

**DEPARTAMENTO DE DERECHO ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y PROCESAL**

**TESIS DOCTORAL**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**GÉNERO Y COMPETENCIAS EN PROFESIONES SANITARIAS: ENFERMERÍA**

**MARIA CRISTINA GODINO GONZALEZ**

**Salamanca, 2023**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**Memoria de Tesis Doctoral presentada por Dña. CRISTINA GODINO GONZALEZ, bajo la dirección de la Profª. Dra. Dña. María Dolores Calvo Sánchez y la Profª. Dra. Dña. María Pilar Marqués Sánchez, ambas profesoras titulares de universidad en Salamanca y León, para la colación del Grado de Doctora por la Universidad de Salamanca**

**Vº Bº de las DIRECTORAS**

**Fdo.: Profª CALVO SÁNCHEZ**

**Fdo.: Profª MARQUÉS SÁNCHEZ**

**Salamanca, 27 de Marzo de 2023**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible sin las personas que a lo largo de mi vida y en la actualidad me han amado y prestado su reconocimiento y apoyo para crearme capaz de llegar a ser doctora.

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a las directoras de esta tesis doctoral Dra. Dña. María Pilar Marqués Sánchez por la confianza ofrecida y de manera especial a la Dra. Dña. María Dolores Calvo Sánchez por su dedicación y apoyo a mi persona y a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.

Mi agradecimiento a la Universidad De Salamanca, por haberme aceptado como alumna y a los Doctores del tribunal que tan altruistamente dedican su tiempo y sabiduría a mi trabajo.

Agradezco a mi hija, Dña. Abigail Oliva Godino, su imprescindible ayuda en las gestiones y elaboración y corrección del formato del texto, pero sobre todo por no permitirme el desaliento.

Agradezco a mi hijo D. Ignacio Oliva Godino y a mis nietas Dña. Eva Oliva de Carlos y Dña. Raquel Oliva de Carlos que estén en mi vida.

Así mismo agradezco al Dr. D. Ramón Capote del Villar y a la Dra. Dña. María José Fernández Casals, el que hayan dedicado su tiempo y su gran experiencia en la revisión cuidadosa del texto.

Por su trabajo de ordenación del texto y su entusiasmo por mi proyecto, gracias a mis amigas Dña. Lidia Fernández Cano y a Dña. María Antonia Portela Arteaga..

A la Dra. Dña. Rosario Lunar, gracias por sus valiosas sugerencias.

También agradezco a mis amigas Dña. Victoria García Mauriño y a Dña. Elda Carmona Fernández, su disposición incondicional.

Agradezco al Dr. D. José María Tejón, su disposición a ayudarme sin siquiera conocerme.

# INDICE

## INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO

### CAPITULO I. LAS PROFESIONES SANITARIAS EN ESPAÑA

1. Definición.....	25
2. Legislación.....	31

### CAPITULO II. ANTECEDENTES HISTORICOS

1. Breve recorrido histórico de las competencias en profesiones sanitarias.....	42
2. Medicina.....	43
3. Farmacia.....	45
4. Odontología.....	47
5. Veterinaria.....	48
6. Enfermería.....	51
7. Fisioterapia.....	54
8. Terapia ocupacional.....	55
9. Podología.....	56
10. Óptica-optometría.....	58
11. Logopedia.....	60
12. Nutrición y dietética.....	61

### CAPITULO III. COMPETENCIAS PROFESIONALES EN LA ACTUALIDAD

1. Las profesiones sanitarias actuales en España.....	66
2. Herramientas para la evaluación de las competencias profesionales.....	68
3. Profesionalización y Enseñanza universitaria.....	72
4. Marco Competencial actual de las profesiones sanitarias.....	73
4.1 Competencias actuales de la Enfermería.....	73
4.2 Competencias actuales de la Logopedia.....	89
4.3 Competencias actuales del farmacéutico.....	90
4.4 Competencias actuales de la Veterinaria.....	90
4.4.1 <u>Competencias básicas</u> .....	91
4.4.2 <u>Competencias específicas</u> .....	91
4.4.3 <u>Competencias transversales</u> .....	94
4.5 Competencias actuales del nutricionista.....	94
4.6 Competencias actuales del optometrista.....	95
4.7 Competencias actuales del médico.....	95
4.8 Competencias actuales del podólogo.....	96
4.9 Competencias actuales del terapeuta ocupacional.....	96
4.10 Competencias actuales del fisioterapeuta.....	96
4.11 Competencias actuales del odontólogo.....	97

