 21. Las determinaciones de la Asamblea General serán aprobadas por mayoría de votos.

Artículo 22. El desarrollo de las sesiones de la Asamblea deberá consignarse en el Acta correspondiente, la cual deberá leerse y aprobarse en la Asamblea General siguiente y llevar las firmas del Presidente y Secretario General.

Artículo 23. Son funciones de la Asamblea General:

- a. Estudiar todos los aspectos y asuntos que sea necesario para mantener el progreso de la Educación de Enfermería en el país.
- b. Dictar las disposiciones que contribuyan al mejoramiento y actualización de la Educación de Enfermería que estén de acuerdo con los intereses de la Educación de Enfermería, el mejoramiento de la salud del país y que beneficien a sus afiliados.
- c. Estudiar y reformar los estatutos.
- d. Determinar el monto de las cuotas ordinarias de Afiliación de los miembros y las cuotas extraordinarias.
- e. Fijar el lugar y fecha de la próxima Asamblea.
- f. Decidir sobre la aceptación de nuevos miembros Institucionales y Afiliados, o decidir su desafiliación, en ambos casos previo concepto e informe de la Junta Directiva.
- g. Elegir los miembros de la Junta Directiva para un período de dos (2) años.
- h. Aprobar los proyectos, programas y planes anuales de la Asociación.
- i. Aprobar los gastos mayores de \$ 15.000.00.
- j. Aprobar la afiliación de ACOFAEN a otras entidades nacionales o internacionales relacionadas con Educación de Enfermería o Ciencias de la Salud.

Artículo 24. La Junta Directiva de la Asociación estará compuesta por:

- a. Un Presidente.
- b. Un Vicepresidente.
- c. Un Secretario General; un suplente.
- d. Un Tesorero; un suplente.
- e. Un Fiscal; un suplente.

Parágrafo. Estos miembros serán elegidos por la Asamblea General en votación directa y por mayoría de votos.

Artículo 25. La Junta Directiva deberá reunirse ordinariamente cada tres (3) meses y ex-

traordinariamente cuando la misma Junta o el Presidente lo considere necesario.

Artículo 26. Las calidades para ser elegido como miembro de la Junta Directiva son:

- a. Para Presidente, ser Decana o Directora de una Unidad Docente Universitaria de Enfermería, miembro Institucional de la Asociación.
- b. Para Vicepresidente, Secretario General, Tesorero, ser miembro Individual de la Asociación, es decir profesor de una Unidad Docente Universitaria de Enfermería.

Parágrafo. Las Decanas, Directoras y miembros individuales, mantendrán sus posiciones en la Asamblea General y en la Junta Directiva mientras ocupen dichos cargos, o sean docentes de las Facultades y Unidades Docentes de Enfermería.

Al retirarse de tal cargo o de la docencia, automáticamente perderán su posición en los organismos directivos.

Artículo 27. Son funciones de la Junta Directiva de la Asociación:

- a. Hacer cumplir los reglamentos o estatutos de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, así como las decisiones o mandatos de la Asamblea General.
- b. Aprobar la afiliación de miembros Individuales, de acuerdo a los informes semestrales que envíen las Unidades Docentes sobre ingreso y retiro de enfermeras profesoras.
- c. Estudiar y recomendar a la Asamblea General la aprobación del ingreso de las Instituciones que soliciten ser miembros de ACOFAEN.
- d. Mantener comunicación permanente con todos los miembros institucionales de la Asociación.
- e. Planear proyectos y programas que deba realizar la Asociación, en beneficio del progreso de la Educación de Enfermería.
- f. Elegir representantes de ACOFAEN para asistir a reuniones o conferencias relacionadas con Educación en Enfermería de Cien-

cias de Salud, de Educación Superior, de Educación Vocacional y técnica de Enfermería o asuntos pertinentes a los fines de ACOFAEN, en los cuales no se requiere la representación de la Presidenta.

- g. Preparar el proyecto de presupuesto anual para presentarlo a aprobación de la Asamblea General.
- h. Autorizar al Tesorero los gastos mayores de \$ 5.000.00.
- i. Mantener un archivo actualizado de los planes de estudio y reglamentos de las Unidades Docentes de Enfermería, como fuente de información permanente.
- j. Crear comités para asegurar el mejor cumplimiento de las funciones de la Asociación y fijar las normas para su funcionamiento.
- k. Nombrar el reemplazo del Secretario General, cuando éste o su Suplente se retiren de su cargo como Docente de Enfermería.

Artículo 28. Las decisiones de la Junta Directiva de la Asociación se tomarán por mayoría de votos. El desarrollo de las reuniones se consignará en Actas que deben ser leídas y aprobadas en la sesión siguiente y firmadas por el Presidente y Secretario.

Parágrafo. Copias de estas Actas deberán enviarse a los miembros Institucionales de ACOFAEN, dentro de los 20 días siguientes a la fecha de la reunión.

CAPITULO VI

DEL PRESIDENTE, VICEPRESIDENTE, SECRETARIO GENERAL Y FISCAL

Artículo 29. El Presidente es el representante legal de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería.

Artículo 30. Son funciones del Presidente:

- a. Representar judicial y extrajudicialmente a la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería.
- b. Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva y asistir a la Asamblea General, donde presentará un informe de las realizaciones y programas.

- c. Convocar a reuniones de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- d. Nombrar comisiones transitorias para estudio de materias específicas.
- e. Firmar con el Tesorero las cuentas de gastos y cheques para pagos, de acuerdo al presupuesto aprobado.

Artículo 31. Son funciones del Vicepresidente:

- a. Concurrir a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- b. Reemplazar al Presidente en su ausencia con las mismas atribuciones de éste.
- c. Coordinar y vigilar el funcionamiento de los comités o comisiones permanentes nombradas por la Asamblea y los Comités nombrados por la Junta Directiva. Responder por el pronto cumplimiento de sus funciones.

Artículo 32. Son funciones del Secretario General:

- a. Concurrir a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- b. Llevar el kárdex de los miembros Institucionales y miembros Individuales. Velar por el correcto funcionamiento del archivo.
- c. Despachar la correspondencia general y circulares y Actas de la Asociación.
- d. Tomar las Actas de las reuniones ordinarias y extraordinarias, organizarlas y presentarlas a aprobación en las próximas sesiones de los cuerpos directivos.
- e. Llevar en orden el archivo de Actas de la Asamblea y de la Junta Directiva.
- f. Enviar copia de las Actas de la Junta Directiva a los miembros afiliados de la Asociación.
- g. Preparar los documentos y materiales para las reuniones de la Asamblea y Junta Directiva.
- h. Las demás que le asigne la Junta Directiva o el presidente.

Artículo 33. Son funciones del Tesorero:

- a. Concurrir a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- b. Recaudar las cuotas anuales de afiliación, las cuotas extraordinarias y toda suma de dinero que entre a formar parte del patrimonio de la Asociación, expidiendo los recibos correspondientes.
- c. Efectuar los pagos ordenados por la Junta Directiva.
- d. Llevar los libros de contabilidad de la Asociación.
- e. Presentar el balance anual de ingresos y egresos a la Asamblea General.

Artículo 34. Son funciones del Fiscal:

- a. Asistir a todas las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General y de la Junta Directiva.
- b. Velar por el correcto funcionamiento de las oficinas y archivo de la Asociación.
- c. Vigilar todas las actividades relacionadas con el manejo de fondos de la Asociación. Revisar los libros de contabilidad y firmar los balances de ingresos y egresos.
- d. Revisar las cuentas de gastos. Dar el visto bueno a las compras, de acuerdo a las cotizaciones presentadas.

- e. Las demás que le asignen la Junta Directiva y la Asamblea.

CAPITULO VII**DE LOS BIENES Y DISOLUCION**

Artículo 35. El patrimonio de la Asociación estará compuesto por las cuotas ordinarias y extraordinarias de los miembros de ACOFAEN, por los aportes y donaciones de entidades oficiales o privadas nacionales o internacionales o por donaciones de personas naturales; por los muebles o inmuebles que adquiera o reciba la Asociación.

En caso de disolución de la Asociación, sus bienes serán repartidos proporcionalmente entre los miembros Institucionales (Unidades docentes Universitarias de Enfermería) que en la fecha de la disolución pertenezcan a la Asociación y no estén atrasadas en el pago de cuotas.

CAPITULO VIII**VIGENCIA Y REFORMA DE ESTATUTOS**

Artículo 36. Los presentes estatutos regirán desde la fecha de su aprobación por el Ministerio de Justicia de la República de Colombia, y mientras no sean modificados por la Asamblea General, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 23, numeral c).

Esto: Estatutos fueron aprobados por la Asamblea General de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, celebrada en Cali, durante el 26, 27 y 28 de septiembre de mil novecientos setenta y cuatro.

**FEDERACION PANAMERICANA DE
PROFESIONALES DE ENFERMERIA,
"FPPE"**

ASPECTOS GENERALES

La FPPE es fruto de un esfuerzo histórico realizado conjuntamente por Instituciones vinculadas a la Salud y por Enfermeras líderes de los Países Americanos, enfermeras que creen en nuestros valores y en el enriquecimiento que brota del mutuo intercambio de experiencias válidas en alguno de ellos.

La OPS/OMS impulsó y promovió desde 1949 los Congresos Regionales, Seminarios, Talleres que propiciaron el estudio de distintos aspectos de la problemática de Enfermería en América y además el conocimiento y las vinculaciones de amistad e ideales, de creatividad y compromiso de las Enfermeras líderes en nuestro Hemisferio.

En el VII Congreso Interamericano de Enfermeras, celebrado en Guatemala en diciembre de 1966, con el voto favorable de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, queda aprobada la creación de la Federación Panamericana y se nombra una Junta Directiva Provisional, siendo elegida presidenta la Sra. Marilia Fonseca Corrales de Chile; correspondió a la Argentina la primera vicepresidencia, a Costa Rica la segunda, a Panamá la secretaría y a Venezuela la tesorería. Esta Junta se propuso como meta principal la elaboración de los estatutos que habrían de regir la vida de la Federación.

En el IX Congreso Interamericano de Enfermeras y I de la Federación, celebrado en la ciudad de Caracas, Venezuela, del 22 al 27 de noviembre de 1970, se eligió el Primer Comité Ejecutivo. En este Congreso se incorporaron Puerto Rico, Brasil, República Dominicana y Ecuador; se aprobaron los Estatutos y se registró el Acta Constitutiva de la Federación.

El II Congreso de la Federación se realizó en Managua, Nicaragua, del 26 de noviembre al 2 de diciembre de 1972, con la asistencia de 509

El III Congreso de la Federación Panamericana de Enfermeras tuvo lugar en Quito, Ecuador, del 25 al 30 de agosto de 1974. Tuvo como temas oficiales: "Rol de la Enfermera en los Servicios Integrados de Salud", Chile; "Sistema escalonado de Educación en Enfermería", Costa Rica; "Integración Docencia y Servicio", Ecuador; "Colegiación a nivel Nacional de Enfermeras/los de los Países Federados", Panamá; "Legislación en Enfermería", Nicaragua.

La I Convención de la Federación se realizó en Chile, Viña del Mar, del 6 al 12 de diciembre de 1975 y tuvo como tema la "Modificación de los Estatutos", "Legislación en Enfermería". Contó con una asistencia de 225 Enfermeras.

En el año 1976 nació la "Revista Panamericana de Enfermería", como órgano oficial de la FPPE. "Ella concretó un antiguo anhelo de las Enfermeras de Latinoamérica expresado en los Congresos Regionales efectuados desde 1949: crear una unidad de pensamiento entre las enfermeras que contribuirá a acortar distancias, fortalecer los lazos que nos unen, estimular el intercambio de información y experiencias, conocer los problemas de enfermería en los diferentes países" (RPE, año 1 - No. 1, enero-junio 1976. Editorial). En esta etapa de desarrollo de la Enfermería en América Latina, la Revista brinda a las Enfermeras la oportunidad de expresar sus inquietudes, publicar trabajos de investigación, evaluar realizaciones que ayudarán a renovar viejos moldes o estructuras caducas, así como a incorporar nuevos conocimientos y técnicas en nuestro trabajo" (Ibid).

El IV Congreso de la Federación se realizó en Buenos Aires, Argentina, en octubre de 1976. Los temas principales versaron sobre diferentes sistemas para evaluación de los servicios de atención de enfermería.

El V Congreso tuvo como sede San Juan de Puerto Rico y cuyo tema

principal el análisis de la Enfermería en el futuro. Con ocasión del Congreso se reunió el Consejo General; uno de los frutos inmediatos del Congreso fue hacer clara la necesidad de dar a la Enfermería una organización que respondiera a las necesidades actuales y que la proyectara dinámicamente hacia el futuro; para ello pareció indispensable la reforma y actualización de los estatutos. Esta tarea fue encomendada a la

Organización Miembro de Colombia: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia "ANEC".

Con esta intención el Consejo General convocó la II Convención, celebrada en Guatemala de la Asunción, Guatemala, del 10 al 14 de noviembre de 1980; en ella se aprobaron los presentes Estatutos y Reglamento.

Países sede de la Federación:

Venezuela	1970 - 1972
Nicaragua	1972 - 1974
Chile	1974 - 1976
Venezuela	1976 - 1979
Guatemala	1979 - 1981
Panamá	1981 - 1983

Países que integran la Federación:

Argentina
Brasil
Bolivia
Colombia
Costa Rica
Chile
Ecuador
Guatemala
Honduras
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Puerto Rico
República Dominicana
Venezuela

En los 13 años que lleva de existencia, la FPPE ha avanzado en medio de no pequeñas dificultades, sin embargo ha conquistado metas importantes: Se ha ido creando una conciencia de unidad Latinoamericana que le ha permitido a los países de América Latina alcanzar posiciones que antes no habían sido logradas en organismos similares como el CIE; que Brasil fuera designada sede de la reunión del CRN del año 1983; que una enfermera Latinoamericana fuera elegida miembro de la Junta Directiva del CIE como Representante del Caribe, Centro

América del Sur para el período 1981 - 1985, y presidenta del CIE, 1985 - 1989.

El mejor conocimiento de los avances y de los proyectos que se realizan en los países hermanos han constituido un estímulo para el reconocimiento del valor de la Profesión de Enfermería y permite esperar para el futuro otros logros significativos en el campo laboral, en la valoración social del Profesional de Enfermería y en su desarrollo científico.

FEDERACION PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA

ESTATUTOS Y REGLAMENTOS 1982

CAPITULO I

DENOMINACION, CONSTITUCION, DOMICILIO, IDIOMA, OBJETIVOS y DURACION

Artículo 1o. Se denomina Federación Panamericana de profesionales de Enfermería la Organización que en estos Estatutos se constituye.

Parágrafo. Entiéndese por Profesional de Enfermería, la persona que luego de haber completado su preparación secundaria ha cursado y aprobado un programa mínimo de 3 años de estudios de enfermería, en organismos de educación superior reconocidos en su país.

Artículo 2. La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, está integrada por las organizaciones Nacionales d Profesionales de Enfermería legalmente constituidas en los países del Continente Americano que soliciten pertenecer a ella, llenen los requisitos y se comprometan a cumplir sus objetivos.

La Organización de Enfermería deberá tener carácter nacional para que represente auténticamente a los profesionales de enfermería. Cada país sólo podrá estar representado por una Organización Nacional. (Regl. Art. 1, 2, 3).

Artículo 3. Su domicilio será la ciudad capital del país elegido por el Consejo General como sede de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

La Federación tendrá una sede por ocho años, a partir de 1983 hasta 1991; con evaluaciones de su funcionalidad a los dos, cuatro y seis años. (Regl. Art. 4, 5).

Artículo 4. El idioma oficial será el español. (Regl.: Art. 6).

Artículo 5. Los objetivos de la Federación son:

a. Ser el vínculo de unión de las Organizaciones Nacionales de profesionales.

- Compartir sus intereses y metas comunes.

- Aunar los esfuerzos en el desarrollo y avance científico y de la práctica de enfermería en los países americanos.
- Tener una acción cooperativa en el mejoramiento del nivel de salud de sus pueblos.
- b. Impulsar el desarrollo de sólidas Asociaciones Nacionales de Profesionales de Enfermería en el Continente Americano y, especialmente, el fortalecimiento de las Organizaciones Miembros.
- c. Actuar cuando sea necesario como el representante y portavoz de los Profesionales de Enfermería del Continente Americano a nivel Internacional.
- d. Estudiar las características de la Profesión y sus condiciones de ejercicio y trabajo en los países americanos, con el fin de presentar un frente unido ante los problemas, ante las propuestas de solución, que se han de aplicar internamente en los países miembros, o ante Organismos Internacionales como el CIE, la OPS/OMS y similares.
- e. Elevar el nivel en la formación de los Profesionales de Enfermería.
- f. Ayudar a las Organizaciones Nacionales a lograr su reconocimiento profesional y económico-social dentro de sus respectivos países.
- g. Asesorar a las Organizaciones Miembros en los conflictos que puedan surgir y para las cuales soliciten la asesoría.
- h. Promover efectiva asistencia de índole profesional a los miembros individuales de las Organizaciones Miembros que por cualquier causa se vean precisados a abandonar su país.
- i. Fomentar la unión y fraternidad en las Organizaciones Miembros y de los Profesionales de Enfermería, con el fin de participar de los progresos alcanzados en ellos y de adoptar aquellas mejoras que redunden en beneficio de la Profesión

- j. Impulsar entre las Organizaciones Miembros y sus afiliados el conocimiento de las actividades científicas sociales y culturales desplegadas por la Federación, mediante la publicación de un órgano divulgativo.
- k. Velar por el mejoramiento del nivel de salud de las comunidades; y
- l. Cualquier otro en el campo de la Enfermería. (Regl. Art. 7).

Artículo 6. La Federación se constituye por tiempo indefinido. (Regl. Art. 8).

CAPITULO II

MIEMBROS

Artículo 7. Los miembros de la Federación pueden ser:

- a. Activos, entendiéndose por éstos a las Organizaciones Nacionales de cada país, legalmente constituidas en ellos, que representen auténticamente a los Profesionales de Enfermería y que cumplen a cabalidad los deberes que establecen los presentes Estatutos y Reglamentos.
- b. Honorarios, son aquellos organismos o personas que, cualesquiera que sea su naturaleza jurídica, se hayan destacado por sus servicios en las labores de enfermería o de apoyo al desarrollo de la FPPE.
- c. Colaboradores, son aquellos Organismos o personas que desarrollen labores afines o análogas con la profesión de Enfermería y necesarios para alcanzar los propósitos de la Federación. (Regl.: Art. 9).

Artículo 8. La admisión o exclusión de los miembros activos, honorarios y colaboradores la determina el Consejo General. (Regl.: Art. 10, 11).

Artículo 9. Sólo los miembros activos tienen derecho a voz y voto en la Convención, Consejo General y Congresos.

CAPITULO III

DERECHOS DE LOS MIEMBROS ACTIVOS

Artículo 10. Toda organización afiliada tiene derecho a:

- a. Integrar los diversos Organismos de la Federación y participar en ella con igualdad de atribuciones.
- b. Plantear ante la Federación los respectivos problemas nacionales de Enfermería y solicitar asesoría profesional y técnica para su solución.
- c. Solicitar de la Federación apoyo y respaldo a las peticiones y planteamientos locales que la Federación haya hecho suyos.
- d. Ser informada de inmediato de todo acuerdo de carácter general adoptado por la Federación.
- e. Solicitar o recibir todo dato o información existente en poder de la Federación.
- f. Beneficiarse del logro de los Objetivos de la Federación y
- g. Solicitar su desafiliación de acuerdo al Reglamento. (Regl. Art. 12).

CAPITULO IV

DEBERES DE LOS MIEMBROS ACTIVOS

Artículo 11. Los miembros activos están especialmente obligados a:

- a. Cumplir con lealtad y exactitud los Acuerdos adoptados por la Federación y las instrucciones que ésta imparta en el ejercicio de sus atribuciones.
- b. Realizar los trabajos que le asigne la Federación y cumplir con las responsabilidades que exige el logro de los Objetivos de la misma.
- c. Proporcionar a la Federación toda información que ésta estime necesaria acerca de la profesión y actividades de enfermería en el respectivo país.
- d. Comunicar a la Federación todo hecho que coarte la posibilidad de trabajo a los Profesionales de Enfermería, que obste o lesione su jerarquía profesional.
- e. Remitir a la Federación las modificaciones o enmiendas hechas a sus Estatutos y Reglamentos en los tres meses siguientes a su aprobación.

- f. Mantener permanentemente informada a la Secretaría de la Federación de la nómina directiva de las Organizaciones Miembros.
- g. Comunicar a la Federación, anualmente, el número de profesionales de Enfermería en ejercicio activo dentro del país.
- h. Mantener debidamente informada a la Federación acerca de la existencia, naturaleza y características de las demás Organizaciones locales de Enfermería.
- i. Pagar oportunamente las cuotas acordadas por la Federación y,
- j. Asistir a las reuniones del Consejo General. (Reg.: Art. 13).

CAPITULO V

CUOTAS

Artículo 12. Las Organizaciones Miembros pagarán sus cuotas anualmente a la Federación y dentro de los tres primeros meses del año calendario, basándose en el número de afiliados que estén al día en el pago de sus cuotas a su respectiva Asociación a 31 de diciembre del año anterior. (Regl: Art. 14, 15, 16).

Artículo 13. El aporte que las Organizaciones Miembros deben pagar por cada uno de afiliados, así como por otros conceptos, será fijado por el Consejo General.

Artículo 14. La Federación podrá solicitar aportes especiales a sus organizaciones Miembros, para solventar situaciones de catástrofe de países hermanos, o de crisis de la Federación. El monto de dichos aportes será voluntario (Regl. Art. 17).

CAPITULO VI

ESTRUCTURA

Artículo 15. La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería está compuesta por los siguientes Organismos:

- a. Convención.
- b. Consejo General.
- c. Comité Ejecutivo, Directorio y

- d. Comisiones de Trabajo. (Regl. Art. 18, 19).

CAPITULO VII

CONVENCIÓN

Artículo 16. La Convención es el Organismo máximo de la Federación. Se pronunciará con carácter obligatorio sobre la reforma de los Estatutos y Reglamentos, la disolución de la Federación y la liquidación de sus bienes y demás materias solicitadas por el Consejo General o el Comité Ejecutivo. (Regl. Art. 20).

Artículo 17. La Convención la constituyen dos categorías de miembros: los Delegados Oficiales y los Miembros Titulares.

En la Convención se mantendrá la necesaria proporcionalidad con el número de Profesionales de Enfermería que integran cada una de las Organizaciones Nacionales además del voto obligatorio que corresponde a cada Organización. (Regl. Art. 21, 22, 23, 24).

Artículo 18. El quórum para sesionar lo constituyen la mitad más uno de los Delegados Oficiales, en caso de no obtenerse dicho Quórum, la Convención se constituirá válidamente a las 24 horas siguientes, con la asistencia de un tercio de los Delegados Oficiales (Regl. Art. 25).

Artículo 19. Las decisiones serán aprobadas por la mayoría absoluta de votos de los Delegados Oficiales. (Regl. Art. 26).

Artículo 20. Corresponderá al Consejo General fijar fecha y lugar de cada Convención; y al Comité Ejecutivo la elaboración de la agenda y demás detalles de funcionamiento de la Convención. (Regl. Art. 27).

CAPITULO VIII

CONSEJO GENERAL: CONFORMACION

Artículo 21. El Consejo General, es la máxima autoridad de la Federación en ausencia de la Convención; ejercerá sus atribuciones en la forma que estos Estatutos determinan.

