



Integración docente asistencial en enfermería: problemas en su construcción?

Cuidados de enfermagem integrando ensino: problemas na sua construção?

Nursing care integrating teaching: problems in its construction?

Ivonne Brevis-Urrutia^I, Olivia Sanhueza-Alvarado^{II}

RESUMEN

La integralidad en la formación de los profesionales de la salud, en particular de los profesionales de Enfermería, constituye un requisito fundamental, donde, junto a los aspectos teóricos transite la práctica, en la cual se debe dar prioridad a la Integración Docente Asistencial. Con el propósito de evaluar la dimensión asistencial de la Integración Docente Asistencial en Enfermería (IDA), se realizó un estudio exploratorio, aplicando un cuestionario abierto a las Enfermeras Supervisoras de un Hospital de Chile. Se detectaron ciertos obstáculos en su ejercicio, básicamente referidos a poca claridad en sus principios operativos así como también deficiencias relacionadas a: falta de información academia-clínica, ausencia del docente en la evaluación de los estudiantes y falta de estímulo por parte de la academia hacia las enfermeras asistenciales. Por otro lado, se detecta que las enfermeras clínicas reconocen la necesidad de que esta integración funcione. Se concluye la necesidad para Enfermería de trabajar en una renovada IDA, que proporcione las condiciones adecuadas para el desarrollo integral de los alumnos de Enfermería.

Palabras clave: Servicios de integración docente asistencial; Educación en enfermería; Práctica del docente de enfermería.

RESUMO

A formação integral dos Profissionais da Saúde, em especial Enfermagem, constitui uma tarefa fundamental, uma vez que para além dos aspectos teóricos, descobrimos a prática, e isso é porque eles têm que dar prioridade ao Ensino - Previdência Social Integration. Com o objetivo de avaliar a dimensão do bem-estar integração ensino cuidados de enfermagem, foi realizado um estudo exploratório, mediante a aplicação de um questionário aberto ao Supervisor Enfermeiros de um Hospital no Chile. Foi detectado que os enfermeiros estão conscientes desta integração, eles concordam em sua existência, mas têm pouca clareza sobre os

seus princípios. Eles também detectar deficiências: falta de informação, a ausência do professor para avaliar o aluno e falta de motivação por parte lateral da academia para o bem-estar dos enfermeiros. Concluiu-se a necessidade de Enfermagem em contar com um renovado Ensino - Integração Previdência Social, a fim de cumprir as condições adequadas para o desenvolvimento integral dos alunos de Enfermagem.

Palavras chave: Serviços de integração docente asistencial; Educação em Enfermagem; Prática do docente de enfermagem.

ABSTRACT

The integral formation of Health Professionals, in particular Nursing Professionals, constitutes a fundamental task, since in addition to the theoretical aspects we found the practice, and that is because they have to give priority to the Teaching - Welfare Integration. With the purpose of evaluating the dimension of the welfare integration teaching nursing care, an exploratory study was made, applying an open questionnaire to the Supervisor Nurses of a Hospital in Chile. It was detected that the nurses are conscious of this integration, they agree in its existence, but have little clarity on its principles. Also they detect deficiencies: lack of information, absence of the teacher for evaluating the student and lack of motivation by the side of the academy towards the welfare nurses. It was concluded the necessity for Nursing on counting with a renewed Teaching - Welfare Integration, in order to fulfill suitable conditions for the integral development of the Nursing students.

Key words: Teaching Care Integration Services, Nursing Education, Nursing Faculty Practice.

^I Enfermera. Especialista, Doctoranda en Enfermería Universidad de Concepción, Chile. E-mail: jbrevi@gmail.com

^{II} Enfermera. Doctora en Enfermería, Profesor Titular Universidad de Concepción, Chile. E-mail: osanhue@udec.cl

INTRODUCCIÓN

Tanto para las autoridades de salud como para las de educación, en la formación integral de los profesionales de la salud, y en especial en la de los profesionales de enfermería, es fundamental la integración docente asistencial, porque conjuga el terreno idóneo donde se puede aprehender el quehacer en salud. Es especial este espacio para enfermería, dado que es quien tiene mayor contacto y es capaz de crear una relación más estrecha con las personas a las que cuida. Para Enfermería, la Integración Docente Asistencial es el punto de encuentro entre la teoría y la práctica, siendo de suma importancia porque es donde se fusionan y se hace realidad lo aprendido por el estudiante.