## CAPITULO IV. LA PROFESION ENFERMERA

1. Clasificación y diferencias de las profesiones sanitarias.....	99
2. <i>Gestión de la enfermería</i> .....	101
3. <i>Administración en la Enfermería</i> .....	104
4. La importancia de la Enfermería transnacional; competencia cultural de los cuidados.....	106

## CAPITULO V. CUALIDADES Y PRAXIS DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL

1. Competencias profesionales y delegación.....	112
2. Competencias enfermeras en la legislación.....	122
3. Dimensiones competenciales y Enfermería.....	131
4. Aspectos fundamentales en la práctica profesional.....	135
4.1 <i>Responsabilidad</i> :.....	135
4.2 <i>Práctica ética</i> :.....	135
4.3 <i>Práctica jurídica</i> .....	136
5. La Prestación y gestión de los cuidados.....	136
5.1 <i>Prestación de los cuidados</i> .....	137
5.1.1 <u>Promoción de la salud</u> .....	137
5.1.2 <u>Estudio</u> :.....	138
5.1.3 <u>Planificación</u> :.....	138
5.1.4 <u>Ejecución</u> .....	138
5.1.5 <u>Evaluación</u> .....	138
5.1.6 Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales.....	139
5.2 <i>Gestión de los cuidados</i> .....	139
5.2.1 <u>Entorno seguro</u> .....	139
5.2.2 <u>Atención interprofesional de salud</u> .....	139
5.2.3 <u>Delegación y supervisión</u> .....	140
6. Desarrollo y mejoramiento profesional.....	142
6.1. <i>La importancia del Mejoramiento profesional</i> .....	142
6.2. Enfermería Graduada.....	147
6.3 Enfermería especializada.....	148
6.4 Enfermería práctica avanzada.....	149
7. Capacidad y competencia enfermeras.....	150
7.1. Capacidades avanzadas: transversales y específicas.....	150
7.2. Gestión de documentos clínicos.....	152
7.3. Conocimientos en técnicas de comunicación interpersonal.....	153
7.4. Capacidad de trabajo en equipo.....	154
7.5. Individualización de cuidados.....	154
7.6. <i>Comunicación oral y escrita</i> .....	155
7.7. Capacidad para tomar decisiones.....	155
7.8. Capacidad de Relación interpersonal.....	156
7.9. Capacidad de promover y adaptarse al cambio.....	156
7.10. Adecuada utilización de los recursos disponibles.....	157
7.11. <i>Capacidad docente</i> .....	157
7.12. Visión continuada e integral de los procesos.....	157
7.13. Aplicación de técnicas de investigación.....	158
7.14. <i>Afrontamiento del estrés</i> .....	158
7.15. Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre.....	158
7.16. Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual.....	159

7.17. Habilidad negociadora y diplomática.....	159
7.18. Resolución de problemas.....	160
7.19. Capacidad de priorización.....	160
7.20. Orientación a resultados.....	160
7.21. Generar valor añadido a su trabajo.....	161
7.22. Juicio crítico.....	161
7.23. Autocontrol, autoestima, autoimagen.....	161
7.24. Creatividad.....	162
7.25.. Capacidad de gestión.....	162
7.26. Evaluación.....	163

## CAPITULO VI. COMPETENCIAS ENFERMERAS ESPECIALIZADAS

1. Delimitación de funciones, atribuciones y facultades enfermeras.....	167
2. Especialidad de cuidados intensivos.....	168
2.1 Estudio cualitativo-descriptivo, fenomenológico donde se obtiene información por medio de entrevistas a enfermeras/os que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos del hospital regional universitario de Málaga.....	170
3. Servicios de Emergencia sanitaria extrahospitalaria.....	190
4. Especialidad de Enfermería pediátrica.....	193
4.1. Las competencias en enfermería pediátrica.....	194
4.2. Actividades formativas mínimas necesarias para la superación del programa en el ámbito de la atención primaria pediátrica.....	197
4.3 Organización del programa formativo.....	199
4.4 Formación en el ámbito de la Atención Primaria pediátrica.....	200
4.5. Actividades laborales.....	201
4.6. El traslado neonatal.....	203
4.7. Organización de un sistema de transporte neonatal.....	204
4.7.1. <u>Coordinación y comunicación.....</u>	204
4.7.2. <u>Tipos de traslado neonatal.....</u>	205
4.7.3. <u>La familia y el traslado.....</u>	208
4.7.4. <u>Recursos humanos y competencias del equipo de transporte neonatal.....</u>	208
4.7.5. <u>Formación continuada.....</u>	208
4.7.6. <u>Vehículos de transporte:.....</u>	214
4.7.7. <u>Estabilización pre-traslado.....</u>	219
4.7.8. <u>Transporte neonatal y COVID19 .....</u>	221
5. Enfermería en obstetricia y ginecología.....	222
5.1. Antecedentes e importancia de la enfermería en obstetricia y ginecología.....	222
5.2. Las normas /competencias de la enfermería en obstetricia y ginecología, definiciones básicas.....	225
5.3. Formación de la matrona en derecho supranacional.....	229
5.4. Formación de la matrona en España.....	232
5.5. Competencias de los especialistas en enfermería obstétrica y ginecológica (matronas).....	233
5.6. Competencias de las matronas a nivel europeo:.....	234
5.7. Competencias de las matronas en España:.....	236
5.7.1. <u>Competencias Generales.....</u>	236
5.7.2. <u>Criterios de realización/resultados de aprendizaje (RA).....</u>	239
5.8. Actividades mínimas.....	250