El Consejo General está compuesto por los Presidentes y Secretarios de las Organizaciones Miembros, o en su defecto, por los representantes debidamente acreditados, con derecho a un voto por Organización Miembro. Forman tam-

Artículo 25. Los acuerdos, salvo expresa disposición estatutaria contraria, se tomarán por simple mayoría de votos de los miembros activos presentes. En caso de empate se actuará según establecen los presentes Estatutos en el artículo 43, literal c. (Regl. Art. 44).

Artículo 26. Las votaciones serán públicas, pero si cualquiera de los miembros apoyado por tres miembros más, lo solicitaré, podrán ser secretas. Se exceptúan la votación para la elección de miembros del Comité Ejecutivo, que siempre será secreta.

Por miembros activos, para los efectos de toda votación, se entenderán las Organizaciones Nacionales consideradas como unidad.

El derecho a hablar se reserva para los miembros del Consejo General y para quienes establezcan los Reglamentos. (Regl. Art. 45).

Artículo 27. Tanto las reuniones ordinarias como las extraordinarias, serán presididas por el Presidente de la Federación o quien lo subrogue, actuando como Secretario el titular o subrogante, en su caso. (Regl. Art. 46).

Artículo 28. Toda decisión tomada por el Consejo General o por el Comité Ejecutivo que viole las normas estatutarias o su espíritu, es nulo de pleno derecho. (Regl. Art. 47).

CAPITULO XI

COMITE EJECUTIVO: CONSTITUCION DURACION Y ACUERDOS

Artículo 29. El Comité Ejecutivo, elegido por el Consejo General, es el Organismo máximo de la Federación en ausencia del Consejo General, sin perjuicio de las atribuciones de las convenciones. Por consiguiente, le corresponde adoptar todas las medidas necesarias para la consecución de los fines de la Federación que los presentes Estatutos no hayan expresamente entregado a otros Organismos. Los miembros del Comité Ejecutivo deberán necesariamente tener la calidad de miembros activos de sus respectivas Organizaciones Nacionales. (Regl. Art. 48).

Artículo 30. El Comité Ejecutivo está integrado por cinco miembros, todos los cuales pasan, por ese sólo hecho, a integrar el Consejo General:

- a. El presidente del Comité Ejecutivo, quien será, precisamente la persona elegida Presidente de la Federación.
- b. Dos Vicepresidentes: Un primero y un Segundo y su Subrogante, elegidos por el Consejo General, quienes son a la vez Vicepresidentes de la Federación.
- c. Un Secretario y su Subrogante. Secretario General de la Federación.
- d. Un Tesorero y su subrogante. Tesorero de la Federación.
El Presidente, el Secretario y el Tesorero constituyen el Directorio de la Federación. (Regl. Art. 49, 50).

Artículo 31. El Presidente será subrogado, en caso de ausencia o impedimento, por el Primer o Segundo Vicepresidente en el mismo orden. El Segundo Vicepresidente, Secretario General o Tesorero General, serán reemplazados por sus subrogantes electos, en el caso de no poder desempeñar sus funciones. (Regl. Art. 51).

Artículo 32. Para ser elegido miembro del Comité Ejecutivo, es necesario haber llenado los requisitos establecidos por el Artículo 34 de los Reglamentos.

Artículo 33. La Sede del Comité Ejecutivo es la misma de la Federación, en conformidad a lo dispuesto en estos Estatutos.

Para el primer período, cuatrienio 1983-87, el Directorio constituido, será del país sede de la Federación.

El primero y segundo Vicepresidente serán Profesionales de Enfermería de Organizaciones Miembros, distintos a la de la sede. Concurrirán a la sede con el fin de celebrar las reuniones y atribuciones que estos Estatutos les señalen.

Para el cuatrienio 1987-91, sólo será necesario que resida en la Sede, el Secretario del Comité Ejecutivo a la vez Secretario del Directorio, y quien, como Secretario Ejecutivo a sueldo, podrá pertenecer o no a la Organización Miembro de la Sede.

Los otros integrantes del Comité Ejecutivo serán elegidos entre las Organizaciones Miembros y concurrirán a la Sede, según lo establecen los presentes Estatutos. (Regl. Art. 52).

Artículo 34. El período de los miembros del Comité Ejecutivo es de cuatro años, pudiendo ser reelegidos por una sola vez consecutiva o alterna.

Artículo 35. El Comité Ejecutivo saliente, debe hacer entrega formal de la Directiva de la FPPE a los nuevos miembros electos. Igualmente, los Presidentes de las Comisiones entregarán los proyectos y programas que se estén realizando a los nuevos responsables nombrados. (Regl. Art. 53).

Artículo 36. Los miembros del Comité Ejecutivo son por completo independientes de las calidades que eventualmente pudieran tener dentro de sus respectivas Organizaciones Nacionales.

Las Organizaciones Afiliadas procurarán prestar la más eficaz colaboración a aquellos de sus miembros que integren el Comité Ejecutivo. (Regl. Art. 54).

Artículo 37. El Comité Ejecutivo adoptará sus Acuerdos por simple mayoría y su quórum no podrá ser inferior a cuatro miembros. En este caso, las decisiones serán válidas cuando fueran aprobadas por unanimidad.

Artículo 38. El Comité Ejecutivo celebrará reuniones ordinarias a lo menos dos veces al año, en las fechas que determine su acta constitutiva. Podrá celebrar reuniones extraordinarias para tratar materias específicas convocado por el Presidente, quien deberá hacerlo, en todo caso, si a lo menos tres de sus miembros lo solicitan por escrito. Es obligación de sus miembros asistir a las reuniones. Toda inasistencia deberá ser excusada y justificada a lo menos con un mes de anticipación. (Regl. Art. 55, 56).

Artículo 39. En "casos calificados", y cuando las circunstancias imperiosas así lo determinen, el Presidente o quien lo subroga, podrá adoptar Acuerdos, ateniéndose siempre al quórum reglamentario, previa consulta formulada por carta certificada a los restantes miembros del Comité.

El uso indebido o no claramente justificado de esta atribución excepcional, será considerado como falta grave del Presidente en el desempeño de su cargo.

Todo acuerdo de interés general adoptado por el Comité Ejecutivo con esta modalidad, se-

rá comunicado de inmediato por carta certificada a cada uno de sus miembros y a cada uno de los integrantes del Consejo General. (Regl. Art. 57).

Artículo 40. Los gastos de desplazamiento (pasajes y viáticos) causados por los miembros del Comité Ejecutivo, en cumplimiento de sus funciones, serán sufragados por los fondos de la FPPE, salvo circunstancias que contemplen los Reglamentos (Regl. Art. 58, 59).

CAPITULO XII

ATRIBUCIONES DEL COMITE EJECUTIVO

Artículo 41. Corresponde especialmente al Comité Ejecutivo:

- a. Dar cumplimiento a estos Estatutos, Resoluciones y Acuerdos del Consejo General y Convenciones.
- b. Adoptar, en ausencia del Consejo General, todas las medidas necesarias para la consecución de los fines de la Federación que los presentes Estatutos no hayan entregado expresamente a otros Organismos.
- c. Elaborar y mantener actualizados los Manuales de Normas Administrativas para el funcionamiento de los diversos organismos de la Federación.
- d. Enviar informe anual a todos los miembros de la Federación sobre la labor realizada en ese período. En ese informe se incluirá siempre una relación sobre el presupuesto y situación financiera de la Federación.
- e. Convocar y organizar las reuniones del Consejo General de acuerdo con los Estatutos y Reglamento.
- f. Citar reuniones extraordinarias del Consejo General, en conformidad al Artículo 23 de los Estatutos y sus Artículos Reglamentarios: 40, 41, 42.
- g. Acordar la celebración de Congresos en conformidad al Capítulo XVIII y someter materias a la consideración de las Convenciones, en conformidad al Artículo 16 de los Estatutos y Artículo 20 del Reglamento. Organizar la celebración de Congresos y Convenciones en asocio de la Organización Miembro Sede.

- h. Estudiar las solicitudes de nuevos Miembros e informar de ello para su resolución al Consejo General.
- i. Informar al Consejo General de la pérdida, por parte de cualquiera de las Organizaciones Miembros, de los requisitos necesarios para continuar integrando la Federación.
- j. Resolver la subrogación o reemplazo de sus miembros, de acuerdo al Artículo 31 de los Estatutos y Artículo 51 del Reglamento.
- k. Conocer las faltas y aplicar sanciones a las Organizaciones Miembros de acuerdo a lo establecido en el Artículo 62.
- l. Conocer de las integraciones de las Comisiones y los cambios que en ella se produjeren.
- m. Propugnar la publicación de una Revista y Boletín como órganos oficiales de la Federación.
- n. Dirigir y mantener las relaciones de la FPPE con otros organismos nacionales e internacionales.
- ñ. Nombrar representantes de la FPPE ante entidades públicas y privadas.
- o. Designar el grupo de Consejeros para el período respectivo del Comité Ejecutivo.
- p. Administrar los asuntos de la Federación en conformidad con las disposiciones estatutarias y reglamentarias.

Los fines y atribuciones del Comité Ejecutivo no podrán oponerse a los asignados a los otros organismos integrantes de la Federación. (Regl. Art. 60).

CAPITULO XIII

DEL PRESIDENTE

Artículo 42. El Presidente es el Representante legal de la Federación, con las atribuciones que estos Estatutos le confieren. (Regl. Art. 61).

Artículo 43. Corresponde especialmente al Presidente:

- a. Velar por el estricto cumplimiento de estos

Estatutos y por la consecución de los fines propios de la Federación.

- b. Presidir las reuniones del Consejo General, del Comité Ejecutivo, Congresos y Convenciones.
- c. Otorgar, en caso necesario el voto de desempate en las reuniones del Comité Ejecutivo y de Consejo General, siempre y cuando no esté incluido como parte interesada en la votación que se está efectuando.
- d. Conocer de la designación de los miembros de las Comisiones.
- e. Nombrar en casos calificados y graves: Secretario y Tesorero Ad Hoc, en ausencia o impedimento de los titulares y mientras los subrogantes asumen el cargo. Esto deberá de inmediato comunicarse al Comité Ejecutivo.
- f. Firmar conjuntamente con el Secretario Tesorero, según se la materia. (Regl. Art. 62).

CAPITULO XIV

DE LOS VICEPRESIDENTES

Artículo 44. Corresponde a los Vicepresidentes, según su precedencia, reemplazar al Presidente en caso de ausencia o impedimento, con las mismas facultades hasta el término de período ordinario.

El Segundo Vicepresidente es responsable de la asesoría y Supervisión de las Comisiones de Trabajo de la FPPE (Regl. Art. 63, 64, 65).

CAPITULO XV

DEL SECRETARIO GENERAL

Artículo 45. Corresponde especialmente al Secretario General:

- a. Controlar el aspecto administrativo y la Organización de la Federación.
- b. Asesorar en forma inmediata y directa al Presidente de la Federación.
- c. Actuar como Secretario del Consejo General y del Comité Ejecutivo.
- d. Mantener bajo su tutela y responsabilidad los registros, archivos y demás documentos de la FPPE.

- e. Actuar como Ministro de Fe en todo acto de la Federación.
- f. Mantener correspondencia con las Organizaciones afiliadas, institucionales afines y otros, de acuerdo con el Presidente.
- g. Concurrir con el Tesorero en el manejo de fondos en los casos señalados en la letra c) del Artículo 46.
- h. Otras atribuciones que el Consejo General y el Comité Ejecutivo le señalen (Regl. Art. 66).

CAPITULO XVI

DEL TESORERO GENERAL

Artículo 46. Corresponde especialmente al Tesorero General:

- a. Velar por la marcha financiera de la Federación.
- b. Manejar conjuntamente con el Presidente los fondos de la Federación. En caso de ausencia de éste, podrá hacerlo conjuntamente con el Secretario General situación que será notificada de inmediato al Comité Ejecutivo.
- c. Presentar anualmente al Comité Ejecutivo y a las Organizaciones Miembros, y cada dos años al Consejo General, la Memoria de Ingresos y Egresos, así como el Presupuesto Anual.
- d. Llevar el control de pago de las cuotas de las Organizaciones Miembros e informar al Presidente con la debida periodicidad. (Regl. Art. 67).

CAPITULO XVII

COMISIONES

Artículo 47. Existirán a lo menos seis Comisiones de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, a saber: Educación, Ejercicio Profesional, Etica, Asuntos Laborales y Socio-Económicos, Finanzas y Relaciones Públicas.

El Consejo General podrá crear nuevas Comisiones cuando las circunstancias así lo aconsejen. (Regl. Art. 68).

Artículo 48. Las Comisiones de Trabajo tienen como objetivos generales los siguientes:

- a. Colaborar con el Comité Ejecutivo en el desarrollo y crecimiento de las Organizaciones Miembros, mediante la realización de programas especiales.
- b. Asesorar al Comité Ejecutivo en asuntos específicos, cuando éste lo solicite. (Regl. Art. 69).

Artículo 49. La Organización Nacional responsable de cada Comisión será elegida por el Consejo General para un período de cuatro años.

Artículo 50. Las Comisiones de Trabajo estarán especialmente sujetas a la supervisión del Segundo Vicepresidente de la Federación, el que será principal responsable del fiel y eficaz cumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 51. La Comisión de Relaciones Públicas será de responsabilidad de la Organización Nacional del país sede de la Federación; las demás Comisiones lo serán de las Organizaciones Miembros, en forma rotativa. No obstante puede optar a la reelección para un período consecutivo. (Para los Artículos 49, 50, 51, ver Regl. Art. 70, 71, 72).

CAPITULO XVIII

CONGRESOS

Artículo 52. La FPPE celebrará un Congreso cada cuatro años pudiendo ser modificado este intervalo por el Consejo General quien a su vez determinará el lugar (Regl. Art. 73).

Artículo 53. Los Congresos tendrán por objeto profundizar estudios sobre temas propios de la profesión de Enfermería; podrán adoptar recomendaciones que habrán de ser consideradas y resueltas por el Consejo General.

Artículo 54. La celebración de Congresos queda bajo la directa responsabilidad del Comité Ejecutivo y de la Organización Miembro Sede. (Regl. Art. 74, 75, 76, 77).

Artículo 55. Los Miembros del Comité Ejecutivo, asumen durante la realización de estos eventos, las funciones especiales que se les asignen en los Reglamentos de la Federación. (Regl. Art. 81).

Artículo 56. Las condiciones de asistencia a los Congresos, los derechos de los Congresistas y

demás detalles necesarios para su adecuado funcionamiento, serán fijados previamente por el Comité Ejecutivo y el Comité Organizador del País Sede, acogiéndose a las disposiciones generales establecidas por el Capítulo XVIII de los Reglamentos de la FPPE. (Regl. Art. 78, 79, 80, 81, 82, 83).

CAPITULO XIX

PATRIMONIO DE LA FEDERACION

Artículo 57. El patrimonio de la FPPE lo constituyen los bienes raíces muebles e inmuebles adquiridos a título de compraventa, donación, legado, contribuciones, herencias o por cualquier otro título.

Además el capital financiero formado por las cuotas de las Organizaciones federadas y por el 50% del superávit que dejen Congresos y Convenciones y los réditos de capital. (Regl. Art. 84, 85, 86, 87).

CAPITULO XX

SANCIONES Y SU PROCEDIMIENTO

Artículo 58. La iniciativa para investigar hechos eventualmente punibles puede venir tanto del Consejo General como del Comité Ejecutivo o de cualquier Organización Miembro.

Para juzgar los hechos investigados por el Comité Ejecutivo el Consejo General resolverá en conciencia.

Artículo 59. La sanción inasistencia se entenderá aplicada a la Organización Miembro y no a la persona natural, representante o delegado.

Artículo 60. Siempre que una Organización deje de pagar las cuotas anuales por dos años consecutivos, sin justificación aceptada, quedará suspendida como Miembro de la Federación.

Artículo 61. La reincidencia en una misma infracción será sancionada a lo menos con censura por escrito.

Artículo 62. Al Comité Ejecutivo le corresponderá investigar las posibles infracciones cometidas por las Organizaciones Afiliadas y por los miembros del Comité Ejecutivo. Concluida la investigación el Comité Ejecutivo deberá someterla a la consideración del Consejo General quien resolverá.

Si el Consejo General acordare sancionar a la Organización Miembro infractora, determinará inmediatamente la sanción. Al Comité Ejecutivo sólo le corresponde aplicarla. (Para los Arts. del 58 al 62, ver Regl. Art. 88, 89).

CAPITULO XXI

REFORMA DE LOS ESTATUTOS

Artículo 63. Los presentes Estatutos y su Reglamento sólo podrán ser modificados a propuesta del Consejo General, quien convocará la Convención con este objeto determinado. Esta reforma debe hacerse por mayoría absoluta de votos de los Delegados Oficiales a la Convención. (Regl. Art. 90).

CAPITULO XXII

DISOLUCION DE LA FEDERACION Y LIQUIDACION DEL PATRIMONIO

Artículo 64. En caso de que, por fuerza mayor hubiere necesidad de acordar la disolución de la Federación y así fuere aprobado en una Convención, con el voto favorable de la mayoría absoluta de los Delegados Oficiales, se procederá a la liquidación de conformidad con lo que al respecto establezca la Convención. (Regl. Art. 91, 92).

Disposición Transitoria

Los presentes Estatutos y su reglamento regirán de inmediato en todo aquello que sean compatibles con los plazos y períodos actualmente vigentes.

Los presentes Estatutos y Reglamentos fueron aprobados por la Segunda Convención de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería reunida los días 10, 11, 12, 13 y 14 de noviembre de 1980, en la ciudad de Guatemala de la Asunción, de la República de Guate-

**CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS
(CIE)**

INFORMACION GENERAL

1. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es la organización profesional más antigua en el campo de la salud; fue fundado en 1899.
2. El CIE es en la actualidad una federación de 97 asociaciones nacionales de enfermeras, que representa a más de un millón de enfermeras de todo el mundo. La Asociación canadiense de Enfermería, que se afilió al CIE en 1909, es la primera asociación miembro en cuanto al número de afiliados.
3. El CIE está en contacto con otras asociaciones nacionales de enfermeras con miras a que, en el futuro pasen a integrar la familia del CIE, y trabaja con grupos de enfermeras de unos países a fin de ayudarlos a establecer una asociación nacional.

4. El CIE está organizado y funciona sin hacer distinción alguna de nacionalidad, raza, religión, color, posición política, sexo o condición social.
5. La Presidencia del CIE (1985-1989) es Nelly Garzón Alarcón de Colombia. La sede del CIE está situada en Ginebra Suiza. La dirección para la correspondencia es: P.O. Box 42, CH-1211 Ginebra 20.
6. El propósito del CIE es proporcionar la vía por medio de la cual las asociaciones nacionales de enfermeras puedan compartir sus intereses comunes y trabajar juntas en aras de la enfermería y de su contribución al mejoramiento de la salud de los pueblos y al cuidado de los enfermos.
7. Las funciones del CIE son:
 - fomentar el desarrollo de sólidas asociaciones nacionales de enfermeras y asesorarlas en su continuo desarrollo.
 - fomentar la acción de las asociaciones nacionales de enfermeras en lo que se refiere a la promoción y mejoramiento de los servicios de salud proporcionados al público, al ejercicio de la enfermería y al bienestar económico y social de las enfermeras.
 - proveer medios de comunicación entre las enfermeras de todo el mundo para lograr una mutua comprensión y colaboración.
 - establecer y mantener contactos y cooperar con otras organizaciones internacionales, y ser el representante y portavoz de las enfermeras a nivel internacional.
8. El CIE está financiado por las cuotas anuales de sus asociaciones miembros, basadas en una cantidad estipulada por cada enfermera afiliada a su asociación.
9. El Concejo de Representantes Nacionales (CRN) es el órgano gubernativo del CIE, y está formado por la Presidenta de cada una de sus asociaciones miembros. El CRN se reúne cada dos años (cada cuatro, la reunión se lleva a cabo durante el congreso) para fijar las políticas y establecer las prioridades dentro de los objetivos del CIE. La Junta Directiva se reúne una vez por año para llevar a cabo las políticas adoptadas por el CRN. En 1985 tuvieron lugar las elecciones para Presidenta, tres Vicepresidentas, 4 miembros generales y 7 representantes de las áreas del CIE, a saber: África, Mediterráneo Oriental, Europa, América del Norte, América del Sur y Central, Sudeste Asiático y Pacífico Occidental. El CIE tiene un comité permanente que es el Comité de Servicios Profesionales, que se ocupa de las tendencias y problemas relacionados con la enseñanza de la enfermería, el ejercicio de la misma y el bienestar económico y social de las enfermeras, y presenta luego sus recomendaciones a la Junta. Los miembros del Comité son elegidos por la Junta.
10. La *International Nursing Review*, revista oficial del CIE, se publica 6 veces al año. En la sede del CIE y de la ANEC se encuentran disponibles también otras publicaciones relacionadas con la enfermería.
11. El CIE ha elaborado declaraciones oficiales sobre su política con respecto a:
 - derechos humanos
 - condiciones sociales y económicas del personal de enfermería.
 - planificación familiar
 - atención primaria de salud.
 - el rol de la enfermera en la planificación sanitaria.
 - riesgos de la salud.
 - la evolución del rol de la enfermera
 - a igual trabajo igual remuneración
 - el rol de la enfermera en la protección del medio ambiente
 - educación permanente para enfermeras
 - el rol de la enfermera en la atención de detenidos y prisioneros políticos y comunes
 - autoridades en enfermería
 - las consecuencias del tabaco para la salud
12. El CIE ha elaborado un Código para Enfermeras, donde se establecen principios éticos que son reconocidos internacionalmente por las enfermeras. El Código subraya la responsabilidad de la enfermera en el ejerci-

cio de su profesión y pone de manifiesto que, en el mundo actual, corresponde a la enfermera con otros ciudadanos la tarea de iniciar y apoyar acciones que satisfagan las necesidades sociales y de salud de la población.

13. El CIE tiene contacto con las siguientes agencias especializadas de las Naciones Unidas:

- Organización Mundial de la Salud
- Oficina Internacional del Trabajo
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

y con las siguientes organizaciones internacionales:

- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
- Federación Internacional de Hospitales
- Comité Internacional de la Cruz Roja
- Liga de Sociedades de la Cruz Roja
- Unión de Asociaciones Internacionales
- Consejo de Europa
- Asociación Médica Mundial

14. Las asociaciones nacionales de enfermeras de los siguientes países son miembros del CIE:

Alemania (Rep. Federal)	Colombia
Argentina	Corea del Sur
Australia	Costa Rica
Austria	Cuba
Bahamas	Checoslovaquia
Barbados	Chile
Bélgica	Chipre
Bermuda	Dinamarca
Bolivia	Ecuador
Botswana	Egipto
Brasil	E.E.U.U.
Burma	España
Burquina Faso	Etiopía
Canadá	Fiji
Chile	Filipinas

Finlandia	Países Bajos
Francia	Paquistán
Gambia	Panamá
Ghana	Paraguay
Grecia	Perú
Guatemala	Polonia
Guyana	Portugal
Haití	Puerto Rico
Honduras	Reino Unido
Hong Kong	Sta. Lucía
Hungría	Senegal
India	Seychelles
Irán	Sierra Leona
Irlanda	Singapur
Islandia	Sri Lanka
Israel	Suecia
Italia	Sudán
Jamaica	Swazilandia
Japón	Suiza
Jordania	Taiwán
Kenia	Tanzania
Líbano	Thailandia
Liberia	Tonga
Lesotho	Trinidad & Tobago
Luxemburgo	Turquía
Malasia	Uganda
Malawi	Uruguay
Marruecos	Venezuela
Mauricio	Salvador
México	Samoa Occidental
Nepal	Yugoslavia
Nicaragua	Zaire
Nigeria	Zambia
Noruega	Zimbabwe
Nueva Zelanda	

ALGUNOS DE LOS ASPECTOS MAS IMPORTANTES DE LA ENFERMERIA

El rol de la enfermera en la planificación y toma de decisiones

El desafío más importante al que tiene que hacer frente la enfermería es, tal vez, lograr que las enfermeras se hagan oír en todo lo que se refiere a planificación de cuidados de salud. Una planificación adecuada para el mejoramiento de dichos cuidados puede obtenerse únicamente con la participación de las enfermeras, y el CIE pone de manifiesto la necesidad urgente de que las enfermeras intervengan a todos los niveles y en todos los sistemas de cuidados de salud. Las enfermeras son responsables de los servicios proporcionados y de la coordinación entre diversos tipos de cuidados de salud, incluyendo la atención, 24 horas al día, de pacientes internos. La enseñanza de la enferme-

ría prepara a la enfermera para tomar decisiones necesarias y constructivas en su especialidad, o sea, en lo que se refiere a cuidados de enfermería. El CIE es testigo a diario de políticas establecidas por organizaciones y consejos de planificación, a nivel nacional, regional o internacional, y de decisiones que se toman con respecto a la enfermería, sin intervención alguna de parte de enfermeras. Es por esta razón que el CIE dedica gran parte de sus recursos a la participación en reuniones internacionales gubernamentales, inter-gubernamentales y de organizaciones filantrópicas. Debido a la proliferación actual de órganos regionales e internacionales que tratan diferentes aspectos de los cuidados de salud, como así también la enseñanza de la enfermería, el ejercicio de la misma y la condición de las enfermeras, el papel que cabe al CIE de fomentar los intereses de las enfermeras y la enfermería es cada vez más amplio e importante.