En la enseñanza de los profesionales de la salud y en especial de Enfermería, se encuentra el Proceso de Enseñanza en Salud, que en la práctica clínica contribuye al logro de las metas y objetivos perseguidos por la institución universitaria, para lograr en el marco de su misión y compromiso con la sociedad que los estudiantes adquieran los métodos de apropiación de la realidad y que la puedan incorporar en su práctica profesional como enfermeros⁽¹⁾. En la educación superior en salud, lo fundamental es preparar al estudiante para realizar su actividad laboral es por ello que la actividad que se produce en los servicios de salud sirve de vehículo fundamental para formar los profesionales de Enfermería; caracterizándose ésta por su complejidad, interdisciplinariedad e interdependencia, introduciendo rápidamente los logros del desarrollo científico y técnico.

A continuación se presentará un análisis de algunos de los problemas que se producen en la Integración Docente Asistencial (IDA) en Enfermería, con énfasis en el plano asistencial, esto debido a que se han detectado problemas en esta integración en un Hospital Docente de Chile

Así, este estudio tiene como principal objetivo evaluar la dimensión asistencial de la IDA en la carrera de Enfermería de uno de los Hospitales Docentes más grandes de Chile.

Integración Docente Asistencial

El proceso docente se organiza y desarrolla a través de la Integración Docente-Asistencial, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Como un proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tiene por objeto principal el de efectuar la Enseñanza Aprendizaje en condiciones reales y productivas*⁽²⁾. Es en la actividad asistencial donde se alcanzan los objetivos de la formación, por ser esta el medio idóneo para establecer la relación teórico-práctica, expresión máxima para el logro del aprendizaje y consolidación de conocimientos y habilidades del estudiante. Así como también para desarrollar las capacidades para la creación y toma de decisiones, de acuerdo con las características de los problemas que se le presentan al profesional. Se utiliza el método científico como base para los procedimientos; se aplican formas de pensar inductivas o deductivas y donde la observación y la entrevista se convierte en el recurso que lo sitúa en contacto con la realidad; se desarrolla la capacidad perceptiva, lo que en definitiva caracteriza al profesional de Enfermería, siendo en la actividad asistencial donde es factible establecer la esencia del proceso docente, en el cual se integran como una unidad la Asistencia, la Docencia y la Investigación⁽³⁾.

En el campo clínico, es donde se integra un componente subjetivo, el paciente sano o enfermo que es a la vez objeto y sujeto de estudio, que proporciona características propias y específicas al proceso docente-educativo en el área clínica⁽⁴⁾. Según Arteaga y Chávez⁽³⁾, *en el proceso integrador docente-educativo del campo clínico, se requiere tener algunos elementos necesarios de complementar con la asistencia, dados por los conocimientos teóricos que obtienen los estudiantes en los primeros años de estudio y que se deben aplicar en la práctica*. Todo lo anterior le dará al alumno herramientas para que: Contribuirán a la formación de una personalidad integral; Promoverán la concepción integral: Paradigma bio-psico-social, de cada una de los individuos, valorando los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación; Permita tener presente los principios ético-morales en la práctica de la profesión; Desarrollarán el

aprendizaje basado en problemas a partir de la propia realidad; Desarrollarán de un pensamiento reflexivo, creador y científico; Preparará a los educandos para el trabajo en grupo, creador e interdisciplinario; y Promover el autoaprendizaje y el trabajo independiente: enseñar, aprender a aprender.

El desarrollo del proceso docente-educativo en el campo clínico, en su esencia, constituye un proceso planificado con objetivos preestablecidos, condicionado socialmente, organizado pedagógicamente y dirigido al dominio del contenido clínico de la profesión por parte de los estudiantes⁽⁵⁾. Sin embargo, esta rica posibilidad que tienen los estudiantes de obtener mayor cantidad de conocimientos, se ve afectada por algunas debilidades que tienen los campos clínicos tanto desde la asistencia como de la academia. Algunas de estas debilidades corresponden a: Deficiente coordinación Docente Asistencial permanente y formal; falta de proyectos de desarrollo conjunto Servicio de Salud y Departamento de Enfermería; déficit de relaciones humanas y clima laboral; insuficiente utilización de los recursos y posibilidades de la Universidad; falta o desconocimiento de programas, normas y protocolos clínicos; escasa investigación conjunta; deficiencia de recursos (espacios físicos inadecuados, falta de material de apoyo a la docencia y falta política de renovación y mantención de equipamiento de laboratorio y de aporte de insumos); falta de personal clínico docente y de elementos de apoyo diagnóstico.