5.9. Evaluación de la adquisición de competencias durante la formación de matrona.....	252
5.10. Funciones principales de la matrona.....	254
5.11. Competencias secundarias.....	254
5.12. Emisión y registro de informes sobre sus acciones.....	255
5.13. Ámbito de actuación.....	255

#### CAPITULO VII. LIMITACION EN LA ACCION Y COMPETENCIA ENFERMERA

1. Legislación en materia de enfermería.....	257
2. Reglamentación enfermera.....	262
3. Competencia en la práctica: enfoques, definiciones y conceptos fundamentales.....	264
3.1. <i>Enfoques permisivos y restrictivos</i> .....	264
3.2. Cómo definir el ámbito de la práctica de enfermería.....	266
3.3. Funciones exclusivas atribuidas actualmente a los profesionales de enfermería.....	270
3.3.1. <u>En la prestación de los cuidados</u> .....	270
3.3.2. <u>En la promoción de la salud</u> .....	271
3.3.3. <u>En la gestión de los cuidados</u> .....	273
3.3.4. <u>En el desarrollo y mejoramiento profesional</u> .....	274
3.3.5. <u>En la gestión de documentos clínicos</u> .....	275

#### CAPITULO VIII. FACTORES INFLUYENTES EN EL AMBITO D LA PRÁCTICA ENFERMERA

1. Factores influyentes .....	277
1.1. La carencia de profesionales de la salud.....	277
1.2. Planificación de la población activa.....	277
1.3. Transferencia de tareas.....	278
1.4. Nuevos modelos de personal.....	278
1.5. Tecnología y provisión de atención de salud.....	279
2. Los marcos para la toma de decisiones.....	281
2.1. Profesionales enfermeros.....	282
2.2. Pacientes/Población.....	282
2.3. Empleadores.....	282
2.4. Gobiernos y Administraciones públicas.....	283
2.5. Otros profesionales de la salud.....	283
2.6. Elementos de un marco para la toma de decisiones.....	283
2.7. Marco jurídico.....	284
2.8. Formación y competencia.....	284
2.9. Experiencia.....	285
2.10. Contexto de la práctica.....	285
2.11. Principios para determinar el ámbito de la práctica.....	285
3. Delegación, supervisión y mejora del uso de los marcos para la toma de decisiones.....	286
3.1. Delegación.....	286
3.2. Responsabilidad y cometido.....	286
3.3. Supervisión.....	287
3.4. Principios para orientar la delegación de tareas o actividades en otro profesional enfermero o sanitario o en un auxiliar no profesional sanitario.....	288
4. Gestión del cambio y de los conflictos.....	288
4.1. Cómo gestionar el cambio.....	289
4.2. Desacuerdo sobre las ventajas y las desventajas.....	290
5. Cómo gestionar los conflictos.....	292

5.1. Estrategias de resolución de conflictos.....	293
5.1.1. <u>El estilo de evitación (no hay perdedores ni ganadores)</u> .....	293
5.1.2. <u>El estilo competitivo (ganador-perdedor)</u> .....	294
5.1.3. <u>El estilo de cooperación (todos ganan)</u> .....	294
6. Análisis de competencias interprofesionales sanitarias en situaciones terminales.....	296
7. Rol de la enfermera en situación de limitación de tratamiento.....	297
7.1. Intervención enfermera en situación de limitación de tratamient.....	298
8. Aspectos legales y éticos del equipo de salud en situaciones de limitación de tratamiento	
.....	299
8.1. Principios éticos en situaciones de limitación de tratamiento.....	302
9. Organización básica de las enseñanzas universitarias oficiales de grado.....	303
 <i>CONCLUSIONES</i> .....	 309
 <i>INDICE REFERENCIAL</i> .....	 313
<i>Bibliografía</i> .....	315
<i>Referencias</i> .....	321