Nuevas responsabilidades de las enfermeras

Los sistemas de salud de cada país están sintiendo el impacto cada vez mayor, de la demanda de más y mejor atención. Todas las profesiones relativas a la salud deben hacer frente a la necesidad de adaptar y ampliar el campo de sus actividades. El CIE opina que el papel de la enfermería debe adaptarse a las necesidades de cada situación, y pone de manifiesto que si bien las enfermeras deben delegar algunas de las responsabilidades tradicionales que les eran propias y asumir nuevas responsabilidades, la esencia del ejercicio de la profesión debe mantenerse dentro de un contexto de enfermería y el título de enfermera no debe sufrir alteración alguna.

Enseñanza de la enfermería

El CIE considera que la enseñanza de la enfermería debería desarrollarse y estar implantada en el sistema general de enseñanza de cada país.

Con los continuos avances científicos y tecnológicos de hoy en día, el CIE opina que las enfermeras deben ampliar regularmente sus conocimientos básicos y para esto el ideal sería que cada país estableciera un sistema de educación permanente para enfermeras.

Bienestar económico y Condiciones de Trabajo de las enfermeras

Es la opinión del CIE que una de las funciones más importantes de la asociación nacional es luchar por condiciones de trabajo y salarios

satisfactorios para las enfermeras. Desde 1967 el CIE trabajó para que la Oficina Internacional del Trabajo estableciera un "instrumento internacional" sobre personal de enfermería: Convenio 149 y Recomendación 157 de la OIT, los cuales una vez ratificados por los gobiernos, serán de inmensa ayuda en muchos países, en el mejoramiento de las condiciones económicas y sociales.

Fortalecimiento de Asociaciones Nacionales de Enfermeras

El desarrollo de la profesión de enfermería en cada país depende sobre todo, del dinamismo de la asociación nacional. El CIE ofrece asistencia a sus asociaciones miembros para cumplir con su cometido en forma de declaraciones oficiales de su política, propagación de información y, a pedido de las asociaciones, con asistencia directa y asesoría.

Legislación sobre enfermería

A fin de proteger la enseñanza de la enfermería y la calidad de los servicios proporcionados a la sociedad, es imprescindible que exista una legislación a este respecto. Según opinión del CIE, es responsabilidad de las enfermeras fomentar y participar en la elaboración de leyes y en todo tipo de legislación que afecte la profesión de enfermería y los cuidados de salud. Con el fin de ayudar a las asociaciones nacionales a este respecto, el CIE tiene un programa sobre legislación de enfermería que incluye, entre otras cosas, una guía para la elaboración de la legislación y seminarios internacionales. Se han llevado a cabo hasta la fecha, dos de dichos seminarios, el primero en Varsovia, Polonia, y el segundo en Bogotá, Colombia. Los informes de ambos forman parte de las publicaciones del CIE.

Etica

Una de las características de toda profesión es fijar normas del comportamiento profesional de sus miembros. El Código para Enfermeras del CIE contiene normas internacionales. Para mayor utilidad y mejor comprensión del Código, el CIE ha preparado una publicación en la cual se relatan experiencias personales de enfermeras relacionadas con conflictos éticos que han encontrado a lo largo de la carrera. Esta publicación apareció durante el Congreso de Tokio, consta de 125 páginas y su título es "Dilemas de Enfermería: Consideraciones éticas en la práctica".

REGLAMENTACION DE LA PROFESION

Al ser firmado el Decreto No. 2.184 del 15 de octubre de 1976, por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1946, se vieron premiados los esfuerzos continuados de varias "generaciones" de Juntas Directivas de ANEC.

Desde el año 1963, cuando surgió, durante el II Congreso Nacional de Enfermeras, la inquietud de actualizar las disposiciones legales vigentes sobre el ejercicio de la Enfermería en Colombia, se venía trabajando arduamente para lograr la sanción de una nueva ley. Pese al entusiasmo y a la incansable dedicación de quienes se empeñaron en darle a nuestra profesión un marco legal de acuerdo con los avances educativos y de atención de enfermería de estos últimos años, nunca encontró la nueva ley el apoyo necesario a nivel del Congreso.

Fue así como, teniendo en cuenta que las disposiciones de la Ley 87 de 1946 no se oponían al progreso que ha alcanzado el ejercicio profesional hoy en día, y que por el contrario, eran lo suficientemente amplias para admitir actualizaciones, se optó por propiciar la firma de un nuevo decreto reglamentario que requiera únicamente las firmas de los Ministros del ramo pertinentes y la del señor Presidente de la República para su aprobación, como el camino más viable para poner al día nuestra legislación.

A continuación aparecen el texto de la Ley 87 de 1946 con el primer Decreto reglamentario de la misma, y luego el texto del Decreto 2.184 del 15 de octubre de 1976, con el fin de que nuestros lectores tengan oportunidad de conocer la Ley actualmente vigente (*) y comparar los dos Decretos.

LEY 87 DE 1946 (Diciembre 26)

Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería y se dictan otras disposiciones.

El congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo Primero. Dentro del territorio de la República sólo podrán llevar el título de Enfermeras y ejercer la profesión como tales, de

acuerdo con su respectiva clasificación las personas tituladas en las Escuelas de Enfermeras cuyo plan de estudios haya sido o sea aprobado por la Universidad Nacional, o las otras cuyo título haya sido reconocido por el Gobierno Nacional.

Artículo Segundo. Las personas que en condición de becadas por el Gobierno Nacional, Departamental o Municipal terminen estudios en cualquiera de las Escuelas de Enfermeras reconocidas por el Gobierno Nacional recibirán una licencia provisional que sólo les permitirá ejercer la profesión en servicios oficiales y no podrán obtener el diploma definitivo sino después de dos años de servicio donde el Gobierno lo determine.

Parágrafo: Las licenciadas en la forma anteriormente dicha solamente podrán trabajar en Instituciones privadas o en cargos particulares, cuando comprueben que el Gobierno las faculta para eso, por no haber sido ocupadas en servicios oficiales.

Artículo Tercero. Podrán ejercer la profesión como auxiliares de enfermería aquellas personas que hayan sido tituladas en Escuelas que tengan facultad para expedir tales títulos o aquellas otras que tengan diploma, certificado o licencia de enfermería expedido por entidades diferentes a las Escuelas de Enfermería y que hayan sido reconocidas por el Gobierno Nacional.

Artículo Cuarto. También podrán ejercer la enfermería aquellas personas nacionales o extranjeras que hayan obtenido u obtengan diploma de Escuelas Extranjeras reconocidas oficialmente por sus respectivos Gobiernos, pero siempre que existan convenios internacionales con la respectiva nación y que representen sus títulos debidamente legalizados y autenticados y comprueben su idoneidad personal y la autenticidad de su diploma, conforme en lo prevenido en las leyes vigentes.

Artículo Quinto. Las Escuelas de Enfermeras o las de Auxiliares de Enfermería que están es-

* Esta Ley sigue vigente a excepción del artículo Sexto, que fue demandado y declarado nulo.

tablecidas o que puedan establecerse en el país, cualquiera que sea su naturaleza, la especialidad a que se dediquen, o la entidad a la cual pertenezcan, someterán su plan de estudios y programas de trabajo a revisión cada vez que el Gobierno Nacional lo determine y lo cual se hará por medio de una Junta que para tal efecto designará el Gobierno Nacional.

Artículo Sexto. Todas las escuelas de Enfermeras o de Servicio Social, que estén establecidas o que puedan establecerse dentro del territorio de la República, quedarán bajo la supervigilancia e inspección inmediata del Gobierno Nacional y de la Universidad Nacional.

Artículo Séptimo. Todo curso de preparación o información sobre cualquier rama de la enfermería o de salubridad pública que se abra con carácter permanente o transitorio, cualquiera que sea su finalidad o la entidad que lo patrocine, debe ser previamente consultado y aprobado por el Gobierno Nacional, el cual una vez revisados el respectivo plan de estudios y programas de trabajo, dictará los decretos correspondientes para lo referente al reconocimiento y legalización de los certificados o licencias que puedan expedirse.

Artículo Octavo. Para desempeñar un puesto de enfermera o de auxiliar de enfermería en cualquier ramo oficial de la Administración Pública, se exigirá el cumplimiento estricto de los requisitos de que tratan los artículos 1 y 2 de esta Ley.

Artículo Noveno. Las enfermeras y auxiliares de enfermería, que hayan sido o puedan ser incorporadas en el Escalafón Nacional de Enfermeras creado por los Decretos 1.232 y 1.809 de 1942, y que estén trabajando en instituciones oficiales o privadas de carácter permanente, tendrán derecho a las prestaciones sociales comunes a los empleados públicos.

Artículo Décimo. El Gobierno Nacional reglamentará por medio de Decretos el cumplimiento y desarrollo de la presente Ley.

Artículo Once. La Escuela Nacional de Enfermería, que actualmente funciona bajo el cuidado y control inmediato del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, pasará a formar parte de la Universidad Nacional, bajo la dependencia de la Facultad de Medicina y es-

tará sometida a las reformas y demás condiciones que la Ley Orgánica de la dicha Universidad lo determine.

Artículo Doce. Esta Ley regirá desde su sanción.

Dada en Bogotá, a catorce de diciembre de mil novecientos cuarenta y seis.

El presidente del Senado Ricardo Bonilla Gutiérrez.

El Presidente de la Cámara de Representantes. Julio César Turbay Ayala.

El Secretario de la Cámara de Representantes. Andrés Chaustre B.

República de Colombia. Gobierno Nacional.

Bogotá. 26 de diciembre de 1946.

Publíquese y ejecútase.

(Fdo.) Mariano Ospina Pérez.

Blas Herrera Anzoátegui, Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

Mario Carvajal. Ministro de Educación Nacional.

DECRETO NUMERO 2.184 DE 1976
(Octubre 15)

Por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1946.

El Presidente de la República de Colombia,

En uso de sus facultades constitucionales.

DECRETA:

Artículo Primero. Se entiende por ejercicio de la enfermería, la planeación, dirección, ejecución, supervisión y evaluación del cuidado directo e integral de enfermería que se da al individuo, a la familia y a la comunidad en las áreas de prevención de la enfermedad, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la ejecución de las actividades médicas delegadas:

Artículo Segundo. Sólo podrán ejercer como profesionales de la enfermería:

a) Quienes acrediten Título de Licenciada en Enfermería, expedido por Facultades o Escuelas reconocidas por el Estado colombiano:

b) Quienes acrediten Título de Enfermero General o de Técnico en Enfermería, expedido por Facultades, Escuelas o Instituciones reconocidas por el Estado colombiano.

Artículo Tercero. Podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan Certificado de Auxiliar de Enfermería expedido por las Escuelas o Instituciones reconocidas por el Estado y cuyo programa esté aprobado por el Ministerio de Salud.

Artículo Cuarto. Podrán ejercer como Ayudante de Enfermería quienes reciban un curso formal de educación en servicio aprobado por el Ministerio de Salud, organizado y supervisado por enfermeras en una entidad hospitalaria, que los capacite como Ayudante de Enfermería.

Artículo Quinto. Podrán ejercer las funciones de Promotor de Salud quienes reciban un curso de capacitación desarrollado bajo el control y normas del Ministerio de Salud, que los habilite como tales.

Parágrafo. El personal de que trata el presente artículo, sólo podrá desempeñar las funciones cuando esté trabajando al servicio del Sector Oficial de Salud.

Artículo Sexto. Las personas que obtengan título de Licenciado en Enfermería, Enfermero General, Técnico en Enfermería, requieren para registrar el título, cumplir con el Servicio Social Obligatorio de conformidad con las normas que expida el Ministerio de Salud.

Artículo Séptimo. También podrán ejercer como profesionales de la enfermería:

a) Las personas nacionales o extranjeras que obtengan el Título de Licenciados en Enfermería, Enfermero General, Técnico en Enfermería, expedido por Facultades o Escuelas de Enfermería de países con los cuales Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre equivalencia de títulos en los términos de los respectivos tratados o convenios;

b) Los nacionales o extranjeros graduados en el exterior en Facultades o Escuelas de países con los cuales Colombia no tenga celebrados tratados o convenios sobre equivalencia de títulos,

los, cuando aprueben el examen de idoneidad, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto dicten los Ministros de Educación Nacional y de Salud.

Artículo Octavo. No serán válidos para el ejercicio de la profesión de enfermería y para ejercer actividades de Auxiliar de Enfermería, Ayudantes de Enfermería y Promotores de Salud, los títulos o certificados obtenidos mediante cursos por correspondencia, ni los meramente honoríficos.

Artículo Noveno. Para que los títulos, diplomas o certificados expedidos por las facultades o Escuelas de que trata este Decreto tengan validez para el ejercicio de la enfermería, el interesado deberá dirigir la correspondiente solicitud a los Ministerios de Educación Nacional y de Salud, para que el primero refrende el título, diploma o certificado y el segundo expida la correspondiente autorización para ejercer la Enfermería.

Artículo Décimo. Es obligatoria la inscripción ante el Servicio Seccional de Salud correspondiente al lugar donde se vaya a ejercer la Enfermería, sin perjuicio de lo establecido en el artículo noveno de este Decreto.

Artículo Once. Los cargos de Dirección de Enfermería en entidades de servicio o de docencia en instituciones oficiales, semioficiales, privadas o de utilidad común, serán desempeñados solamente por profesionales de Enfermería de nacionalidad colombiana.

Artículo Doce. En las entidades oficiales, semioficiales, privadas o de utilidad común que tengan organizado u organicen Departamento o Sección de Enfermería y cuya función principal sea la prestación de Servicios de Salud, el Jefe o Director del Departamento o Sección será un Profesional de Enfermería.

Artículo Trece. El personal de Enfermería al servicio del Estado deberá cumplir con los cursos de educación continuada que en este aspecto programe el Ministerio de Salud y estará sometido a la supervisión periódica de las enfermeras del respectivo Servicio Seccional de Salud y del Nivel Nacional o Ministerio de Salud cuando se considere conveniente.

Artículo Catorce. El personal de enfermería, de conformidad con las categorías de enfermería existentes, podrá ejercer en las instituciones

de salud, las siguientes funciones y actividades:

- a) Planeación, dirección, ejecución, supervisión y evaluación del cuidado directo de enfermería al paciente y de los programas de enfermería para la comunidad;
- b) Planeación, dirección, ejecución, supervisión y evaluación del servicio de enfermería y del personal de enfermería;
- c) Planeación, desarrollo y evaluación de programas de educación en servicio y educación continuada;
- d) Investigación en enfermería y participación en investigaciones de salud;
- e) Atención directa de enfermería al individuo de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos;
- f) Aplicación de tratamientos prescritos por profesionales de salud, en ejercicio legal de su profesión;
- g) Promoción, educación en salud y aplicación de medidas preventivas;
- h) Participación en exámenes para diagnósticos, consulta médica y actividades quirúrgicas;
- i) Diligenciamiento de registros clínicos y estadísticos.

Parágrafo. Las actividades de los literales a, b, c, y d del presente artículo serán desarrolladas exclusivamente por el profesional de enfermería. Las demás actividades serán realizadas por el profesional de enfermería y por los auxiliares de enfermería, ayudantes de enfermería y los promotores de salud con la supervisión directa o indirecta de la enfermera.

Artículo Quince. Además de las funciones contempladas en el artículo anterior, el personal de enfermería que trabaje en los Servicios Seccionales de Salud, realizará las actividades de atención al individuo, familia y comunidad normalizadas por el Ministerio de Salud y las que se relacionan con sus programas específicos.

Artículo Diez y Seis. Créase el Consejo Nacional de Enfermería, integrado por:

El Secretario General del Ministerio de Salud, quien lo presidirá.

El Jefe de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud o su delegado.

El Jefe de la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud, o su delegado.

Dos (2) Enfermeras del Ministerio de Salud, nombradas por el Ministerio de Salud.

El Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Acofaen.

La Presidente de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Anec.

La Presidente de la Asociación Nacional de Auxiliares de Enfermería.

Este Consejo tendrá el carácter de organismo consultivo del Ministerio de Salud, en todos los aspectos relativos al ejercicio de la profesión de enfermería, en sus niveles: profesional, técnico y auxiliar; funcionará según su propio reglamento, una vez sea aprobado por el Ministerio de Salud.

Artículo Diez y Siete. Este Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D.E., a los quince (15) días del mes de octubre de mil novecientos setenta y seis (1976).

(Fdo.) Alfonso López Michelsen

(Fdo.) Haroldo Calvo Núñez, Ministro de Salud.

(Fdo.) Hernando Durán Dussán, Ministro de Educación Nacional.

Es copia auténtica.

Leonor Romero de Celedón, Jefe Archivo General.

(Hay un sello).

GUÍA 7

TEMAS . Perfiles Ocupacionales y Académicos en Enfermería
. La integración Docencia Asistencia e Interdisciplinaria

OBJETIVOS: Al finalizar la instrucción el estudiante de Introducción a Enfermería debe identificar:

1. Clase de Perfiles Ocupacionales y Académico profesional y vocacionales por niveles de atención y niveles de formación.
2. Meta, principios, objetivos, componentes, funciones, actividades, competencia y estrategias de instrucción del perfil académico profesional de la Enfermera en Colombia 1984.
3. Epoca histórica, conceptos, objetivos, barreras y modelos de integración docencia asistencia e interdisciplinaria.
4. Importancia del conocimiento de los perfiles ocupacionales y profesionales y la Integración docencia asistencia para el estudiante de Introducción a Enfermería.

ESTRATEGIA: Conferencia y Estudio dirigido
Informe escrito de 1.3 E. Dirigido 2.1; 2.2.; 2.3; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 10 y 11

TIEMPO: 2 horas e informe escrito fuera de clase

INSTRUCCIONES

Conferencia

1. A continuación usted encuentra los siguientes perfiles ocupacionales en Enfermería dados por el Sistema Nacional de Salud Decreto número 1311 de 1990.

- a. Jefe de Departamento
- b. Enfermero Coordinador
- c. Enfermero Especialista
- d. Enfermero
- f. Enfermero Servicio Social Obligatorio
- g. Enfermero Tecnólogo
- h. Enfermero comunitario
- i. Auxiliar de Enfermería
- j. Promotor de Salud

1.1. Su TAREA consiste en hacer una lectura atenta de un (1) cargo por grupo. (la asignación se hace en clase).

Todos los grupos leerán el cargo f y h: los cargos a y c son de interés de cada estudiante.

1.2. Presentar un resumen oral de las funciones que corresponden al proceso de Enfermería, en el momento que corresponda en la conferencia.

1.3. De los perfiles Ocupacionales o cargos, cuáles son profesionales y cuáles son vocacionales.

ESTUDIO DIRIGIDO

1. Elija un coordinador y un secretario

2. A continuación usted encuentra el artículo denominado: "PERFIL ACADEMICO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA EN COLOMBIA 1984" para la identificación de elementos, análisis y emisión de juicios de valor:

2.1. Quién o quiénes diseñaron el Perfil?

2.2. Identifique la meta de enfermería

2.2.1. Está de acuerdo SI, NO Por qué?

2.2.2. Cómo lograría usted y su grupo esta meta?

2.3. En la segunda parte del Perfil, usted encuentra los diez (10) principios orientadores del Perfil.

2.3.1. Está de acuerdo SI, NO Por qué?

2.3.2. En éste semestre ha evidenciado la aplicación de ellos? SI, NO Por qué?

3. Identifique los objetivos generales del perfil. Está usted de acuerdo? Si, NO, Por que?

4. Identifique las cualidades profesionales. Está usted de acuerdo SI, NO Por qué?

5. Identifique los cinco (5) componentes del Perfil.

5.1. Está usted de acuerdo con ellos: SI, NO Por qué?

5.2. De los ocho (8) procesos básicos de la práctica de la Enfermería, Cuáles se aplican en el Perfil? (Guía No 5).

6. En el artículo usted encuentra cada componente del perfil con: objetivos específicos, funciones actividades y competencias.

SU TAREA consiste en leerlos, identificar y transcribir en una hoja separada lo que usted (es) hizo (hicieron) en Educación para la Salud I.

7. En el anterior perfil, usted encuentra la estrategia de instrucción sugerida, que ofrecen mayor impacto en el aprendizaje.

7.1. Está de acuerdo? SI, NO Por qué?

7.2. Cuáles de estas estrategias se han aplicado en el primer semestre y en qué asignaturas?

8. Qué teorías y modelos fundamentan el perfil académico profesional en Colombia Por qué?

INTEGRACION DOCENCIA ASISTENCIA E INTERDISCIPLINARIEDAD.

9. En la guía 8 se encuentra el artículo "Desarrollo histórico de la Educación en Enfermería Contexto Internacional" Su tarea consiste en identificar:

9.1. El modelo que fundamenta la Integración docencia asistencia (I.D.A)

9.2. Epoca Histórica

9.3. Elementos fundamentales

10. En la página 204 usted encuentra el "Artículo especializado" "Articulación Docencia-Asistencia e Investigación y la calidad de la atención de enfermería" por Maricel Manfredi.

Su tarea consiste en hacer una lectura cuidadosa para identificar y emitir juicios de valor así:

10.1. Epoca Histórica.

10.2. Antecedentes

10.3 Conceptos de I.D.A. con cuál se identifica el grupo?

10.4 Qué opina el grupo sobre las barreras del I.D.A?

10.5 Qué importancia tiene para el grupo las directrices dadas en San Pedro de Sula? Honduras; 1.983 para diseñar e implementar el Modelo de I.D.A.?

10.6 Qué diferencia hay con el Modelo de Formación dada en la historia?

11. Qué opina el grupo sobre el Artículo 12 inciso h de la Ley 10 de 1990. Hay contradicción con la aplicación a Enfermería? SI, NO Por qué?

12. Haga la evaluación formativa de esta Guía y del material de estudio, utilice el formato.

EXITOS EN EL APRENDIZAJE



a.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Ejecución de labores de programación, coordinación y supervisión de actividades a nivel técnico para la normal prestación de servicios de salud en una institución de cualquier nivel de atención.