El objetivo de la Integración Docente Asistencial es contribuir a los logros perseguidos por la institución universitaria en el marco de su compromiso con la sociedad. Sin embargo ésta integración se ve afectada por problemas que se producen tanto en la academia como en la asistencia, tanto en pre como en postgrado⁽⁶⁾. Desde los inicios de la Relación Docente Asistencial, se ha reconocido la necesidad de definir conceptual, práctica y reglamentariamente los términos en que tanto esta relación como la integración debiera desarrollarse, a nivel de centros formadores como de los establecimientos de salud que apoyan con sus campos clínicos, así como para

la capacitación y perfeccionamiento del personal que se desempeña en el sector⁽⁷⁾.

Se reconoce que la relación que ha existido entre la Universidad o Academia y el Servicio de Salud ha sido de respeto y mutua colaboración. El concepto de Hospital Clínico Docente Asistencial, que se encuentra implícito en esta idea, ha sido incluso definido para establecer con claridad los términos, especialmente con la creación de nuevas universidades e institutos formadoras de recursos humanos en el área de la salud, haciéndose necesario también a fin de cautelar el nivel óptimo de preparación, de quienes más tarde serán los encargados de dar atención de salud a toda la población⁽⁸⁾.

La institucionalidad vigente en Chile, es decir la Ley Orgánica Constitucional de Educación (LOCE)⁽⁹⁾, que fija los requisitos mínimos que deberán cumplir las Instituciones de Educación Superior, y asimismo regula el deber del Estado de velar por su cumplimiento, normando el proceso de reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel. Esta ley fue publicada en el Diario Oficial el 10 de marzo de 1990. La LOCE sin embargo, excluye al Ministerio de Salud de la formación del recurso humano para el sector salud, dejando la responsabilidad a los Centros Formadores, regulados por el Ministerio de Educación y el Consejo Superior de Educación. Las disposiciones legales aludidas no contemplan para la educación superior consideraciones respecto a la satisfacción de las necesidades del recurso humano para el país. Por el contrario, exalta la libertad de enseñanza, expresando que "la libertad académica incluye la facultad de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales, cumpliendo los requisitos establecidos por la Ley y de buscar y enseñar la verdad conforme a los cánones de la razón y los métodos de la ciencia". De acuerdo a ello, se han podido establecer nuevas universidades con la consiguiente instauración de nuevas carreras de la salud, sin existir muchas veces un estudio previo respecto de la disponibilidad concreta de campos clínicos. Tal legislación ha determinado una gran presión sobre los establecimientos de los servicios de salud para conceder su utilización para la

docencia de diversas universidades y otros centros formadores de recursos humanos, provocando conflictos de interés, saturación y "co-habitación"⁽⁹⁾.

La reacción a tales problemas no se hizo esperar, concretándose escasos acuerdos o cambios legales y reglamentarios adecuados. Existe la Comisión Nacional de Acreditación de Programas de Pregrado y, como parte de ella, el Comité Técnico de Medicina que fuera creado con la colaboración de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Este Comité elaboró un Informe respecto a criterios y estándares para la evaluación de proyectos de nuevas carreras de salud⁽¹⁰⁾. En él se señala que las carreras de salud deberán garantizar la disponibilidad de campo clínico antes del inicio de sus prácticas clínicas, y que se otorgarán facilidades a los estudiantes para permitir la realización de rotaciones clínicas supervisadas por docentes asistenciales. Existe también en Chile la Comisión Nacional Docente-Asistencial (CONDAS) que funciona desde 1991 y vigente hasta hoy, en donde esta representada solo una área de las diversas disciplinas de la salud, que es medicina, lo cual constituye una omisión al interior de una necesaria integración y participación que debiera existir al respecto. Está constituida solo por los decanos integrantes de la ASOFAMECH y representantes del Colegio Médico, que asesoran al Ministro de Salud en las cuestiones relacionadas con el uso de instituciones y estructuras asistenciales por los centros docentes, como hospitales, consultorios, institutos especializados, etc. En el 2001 el Ministerio de Salud guiado por la propuesta de CONDAS, emitió la Norma General administrativa sobre regulaciones en materia de asignación y uso de los campos clínicos en los Servicios de Salud⁽¹¹⁾. En este documento se establecen los principios que regularían la relación docente asistencial y la asignación de los campos clínicos de los servicios de salud, y directrices para la suscripción de convenios docente-asistenciales de asignación de campos clínicos.