## **INDICE DE TABLAS Y FIGURAS**

TABLA 1.	DESCRIPTORES EMPLEADOS.....	21
FIGURA 1.	BÚSQUEDAS COMPETENCIAS SANITARIAS.....	23
TABLA 2.	TÍTULOS, COMPETENCIAS, PROFESIONES Y FUNCIONES SANITARIAS SEGÚN LA LEY 44/2003 DE 21 DE NOVIEMBRE.....	32
FIGURA 2.	ESCALAS DE PREFERENCIAS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL OFICIAL SEGÚN REAL ORDEN 3-7-1865.....	50
TABLA 3.	FORMATO PICO.....	66
TABLA 4.	PROFESIONES SANITARIAS DE TITULACIÓN UNIVERSITARIA.....	99
TABLA 5.	CLASIFICACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS SEGÚN EL ARTÍCULO 3.....	100
TABLA 6.	CENTROS DE HOSPITALIZACIÓN ESPAÑOLES.....	103
TABLA 7.	PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS PRINCIPALES CIUDADES ESPAÑOLAS.....	105
TABLA 8.	DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	106
TABLA 9.	DIMENSIONES COMPETENCIALES.....	132
FIGURA 4	MODELO ICEBERG DE LAS COMPETENCIAS.....	133
FIGURA 5:	DESARROLLO COMPETENCIAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ESPAÑA.....	145
TABLA 10.	CUMPLIMIENTO DE COMPETENCIAS EN SUS FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	164
TABLA 11.	CLASIFICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES SELECCIONADAS EN ENFERMERAS/OS QUE DESEMPEÑAN SU LABOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	171
TABLA 12.	RUBRICA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	173
TABLA 13.	PERFIL DE COMPETENCIAS DE INGRESO PARA ENFERMERAS QUE PRETENDAN DESEMPEÑAR SU LABOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	176
TABLA 14.	GRADO DE COMPORTAMIENTOS.....	187
FIGURA 6.-	DECÁLOGO EXTRAHOSPITALARIO. GUÍA ASISTENCIAL 2014.....	192
TABLA 15.	RECURSOS HUMANOS Y COMPETENCIAS EN TRANSPORTE NEONATAL.....	209
TABLA 16.	DISPOSITIVOS Y MATERIAL PARA EL TRASLADO NEONATAL.....	213
TABLA 17.	RECURSOS HUMANOS Y COMPETENCIAS EN TRANSPORTE NEONATAL.....	215

<i>FIGURA 7</i>	<i>SISTEMA DE INCUBADORA DE TRANSPORTE CON SUJECIÓN AL CHASIS (UNE-EN 13976-1). COMPONENTES DEL SISTEMA DE INCUBADORA DE TRANSPORTE (TIS):.....</i>	<i>218</i>
<i>TABLA 18.</i>	<i>CRITERIOS PARA CONSIDERAR VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL TRASLADO.....</i>	<i>220</i>
<i>TABLA 19.</i>	<i>ACTIVIDADES OBLIGATORIAS FORMATIVAS DE LA ESPECIALIDAD.....</i>	<i>250</i>
<i>TABLA 20.</i>	<i>ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS.....</i>	<i>257</i>
<i>TABLA 21.</i>	<i>NIVELES DE REGLAMENTACIÓN.....</i>	<i>261</i>
<i>FIGURA 8:</i>	<i>LIDERAZGO EN LA ENFERMERÍA.....</i>	<i>281</i>
<i>FIGURA 9.</i>	<i>PERSONAL DE ENFERMERÍA SOMETIDO A NIVELES DE ESTRÉS.....</i>	<i>294</i>

\*

## **AB REVIATURAS**

*CIE: Colegio Internacional de Enfermería.*

*PE: Prescripción Enfermera.*

*NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.*

*NOC: Clasificación de resultados de enfermería.*

*NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.*

*LOPS: Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.*

*TCAE: Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería.*

*SSPE: Sistema Sanitario Público de España.*

*EPA: Enfermeras de Practica Avanzadas.*

*UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.*

*SVA: Soporte Vital Avanzado.*

*TES: Técnicos de Emergencias Sanitarias*

*UCIN: Cuidados Intensivos Neonatales.*

*UCIP: Cuidados Intensivos Pediátricos.*

*TN: Traslado Neonatal.*

*RCIU: Retraso de Crecimiento Intrauterino.*

*TES: Técnico en Emergencias Sanitarias*

*VMI: Ventilación mecánica invasiva.*

*VMNI: Ventilación mecánica no invasiva.*

*ECTS: Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos.*

*EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.*

## ***INTRODUCCION AL ESTUDIO***

Resulta evidente la gran confusión cambiante y a la vez permanente, respecto al límite competencial en el ejercicio profesional del sector sanitario y la asunción de tareas y funciones por los profesionales en general, con tan negativa repercusión en la salud de la población y múltiples conflictos en el ámbito laboral y de género.