2. FUNCIONES

- Dirigir y coordinar el trabajo del departamento mediante mecanismos de planeación y control que garanticen el cabal cumplimiento de las funciones.
- Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia, conocer e interpretar sus resultados.
- Coordinar y participar en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario, establecer, mantener y participar en todos aquellos mecanismos de coordinación que sean necesarios a fin de lograr la unificación de criterios y la coherencia de los programas del departamento.
- Promover, coordinar y asesorar las actividades de control epidemiológico intrahospitalario.
- Participar en la evaluación, diseño y puesta en marcha de nuevas formas de prestación de servicios a la comunidad o usuarios en los programas a su cargo.
- Establecer mecanismos de coordinación y control docente-asistencial.
- Promover y participar en investigaciones de tipo aplicado.
- Promover la participación de la comunidad en acciones de prevención y solución a los problemas de salud en su área de influencia.
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de actividades de educación continuada: para el personal vinculado a los programas a su cargo y fortalecer el proceso de educación en salud a la comunidad a nivel intra y extramural.
- Coordinar la consecución oportuna de los recursos y velar por la racional utilización de los recursos disponibles.
- Velar por la actualización y difusión de los manuales de normas y procedimientos del área a su cargo.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del departamento.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Título de formación tecnológica en una de las áreas relacionadas con las funciones del cargo.

3.2 Experiencia

Un (1) año de experiencia relacionada.

b. ENFERMERO COORDINADOR - 321035

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Programar, ejecutar, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las acciones del personal de Enfermería en cualquier nivel de atención.

2. FUNCIONES

- Valorar en estado de salud de la población del área de influencia a través del diagnóstico y pronóstico de la situación de salud.
- Velar por el cumplimiento de las normas referentes a la organización y funcionamiento del personal de enfermería del hospital.
- Participar en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad.
- Coordinar, programar, supervisar, evaluar y controlar los programas de salud que se lleven a cabo en el área de influencia.
- Adaptar o adoptar las medidas que sobre los servicios de enfermería provengan del nivel central para ser aplicados en las instituciones de su área de influencia.
- Participar en investigaciones de tipo aplicado orientadas a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud que afectan a la comunidad.
- Participar en la actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería.
- Participar en la programación, ejecución y evaluación de actividades de entrenamiento y actualización de personal de enfermería y de otros agentes de salud.
- Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades sobre aspectos básicos de salud y cuidado del medio ambiente.
- Promover la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar la conformación de comités de salud y formación de líderes.
- Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo.
- Informar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Título de formación universitaria en Enfermería.

3.2 Experiencia

Dos (2) años de experiencia relacionada.

e.

ENFERMERO ESPECIALISTA - 321040

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Dirigir y ejecutar la atención de enfermería al paciente en el área de su especialidad con el fin de brindar un cuidado especializado con el equipo interdisciplinario en el segundo y tercer nivel de atención.

2. FUNCIONES

- Realizar la valoración del estado de salud de los pacientes, con el fin de planear las actividades de enfermería, de acuerdo con la situación clínica e individual de los mismos.
- Brindar cuidado directo a los pacientes que requieran una estricta aplicación de las normas de asepsia.
- Participar en la revisión médica de los pacientes, con el fin de elaborar y actualizar el plan de actividades.
- Orientar al paciente y a la familia sobre las actividades específicas, encaminadas a la recuperación y a su participación en el tratamiento y rehabilitación al regreso de aquél a su medio familiar, social y laboral.
- Dirigir y controlar el funcionamiento del equipo de enfermería, mediante la coordinación de sus actividades asistenciales.
- Participar en los diferentes comités del hospital, a fin de lograr la unificación de criterios para compatibilizar los programas en los aspectos científicos, técnicos y administrativos.
- Establecer la coordinación docente asistencial para realizar programas de orientación y adiestramiento.
- Velar por el cumplimiento de las normas referentes a la organización y funcionamiento del personal de enfermería del hospital.
- Dirigir la elaboración y actualización del Manual de Normas y Procedimientos del área a su cargo.
- Planear, desarrollar y asesorar proyectos de investigación para la solución de problemas de salud.
- Mantener mecanismos de coordinación entre el servicio a su cargo y los demás servicios a nivel intra y extrahospitalario.
- Aplicar el proceso administrativo en los programas específicos del área de Enfermería.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermería en cualquier nivel de atención, con el fin de brindar cuidado integral conjuntamente con el equipo interdisciplinario al paciente, familia y comunidad de acuerdo con las políticas locales, seccionales y nacionales de salud.

2. FUNCIONES

- Valorar en estado de salud de la población del área de influencia a través del diagnóstico de la situación de salud.
- Ejecutar tratamientos de enfermería de mayor responsabilidad a personas, familia y grupos de la comunidad.
- Participar en la revista médica y de enfermería y en otro tipo de estudios clínicos y responder por los tratamientos de los pacientes.
- Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a los usuarios.
- Revisar historias clínicas e instrucciones médicas de todos los casos de hospitalización o ambulatorias a su cargo.
- Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área.
- Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicios bajo su cargo.
- Promover la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar la conformación de comités de salud y formación de líderes.
- Participar en investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad.
- Participar como instructor en la capacitación, adiestramiento e instrucción al personal relacionado con el área.
- Participar en la actualización del Manual de Normas y Procedimientos del área.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Título de formación universitaria en Enfermería.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Programar, ejecutar, supervisar, controlar y evaluar las acciones de enfermería en el primer nivel de atención con el fin de brindar un cuidado integral al paciente, familia y comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de acuerdo con las políticas locales, seccionales y nacionales de salud.

2. FUNCIONES

- Conocer o participar en la elaboración del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia.
- Ejecutar los tratamientos de enfermería de mayor responsabilidad, de acuerdo con las normas establecidas.
- Dar atención de enfermería a pacientes, familia y grupos de la comunidad.
- Participar en la revista médica y de enfermería diaria y otros estudios clínicos y/o de la comunidad.
- Organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal auxiliar.
- Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería en el cuidado de los pacientes.
- Evaluar la calidad en la atención de enfermería en los pacientes, familia y/o comunidad.
- Colaborar en labores de adiestramiento de personal subalterno.
- Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y educación sobre aspectos básicos del estado y cuidado del medio ambiente a la comunidad.
- Realizar visitas domiciliarias a pacientes de los programas especiales.
- Participar en la coordinación y desarrollo de las actividades de las jornadas de salud integrando el componente epidemiológico.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios y velar por la racional utilización de los disponibles.
- Velar por el buen funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

71

3.1 Estudios

Título de formación universitaria o tecnológica en Enfermería.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Ejecución de labores técnicas asistenciales de enfermería a personas, familias o comunidad en una institución del Sistema de Salud.

2. FUNCIONES

- Valorar el estado de salud de la población del área de influencia a través del diagnóstico de la situación de salud.
- Dar atención de enfermería a pacientes, familias y grupos de la comunidad.
- Participar en la revista médica diaria.
- Revisar historias clínicas e instrucciones médicas de los casos de hospitalización o ambulatorios.
- Hacer y presentar informes a los médicos sobre lo ocurrido durante el turno a su cargo.
- Organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal auxiliar, de acuerdo con normas de la institución.
- Evaluar el impacto de la atención de enfermería.
- Participar como instructor en la capacitación, adiestramiento e información al personal relacionado con el área.
- Realizar visitas domiciliarias a pacientes de los programas especiales.
- Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y educación sobre aspectos básicos del estado y cuidado del medio ambiente a la comunidad.
- Participar en investigaciones de tipo aplicado.
- Dar apoyo emocional al paciente, aplicando los derechos del enfermo.
- Velar por el buen funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado.
- Velar por la buena imagen de la institución y por la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

14

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Título de formación tecnológica en Enfermería.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Planear, organizar, supervisar, evaluar y controlar el trabajo comunitario del Promotor de Salud y de las Auxiliares de Enfermería de las UPAS para apoyar el desarrollo del primer nivel de atención.

2. FUNCIONES

- Participar en la promoción y motivación de la comunidad y en la selección de los aspirantes o promotores de salud.
- Participar en los cursos de capacitación de los promotores de salud y auxiliares de enfermería.
- Programar conjuntamente con los Auxiliares y Promotores las actividades para el cumplimiento de las metas propuestas.
- Coordinar, asesorar, supervisar, evaluar y controlar los programas y actividades de los Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud.
- Administrar el Programa de Servicios esenciales de Salud.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Título de formación universitaria en Enfermería.

3.2 Experiencia

- Un (1) año de experiencia relacionada.

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Ejecución de labores auxiliares de enfermería en la atención de individuos, familia y comunidad en cualquier nivel de atención de salud.

2. FUNCIONES

- Arreglar la unidad y ambiente físico del paciente, tanto para la admisión como para la estadía del mismo en la institución.
- Realizar acciones de enfermería de baja y mediana complejidad asignadas según las normas y el plan de acción de enfermería de la institución.
- Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir.
- Preparar al paciente y colaborar en los medios de diagnóstico y tratamientos especiales.
- Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud y promoción del medio ambiente.
- Dar atención de enfermería al paciente durante el tratamiento médico-quirúrgico y administrar los medicamentos y cuidados al paciente de acuerdo con órdenes médicas y de enfermería.
- Informar oportunamente al profesional responsable sobre situaciones de emergencia y riesgos que observe en los pacientes, familia, comunidad o medio ambiente.
- Desarrollar actividades recreativas y ocupacionales con los pacientes.
- Esterilizar, preparar y responder por el material, equipo y elementos a su cargo.
- Brindar cuidado directo a los pacientes que requieran atención especial.
- Identificar las dietas especiales para pacientes.
- Prestar primeros auxilios en caso de accidentes.
- Colaborar en la identificación de individuos y grupos de la población expuestos a riesgos de enfermar.
- Informar a individuos y grupos de la comunidad sobre la existencia y utilización de servicios de salud.
- Preparar los servicios de consulta y colaborar con el médico en la prestación del servicio.
- Realizar la vacunación institucional o por canalización y el control de temperatura a la nevera que contiene biológicos.
- Diligenciar los registros estadísticos pertinentes a su trabajo.
- Participar en el adiestramiento y supervisión de la promotora de salud de acuerdo con la programación establecida.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Aprobación de cuatro (4) años de educación secundaria y curso de Auxiliar de enfermería, con una duración mínima de ochocientas sesenta (860) horas.

J.

PROMOTOR DE SALUD - 521005

1. NATURALEZA DE LAS FUNCIONES DEL CARGO

Ejecución de labores de promoción, prevención y cuidado de la salud de paciente, familia y comunidad en el primer nivel de atención.

2. FUNCIONES

- Motivar, informar y educar a la comunidad sobre la prevención y tratamiento oportuno de los principales problemas de salud del área de influencia.
- Promover la coordinación entre las instituciones, que operan en su unidad de cobertura.
- Prestar servicios básicos de salud a la comunidad.
- Realizar visitas domiciliarias para detectar las necesidades de salud conforme a las normas establecidas.
- Coordinar el trabajo de campo con agentes comunitarios.
- Remitir casos especiales a los programas específicos de acuerdo con el nivel de atención.
- Las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3. REQUISITOS

3.1 Estudios

Aprobación de cinco (5) años de educación primaria y curso de promotor de salud, con una duración mínima de cuatrocientas ochenta (480) horas.

PERFIL ACADÉMICO- PROFESIONAL

Donencia presentada por Jaquelin Medina de Uriza. Congreso CIE- Tel Aviv.

Después de este breve resumen sobre las condiciones de mi país iniciaré la exposición sobre el Perfil Académico-Profesional de la Enfermera.

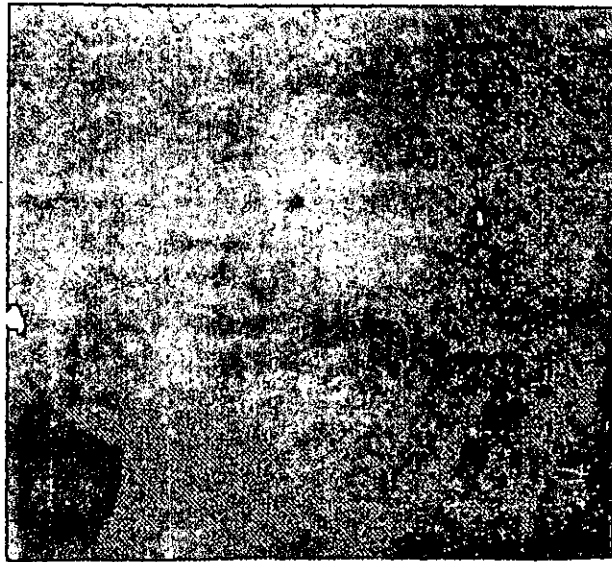
Este documento "Perfil Académico-profesional de la Enfermera" se ha elaborado gracias a la contribución de Enfermeras de todo el país quienes participaron en una serie de Talleres, por áreas del saber de enfermería representando al Ministerio de Salud y sus Seccionales, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, el Instituto de Seguros Sociales, el Servicio Nacional de Aprendizaje, las Escuelas de Auxiliares de Enfermería y otras Entidades particulares:

Sin embargo, es necesario destacar la dedicada labor de orientación y revisión del documento de las siguientes Enfermeras:

- Consuelo Gómez Serrano
- Carolina Ruge R.
- Martha López Maldonado
- Grace de Morillo
- Nelly Garzón Alarcón
- Jacqueline Molina de Uriza

La sociedad actual se caracteriza por un proceso acelerado, constante y sin precedentes en todas las esferas del quehacer humano.

Las ciencias descubren cada día nuevos horizontes y rápidamente van declarando inadecuadas las técnicas y los procedimientos que eran aceptados de acuerdo con patrones previos.



Jaquelin Uriza en su exposición durante el Congreso.

Simultáneamente los fenómenos demográficos, políticos, sociales y económicos, exigen la aplicación de estrategias diferentes para afrontar la problemática que crean.

Frente a esta situación los profesionales se ven obligados a analizar si la contribución que están ofreciendo a la sociedad responde realmente a las exigencias de la población a la cual sirven.

El perfil profesional de cada disciplina debe responder al contexto total de la realidad histórica y social del momento y del futuro inmediato.

La profesión de enfermería, cuya meta es contribuir a mantener un nivel aceptable de salud en las personas, familias y grupos de la comunidad, está obligada a revisar constantemente su perfil para asegurar el impacto favorable de sus intervenciones en el sujeto de atención de enfermería.

En las últimas décadas, el ámbito del ejercicio profesional de la enferme-

ra se ha ampliado de acuerdo con las políticas de salud del país y los avances de las ciencias sociales y biológicas, aunque en el fondo sigue primando una constante: el respeto por la persona humana, por sus valores, su dignidad y su derecho de autodeterminación.

El Perfil Académico - profesional que aparece en este documento, engloba lo concerniente a las exigencias actuales académicas, laborales y sociales y refleja la estrecha relación que debe existir entre educación y trabajo, entre educación y sociedad; representa los rasgos, las particularidades, los conocimientos y las expectativas que califican a la enfermera; expresa las características pretendidas por el sistema Nacional de Salud, por el sistema empresarial y por otras entidades que emplean los servicios del profesional de enfermería, perfila las cualidades de la enfermera en cualquier circunstancia o lugar, en la práctica institucionalizada o privada, cualidades como la eficiencia, la racionalidad, la capacidad crítica y la conciencia ética.

DE LA ENFERMERA



La Asamblea escucha con interés la ponencia.

El marco dentro del cual se ha presentado el perfil es el del Proceso de Enfermería en el cual se presentan las etapas lógicas para realizar las actividades. El proceso se basa en la lógica del método científico y permite la aplicación de principios pertinentes a las ciencias físicas y sociales, y sus componentes son:

1. Valoración, que consiste en la recopilación de información subjetiva y objetiva de fuentes tales como registros, observaciones, interacciones, entrevistas, revisiones bibliográficas y mediciones psicológicas, fisiológicas y físicas.
2. Categorización, o sea la agrupación, clasificación, análisis y resumen de la información recolectada para determinar las necesidades o problemas de un individuo, una familia o un grupo determinado.

Estos dos pasos permiten llegar al Diagnóstico de Enfermería que es la declaración completa del problema o la identificación de dificultades específicas (reales y potenciales)

que pueden ser resueltas mediante la intervención directa del profesional de enfermería.

3. Planificación que consiste en elaborar un plan de acción por escrito, con medidas para ayudar al sujeto de atención a lograr metas de salud a corto plazo. Implica la participación tanto del sujeto de atención y la enfermera, como de otros profesionales y técnicos de la salud y de disciplinas afines, para resolver los problemas etiológicos relacionados con el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico.
4. Ejecución, la acción específica que permita llevar a cabo el plan de acción de enfermería mediante la participación activa de la enfermera, el sujeto de atención y de otros miembros del equipo interdisciplinario. Aunque la ejecución del Plan de Acción de Enfermería, implica una responsabilidad compartida, el liderazgo corresponde a la enfermera.

Pasa pág. 38

PERFIL ACADEMICO

Viene pág. 27

5. Evaluación, el proceso de comprobación de la respuesta del sujeto de atención a las acciones desarrolladas de acuerdo con las metas del plan de atención de Enfermería de acuerdo con una nueva valoración de la situación individual, familiar o comunitaria.

Aunque el proceso de enfermería presupone una actividad investigativa permanente a través de cada una de las etapas mencionadas, el perfil lo destaca como un objetivo adicional junto con aquellos aspectos de desarrollo gremial y personal que deben caracterizar de manera especial al profesional de enfermería.

OBJETIVOS:

1. Presentar un Perfil de Enfermería a nivel nacional que permita a las instituciones empleadoras del recurso en salud y al sector educativo tener criterios educativos acerca de las funciones, actividades y tareas que desarrolla la enfermera en los diferentes niveles de atención, con el fin de emplear todo su potencial y preparación profesional.
2. Ofrecer a las Enfermeras de Colombia en todos los campos de desempeño, una guía que les permita dar atención integral de enfermería a las personas, familias y grupos bajo su cuidado.
3. Facilitar la evaluación permanente del desempeño del profesional de enfermería y el ajuste sistemático del ejercicio de la enfermera de acuerdo con las condiciones y necesidades sociales, económicas y de salud del país.
4. Fomentar el desarrollo de la profesión de enfermería mediante la divulgación del marco del desempeño de la enfermera, con el fin de que las instituciones empleadoras opti-

micen al recurso y los profesionales se desarrollen plenamente.

Aunque el perfil ha sido diseñado de la forma que describe objetivo, función, actividad, competencia y cada contenido curricular mencionase a manera de empleo los objetivos con algunas competencias.

1. Valora la situación de salud específica del sujeto de atención de enfermería; persona, familia y comunidad; para determinar con él su nivel de bienestar y desarrollo, mediante el análisis de sus características intrínsecas, de las condiciones del medio ambiente y de la infraestructura existente en salud.
 - 1.1. Valora el estado de salud de la población del área de influencia, aplicando el método epidemiológico.
 - 1.1.1. Recolecta y revisa la información a nivel nacional, regional y local.
 - 1.2. Valora el nivel de educación sanitaria de la población sujeto de atención en el área de influencia.
 - 1.3. Valora el estado de salud de la familia y de la persona mediante la aplicación de instrumentos de recolección de información de orden individual.
 - 1.3.1. Identifica las necesidades prioritarias de educación en salud, según percepción de la comunidad y del agente de salud.
 - 1.3.2. Realiza la entrevista a usuarios del servicio.
 - 1.3.3. Realiza la revisión física por sistemas y la valoración psico-social para controlar mujeres en etapa prenatal, post-natal, usuarios de planificación familiar, niños y adolescentes en diferentes etapas de desarrollo y personas de la tercera edad.
 - 1.3.4. Realiza la revisión física por sistemas y la valoración psico-social para controlar personas afectadas por morbilidad prevalente. Desnutrición, hipertensión, diabetes, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales, paludismo, enfermedad diarreica aguda. Enfermedades transmisibles, Enfermedades ocupacionales y otras.

Continúa pág. siguiente

PERFIL ACADEMICO

- 1.3.5. Controla pacientes hospitalizados.
- 1.3.6. Participa en la revista médica.
- 1.3.7. Recibe y entrega el informe de enfermería al finalizar cada turno
- 1.3.8. Detecta personas que requieren controles sistematizados de salud por su situación especial de riesgo o su estado de crecimiento y desarrollo, de morbilidad, tales como: embarazadas, niños de diferentes edades grupos laborales y de tercera edad.
- 1.3.9. Detecta personas expuestas a factores de riesgo tales como: herencia, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión, situación familiar, situación ocupacional, situación escolar y otros.
- 1.4.1. Reconoce las instituciones que prestan servicio de salud.
- 1.4.2. Identifica la participación de enfermería en los nuevos programas de atención de salud y reconoce su responsabilidad en su implementación.
- 2. Categoriza metodológicamente las necesidades y problemas encontrados en el sujeto de atención de enfermería para hacer un diagnóstico de la situación y analizar el impacto que tienen los factores determinantes del medio ambiente físico, social, psicológico y biológico en su nivel de salud, educación y desarrollo.
- 2.1. Analiza los requerimientos en materia de salubridad ambiental.
- 2.2. Concluye sobre los requerimientos de atención de enfermería en función del establecimiento de patrones funcionales de salud en lo referente a nutrición, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo y otras cosas.
- 2.3. Ordena y analiza las necesidades de educación en salud según prioridades.
- 3. Decide el plan de acción de enfermería con base en el respeto de valores, creencias, costumbres y derechos de la persona, familia, y comunidad, defendiendo con precisión cuáles deben ser las metas y las intervenciones de enfermería; cuáles las relaciones de coordinación, apoyo y asesoría; cuáles los recursos humanos, técnico-operativos.
- 3.1. Determina el nivel de competencia de cada uno de los miembros del equipo en el desarrollo de las actividades de los programas y de los planes de atención de enfermería.
- 3.2. Define las funciones, actividades y tareas del personal de enfermería en cada programa y el plan individualizado de atención de enfermería.
- 3.3. Elabora el plan de cuidado de enfermería.
- 3.4. Define conjuntamente con el sujeto de atención las acciones que asumirá la persona, la familia o la comunidad en la ejecución del plan.
- 3.5. Respeta los valores, costumbres, creencias de la persona, familia y comunidad.
- 3.6. Define metas y objetivos instruccionales.
- 4. Ejecuta el plan de acción de enfermería mediante su actualización permanente fundamentada en los cambios que se presenten en la situación y en las condiciones de emergencia, utilizando los recursos.
- 4.1. Brinda apoyo emocional a la persona, familia o grupo que requiere atención de enfermería mediante:
- 4.2. La identificación de la percepción que tiene la persona familia o comunidad de su estado de salud.
- 4.3. Coordina con la persona, familia y miembros del equipo de salud las acciones que aseguran la continuidad de la atención institucional y extrainstitucional.
- 4.4. Enseña y ayuda a realizar ejercicios respiratorios al paciente.
- 4.5. Fomenta la empatía entre los miembros de un grupo o familia con base en sus necesidades físicas, emocionales y sociales.
- 4.6. Vacuna la población susceptible.
- 4.7. Fomenta la utilización de medidas de protección contra riesgos del trabajo y del medio ambiente.
- 4.8. Vigila y orienta sobre el vestido o ropa adecuada según la situación de la persona.