Además se incorporaron una serie de directrices a considerar en la relación docente asistencial, son amplias, generales y operativas

para cualquier disciplina de la salud: Incorporación de docentes universitarios a los campos clínicos, Red de salud, Tutoría técnico-administrativa, Jornadas laborales, Programación anual, Cupos para alumnos, Aportes financieros, Patrimonio, Investigación científica, Supervisión y control del alumnado, Intercambio de experiencias y Término del convenio.

Integración Docente Asistencial en Enfermería

El inicio de la Enfermería moderna se relaciona con Florence Nightingale, la cual con sus concepciones acerca del cuidar, introdujo una nueva concepción de la asistencia de Enfermería, que delimitó y fomentó el conocimiento de la enfermería hasta el día de hoy^(12,13). A fines del siglo XIX, se reconoce a Nightingale como la impulsora de la Enfermería profesional organizada, convirtiéndose en una mujer visionaria para su época. Elaboró un plan de estudios para la primera Escuela de Enfermeras en el Hospital Saint Thomas de Londres, analizó lo que la enfermera realizaba en los hospitales, y así la imagen de la Enfermería comenzó a relacionarse con las tareas y procedimientos que constituían el núcleo del plan de estudio⁽¹³⁾.

La historia de la Enfermería en Chile actualmente muestra que se encuentra adscrita en su mayoría a facultades de Medicina, de Universidades íntimamente ligadas al desarrollo de los centros asistenciales. El aporte ha sido mutuo. Los servicios de salud han autorizado las prácticas docentes en los campos clínicos, los que se han beneficiado con la asistencia de profesionales que han aportado sus conocimientos y experiencia en el tratamiento y cuidado de los pacientes⁽¹⁴⁾. Los convenios docente asistenciales de la ciudad de Concepción, Chile, datan desde la década del 80, y han sido perfeccionados en diversas oportunidades resguardando no sólo los intereses de la Universidad, sino que además promueven la protección y bienestar de los pacientes, incluyendo la dimensión ética que resguarda su privacidad.

La forma en que han respondido los establecimientos de salud frente a la necesidad

de campo clínico por aumento de la oferta de educación en salud han sido respuestas no sistematizadas al fenómeno, estableciéndose relaciones paralelas entre hospitales y distintas universidades⁽¹¹⁾. Otro aspecto que se ha señalado dice relación con la necesidad de clarificar la disponibilidad de campos clínicos al momento de crear una carrera de salud por parte de alguna universidad. Esta situación ha sido analizada, pero no regulada por las instancias que velan por el desarrollo de la Educación Superior, produciéndose en algunos casos problemas de duplicidad de estudiantes en la práctica clínica.

En la actualidad, hay 162 convenios asistenciales vigentes en el país, con todo tipo de instituciones y, ciertamente, que hay interferencias entre estas y hacinamiento de estudiantes a todos los niveles, especialmente en determinados centros asistenciales. Los beneficios que conlleva la relación e integración Docente Asistencial mejoran tanto la calidad de la docencia como de la asistencia en las distintas carreras de la salud, y en especial de enfermería.

MÉTODO

Estudio Prospectivo Exploratorio, en el cual se aplicó un breve cuestionario con preguntas abiertas alusivas a la IDA, a 10 de un total de 15 Enfermeras Supervisoras de diferentes Servicios Clínicos de un Hospital Docente en Chile, y que trabajan tanto con alumnos de Pre y Postgrado, durante los meses de Mayo y Junio del 2007.

Las preguntas fueron las siguientes: Definición Integración Docente Asistencial; ¿Cómo ha sido la Integración Docente Asistencial a través de todos estos años de uso del campo clínico?; ¿Existen problemas que se puedan atribuir a la Integración Docente Asistencial?; ¿Qué sugeriría usted para optimizar la Integración Docente Asistencial entre la academia y la asistencia?.

Los datos se analizaron de forma cualitativa con base en la experiencia de cada una de las Enfermeras Supervisoras, aportando elementos que den cuenta de los diversos significados y modalidades que adopta esta IDA en la práctica, así como de los diferentes

procedimientos que se emplean para satisfacerlos.