Esta observación nos ha llevado a querer investigar qué es lo que sucede y por qué profesionales y no profesionales sanitarios actúan en diferentes o en los mismos campos, sin normas claras que otorguen o limiten su actuación.

Llama la atención, el que entre las profesiones sanitarias que determina la ley, la Enfermería, siendo como ha sido desde la aparición de la humanidad la piedra angular de la salud, de donde han partido todas las demás profesiones sanitarias, incluida la medicina, haya sido y es la menos considerada y nuestra percepción personal es que ha sufrido los mismos avatares históricos que las mujeres, por ser éstas quienes fundamentalmente la han ejercido desde siempre. Convenimos con F. Nightingale, casi dos siglos más tarde, cuando en su primer libro (1850) afirmaba “Aunque desde el punto de vista intelectual se ha dado un paso adelante, desde el punto de vista práctico no se ha progresado. La mujer está en desequilibrio. Su educación para la acción no va al mismo ritmo que su enriquecimiento intelectual”, frase que hoy día cobra especial vigencia.

Siendo como es solo una opinión subjetiva, solo basada en la intuición y experiencia, parece necesario acometer un estudio riguroso de la delimitación de competencias de las profesiones sanitarias a la luz de principios éticos y del derecho para poder servir de guía a los propios profesionales sanitarios y conocer con rigor la situación de la Enfermería en la historia y en la actualidad, con la reflexión doctrinal sobre el resto de profesionales que gozan de la cualidad de sanitarios, a tenor de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de profesiones sanitarias y bajo el paraguas de la transversalidad de las normas y políticas de igualdad, presidida por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

De ahí el título de partida del estudio investigador: Género y competencia en las Profesiones Sanitarias. Título que se ajusta también a la aportación que la doctoranda posee desde la experiencia, ya que a lo largo de cincuenta años de vida profesional en diferentes sectores sanitarios se ha observado el uso indistinto de competencias, funciones, atribuciones, misiones, habilidades, aptitudes... dando lugar a múltiples desencuentros, si no a enfrentamientos, conflictos y problemas entre profesionales sanitarios, y no profesionales, también no sanitarios, que repercuten negativamente, no solo en el clima laboral sino en toda la salud de la población.

Esta idea es fruto de la observación desde la visión como enfermera y en un ámbito determinado, porque se ha realizado en España, recogiendo opiniones y observando comportamientos de otras enfermeras, otros sanitarios, usuarios-pacientes y público en general, principalmente en aquellos centros en los que se prestó servicios; en radiología (relaciones enfermería-técnicos) en el servicio de prevención de riesgos en trabajo (relaciones enfermera-médico-jefatura empresa) en hospital (relaciones medicina-enfermería-auxiliares) con un denominador común, la falta de delimitación precisa del marco competencial y los profesionales enfermeros-as en medio, asumiendo competencias ajenas o “dejando” de asumir competencias propias.

Las propias enfermeras, no enfermeros, a menudo se han preguntado sobre la legalidad de no estar presente un médico en una actuación enfermera, o si los informes de enfermería debía firmarlos el médico, o si las vacunas, o el ácido hialurónico, deberían inyectarse por profesionales médicos... lo que nos ha llevado a pensar, que no solo es la sociedad quien mantiene prejuicios sobre la enfermería.

Nos afecta especialmente lo infame que viene siendo la utilización de modelos de enfermeras en anuncios eróticos y/o películas pornográficas, o de la imagen de ser crueles asesinas envenenadoras, protagonizando narraciones de terror. Aunque en estas últimas décadas se ha realizado un relevante trabajo institucional en pro de suprimir esos estereotipos vejatorios, tutelado este trabajo desde las administraciones públicas para obtener la consideración que se merecen, todavía existen secuelas entre la población y entre los propios colectivos de profesionales sanitarios. En lenguaje corriente laboral, es frecuente oír a un médico (varón) decir: “mi enfermera”, donde ni la expresión y el tono parece el más adecuado.

En cuanto a pacientes y usuarios de la sanidad, también se observa la creencia general ante ciertos cometidos, “lo que hace un enfermero/a lo puede hacer un médico...pero mejor”, las enfermeras son las ayudantes de los médicos y los médicos siempre son los jefes, aunque se trate de un centro privado y sea una enfermera la directora. Todos los médicos son doctores y las enfermeras/os tienen un título académico siempre inferior, aun gozando del título académico de doctor-a (no figura en las placas nominativas de las puertas de los despachos). Existe el convencimiento que las enfermeras no pueden ser doctoras porque no poseen los requisitos universitarios, ahí el prurito personal del esfuerzo de la profesión enfermera, justificando para conseguir el anhelado título, no solo el contribuir a la cualificación del ámbito sanitario, sino también posicionar al profesional de la Enfermería, donde legítimamente le corresponde.