Continúa pág. siguiente

- 4.9. Identifica la presencia de los indicadores físicos y emocionales que caracterizan cada etapa del proceso evolutivo del ciclo vital.
- 4.10. Da educación a la persona, familia y comunidad sobre aspectos de higiene del ambiente, vivienda, agua, alimentos, áreas comunes y otros.
- 4.11. Observa e interroga sobre hábitos alimenticios de la persona y familia.
- 4.3. Ejecuta plan de atención con base en el diagnóstico médico, el diagnóstico de enfermería y las órdenes correspondientes.
- 4.3.1. Ejecuta procedimientos según la situación específica de salud y el diagnóstico tales como:
- 4.3.3. Manejo de tranqueostomías.
Diálisis.
- 4.3.4. Atención del parto inminente.
- 4.3.5. Participa en procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico mediante:
- 4.3.6. Preparación de equipos e instrumental según el procedimiento a realizarse.
- 4.3.7. Vigilancia de la evolución del estado de salud durante el procedimiento, como base para el planeamiento de la atención.
- 4.3.8. Instrumentación de intervenciones quirúrgicas.
- 4.3.9. Seguimiento de la evolución del estado del paciente después del procedimiento.
- 4.3.10. Identificación e investigación de factores de riesgo presentes en la persona y en el medio.
- 4.3.11. Visitas institucionales o domiciliarias.
- 4.4. Inicia precozmente programas de rehabilitación física y emocional, verificando su cumplimiento.
- 4.4.1. Realiza el plan individual de rehabilitación mediante:
- 4.4.2. La participación activa de la persona afectada.
- 4.5. Asesora y supervisa el desarrollo de las actividades asignadas al personal a su cargo, fomentando los principios éticos en cada una de las acciones de enfermería.
- 4.5.1. Participa en la revista médica de pacientes.
- 4.6. Dar educación a grupos específicos de la comunidad sobre aspectos de salud física, social y mental de la persona y familia en todas sus etapas de desarrollo.
- 4.6.1. Dicta charlas sobre aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, relacionados con los problemas de salud prevalentes.
- 4.6.2. Participa en cursos o seminarios de Educación Continuada de enfermería y de otras disciplinas afines.
- 4.7. Desarrolla el plan de prevención de accidentes en las instituciones y en la comunidad.
- 4.7.1. Aplica medidas de prevención de accidentes.
- 4.8. Coordina acciones encaminadas a responder a situaciones de desastre o casos de emergencia masiva.
- Promueve y participa en la elaboración de planes para afrontar situaciones de emergencia o desastre en su propia institución.
- 4.8.2. Mantiene comunicación con coordinadores de área.
- 5. Evalúa el plan de acción de enfermería mediante el análisis objetivo de: los efectos e impacto producidos en el sujeto de atención en el medio ambiente y en los servicios de salud y las limitaciones del proceso.
- 5.1. Determina con el grupo de enfermería, el equipo interdisciplinario y el sujeto de atención los componentes del plan: demanda, oferta, estructura, y proceso y producto de la atención de salud que deben ser evaluados.
- 5.1.1. Evalúa calidad y cantidad de la atención.
- 5.1.2. Participa en la definición de la metodología de evaluación.
- 5.1.3. Competencias.
Aplica el instrumento.
Realiza el plan de supervisión.
- 5.1.4. Analiza el grado de satisfacción con las acciones de salud en la comunidad.
- 5.2. Ejecutar el proceso de graduación de la atención de enfermería cuali y cuantitativamente.
- 5.2.1. Supervisa la prestación del servicio de enfermería.
- 5.2.2. Supervisa el desempeño del personal de enfermería.
- 5.2.3. Verifica la calidad y el fluido oportuno de los insumos.
- 6. Promover la contribución del profesional en enfermería al desarrollo de la ciencia y la técnica de enfermería, mediante la ejecución de investigaciones.
Y el fortalecimiento de colectividad, mediante la participación en programas de bienestar social.
- 6.1. Participar en investigaciones de tipo interdisciplinario.
- 6.2. Realizar investigaciones de acuerdo a las necesidades.
- 6.3. Realizar acciones que constituyan a su propio perfeccionamiento y motivación constante.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PERFIL

La Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería ACOFAEN, ha establecido los siguientes principios orientadores para la creación, funcionamiento y aprobación de los programas de Educación Superior de Enfermería en la modalidad. Estos mismos principios deben orientar también el trabajo de comparación, revisión y ajuste de los programas existentes frente a los contenidos mínimos propuestos en esta guía.

1. Etico

El plan de estudios permitirá al estudiante de Enfermería analizar las diversas circunstancias que afectan las funciones profesionales en el campo de la Etica profesional, con el fin de obtener criterios propios de comportamiento ante diferentes situaciones. Igualmente permitirá analizar los diversos aspectos de la Legislación Colombiana relacionados con el ámbito de la salud y que afectan su ejercicio profesional.

2, Enseñanza centrada en los problemas de salud y proyección a la comunidad.

La enseñanza estará centrada en los problemas de salud de mayor incidencia en la comunidad y en la región, identificando los grupos de mayor riesgo y promoviendo la participación

activa de los grupos comunitarios en la búsqueda y aplicación de soluciones para los mismos. Además, a través de los diferentes programas del plan de estudios se deberá tratar de dar cobertura de calidad a los numerosos grupos comunitarios.

3. Integración Docente-Asistencial.

El desarrollo de las actividades de aprendizaje tendrá como base fundamental la integración docente-asistencial: con el objeto de aplicar directamente los conocimientos teóricos y de adaptar o modificar de acuerdo con situaciones reales los aspectos conceptuales de la práctica profesional.

4. Modelos de atención para la salud:

Los contenidos del plan de estudios tendrán en cuenta las políticas, programas y estrategias establecidas por el Sistema Nacional de Salud y otros modelos de atención de enfermería que orienten al futuro profesional, en el desempeño de sus funciones.

5. Proceso Enseñanza-aprendizaje:

El plan de estudios ofrecerá a los alumnos oportunidades para el contacto precoz con la realidad de salud del país, con el fin de poner en práctica en forma inmediata los conocimientos, las destrezas y actitudes que adquiere y, en la medida que avance en sus estudios prestará un servicio profesional a la comunidad, bajo la orientación del docente.

Además durante el proceso de formación el estudiante tendrá oportunidad de seleccionar áreas de aprendizaje que correspondan a sus motivaciones personales, y se propenderá por fomentar su creatividad e iniciativa.

6. Liderazgo y trabajo interdisciplinario

El desarrollo del plan de estudios fomentará en el estudiante, la actitud de líder que le permitirá dirigir las actividades de Enfermería, coordinar las acciones de los

equipos interdisciplinarios y otros organismos. A través de esta actitud logrará en la comunidad, la toma de conciencia de su responsabilidad en la solución de los problemas de salud.

7. Utilización del Método Científico.

Este principio establece que el Currículum dará oportunidad al estudiante de utilizar el método científico en las diferentes áreas del conocimiento. Este hecho favorece al estudiante el conocimiento de la realidad y le proporciona herramienta para mejorar y ampliar las bases que sustentan el ejercicio profesional.

8. Principios que orientan la atención de enfermería.

Este principio enfatiza la necesidad de formar profesionales que orienten la atención de enfermería de manera integral y eficiente a la persona, ala familia como núcleo de la sociedad y a grupos vulnerable de la comunidad.

9. Rol del docente como factor de cambio.

El papel del docente de un programa de enfermería tendrá

que ser activo en lo relativo a su actividad dentro de los servicios donde se lleven a cabo las experiencias clínicas y comunitarias. Esto significa que el docente desempeñará una actividad significativa y dinámica dentro de los servicios y no solamente se comportará como un personaje pasivo y observador de situaciones.

10. Programación humanística y científica.

El plan de estudios de la Carrera de Enfermería tendrá un componente humanístico y científico acordes con los planteamientos de la Ley 80/80 ya que siendo un programa de formación Universitaria no puede desconocerlos ni sintetizarlos.

ESTRATEGIAS DE INSTRUCCION

Como uno de los objetivos de esta guía es contribuir a mejorar la formación integral del profesional de enfermería, es necesario ofrecer en ella algunas pautas sobre la metodología que facilitará la transferencia al alumno de las cualidades y características expresadas en el perfil.

Es responsabilidad del cuerpo docente crear y mantener los ambientes de aprendizaje que faciliten esta transmisión, y tengan las mejores probabilidades de reproducción en el alumno las competencias que caracterizan al profesional de Enfermería.

Teniendo en cuenta lo anterior, los métodos y técnicas empleadas en la enseñanza deberán cumplir con los siguientes criterios:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Basarse en la competencia que se desea lograr.</p> <p>2. Fomentar la aplicación del proceso de enfermería en cada uno de los diferentes aspectos y situaciones estudiadas.</p> <p>3. Estimular la participación activa del alumno, particularmente en los aspectos de aplicación de conocimientos y adquisición de destrezas y actitudes.</p> <p>4. Tener en cuenta la individualidad del alumno.</p> <p>5. Utilizar ejemplos, casos y situaciones que se asemejen a. máximo a la realidad que</p> | <p>afrontará como profesional, de manera que se facilite la transferencia del conocimiento, destrezas y actitudes adquiridas durante el aprendizaje a la realidad del ejercicio profesional.</p> <p>6. Aprovechar los recursos didácticos modernos existentes y hacer uso de los recursos apropiados al medio.</p> <p>7. Asegurar oportunidad suficiente para adquirir habilidad en el manejo de técnicas y procedimientos mediante la práctica, tanto a nivel de laboratorio como a nivel institucional y comunitario.</p> |
|--|---|

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Algunas de las actividades de aprendizaje que pueden ser utilizadas para lograr el dominio de las competencias, además de las tradicionales son:

- Seminarios
- Análisis de situaciones reales y estudio de casos
- Análisis de bibliografía
- Dinámicas y Discusiones de grupo
- Observación de situaciones reales con guías para la observación
- Lectura y análisis de revistas y trabajos de investigación en Enfermería y relacionados con guías previamente elaboradas.
- Elaboración y/o adaptación de materiales, equipos y procedimientos para dar atención, utilizando la tecnología apropiada.
- Talleres
- Laboratorios vivenciales
- Dramatizaciones.

Articulación docencia-asistencia e investigación y la calidad de la atención de enfermería

Maricel Manfredi*

La temática sobre integración docente asistencial y las relaciones entre docencia y servicio aparecen reiteradamente en toda reunión-seminario y proyectos de América Latina. Existen extensos documentos donde se ha teorizado y conceptualizado sobre el tema; sin embargo, en la práctica son pocas las experiencias de integración docente asistencial y que han producido resultados concretos y persistentes.

Un progresivo reconocimiento de la necesidad de relacionar más estrechamente la formación del recurso de salud a las actividades de los servicios, toma lugar en América Latina a finales de la década del 60, y se intensifica a principios de los 70. Los antecedentes de la IDA a nivel internacional se encuentran en el intento de reorientar la educación médica en los Estados Unidos. El informe preparado por la Fundación Carnegie en el año 1970 enfatiza la necesidad de expandir y reestructurar la formación de personal de salud y la importancia vital de adoptar la educación del personal de salud a los cambios necesarios para un efectivo sistema de salud.

En un estudio realizado por los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo en el año 1973-1974 se refuerza la convicción de que la salud de la población y su satisfacción sólo pueden ser influenciadas parcialmente por los esfuerzos de los sistemas de servicios de salud y los educativos, señalando la incidencia fundamental de factores sociales.

En sus conclusiones señalan como una meta para la orientación de su trabajo futuro, la relación entre los sistemas de atención y sistemas para la educación de los profesionales de

la salud. Rechazan la noción de un sistema educacional sirviente o esclavo de las prácticas rutinarias de atención a la salud, como también un sistema educacional independiente de las necesidades de la sociedad y de los sistemas de salud. Proponen identificar mecanismos a través de los cuales educación y atención de salud pueden beneficiarse a través de una asociación que favorezca nuestros cambios, en beneficio de la mejoría de los sistemas de atención a la salud.

Estas corrientes y otras plasmadas en diversos documentos de reuniones de organismos internacionales como son el Plan Decenal de Salud de las Américas, y la reunión de Alma Ata, han llevado en Latinoamérica a la búsqueda de cambios fundamentales en la práctica y la educación del recurso humano, y por ende la búsqueda de mecanismos que establezcan las relaciones adecuadas entre los sectores salud y educación. Todo esto en beneficio de un mejor proceso formativo del personal de salud cuyos resultados apuntan la elevación de los niveles de atención de salud y de la calidad de dicha atención.

En una reciente reunión propiedad por la Fundación Rockefeller sobre la medicina de base poblacional, John Evans describe tres estadios evolutivos de la situación de la salud, caracterizando el primero por el predominio de enfermedades transmisibles y malnutrición, en especial en poblaciones rurales y/o

* Asesora regional de educación en enfermería, OPS/MS

término integración, aunque nominalmente referido a la docencia y a los servicios, implica la participación de la comunidad, no como un receptor pasivo sino como un elemento activo de este proceso.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el concepto de IDA abarca varios aspectos que a continuación se explican:

- IDA como proceso es sólo un medio que facilita la consecución del objetivo final que es la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad, mediante la prestación de servicios adecuados y accesibles.
- IDA no se restringe a la formación de determinadas categorías profesionales o algunos niveles del sistema de educación o del sistema de prestación de servicios; comprende todas las categorías profesionales de salud y todos los niveles de formación de recursos humanos y de prestación de servicios.
- IDA significa compromisos claros de las instituciones formadoras y utilizadoras de recursos humanos para la mejora de la prestación de servicios, con redefinición de sus prácticas, determinación de los recursos humanos necesarios y preparación adecuada de los mismos.
- Como proceso social integrado IDA presupone y más que esto, requiere una participación activa de la comunidad sujeto de tal proceso, lo que implica compromisos claros de las instituciones y agentes implicados en el sentido de promover y desarrollar mecanismos que permitan esta participación.
- En la IDA, el personal de servicio de docencia, así como el estudiante se involucran en el proceso de aprendizaje en el campo de trabajo mismo, teniendo todos como objetivo común y fundamental la prestación de servicios. De esta manera el personal de servicio adquiere las características de un agente docente, y a la vez del alumno para la continuidad de su formación permanente; el docente, además de sus funciones académicas, será un trabajador del servicio y un alumno; el estudiante, además de ser un aprendiz, se constituirá en un trabajador más del servicio.
- IDA implica un concepto diferente del tradicional en cuanto al proceso de enseñanza-

aprendizaje, centrándose en torno a vivencias prácticas en la realidad concreta en función de las cuales se desarrollan los contenidos académicos fundamentales a través del auto-aprendizaje.

Barreras para la integración docente asistencial

A continuación se expresan algunos factores que impiden un enfoque de IDA.

Existe una falta de comunicación entre docencia y servicio. Esta falta de comunicación se debe quizás a la diferente percepción que tienen todos los grupos acerca de la práctica de enfermería. A los educadores, por un lado, se les acusa de vivir dentro de torres de marfil y de no preparar a los estudiantes para una realidad. Estas acusaciones tienen su fundamento en el "shock de realidad" que experimentan muchos de los nuevos graduados.

Phillis A. Dexter y Juanita Laiding en su artículo "Rompiendo las barreras de educación y servicio", publicado en la revista "Nursing Outlook" de marzo de 1980, dicen: "Los educadores debemos confesar que a veces nos sobrecogen sentimientos de superioridad y orgullo dentro de nuestro idealismo, y pensamos que si nuestra enseñanza es basada en realidades, automáticamente haja nuestra calidad de enseñanza. Hay pues alguna justificación acerca de estos sentimientos porque frecuentemente comparamos nuestros ideales con la práctica actual en salas de hospitales o centros de salud, donde por estar muy congestionadas y con poco personal, no se pueden considerar realmente como modelos de práctica".

Educación tampoco es consciente de la participación y/o consultoría que se requiere de enfermería de servicio sobre la preparación de estudiantes para el ejercicio de una realidad. Generalmente se está más influenciado por la literatura profesional y los criterios educacionales establecidos que por las necesidades del servicio, de la persona o personas a atender.

Actualmente hay profesores que perciben su rol como puramente académico, sin necesidad de una práctica clínica. Muchos de ellos creen que practican a través de la supervisión

perforaciones pulmonares; afecta en un segundo grupo la población urbana más afluyente con un promedio de enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y cáncer; y califica como de patología social y ambiental un tercer estadio, cuando empiezan a aparecer problemas asociados con aumento de drogadicción, contaminación ambiental, etc. El hecho de que los países en desarrollo tienen que enfrentarse concomitantemente con los tres diferentes estadios descritos, refuerza la necesidad de que también la educación en salud se desarrolle en un contexto ambiental ampliamente representativo de la problemática que maneja el sistema de salud como un todo.

Conceptos de integración docente-servicio

El término educación docente-servicio, muy de moda en nuestros países latinoamericanos, se aplica a diferentes procesos. Para algunos grupos se trata de una simple estrategia para la relación entre los sectores salud y educación del cual derivan los mecanismos operativos que permiten el funcionamiento del proceso educativo en áreas asistenciales. Muchos de los esfuerzos hechos han estado dedicados a la búsqueda de las relaciones de alto nivel, firma de convenios para definición de áreas a utilizar y poco se dedica a profundizar en el significado del proceso.

A continuación me permito citar algunos conceptos de autores que se han venido interesando por el tema.

Ferreira, en su artículo "El papel del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la enseñanza médica", publicado en la revista Educación Médica y Salud en el año 1976, define integración docente asistencial como la "participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria y un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital de la comunidad, completado a por temporadas breves en hospitales especializados en unidades de referencia. "La incorporación precoz a la realidad profesional para ser el principal estímulo y orientación del proceso de aprendizaje que se desarrolle en forma independiente y bajo amplio control del propio estudiante".

En el relato del seminario de integración docente asistencial llevado a cabo en Brasilia del 2 al 6 de agosto de 1976, se define integración docente asistencial como:

"Unión de esfuerzos en un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la comunidad, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza".

Rodríguez en su presentación "La planificación educativa y los nuevos modelos de formación de personal de salud", en Táchira, en 1978, se refiere al concepto de integración docente-servicio como "un verdadero proceso que incorpora al estudiante desde el inicio de su carrera a la producción de acciones de salud, siendo estas acciones la base fundamental del proceso educacional. La acción (actividad de servicio) exige el desarrollo de un contenido teórico, el que a su vez retroalimenta la acción, pero aún más la enfrenta a problemas que requieren de conocimientos que no existen y obligarían a la organización de la búsqueda de ese conocimiento, es decir, al desarrollo de procesos de investigación. De allí que algunas instituciones conciben este proceso como docencia, investigación y servicio".

Villarreal, al hacer referencia al modelo curricular de la Universidad Autónoma Metropolitana Politécnica de México, define IDA como el conjunto de esfuerzos entre comunidad, universidad y servicio, encaminados a transformar las condiciones de salud de la población. Representa un espacio de acción que permite un acercamiento a la realidad concreta, donde se generan los problemas, la posibilidad de que surjan y se formen profesionales más conscientes y críticos de esa realidad y que en una constante interacción y retroalimentación de ambas instancias, pueda incidirse progresivamente en la transformación de las prácticas que se dan en los servicios.

La IDA representa un medio, un espacio a través del cual puede generarse una práctica en salud que tienda cada vez más a transformar las condiciones de salud de la población, y una práctica docente que también se transforma en la cual ambos resultan beneficiados. El

de los estudiantes. Por otro lado, hay algunas enfermeras de servicio que perciben que no es de su responsabilidad enseñar a los estudiantes. En muchos casos, las enfermeras de servicio presentan una postura de "antiintelectualismo" o "antieducación". Es pues importante examinar las creencias de ambos grupos, así como determinar lo que se entiende por la base del conocimiento que sustenta la práctica, y cómo este conocimiento debe ser identificado, descrito, experimentado y traducido a la práctica.

La falta de entendimiento sobre la administración de servicios de enfermería, de su función de combinar los altos ideales que se tienen sobre la práctica de enfermería con las políticas generales del servicio, las gubernamentales, administrativas y de otros grupos profesionales que afectan dicha práctica, constituyen otra gran barrera. Es importante entonces que educación comprenda todos estos aspectos que afectan la práctica de una determinada institución y esté en posición de influenciar algunas de estas metas.

Otras barreras de tipo general que afectan una adecuada integración son: la organización centralizada de las instituciones de docencia y servicio, el contexto jurídico institucional y la dificultad de movilización de recursos existentes, tanto reales como monetarios.

Se puede resumir que una de las barreras más infranqueables es la actitud de cada una de las personas involucradas en la IDA, actitud en tanto egoísta y poco flexible que retarda el proceso de integración docente asistencial en detrimento del objetivo común y la razón de ser de las acciones de cada una de las partes como es el proveer de salud de calidad a toda la población.

Experiencias curriculares de integración docente asistencial

En los últimos años la integración docencia y servicio y en ocasiones docencia-servicio-integración, ha constituido un criterio tomado como básico en la planeación de innovaciones educacionales de profesionales de la salud; sin embargo son pocos los cambios que han producido un impacto significativo ya que constituyen experiencias aisladas.

Podríamos más bien decir que se ha iniciado una serie de innovaciones (en el caso de enfermería, en 10 países) que se inclinan a mostrar el inicio del proceso y que determinan algunas tendencias importantes a considerar en toda planeación educativa, entre las que citamos:

1. La exposición temprana del estudiante a la práctica de salud y la utilización de todos los niveles de prestación de servicios de salud.
2. Nuevos enfoques en la orientación curricular con base en problemas fundamentales determinados por las políticas de salud y necesidades de la población.
3. Interrelación de las diferentes ciencias con las ciencias sociales, lo que significa el tratamiento de las ciencias en general dentro de un contexto social.
4. Utilización de técnicas y métodos innovadores en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se opta por actividades en pequeños grupos, en las cuales, con algún grado de conducción tutorial se establece un amplio diálogo, manejando elementos de información y alternativa de solución a problemas específicos.
5. Formación de un recurso en estrecha relación con los restantes miembros del equipo de salud, familiarizados con la dimensión social del trabajo.
6. Enfoques hacia orientaciones de atención a grupos poblacionales de la comunidad y no sólo a individuos utilizando los conceptos de atención primaria.
7. Introducción de la actividad investigativa como base del proceso formativo.

Durante la reunión de un grupo de trabajo sobre formación de personal para las estrategias nacionales en salud, llevado a cabo en San Pedro de Sula, Honduras, del 19 al 27 de septiembre de 1983, el grupo señaló algunos elementos básicos a considerar para un diseño de un modelo educativo basado en estudio-trabajo, así:

En la etapa de planeación educacional.

- a) Conceptualización del modelo:

- Definición de integración docencia-servicio por parte de las instituciones involucradas.
- Definición de objetivos comunes entre instituciones docentes y de servicio acerca del tipo de profesional a formar, es decir, del tipo de acciones en salud que se consideren prioritarias en el adiestramiento del recurso humano en formación.
- Tipo de práctica de salud en que el profesional sería orientado en la etapa de implementación.

a) Actividades de aprendizaje:

- Tecnologías que promueven el aprendizaje creador, activo y no repetitivo.
- Utilización de una metodología educativa que provea experiencias de aprendizaje en el trabajo y que genere la necesidad de nuevos conocimientos y destrezas para enfrentar los problemas que encuentra en la práctica de salud.
- Aplicación de tecnología apropiada en la prestación de servicios que se estén utilizando en la actualidad y otras que puedan emplearse en el futuro, de tal manera que constituyan material o instrumentos para aprendizaje, y para generar otras tecnologías.
- Investigación educacional para identificar métodos no convencionales de capacitación, aplicables en el proceso estudio-trabajo; utilización de dichos métodos y reformulación de métodos tradicionales aplicables.
- Aplicación de la enseñanza multidisciplinaria con enfoque de trabajo en equipo.

b) Materiales educativos:

Deben considerarse los materiales bibliográficos existentes, estimulando la producción de materiales educativos nacionales:

- Incorporar al proceso de formación el estudio de los documentos básicos técnicos de las instituciones del sector salud, incluyendo manuales, instructivos, y normas escritas.
- Estimular el diseño y utilización de paquetes de autoinstrucción en áreas específicas.