Para el control de los aspectos éticos todas las participantes tendrán la libertad de decidir su participación en la investigación. Procurando solicitar a cada una de las participantes en la investigación su Consentimiento Informado.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos permiten plantear que existe conciencia por parte de las Enfermeras Supervisoras de la IDA, avalado por definiciones y objetivos claros. Definen la IDA como:

Intento de coordinar los esfuerzos para el objetivo común que sería dar la mejor formación para los alumnos, (Enfermera Asesora de Abastecimiento del Hospital Clínico Regional de Concepción).

Una relación descoordinada, principalmente en el postgrado, asociado por un lado por la visión del docente de que el campo clínico mantiene la calidad y la visión de la enfermera clínica que menosprecia la actividad del docente (Enfermera Supervisora Unidad de Paciente Crítico).

Relacionado a que si existe o no Integración Docente Asistencial coinciden que sí existe, pero con algunas falencias. Dentro de éstas se puede mencionar la falta de información con relación al área, sobre todo por parte de las enfermeras asistenciales, y el poco interés que tienen ellas en torno a la docencia. Los problemas derivados de la falta de IDA, se desprenden principalmente de errores de conceptos de parte de algunas enfermeras, en el sentido que alumnos y docentes pueden ser utilizados como recurso humano para el servicio. Además otro problema bastante frecuente es la falta de coordinación entre el docente y la enfermera(o) asistencial, tanto en Post como Pregrado, asociado a la falta de evaluación que el docente debiera dar del alumno en el Campo Clínico.

En cuanto a los obstáculos para que exista una verdadera IDA, todas coinciden en un aspecto primordial: La falta de estímulos, ya que la academia no reconoce en los asistenciales su participación en la docencia,

además de mencionar la nula o escasa capacitación que se les otorga por parte de la universidad. Las sugerencias para optimizar la Integración Docente Asistencial entre la academia y la asistencia se relacionan con mejorar la comunicación y motivar a las enfermeras clínicas a que participen en la docencia mediante el reconocimiento de la academia hacia ellas. Un punto fundamental que mencionan es la experiencia de las docentes en la práctica clínica, para así poder integrarse en el campo clínico.

Para hacer frente a todas estas debilidades se realizó un Taller de Integración Docente Asistencial de Enfermería dictado en conjunto entre Universidad de Concepción y Hospital Clínico Regional de Concepción, en Enero del 2005, denominado *Plan de Coordinación Docente Asistencial Hospital Clínico Regional de Concepción 2005*⁽¹⁶⁾. Se desprendió de allí un plan estratégico que permitió: Crear una Unidad Docente Asistencial de Enfermería; Desarrollar y fortalecer programas de formación de postgrado y de postítulo; y desarrollar el trabajo de enfermería en base a Modelos Teóricos de Enfermería u otros tendientes a mejorar la gestión del Cuidado.

En el 2006, Palencia⁽¹⁷⁾ plantea que los profesionales de enfermería dedicados a la docencia en nuestros días, deben tener siempre presente que su práctica docente es algo construido en el día a día, dinámico, donde el docente cumple el papel de receptor y dador de información a través de diferentes medios como son los gestos, las palabras, la mimesis, los métodos de enseñanza, la flexibilidad-rigidez en el proceso de enseñanza, que sirven de base a la conducta tanto de los educandos, como de los egresados de las universidades. es por esto la importancia de que la IDA que existe en los Hospitales Docentes este bien consolidada.

Cid y Sanhueza en el 2006⁽¹⁸⁾ nos señala que es en la práctica donde se integra y fija el conocimiento a través de las experiencias vividas de los alumnos. Para que este proceso sea beneficioso es esencial una comunicación fluida entre las formadoras de la academia y de la asistencia. Enfermería debe proveer modelados humanos y éticos a los estudiantes.

En la actualidad aún se sigue trabajando en algunas de ellas, sobre todo con lo que es la Gestión del Cuidado, que será la tendencia a futuro. Además de apoyar y unir a todo el gremio para que la Subdirección de Enfermería que se implemente en el Hospital constituya un éxito y otorgue a Enfermería plena autonomía en su quehacer diario^(19,20).

CONSIDERACIONES FINALES

Los beneficios que conlleva la relación docente asistencial es mejorar la calidad de la docencia como de la asistencia en las distintas carreras de la salud, fundamentalmente enfermería. Gracias a ella se obtiene una rica fuente que permite comprobar en terreno la factibilidad de trabajo en forma integral y palpar los beneficios que aporta la labor docente asistencial que se otorga a la comunidad, como también la posibilidad de mostrarle al alumno un modelo de profesional competente en todas las áreas.