Esta creencia de que la Enfermería es de un nivel inferior en todos los aspectos que la medicina, forma parte de la creencia urbana de los términos, está fomentada históricamente y sostenida por el lenguaje; la propia Florence Nightingale, referente histórico ya aludida (1820-1910) dejó escrito como un gran avance reivindicativo “la enfermera no es solamente quien auxilia al médico...”, queriendo posicionar a la profesión en un ámbito paralelo propio y de esencialidad para el sistema sanitario, si bien hay que reconocer que al situarse en un escalón inferior en la pirámide de la burocracia sanitaria, al cifrar su conocimiento académico en menos años de carrera y que mayoritariamente haya estado representadas por mujeres, constituye una unión determinante de postergación socio-laboral.

El Colegio Deontológico Internacional de Enfermería (CIE, 2012) siguiendo esta línea conductual, detalla cada una de las funciones de la enfermera en los centros asistenciales, estableciendo en su articulado que la profesión a la que representa “va mucho más allá de solo asistir al médico”, siendo seguida tal recomendación por la normativa vigente al respecto, tal como recoge el Real decreto 954/2015, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, ratificado por el Pleno del Tribunal Constitución por providencia de 10 de mayo de 2016, entre otros.

También es muy sugerente el propio lenguaje empleado habitualmente, como indicación de cualquier tema sanitario, se denomina “médico” en vez de “sanitario” y que ello influya en la no distinción rigurosa de los límites competenciales entre profesionales sanitarios que conforman el equipo multidisciplinar (hoy en día por la complejidad asistencial escasos procesos solo son asistidos por una sola profesión) se habla de medicamentos de uso médico, aunque sea el enfermero/a quien dispensa su uso y es solo un ejemplo de los múltiples que se originan en la práctica, no solo en el quehacer cotidiano, sino en publicaciones y normas, aunque en la actualidad denota una relegación de la Enfermería, no expresamente de las enfermeras.

Los cierto es que estas creencias no solo están en las mentes del público en general, sino también en los propios profesionales implicados, desde luego, cada vez en menor número, pero los propios enfermeros/as aceptan como si no fuera de su competencia, en algunas especialidades que sea el médico/a quien inyecte a sus pacientes, o delegan en el personal auxiliar responsabilidades indelegables por norma, relevo generacional más preocupado por trabajar que de la defensa y dignidad de la profesión.

Desde la irrupción de los hombres en la enfermería (históricamente llamados practicantes) y de las mujeres en la medicina en la actualidad, sobre todo en el Sistema Nacional de Salud, existen menos diferencias de trato de enfermeros o enfermeras en la práctica, aunque el propio Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo (profesionales enfermeros) ya sin vigencia, pero próximo en el tiempo (hasta 2003 sustituido por el Estatuto Marco) de las Instituciones de la Seguridad Social incidía como principal función enfermera, la ayudantía al médico/a. En el ámbito de la medicina privada, se detectan casos de “machismo” entre médicos (varones) y enfermeras y auxiliares (mujeres) escasos pero existentes, así como también casos de menosprecio por parte de médicas hacia enfermeros/enfermeras.

Tras toda una vida trabajando en el sistema de salud podemos afirmar siguiendo a Bertrand Russell que “Todo conocimiento humano es incierto, inexacto y parcial. Únicamente lo que podemos hacer es acercarnos un poco y mejorarlo.” Y ahí se cifra el presente estudio investigador

Desde el convencimiento que conocer el origen y la causa de estas disfunciones y conocer al menos algunos de sus motivos, servirá de ayuda a que el ordenamiento jurídico se puedan encontrar respuestas viables y rigurosas, en pro del beneficio común.

Qué duda cabe que las profesiones sanitarias constituyen un papel fundamental para el desarrollo de la sociedad, y se observa que cada profesional de la salud maneja sus competencias mayoritariamente según dictan la costumbre o a su libre arbitrio en el mejor de los casos, ya que en general las desconoce (aunque existe exigencia curricular su conocimiento) normas que se presentan como difusas, inexactas, incluso equívocas, con relevantes huecos competenciales, acentuándose especialmente sobre la enfermería y provocando un efecto indeseado.