- Proveer el equipo y material necesario para el trabajo.

En la etapa de evaluación.

- Incluye la valorización de la respuesta ante los problemas de salud del país;
- Evaluación cognoscitiva integral de su aplicación en la situación de trabajo.
- Evaluación del impacto de las acciones del estudiante y del modelo estudio-trabajo.

Estrategias para la implementación del modelo

El grupo de trabajo además propuso algunas estrategias para la implementación del concepto de IDA, considerándose que deben ser motivo de cuidadoso estudio por parte de las instituciones involucradas antes de adoptarlas.

- a) Capacitación del personal docente y de servicio;
- b) Implementación progresiva de un proceso de capacitación permanente en áreas prioritarias, mediante una integración del estudio con el trabajo.
- c) Nuevos enfoques en la estructura organizativa.
- d) Promoción y desarrollo de la investigación educacional y en salud.

A continuación las explicaremos una por una:

- a) Capacitación del personal docente y de servicio:

Una de las estrategias importantes para la implementación de un modelo educacional como el que se propone es la organización de un proceso de capacitación y de educación permanente del personal de los servicios y de las instituciones docentes para la nueva situación, igual que lo ya mencionado respecto a los estudiantes; esta capacitación debe desarrollarse en el área de trabajo donde los participantes afianzarán sus bases cognoscitivas y prácticas a través del quehacer cotidiano, de tal forma que puedan transmitir e intercambiar los conocimientos.

y destrezas para enfrentar los problemas y contribuir a su formación integral como individuos.

b) Implementación progresiva del modelo:

El proceso puede iniciar su ejecución sin que necesariamente se den de inmediato cambios estructurales, a manera de una prueba de campo en un área demostrativa, de acuerdo con las prioridades establecidas dentro del sistema de salud. La implementación requiere de las siguientes etapas:

- Toma de decisiones por parte de los niveles ejecutores y de decisión superior;
- Proceso de sensibilización que promueva la toma de conciencia;
- Garantía de la asignación presupuestaria que responda a las demandas de la implementación del modelo;
- Clasificación cuidadosa, detallada y conjunta por parte de los sectores docente y de servicio;
- Selección de una opción para la implementación gradual;
- Diseño de un modelo de seguimiento, control y evaluación del proceso global;
- Estipulación de los mecanismos legales apropiados que aseguren reconocimiento y validación de un proceso educativo permanente;
- Promover la participación y el apoyo de la comunidad.

c) Enfoques de la estructura organizativa:

Uno de los enfoques que favorecen la IDA es el de nombramientos duales que ayuden a establecer los vínculos entre la teoría y la práctica. Estos nombramientos se basan en lo que Luther Christman define como los 4 componentes del rol profesional: servicios, educación, consultoría, investigación. En el mismo tiempo presentan algunas de las responsabilidades de los profesionales especializados con estos nombramientos conjuntos.

d) Investigación:

La investigación debe darse paralelamente al desarrollo de todo proceso educativo y de atención en salud, y en ese sentido, debe tener un enfoque globalizador e interinstitucional que analice e integre los diferentes elementos del proceso, como partes de un todo. Las áreas que se podrían investigar son:

- Formas de práctica;
- Nuevos enfoques de educación permanente hacia el personal involucrado, enmarcado dentro de las áreas prioritarias definidas;
- Calidad de cuidado;
- Diseños curriculares basados en perfiles educacionales;
- Diseño, selección, producción y utilización de materiales educacionales.
- Formas de abordar IDA.

Conclusiones

El establecimiento de mecanismos de integración docente asistencial requiere de un análisis profundo por ambas partes sobre las metas que persigue esta integración y de cómo cumplirlas. Requiere además de un análisis de la práctica actual de enfermería y de la forma como se está educando al recurso humano por esa práctica. De la definición clara de la participación entre enfermeras de servicio, docentes, estudiantes y comunidad dentro del proceso de atención de salud y del proceso educativo y las responsabilidades de cada uno.

Los mecanismos de integración docente asistencial tienen que establecerse a todos los niveles administrativos y no solamente a nivel de los jefes de enfermería con directores o jefes de programas educativos y deben precisarse proyectos específicos con metas claras a cumplir, retroalimentadas por evaluaciones continuas amparadas por la firma de convenios.

El día que servicios y educación trabajen en un mutuo entendimiento, el porcentaje de

cumplimiento de las metas cuantitativas y cualitativas de ambas partes será más efectivo, la satisfacción será mayor, la práctica de enfermería se enriquecerá, existirá una mejor calidad de atención y a los estudiantes se les proveerá un ambiente adecuado para el aprendizaje.

Cada vez se hace más necesario y trascendental que las enfermeras de servicio y educación trabajen en conjunto en la búsqueda de nuevos horizontes para enfermería. Hasta que esto no suceda, los programas de educación no prepararán profesionales para practicar dentro de una realidad y las enfermeras de servicios no serán capaces de utilizar los conocimientos y habilidades de la nueva profesional al servicio de los pacientes, familia y comunidad.

La atención en salud que se practica en los centros universitarios no es la atención en salud que se practica en el campo. Cumplimos un excelente trabajo entrenando al futuro profesional para cuidar algunos individuos, y un mal trabajo en la educación del futuro profesional para cuidar de todo el pueblo.

Probablemente, sin embargo, los cambios más difíciles y tal vez más importantes para la viabilización del proceso IDA, deben operarse en las actitudes y perspectivas de los agentes involucrados. La nueva realidad de la prestación de servicios y de educación en la cual se atenúan o desaparecen las separaciones entre aprendizaje y trabajo, entre teoría y práctica, etc., exige de los agentes implicados una nueva posición y una nueva conducta. No basta para esto la capacitación técnica, es necesario una capacitación especial, que permita integrarse adecuadamente en el proceso de cambio que IDA significa. Una verdadera "revolución mental" debe ocurrir, formando una masa crítica suficiente para promover y sustentar el proceso de cambio.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. "Recopilación ponencias presentadas en el Segundo Coloquio sobre Ciencia e Investigación en Enfermería", noviembre 12-14, 1981.
2. Ferreira, J.R.: "Misión del Hospital a la luz de las Nuevas Tendencias de la Educación Médica". Reimpreso Educación Médica y Salud 10 (2): 145-149, 1976.
3. Ferreira, J.R.: "Formación de Recursos Humanos para la Medicina del año 2000", Educación Médica y Salud, 17(1): 54-62, 1983.
4. Ferreira, J.R.: "La Necesidad de Colaboración Efectiva entre la Educación Médica y Servicios de Salud", Educación Médica y Salud 15 (2) 154-168, 1981.
5. Manfredi, Maricel: Integración Docente Asistencial: Un Reto. Presentación Jornada Enfermería Seguridad Social, Lima, Perú, 1978.
6. Organización Panamericana de la Salud, Grupo Técnico Nacional de Recursos Humanos para la Salud: "Grupo de Trabajo Formación de Personal para las Estrategias Nacionales en Salud". Informe Final. Honduras, 19-24 de septiembre, 1983.
7. Programa de Preparación. Estrategia del Personal de Salud: "Integración Docente Asistencial". Relato Seminario realizado en Brasilia, 2-6 de agosto, 1976
8. Rodríguez, María Isabel: "La Planificación Educativa y los Nuevos Modelos de Formación de Personal de Salud: El Proceso Integración Docente Asistencial". Taller sobre bases para un programa de formación de personal de salud en el estado de Táchira, San Cristóbal Táchira, 7-9 de junio de 1978.
9. Rasmussen en Debroah L.: "Joint Appointment: A Staff Nurse's View. Journal of Nursing Education.
10. Villarreal, R.D.: Documento Xochimilco Anteproyecto para establecer la Unidad Universitaria del Sur de la Universidad Autónoma Metropolitana, 60 págs., México, D.F., 1974.

LA INTERDISCIPLINARIEDAD

Por Jorge Murcia y Mario Tamayo

El prefijo inter (entre), indica que entre las disciplinas se va a establecer una relación; determinar el tipo de relación nos conduce a un estudio de los niveles de la interdisciplinariedad.

La interdisciplinariedad nace como reacción contra la especialización, contra el reduccionismo científico, o la llamada ciencia en migajas, la cual se presenta en la actualidad como una forma de alienación mental. De la realidad de disciplinas fragmentadas, del objeto de la ciencia despedazado... se proyecta un vacío de valores para la ciencia.

La interdisciplinariedad, al contrario, incorpora los resultados de las diversas disciplinas, tomándolas de los diversos esquemas conceptuales de análisis, sometiéndolas a comparación y enjuiciamiento y, finalmente, integrándolas.

Bien podemos decir que la interdisciplinariedad es una exigencia interna de las ciencias. Una disciplina particular puede ser considerada como un nivel de la ciencia, la cual tiene como objeto observar, describir, explicar y predecir el comportamiento de un sistema de fenómenos, dotados de cierta estructura y el cual obedece a una dinámica que le es propia y que se va desarrollando a medida que este sistema se concreta con otros. En el fondo, podemos considerar que éste es el principio o base de la interdisciplinariedad. Todo fenómeno existente está circunscrito una propiedad de la realidad misma, como conjunto; es decir, está condicionado por el hecho de que los fenómenos estén igualmente interconectados entre sí, dando origen a estructuras de fenómenos más amplios y complejos que sus componentes y estas estructuras, a su vez, se interconectan nuevamente presentando como resultado un cuadro interdisciplinario.

La interdisciplinariedad se presenta entonces como: "Connotación de aspectos específicos de la interacción de las disciplinas.. que, dentro del conjunto, adquiere un sentido propio o matiz de la disciplinariedad".

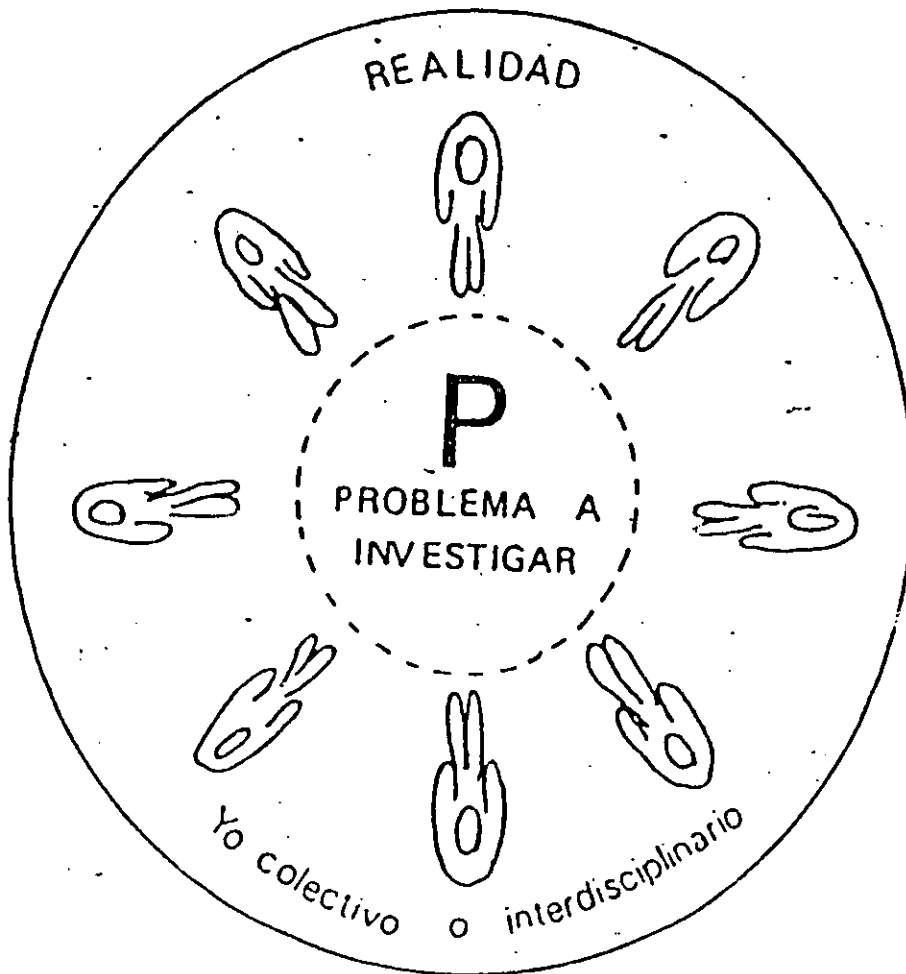
Gusdorf, en la presentación de la obra de Japiassu, nos dice: "La exigencia interdisciplinaria impone a cada especialista que trasciende su propia especialidad, tomando conciencia de sus propios límites, para coger las contribuciones de las otras disciplinas. Una epistemología da complementariedad, o mejor, da convergencia sustituyendo así la disociación".

La característica central de la interdisciplinariedad se desprende del hecho de incorporar los resultados de varias disciplinas, a partir de esquemas conceptuales de análisis, como anotamos al comienzo.

El fenómeno interdisciplinario tiene un doble origen: uno interno, que tiene por característica esencial el remajamiento general del sistema de las ciencias, acompañado de su progreso y su organización; otro externo, caracterizado por la movilización cada vez más extensa del saber, y la multiplicidad creciente de especialistas.

Piaget, en 1973 presenta, en la Universidad de Ginebra, la siguiente declaración: "Nada nos obliga a dividir lo real en compartimientos, estancos o capas simplemente superpuestas, correspondientes a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas. Por el contrario, todo nos obliga a comprometernos en la investigación de la interacción y de los mecanismos poco comunes. La interdisciplinariedad deja así, de ser un lujo o un producto de ocasión para convertirse en la condición misma del progreso de las investigaciones. La fortuna relativamente reciente de ensayos interdisciplinarios no nos parece, pues, debida ni al azar de las modas ni -no solamente- a las presiones sociales que imponen los problemas cada vez más complejos, sino a una evaluación interna de las ciencias.

El concepto de interdisciplinariedad está dado por la integración de disciplinas, y constituye un proceso dinámico en la forma de ver, acercarse, conocer y tratar un problema, desde el punto de vista de integración disciplinar y por tal podremos considerarlo como objetividad disciplinar; hace desaparecer el Yo profesional en la integración disciplinar, lo que da como resultado el Yo colectivo o Yo interdisciplinario.



Objetivos de la interdisciplinariedad:

- Fomentar una integración de las ciencias particulares (disciplinas) en la solución de problemas reales.
- Integrar el conocimiento, su metodología, sus tácticas y la realidad misma, en un sistema que propicie el desarrollo de la ciencia y el de la sociedad.
- Mostrar la coordinación y participación de las ciencias particulares en sus niveles filosóficos, epistemológicos y metodológicos, en el planteamiento a la solución de problemas.
- Inducir la formación de profesionales que busquen la síntesis del conocimiento dentro de los conceptos epistemológicos e interdisciplinar.

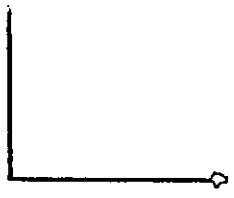
- Ofrecer alternativas de solución a problemas presentes racionalizando recursos disciplinarios, para que la integración disciplinar (interdisciplinariedad) nutra y proyecte en la realidad.

Por tanto, no podemos ignorar que la interdisciplinariedad es una metodología para responder al desarrollo de la ciencia y que es el fundamento necesario para la creación y avance de nuevas disciplinas, de las cuales surgirán nuevos problemas y relaciones interdisciplinarias cada vez más complejas.

1.4.4. Tipos de interdisciplinariedad

A partir de los diferentes niveles de la interdisciplinariedad, el investigador podrá determinar el tipo con el cual habrá de trabajar, según el nivel en que se ubique. El gráfico siguiente nos presenta los tipos de interdisciplinariedad.

TIPOS DE INTERDISCIPLINARIEDAD:



- Auxiliar
- Instrumental
- Estructural
- Conceptual
- Operativa
- Metodológica
- Limítrofe
- Teórica
- Compuesta

- Interdisciplinariedad auxiliar:

Se presenta cuando una disciplina recurre, permanente u ocasionalmente, a los métodos de otra u otras para el logro de su propio desarrollo.

Ej: La estadística

A la cual recurren otras disciplinas a fin de investigar, realizar mediciones o evaluaciones.

- Interdisciplinariedad instrumental:

Se presenta a partir de ciertos instrumentos metodológicos aplicables a diversas disciplinas y que llegan a constituirse en objeto de estudio independiente. (Suele ocurrir con algunos modelos o diseños).

- Interdisciplinariedad estructural:

Se presenta a partir del estudio de estructuras comunes que permiten estudiar conexiones en hechos distantes, catalogados en disciplinas distintas. Ej: Cuando una ley que explica un grupo de fenómenos se transfiere a otras áreas.

- Interdisciplinariedad conceptual:

Cuando a partir de un concepto de carácter genérico, independiente de una disciplina específica, hacemos claridad de fenómenos presentados en la realidad y que pueden ser estudiados por diversas disciplinas.

- Interdisciplinariedad operativa:

Cuando el fenómeno de estudio debe ser analizado por especialistas distintos a la disciplina y método en que han surgido, es decir, que se amplía el margen de fuentes de información. Ej: Los estudios ecológicos o de salud.

En un diseño de interdisciplinariedad operativa es necesario establecer estrechas conexiones y utilizar variedad de materiales, que nos podrían presentar la posibilidad de una nueva disciplina o conjunto de disciplinas, de tal forma que de ello podría resultar una nueva profesión.

- Interdisciplinariedad metodológica:

Se presenta cuando el punto de partida o convergencia entre varias disciplinas es el método de trabajo, el cual facilita la interpretación de la realidad. La investigación interdisciplinaria a partir del método unifica criterios y reúne lo que en las disciplinas aparece disperso.

- Interdisciplinariedad limítrofe:

Se presenta cuando los métodos o contenidos de dos o más disciplinas tratan un mismo tipo de fenómenos, considerados bajo puntos de vista propios de cada disciplina y

presentando margen de coordinación, de posible transferencia de leyes, principios o estructuras de una a otra disciplina.

- Interdisciplinariedad teórica:

Cuando una disciplina considera que los principios, leyes, axiomas y teorías han alcanzado niveles científicos más elevados que otros, y por tal razón tratan de configurarse según los modelos de esta disciplina.

- Interdisciplinariedad compuesta:

Se conforma para la búsqueda de solución de problemas de alta complejidad (ecológicos, demográficos, seguridad social, etc) en los cuales deben intervenir diversas disciplinas, a fin de proyectar las alternativas de solución para el problema planteado. Con la intervención de las disciplinas se pretende lograr una integración que puede ir desde la comunicación, procedimental o epistemológica.

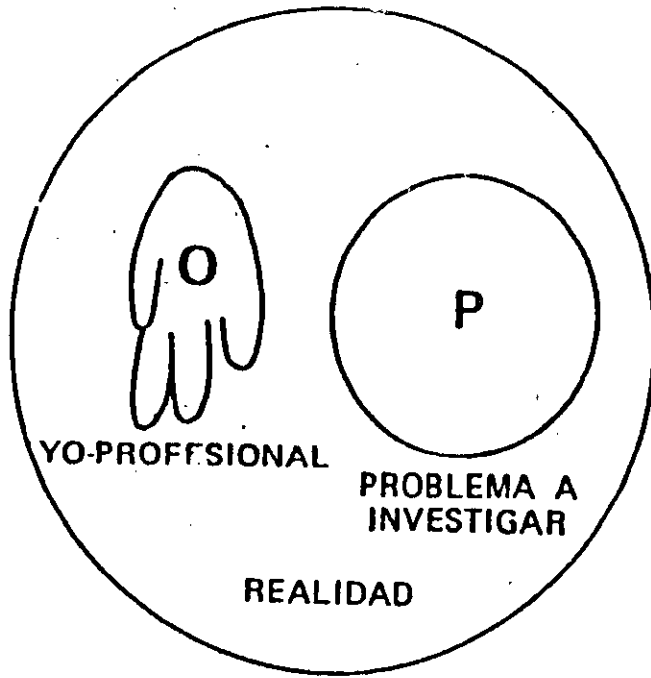
Este tipo de interdisciplinariedad se conoce igualmente con el nombre de teológica, normativa o restrictiva.

Es la que más conviene a los niveles de investigación aplicada.

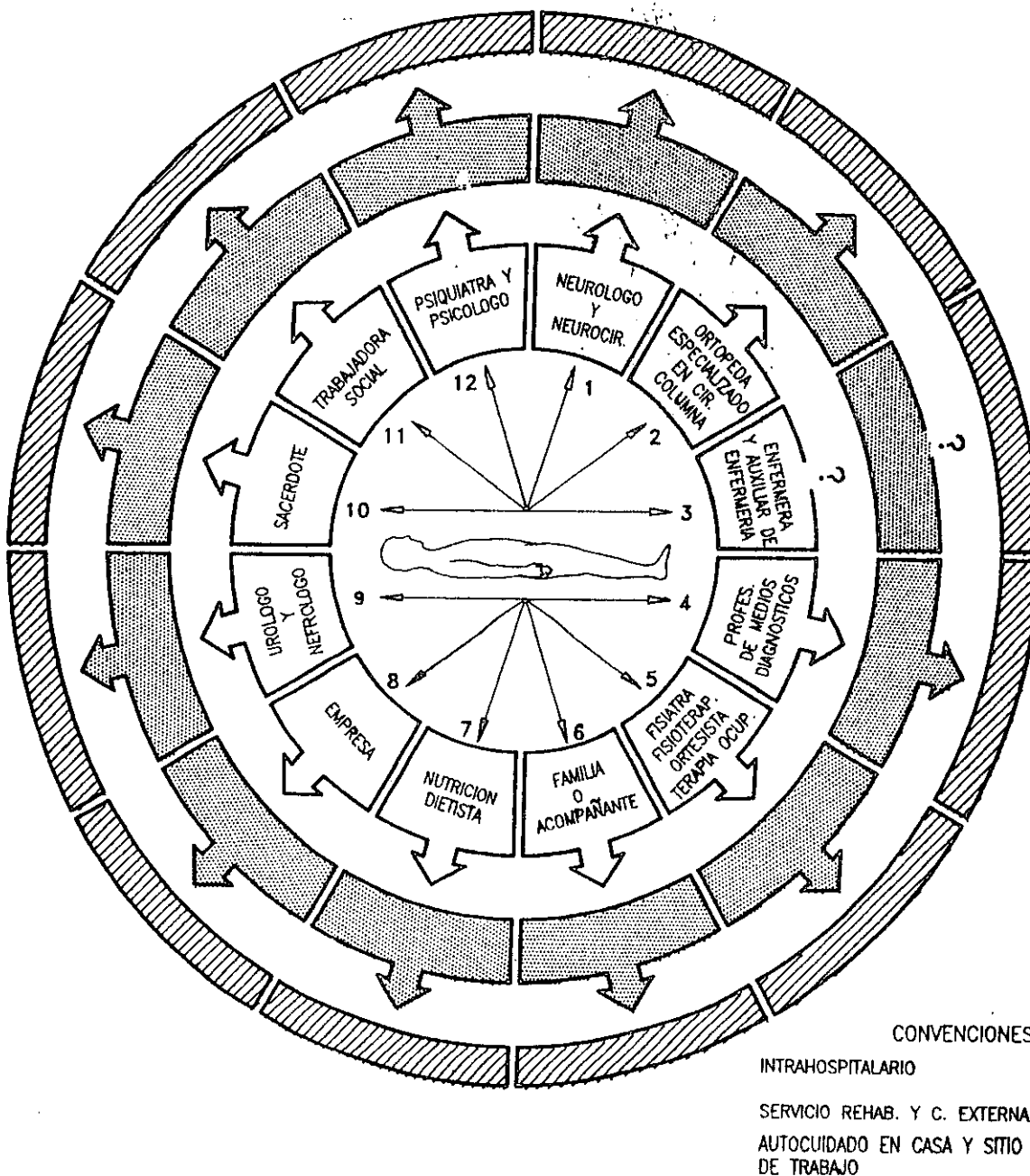
1.4.5. Elementos del sistema interdisciplinario

La interdisciplinariedad es considerada como un proceso dinámico que busca proyectarse, con base en la integración de varias disciplinas, para la búsqueda de soluciones a problemas de investigación, por lo cual, excluye la verticalidad de las investigaciones interdisciplinarias como proceso investigativo.