Todas las carreras de Enfermería deberían en lo posible contar con un Hospital Docente, lo que permitiría el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades de formación clínica de los estudiantes. Asimismo, debiera contar con Campos Clínicos exclusivos, que le permitan desarrollar con efectividad su formación práctica, ya que de esta manera los alumnos no competirían por realizar actividades en sus prácticas. Si bien existen instancias que regulan la utilización y distribución de los campos clínicos, tales como CONDAS, ASOFAMECH y la Normativa de Regulaciones de Asignación y Uso de los Campos Clínicos en los Servicios de Salud, el funcionamiento y aplicación de sus facultades es errática, limitada a algunas áreas y sin participación de Enfermería en alguna de ellas.

En cuanto a las entrevistas realizadas a las enfermeras supervisoras del Hospital Clínico Regional de Concepción, se evidencia que están conscientes de la relación docente asistencial para el Pre y Postgrado, sin embargo detectan algunos problemas derivados de ella, principalmente por la poca claridad que se tiene de los principios que rigen esta integración. Por lo tanto, no son razones históricas o de

desarrollo de competencias las que llevan a reclamar el uso exclusivo de los campos clínicos. Se trata de la necesidad de proyectar las relaciones futuras, de analizar las inversiones relacionadas con los avances tecnológicos, mejorar la formación de los estudiantes de Enfermería, junto al debido respeto por la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Agramante A, Melón Rodríguez R, Peña Fernández A. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. *Revista Cubana Enfermería*. 2005;21(2).
2. Programa de Desarrollo de Recursos, Organización Panamericana de la Salud. Calidad y regulación de la educación y del ejercicio profesional en medicina : revisión del tema y análisis de situación en seis países de América Latina. Washington (EEUU): Organización Panamericana de la Salud; 1999. 71 p.
3. Arteaga J, Herrera, E. Integración docente-asistencial-investigativa. *Revista Cubana Educación Médica Superior*. 2000;14(2):184-195.
4. Cordero Z. Conferencia: Inserción Curricular de la Promoción y Educación para la Salud. Congreso Iberoamericano de Asistencialidad Escolar La Salud Escolar un Camino por Andar. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Ministerio de Educación Chile; Santiago, Chile; 1995.
5. Ruiz H, Febregat P. El proceso docente educativo. Curso internacional de Maestría en Educación Superior. Santiago: UMSA; 1994
6. Zepeda M, Mendoza S. Integración Docente Asistencial: Punto de encuentro entre la teoría y la práctica de enfermería. *Boletín de Investigación en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile*; 1996.
7. Nogueira M, Rivera N, Blanco F. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2003;17(3).
8. Román O. ¿Cómo se regula la asignación y uso de los Campos Clínicos? Comisión Nacional Docente Asistencial, Propuesta de política pública [Internet]. 2001 [cited 2001 mar 19].

Available from:
<http://www.cemuc.cl/pdfs/informate/revmedchil1.doc>

9. Ministerio de Educación. Ley 19054 Ley organica constitucional de Enseñanza. Santiago: Ministerio de Educación; 1991.
10. Enríquez O. Carta dirigida a Dr. Pedro García Aspillaga. Facultades de Medicina Chile 11 Noviembre 2005.
11. Lorca OE. Presidente de Asofamech alerta sobre irregular asignación de campos clínicos. *Revista Masvida*. 2004;(18):1-5.
12. Marriner-Tomey. Modelos y teorías de enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
13. Iyer P. Proceso de enfermería y diagnóstico en enfermería. España: Harcourt; 1997.
14. Benavente MA. Fundamentos de Enfermería. España: DAE, Grupo Paradigma; 2000.
15. Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente; Universidad de Concepción. Plan de Coordinación Docente Asistencial. Concepción (Chile): Universidad de Concepción; 2005.
16. Palencia E. Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. *Invest. educ. enferm*. 2006;24(2):130-134.
17. Cid P., Sanhueza O. Acreditación de Campos Clínicos de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2006;22(4).
18. Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente; Universidad de Concepción. Consolidado Talleres de Integración Docente Asistencial Enfermería. Concepción (Chile): Universidad de Concepción; 2005.
19. León C. Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. *Revista Cubana de Enfermería*, 2005;21(1).

Artigo recebido em 10.07.07

Aprovado para publicação 30.06.08