Desde la primera regulación de las profesiones sanitarias en España que se produce a mediados del siglo XIX, pues ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro del ramo de la Sanidad, hasta la hoy vigente Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de profesionales sanitarias, hay un largo camino recorrido, el concepto de profesión ha evolucionado siendo un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de



una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad autoorganizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones sanitarias, así es reconocido en la exposición de motivos de la citada norma.

A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello, en la Ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

En la ley vigente no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta, establecer las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

Siendo imposible un estudio exhaustivo de todas y cada una de las profesiones sanitarias, la pretensión es recoger en este trabajo, todo lo concerniente que pueda influir o determinar de la totalidad de profesiones sanitarias, la delimitación competencial enfermera, legítimamente recogido con carácter básico en ordenes competenciales (Orden CIN/2134/2008) basándonos también, en que entre las profesiones sanitarias quien ostenta la historia, de marginación/exclusión de género y profesión, son ellas ... las enfermeras, para desde ahí establecer los límites competenciales, puesto que la enfermería fue el principio básico para la creación y el desarrollo de las demás ciencias de la salud.

Es importante aclarar a modo introductorio algunos términos porque en general, se dan por sabidos conceptos y significado a vocablos de donde parten nuestras ideas y en muchas ocasiones éstas surgen sin ningún rigor e inducen a confusión.

Precisamente en aras del rigor, es necesario el distinguir entre los términos que van a citarse a lo largo del presente trabajo investigador, como son: Competencia, competencias, funciones, atribuciones y facultades y también otros términos, aunque de menor importancia convenientes de distinguir como son: interprofesional, multidisciplinar y trabajo en equipo.

## 1. Términos

### Competencia

El concepto competencia entendido por su función específica y aplicada a una situación dentro de un contexto, es definida como la capacidad de cumplir una tarea de manera satisfactoria (Arellano, 2002)

También etimológicamente se entiende como lucha, competición y en el mundo judicial como delimitación de actuación de los jueces

Desde el punto de vista del que vamos a tratar en la presente memoria, competencia es la atribución social asignada, a quien pone en acción en distintos contextos, los componentes cognoscitivos, actitudinales y procedimentales que conforman un saber profesional para actuar eficazmente en una situación determinada

Los componentes de la competencia básicos son cinco:

1. Saber (conocimientos)
2. Saber hacer (habilidades)
3. Saber ser (actitudes)
4. Querer hacer (motivación)
5. Poder hacer (aptitud profesional y medios).

Los términos aptitud, habilidad, capacidad, destreza tienen una vinculación y se integran con el concepto de competencia (Moreno, 1998).

### Competencia profesional

Se considera que posee competencia profesional, quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, en el caso de las profesiones sanitarias, también la posesión de un título académico superior y perteneciente a una organización colegial.

Competencias; Habilidades, conocimientos y actitudes requeridas para una actuación sanitaria en concreto:

Competencias laborales o profesionales: Las competencias profesionales son aquellas capacidades que tienen los trabajadores para poner en práctica sus conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para un puesto de trabajo en concreto.

Competencias profesionales transversales: También llamadas Soft skills, son todas aquellas habilidades, conocimientos y actitudes que pueden ser generalizados a cualquier entorno laboral, es decir, se pueden poner en práctica en distintos tipos de profesiones.

Competencias específicas: Son las requeridas para el desempeño de una ocupación en concreto, están relacionadas más con funciones o puestos de trabajo, las aporta el trabajador con sus conocimientos, actitudes, habilidades y valores propios de cada profesión y actividad laboral.

**Función (profesional):** Tarea, labor, trabajo, obligación, cometido, misión.

**Atribución:** Es la capacidad legal de realizar determinados trabajos dentro del ámbito de la profesión. Las atribuciones son las facultades o poderes que corresponden por la titulación y vienen dadas por legislaciones generales o específicas según las normas que las ordenen,

**Facultad:** Es la aptitud o legitimación que se concede a una persona física, funcionario o empleado público, para adecuar la atribución según la competencia del órgano por cuenta del cual externa su voluntad.

**Interprofesional:** Que abarca a varias profesiones

**Multidisciplinar:** Que se compone de varias disciplinas científicas o culturales o está relacionado con ellas.

**Trabajo en equipo:** Trabajo realizado por un grupo de personas con un objetivo común.

Para que goce el trabajo de la categoría de investigación académica la doctrina exige que se determinen unos objetivos, estos serán:

**OBJETIVOS Generarles:**

- ✓ Conocer si el origen de la marginación histórica de la profesión enfermera responde a un problema de género.
- ✓ Estudiar las competencias entre la profesión enfermera y las demás profesiones sanitarias y su posible delimitación competencial.
- ✓ Conocer la implicación de las Administraciones públicas sobre el tema

### **OBJETIVOS Específicos:**

- ✓ Asentar una guía fiable de actuación de los profesionales sanitarios enfermeros españoles.
- ✓ Exponer los instrumentos para la evaluación de las competencias de las profesiones sanitarias disponibles actualmente.
- Proponer una reestructuración competencial necesaria, eficaz y eficiente del sistema sanitario español.