El concepto de verticalidad de la ciencia o del conocimiento está dado por cada especialidad o disciplina particular, y es considerada como una forma de ver, acercarse, conocer, tratar un problema, desde el punto de vista de una disciplina, por lo cual podemos considerarlo como subjetivismo disciplinario.



AGENTES TERAPEUTICOS DE AUTOCUIDADO O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN EL MANEJO DEL PACIENTE PARAPLEJICO



A continuación se presenta el siguiente ejemplo: Es un EJEMPLO GRAFICO, cotidiano y con enfoque interdisciplinario del Hospital Universitario de Cartagena, de una ENTIDAD TRAZADORA: "Enfermedades del Sistema Nervioso" LA PARAPLEJIA.

Su TAREA consiste en:

1. Identificar a la enfermera
2. Aplicar el marco conceptual de la interdisciplinariedad, énfasis, objetivos, principios y características.
3. Qué elementos del gráfico eliminaría y cuáles adicionaría? Por qué?

GUIA 8

UNIDAD II: Historia de la Enfermería Contexto Internacional, y Nacional.

TEMA: Desarrollo histórico de la Enfermería Internacional y Nacional.

OBJETIVOS: Al finalizar el Seminario sobre el desarrollo histórico de la Enfermería, el estudiante de Introducción a la enfermería estará en capacidad de identificar y enunciar:

1. Epoca histórica y situación geográfica.
2. Eventos sociales, políticos, económicos, científicos y tecnológicos mas relevantes.
3. Tendencia filosófica predominante
4. Características y tendencias de la práctica de Enfermería y Educación de Enfermería.
5. Teorías y Modelos de Enfermería predominantes
6. Organismos rectores y legislación de Enfermería en Colombia.
7. Perfiles ocupacionales, profesionales y vocacionales.
8. Instituciones asistenciales y educativas mas relevantes.
9. Enfermeros asistenciales y Educadores sobresalientes

ESTRATEGIA: Seminario

TIEMPO: 8 horas

Sesiones del seminario:

1. La enfermería en la Edad Antigua y Prehistoria
2. La Enfermera en la Edad Media y Conquista
3. La Enfermería en la Edad Moderna y Colonia
4. Características y tendencias de la práctica de Enfermería y Educación de Enfermería.
5. Teorías y Modelos de Enfermería predominantes.

6. Organismos rectores y legislación de Enfermería en Colombia.
7. Perfiles ocupacionales, profesionales y vocacionales.
8. Instituciones asistenciales y educativas mas relevantes.
9. Enfermeros asistenciales y educadores sobresalientes.

ESTRATEGIA: Seminario

TIEMPO: 8 horas

Sesiones del seminario:

1. La Enfermería en la Edad Antigua y Prehistoria
2. La Enfermera en la Edad Media y Conquista
3. La Enfermería en la Edad Moderna y Colonia
4. La Enfermería en la Edad Contemporánea e Independiente 1788 - 1819.
5. La Enfermería en la Edad Contemporánea y República 1819 - 1940
6. La Enfermería en la Década 1950.
7. La Enfermería en la Década 1960.
8. La Enfermería en la Década 1970.
9. La Enfermería en la Década 1980.
10. La Enfermería en la Década 1990 y año 2.000.

INSTRUCCIONES

Para que el grupo sea efectivo en su aprendizaje es necesario seguir las siguientes recomendaciones:

1. Auto asignarse una de las 10 sesiones.
2. Elegir un Coordinador por cada sesión, diseñar Plan general y presentarlo al profesor para su aprobación.
3. Elegir secretario o relator

- 4. Leer la estrategia de Seminario y seguir las instrucciones (planeación, organización, ejecución y control)
- 5. Asignar subtemas a los grupos de trabajo
- 6. Leer la información de la Unidad I a medida que avanza el programa y aplicar a su sesión.
- 7. Revisar sus notas de Historia Universal del Bachillerato y la Bibliografía asignada para cada sesión.
- 8. Preparar el Seminario en forma oral y escrita con tiempo, según el objetivo (9 puntos)
- 9. Venir a donde el profesor para oír sugerencias si hay dificultades.
- 10. Exponer el seminario el día y hora que corresponda en la parcelación, tenga presente las funciones de ejecución y control

11. La Evaluación oral tendrá los siguientes valores:

- Selectividad de la información	2.5
- Dominio del tema	1.0
- Diseño de ayudas y manejo	1.0
- Respuestas a las preguntas	0.5

	5.0

12. La evaluación escrita tendrá los siguientes valores:

- Selectividad de la información	2.5
- Coherencia	1.0
- Aplicación de la técnica de ICONTEC	1.0
- Bibliografía	0.5

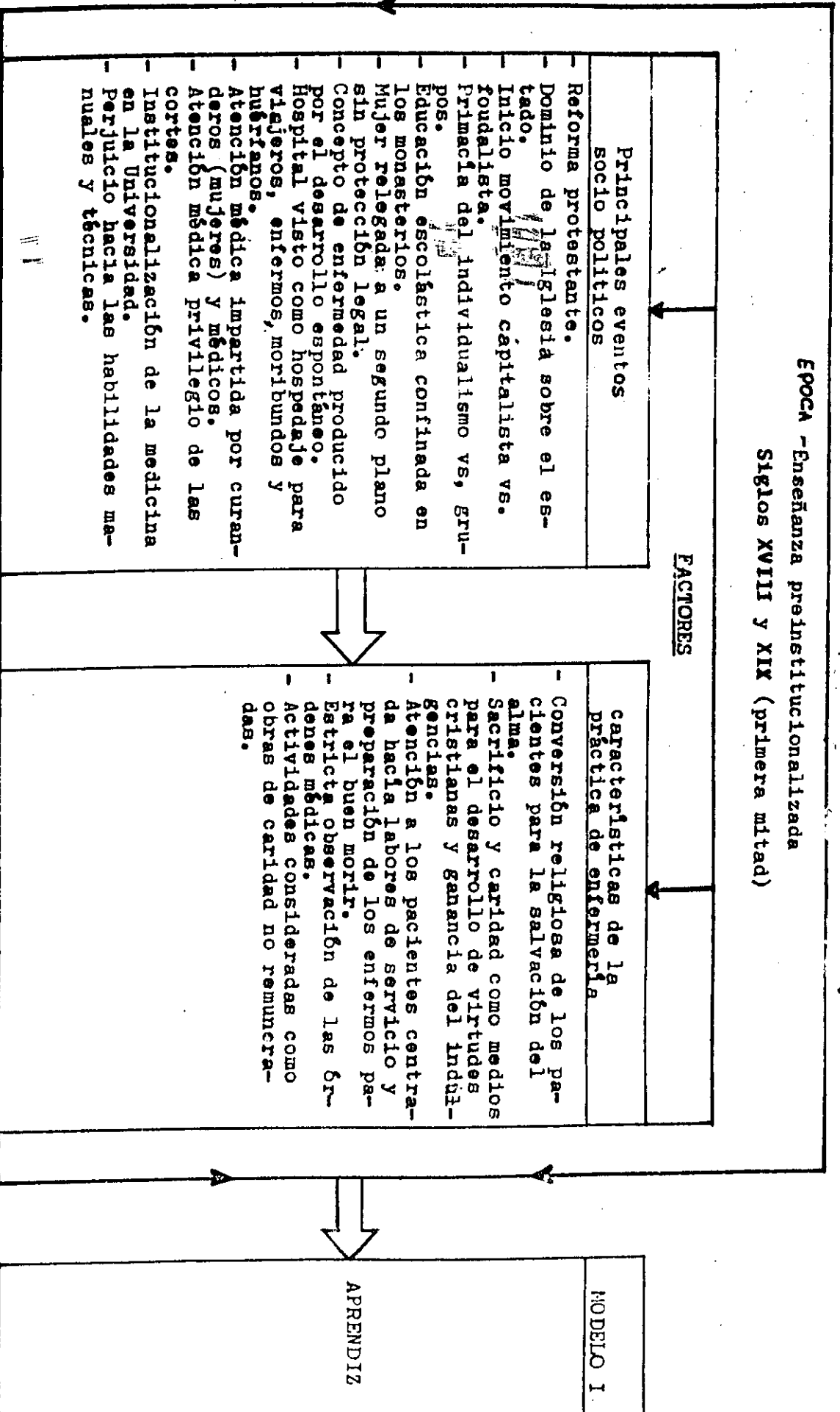
	5.0

Las dos notas se promedian y da el valor del seminario.

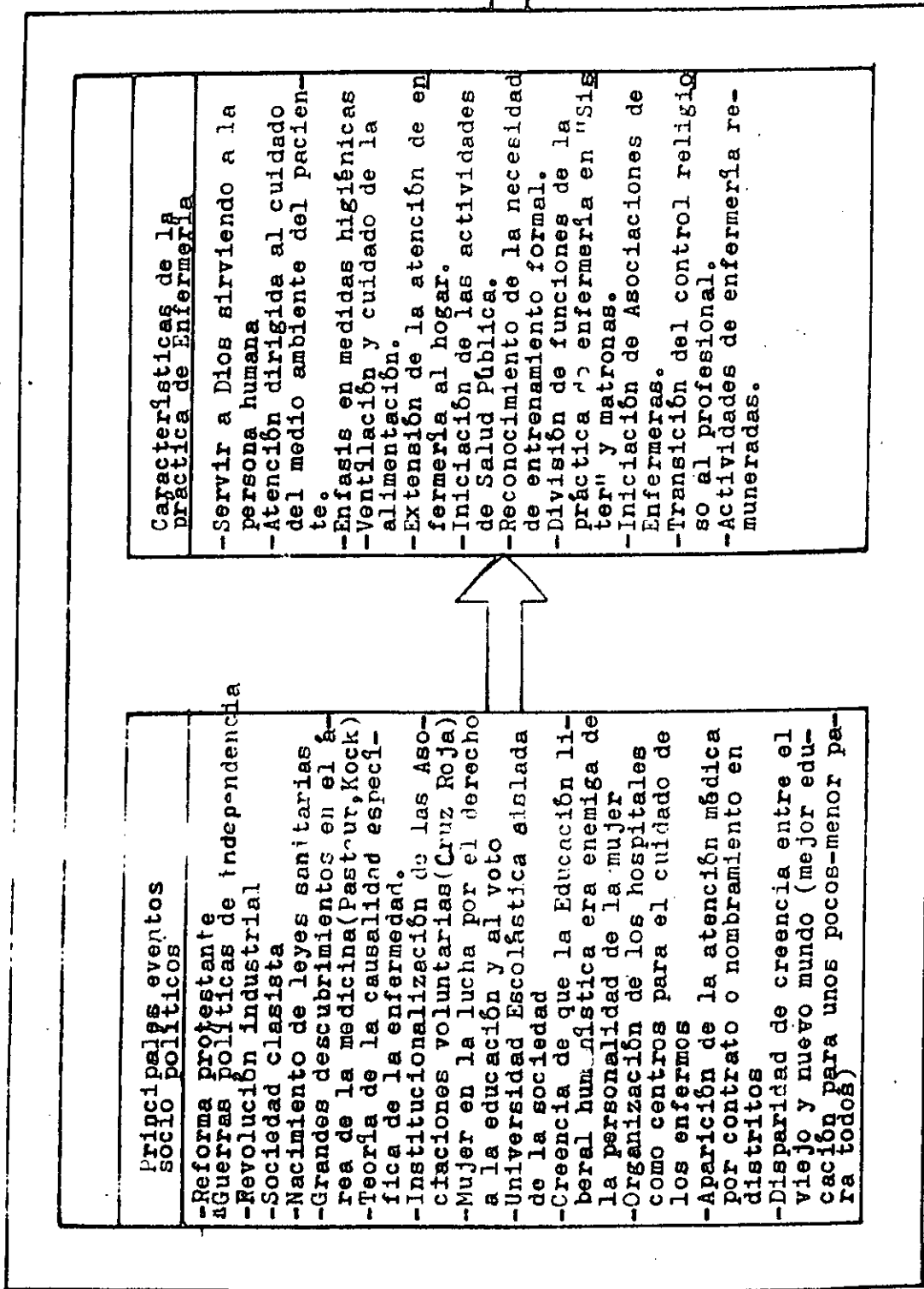
CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Por: Evelyn R. Barritt

EPOCA - Enseñanza preinstitucionalizada
Siglos XVIII y XIX (primera mitad)



EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA



Principales eventos socio politicos

- Reforma protestante
- Guerras politicas de independencia
- Revolución industrial
- Sociedad clasista
- Nacimiento de leyes sanitarias
- Grandes descubrimientos en el área de la medicina (Pasteur, Koch)
- Teoría de la causalidad específica de la enfermedad.
- Institucionalización de las Asociaciones voluntarias (Cruz Roja)
- Mujer en la lucha por el derecho a la educación y al voto
- Universidad Escolástica aislada de la sociedad
- Creencia de que la Educación liberal humanística era enemiga de la personalidad de la mujer
- Organización de los hospitales como centros para el cuidado de los enfermos
- Aparición de la atención médica por contrato o nombramiento en distritos
- Disparidad de creencia entre el viejo y nuevo mundo (mejor educación para unos pocos-menor para todos)

Características de la práctica de Enfermería

- Servir a Dios sirviendo a la persona humana
- Atención dirigida al cuidado del medio ambiente del paciente.
- Enfasis en medidas higiénicas
- Ventilación y cuidado de la alimentación.
- Extensión de la atención de enfermería al hogar.
- Iniciación de las actividades de Salud Pública.
- Reconocimiento de la necesidad de entrenamiento formal.
- División de funciones de la práctica de enfermería en "Sister" y matronas.
- Iniciación de Asociaciones de Enfermeras.
- Transición del control religioso al profesional.
- Actividades de enfermería remuneradas.

MODELO II

HOSPITALARIO

ESCUELA NIGHTINGALE Y AMERICANA

1.860

24 de Junio

MODELO DE APRENDIZ

Mujeres
con
educación
mínima
laicas o
religiosas

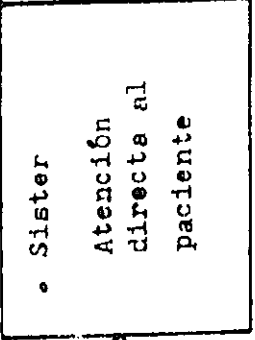
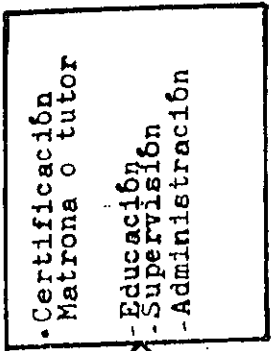
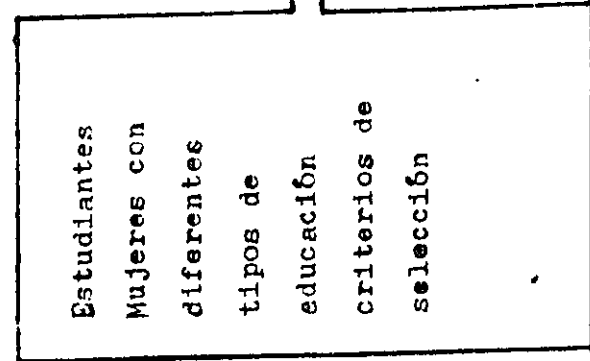
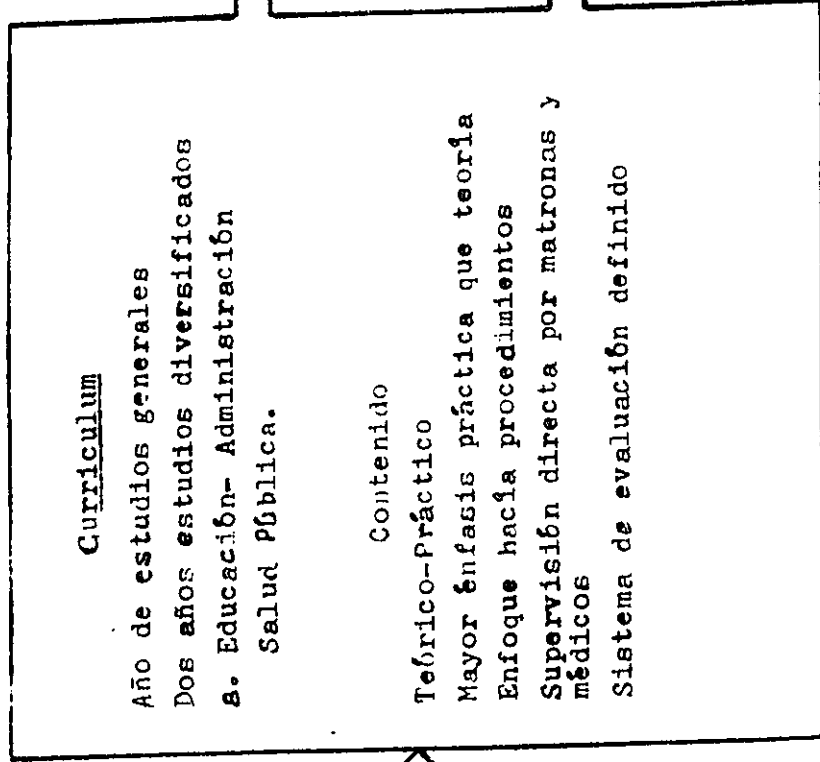


FORMACION
EMPIRICA
AFRENDIZAJE
HACIENDO



Religiosas
o laicas
entrenadas
en atención
de enfermos

MODELO - EDUCACION HOSPITALARIA



EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA

MODELO HOSPITALARIO DE SERVICIO

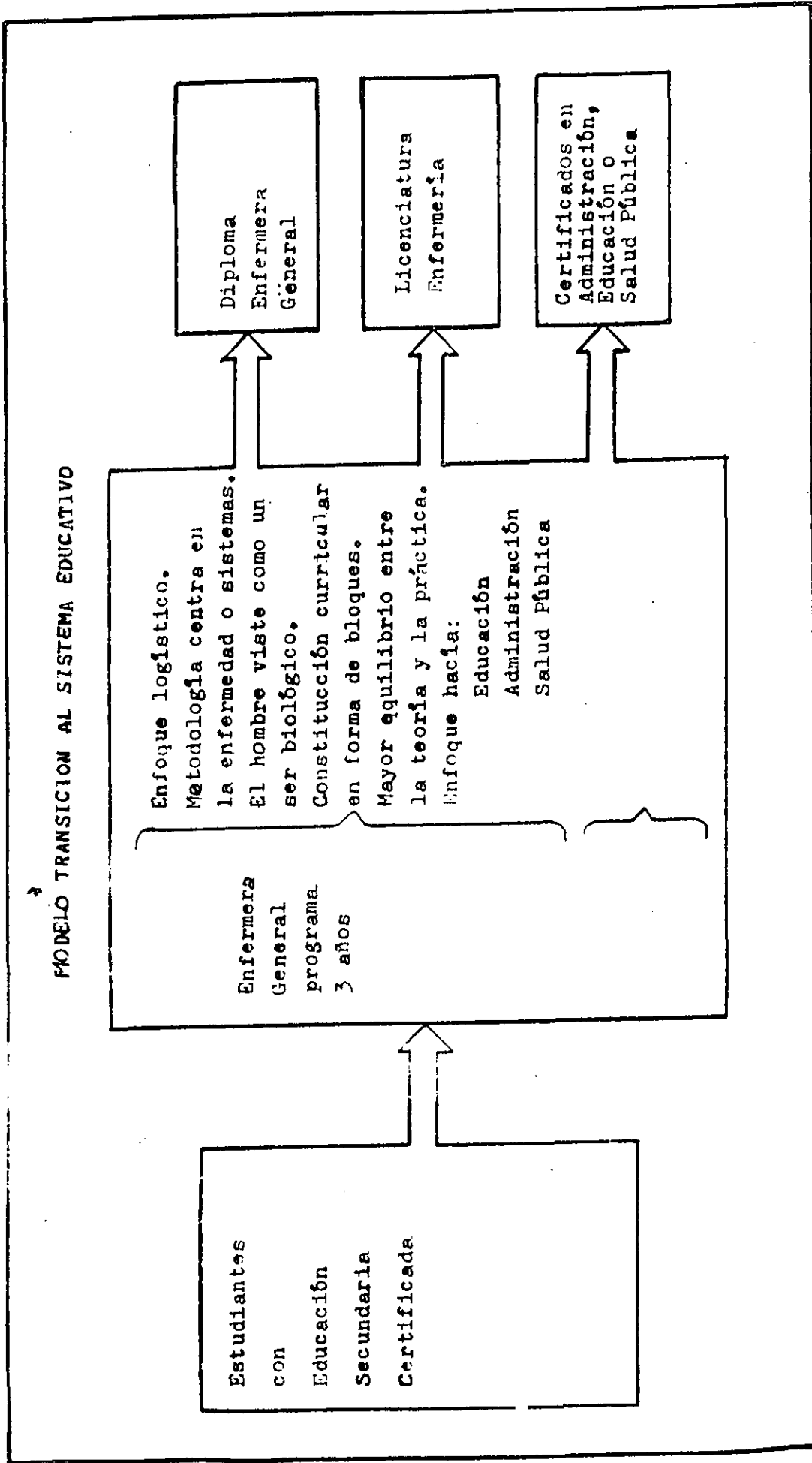
Estudiantes
con el
mismo tipo
de
preparación.
(Educación
mínima)

- Curriculum
- Standardizado (Guía curricular)
 - Duración: 3 años
 - Mayor énfasis a la práctica que la teoría.
 - Teoría concentrada en el primer año.
 - Dos años restantes práctica
 - Enfoque hacia procedimientos
 - Profesores jefes de sala de servicios y médicos.
 - Requisitos de admisión: sistemas de evaluación no muy bien definidos
 - Iniciación de cursos post-básicos.

Diploma
Enfermera
Certificación
Legal.

Certificado
post básico

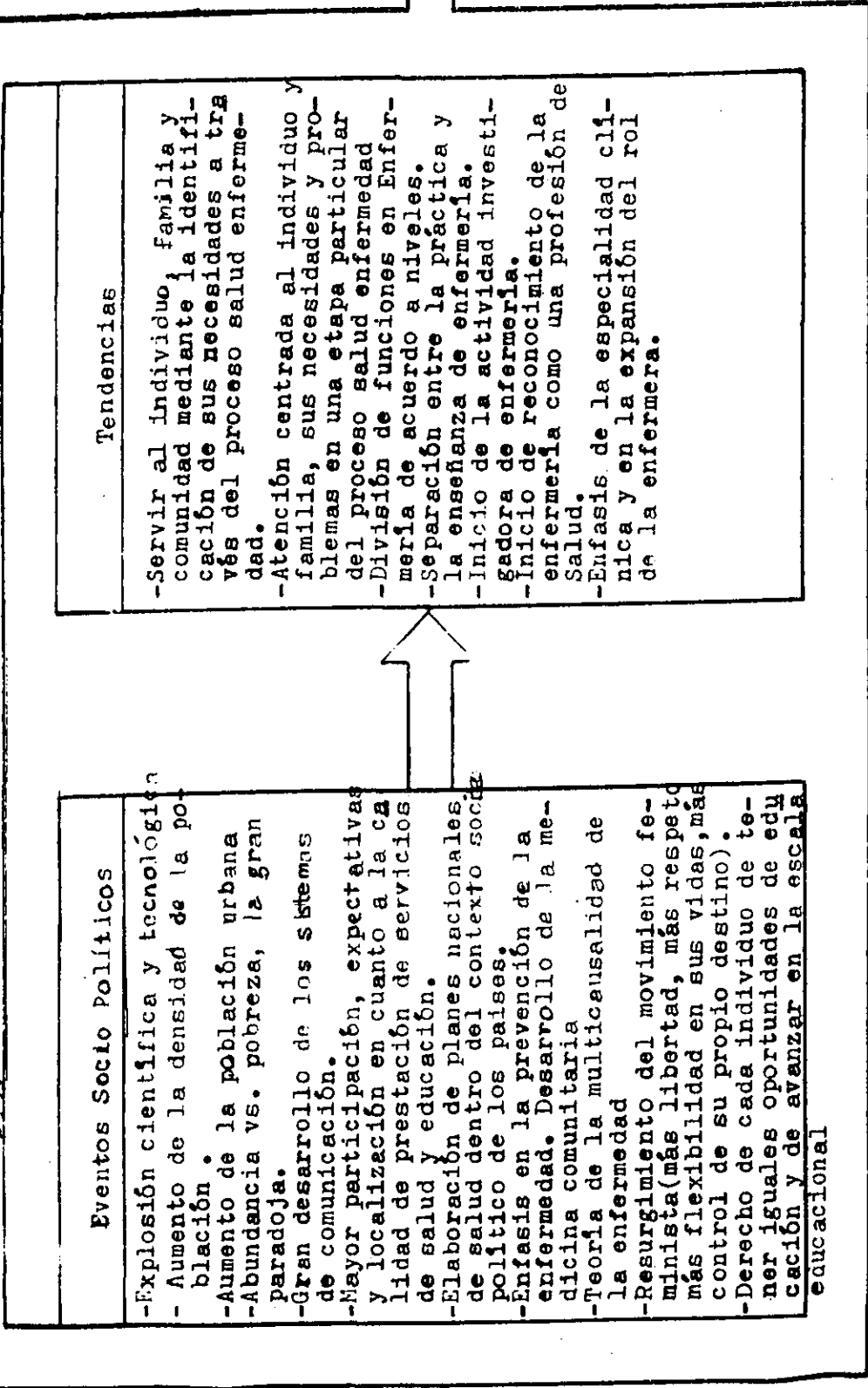
EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA



EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA

EPOCA: Integración al Sistema Educativo (Post-guerra)

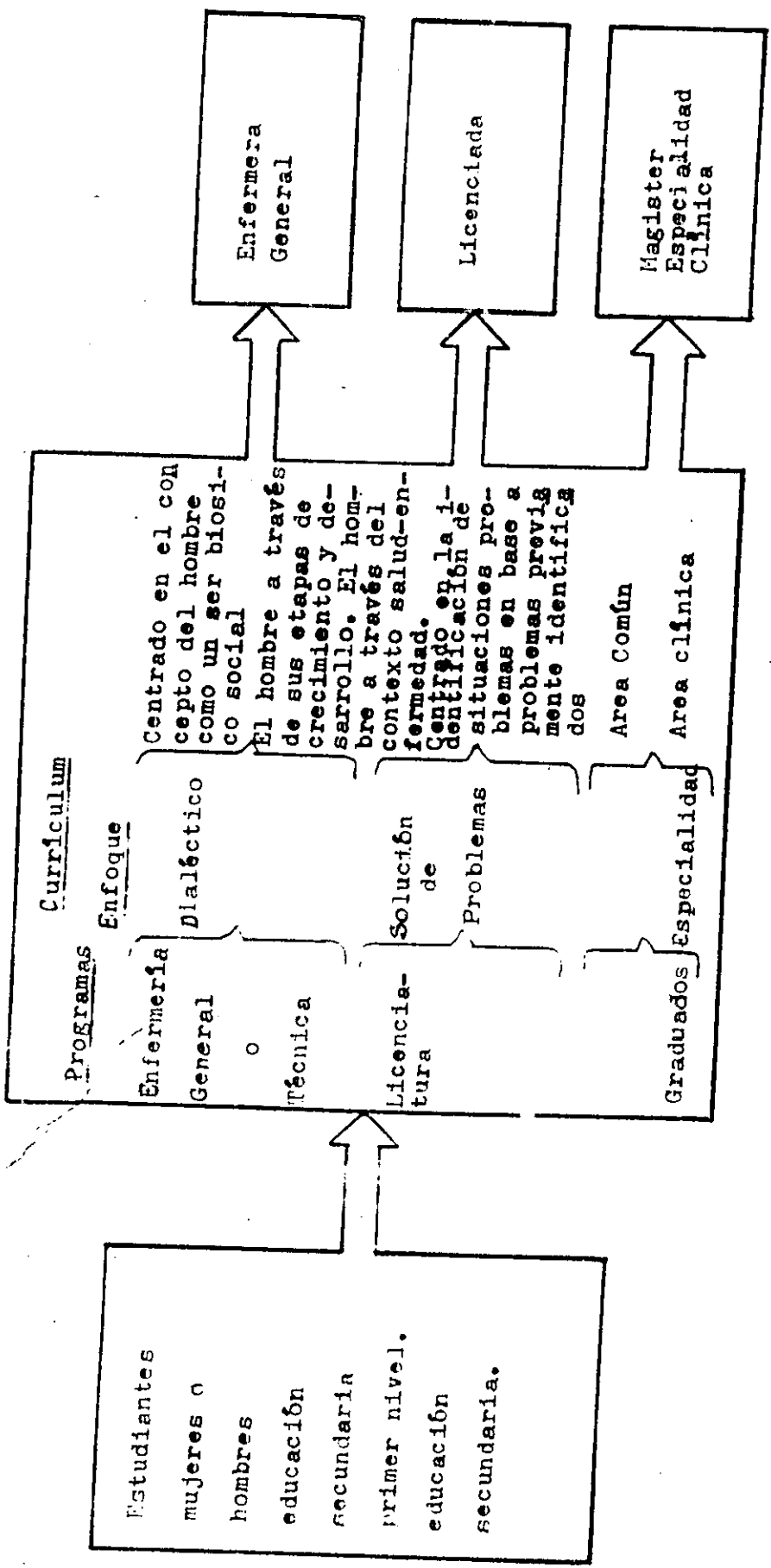
1950 -



MODELO IV
ACADEMICO
PROFESIONAL
TECNICO
VOCACIONAL.

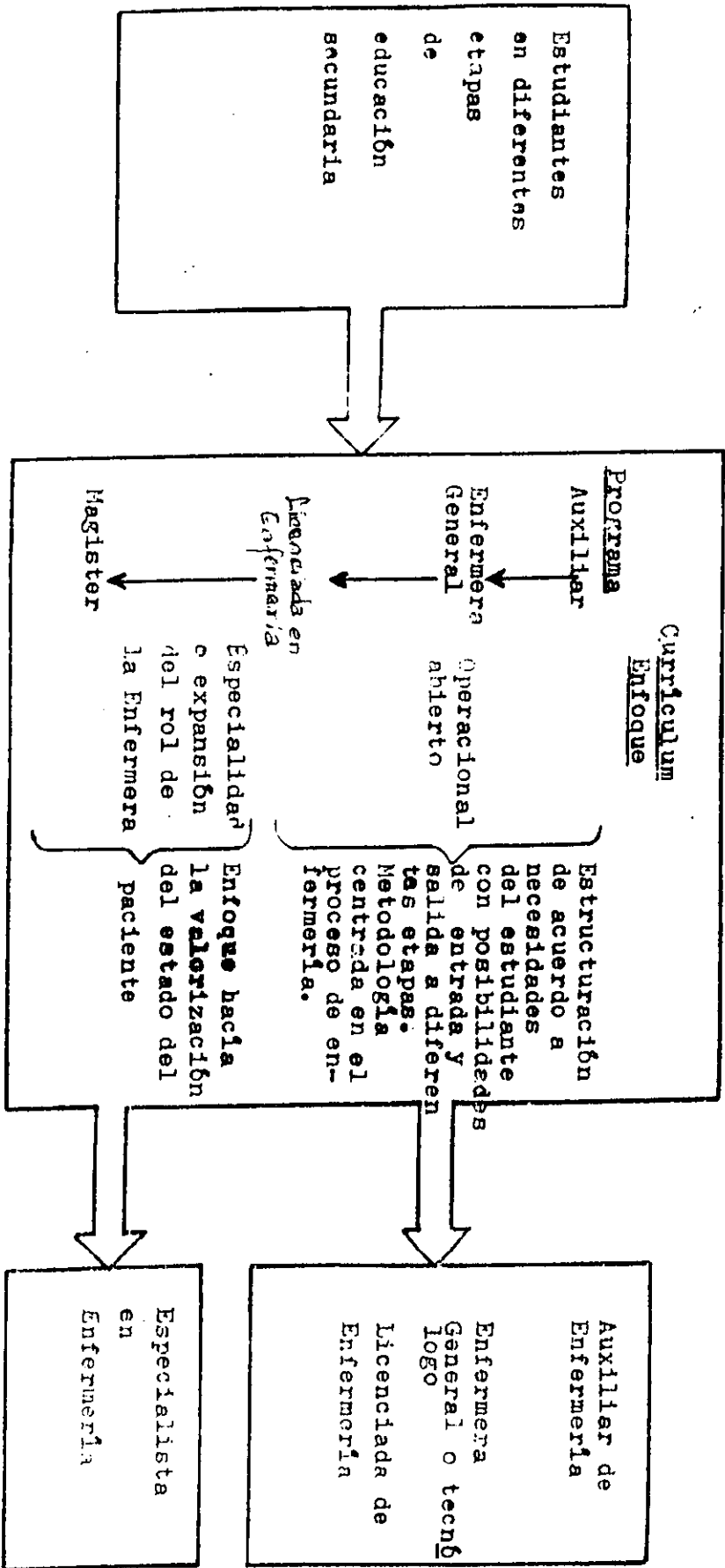
EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA

MODELO - INCORPORACION AL SISTEMA EDUCATIVO



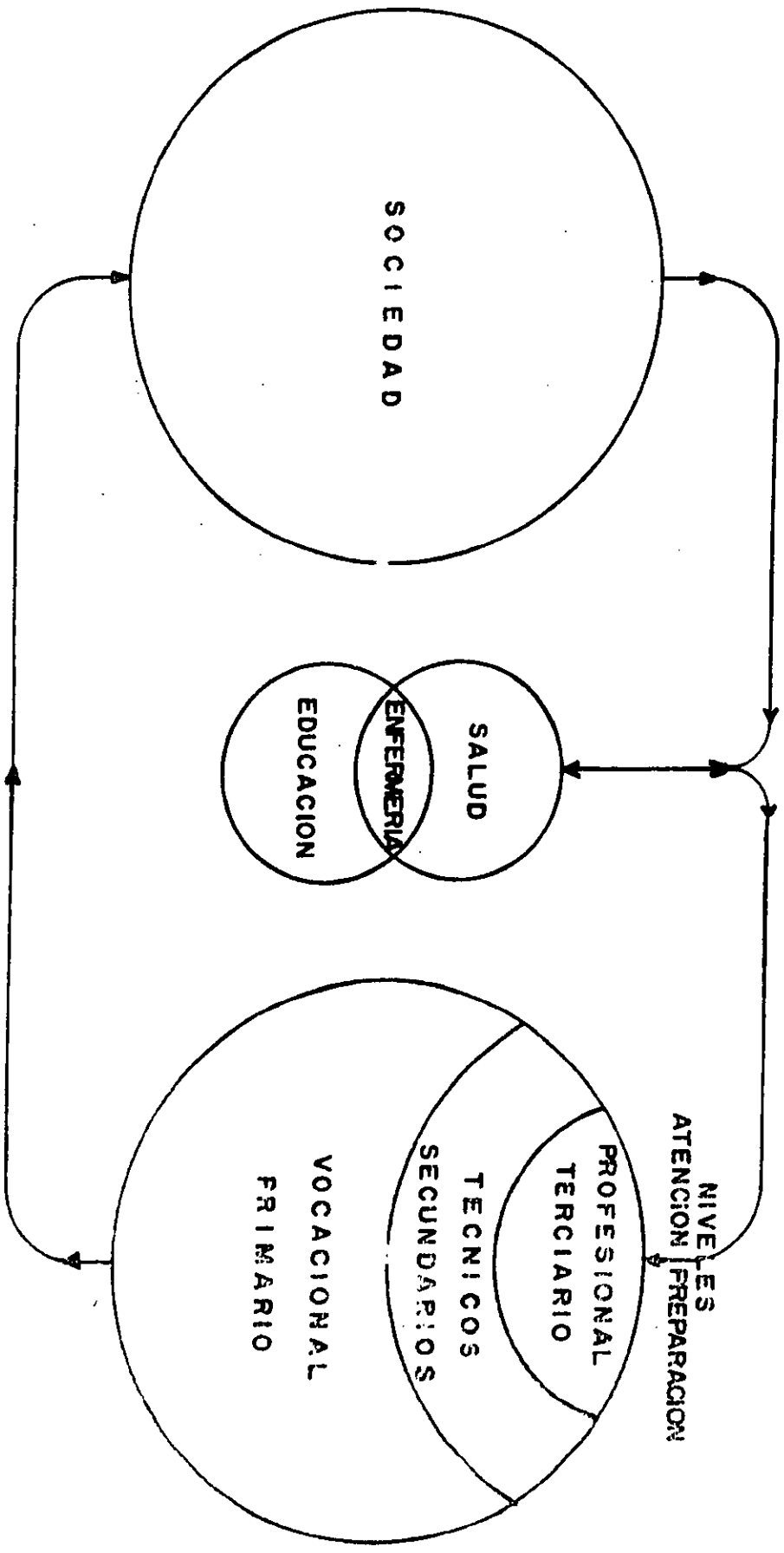
EVOLUCION DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA

MODELO- OPERACIONAL ABIERTO



OPERACION DE INTEGRACION DOCENCIA Y SERVICIO

MODELO 6



Dib. E. de Lora

UNIDAD II.

TEMA: Historia de la Enfermería, Ideales y Tradiciones de la profesión de enfermería.

IDEALES:

1. **De pureza y devoción:** Tuvo su origen en el tiempo del rey Asoka (370 - 230 A.J.C.) en el que exigía: "El Enfermo debe ser inteligente, puro en cuerpo y mente, listo, paciente y bondadoso".
2. **Cristiano:** Heredado de los principios de la era cristiana, el segundo mandamiento de las tablas de la ley, y la regla de oro hecha por el papa Gregorio XII.
3. **De servicio:** Aunque podemos decir que es de tipo cristiano. Sin embargo partió de las primeras civilizaciones (sumarios).
4. **Etico:** También en tiempos del rey / Asoka, en la India, y de Hipócrates, en Grecia.
5. **Científico:** Del Hospital monte casino (San Benito, 529, D. J. C.) que fué durante muchos años el centro de la Evolución Científica, siendo la primera institución en la que se llevó a cabo la visita médica.
6. **Humanitario:** Desde el principio de la humanidad, el que se vió reforzado con el advenimiento de Cristo.
7. **Del renunciamiento de la vida fácil:** Se originó de las órdenes religiosas.
8. **Militar:** Heredado de Moisés y más tarde de las Cruzadas.

TRADICIONES:

1. **Investidura:** data de tiempos de las cruzadas, en que se implantó la investidura de los caballeros cruzados (1096).
2. **Ceremonias rituales:** Son de la época de las cruzadas, la edad media y de Florencia Nightingale.
3. **Recepción de las alumnas de primer año:** Se originó en la edad media y época de Florencia Nightingale.
4. **Juramento de Florencia Nightingale**
5. **Imposición de placas y medallas:** También de las épocas de las cruzadas.
6. **No atender a enfermos varones:** Costumbre de la edad media.
7. **Abnegación hasta el sacrificio:** Nació en la era cristiana, reforzada en la edad media.
8. **Militares:**
 - a. Administración vertical, que tuvo su origen entre los siglos XII y XIII
 - b. Filantrópica, con las cruzadas
 - c. Disciplinaria, con las cruzadas.
 - d. Insignias, con las cruzadas.
9. **Literarias:** Muy relativa en Enfermería, en Iberoamérica, escasa, se inició con el libro Notes en Nersing, de F. Nightingale.
10. **Educacionales:** Planeada por F. Nightingale.
 - Planear
 - Ordenar
 - Ejecutar

3. EVALUACION FORMATIVA DEL MATERIAL DE INSTRUCCION DE LA ASIGNATURA DE INTRODUCCION A LA ENFERMERIA.

La evaluación formativa del material de Instrucción es un proceso mediante el cual el educador recopila datos que le sirven para mejorar la eficiencia y la eficacia del material que emplea (guías y materiales de estudio) en su labor docente.

OBJETIVOS

- Registrar la reacción de los estudiantes ante el material de instrucción.
- Identificar los puntos débiles y fuertes de la estructuración de las estrategias, guías y material de estudio para hacer los correctivos en 1993.

INSTRUCCIONES

A continuación usted encuentra los siguientes interrogantes (indicadores) para medir la calidad del material de instrucción (guías y material de estudio). HAGA los siguiente al finalizar cada clase:

- LEA LOS INDICADORES DE EVALUACION y el significado de los cuantificadores (Si, Parcial, No) y DETERMINE el apropiado (Sea justo y honesto).
- Aplique lo anterior a cada guía y material de estudio correspondiente. SE RECOMIENDA no posponer la evaluación.

SIGNIFICADO DE LOS CUANTIFICADORES (INDICADORES) Y SIMBOLOS.

(V) Si. Está de acuerdo, pero desea cambio. UTILICE la columna de OBSERVACIONES, Por qué desea el cambio y dé sugerencias. (-) No. Está presente, pero desea que no se incluya más. UTILICE la columna de observaciones para decir Por qué no desea que incluya más y PROPONGA el cambio.

ANNEXOS

ANEXO 1. EVALUACION DE CUALIDADES PERSONALES Y PROFESIONALES DE LA ESTUDIANTE DE INTRODUCCION A ENFERMERIA

NOMBRE: _____ No DE ORDEN: _____

No DE GRUPO: _____

FECHAS _____

OBJETIVOS:

En su desempeño como estudiante debe demostrar una actitud positiva mediante la aplicación oportuna de sus cualidades personales y profesionales.

Desarrollar la capacidad de autoevaluación mediante la reflexión de sí mismo y de grupo para tomar conciencia ética de su realidad como estudiante y participante de un grupo, como también de sus aptitudes destacadas, deficiencia en el estudio e insuficiente atención.

VALOR

10%

CRITERIOS

Excelente	E
Bueno	B
Aceptable	A
Deficiente	D

INSTRUCCIONES

INDIVIDUAL

1. Lea primero todo el formato de evaluación.
2. Lea cuidadosamente cada indicador, autoasígnese la letra que usted crea, sea justo y honesto y anótelos en la casilla de individual, para cada unidad (total 2 evaluaciones)
3. Totalice todos los indicadores en E, B, A, D.
4. Con base en lo anterior proponga nuevas metas para llegar a la excelencia.

GRUPO DE TRABAJO

5. Elegir un Coordinador y un secretario.
6. El coordinador selecciona al evaluado y luego todos proceden a evaluarla, sea justo y honesto. Anote el promedio de letras en la casilla de grupo.
7. El Coordinador y Secretario totalizan después cada formato y entregan al profesor el formato.
6. Escriban observaciones de grupo par individualizar más la evaluación.

Indicadores	Unidades	Percepción	Grupos			Observaciones
			Individual	I	II III	
a.	Cualidades Personales					
1.	Relaciones interpersonales con:					
1.1	Profesores					
1.2	Compañeros de grupo					
2,	Cooperación					
3.	Participación (activo, indiferente, negativo).					
4.	Salud física					
5.	Salud mental:					
5.1	Emotividad (equilibrado, inestable, exitable, incensible).					
5.2	Humor					
5.3	Optimismo (pesimista)					
6.	Iniciativa:					
6.1	Surgiere nuevas formas de actuar					
6.2	Acepta nuevas formas					
6.3	Rutinario					
7.	Cumplimiento de horario					
7.1	Asistencia a clases					
7.2	Trabajos de clase					
7.3	Entrega de trabajos escritos					

Indicadores	Unidades	Percepción	Individual			Grupos			Observaciones		
			I	II	III	I	II	III	I	II	III

b. Cualidades Profesionales:

- 1. Conciencia ética
- 1.1 Responsabilidad (asume responsabilidades, se sustrae, irresponsable).
- 1.2 Veracidad
- 1.3 Solidaridad
- 1.4 Honorabilidad
- 1.5 Decisiones éticas sobre aceptación o realizaciones de los parámetros para valorar la profesión.
- 2. Eficiencia
- 2.1 Realiza otros trabajos además de los solicitados.
- 2.2 Realiza todos los trabajos solicitados.
- 2.3 Realiza trabajos bajo presión o estímulos constantes.
- 2.4 Dificilmente realiza los trabajos solicitados.
- 2.5 Orden en el trabajo
- 3. Interés en su aprendizaje
- 4. Capacidad crítica
- 4.1 Dedicación y seriedad en el estudio de la asignatura.
- 4.2 Juicios de valor sobre los documentos suministrados.

TOTAL:

CONTROL DEL ESTUDIO DIRIGIDO SOBRE TEORIAS Y MODELOS EN ENFERMERIA

CRITERIOS :

TEORIAS Y MODELOS

- Selección de la Información -	25	1. Florence Nigthingale	4. Callista Roy
- Dominio del tema	15	2. Martha Rogers	5. Dorothea Orem
- Manejo de Ayudas	10	3. Afaf Meleis	6. Nancy Roper
	<u>50</u>		

TEORIAS Y MODELOS	1	2	3	4	5	6	OBSERVACIONES
ELEMENTOS							
1. Epoca Histórica							
2. Tendencia Filosófica							
3. Tipo de Teoría o Modelo							
4. <u>Pre</u> cursores							
5. Conceptualización o Postulados :							
5.1 Enfermería							
5.2 Teoría o Modelo							
5.3 Ser							
5.4 Fin							
5.5 Meta							
5.6 Principios, Conceptos, Proposiciones							
5.7 Pautas de Acción Para alcanzar fin y Meta							
5.8 Métodos y Estrategias							
5.9 Justificación de corriente filosófica y teoría							
Evaluación : -Selección de la información							
-Dominio del tema							
-Manejo de ayudas							
-Computo - Nota final							

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERIA. Ministerio de Salud Pública. Objetivos y Contenidos Básicos para hacer un Programa de Capacitación de la Enfermera General 1976. República de Colombia. Constitución Nacional de Colombia. 1991

ACOFIEN, Ministerio de Salud, Perfil Académico Profesional. Guía de Contenidos Mínimos para la formación de la Enfermera 1984.

ANEC. Fundamentos Conceptuales de la Profesión de Enfermería. Folletos 2, 3, 4, y 5 1986.

JAMIESON, E. Sewall. Historia de la Enfermería E. Interamericana S.A. 1968.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Decretos 21-84 y 1210 Ley 10 de 1990.

POLETTI, Rosete. Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos actuales, Barcelona Ediciones Rol. 1980.

ROOPER, Nancy y otros. Procesos de Atención de Enfermería. Modelos de Aplicación. México Nueva Editorial Interamericana S.A. 1983.

VILLALOBOS Mercedes. Filosofía de un Plan de Estudios. Revista ANEC. Año VIII No. 20 Enero -Abril 1977. Bogotá D.E. páginas 7-16.