Para obtener nuestra pretensión, nuestro trabajo investigador se realizará siguiendo una metodología científica, que sin duda proporcionará el rigor y seriedad propia de la investigación académica, consistente el presente estudio sobre el proceso de establecimiento y definición de las competencias correspondientes a las profesiones sanitarias reguladas a través de la Ley 44/2003, de 19 de Noviembre y otras normas vigentes, se basa en una revisión documental de carácter descriptivo realizada en la bibliografía disponible sobre el tema, la doctrina y el cuerpo normativo del ordenamiento jurídico español.

Teniendo en cuenta lo anterior se revisa repositorios específicos, tales como: PubMed, Scielo, ScienceDirect y Lilacs. Adicionalmente, se analizan diversas revistas de publicación en línea -como Gaceta Sanitaria- y se incluyeron otros resultados extraídos desde distintas páginas web, arrojadas por el motor de búsqueda Google y Google Scholar para así complementar la información obtenida.

A partir de la pregunta de investigación mediante el formato PICO (Patient Intervention Comparison Outcome) (capítulo 4) se establecieron distintos descriptores a ser empleados en la identificación de la bibliografía a emplear en el presente estudio (presentado en la tabla nº 3). Para ello, se hizo uso de los tesauros descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH); así como de términos libres.

**Tabla 1. Descriptores empleados.**

<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>	<b>Términos libres</b>
<b>Competencia profesional</b>	<b>Competencia, Profesional</b>	<b>Profesiones sanitarias</b>
		<b>Competencias</b>
		<b>España</b>

**Fuente: (Tabla de elaboración propia, 2021).**

Los términos y descriptores señalados con anterioridad fueron combinados empleando operadores lógicos sintácticos o de proximidad (booleanos) como AND y OR dando como resultado diversas fórmulas de búsquedas que serán señaladas a continuación.

Respecto a los criterios de selección utilizados, después de realizados los pasos anteriores se establecieron una serie de criterios de selección para lograr filtrar los distintos trabajos científicos a consultar.

Estos fueron los siguientes Criterios de inclusión:

- Trabajos con menos de 10 años de publicados.
- Estudios publicados en idioma inglés o español.

Criterios de exclusión:

- Investigaciones con más de 10 años de publicados (2010-2020).
- Idiomas diferentes al inglés o español.
- Trabajos duplicados.

En cuanto a los criterios de búsqueda, se realizan los establecidos como los descriptores y los criterios de elegibilidad y se iniciaron las búsquedas de bibliografía en los distintos repositorios señalados con anterioridad.

Con respecto a la base de datos PubMed, se realizó una búsqueda con las características reseñadas a continuación:

La primera búsqueda se ejecutó el día 12 de enero de 2021 mediante la fórmula “*Competence, Professional AND Spain*” obteniéndose 1.019 resultados. Posteriormente

se aplicó el primer filtro para obtener los estudios publicados en los últimos 10 años, arrojando un total de 684 registros.

Se establecieron los filtros subsiguientes:

Idioma inglés o español (683), estudios en población humana (623) y artículo completo disponible (224). Éstos fueron evaluados de forma preliminar, después de lo cual un total de 224 artículos fueron analizados a profundidad excluyéndose 188 estudios debido a que su contenido no aportaba información valedera para la presente investigación.

En la base de datos ScienceDirect también se realizó una búsqueda, empleándose para ello otras fórmulas tales como:

La primera búsqueda se llevó a cabo el 14 de enero del 2021, empleando la fórmula *“competencias AND profesiones sanitarias”*, obteniéndose 631 resultados. Después se aplicó el filtro correspondiente a trabajos publicados en los últimos 10 años, arrojando la búsqueda 361 estudios. Al obtener esta muestra se procedió a una primera lectura exploratoria de la cual 332 resultaron excluidos, luego se eliminaron 3 registros duplicados, incluyéndose en el presente trabajo 26 artículos.

Con respecto al repositorio Lilacs se llevó a cabo una búsqueda con las características señaladas a continuación:

La primera búsqueda se efectuó el 15 de enero del 2021. Para ello se empleó la fórmula *“competencias AND profesiones sanitarias”* con un total de 7 resultados. Posteriormente se filtraron estos datos: 10 años de publicación, idioma inglés/español. Luego de procederse a la revisión preliminar de los textos, los 3 estudios fueron incluidos en la investigación.

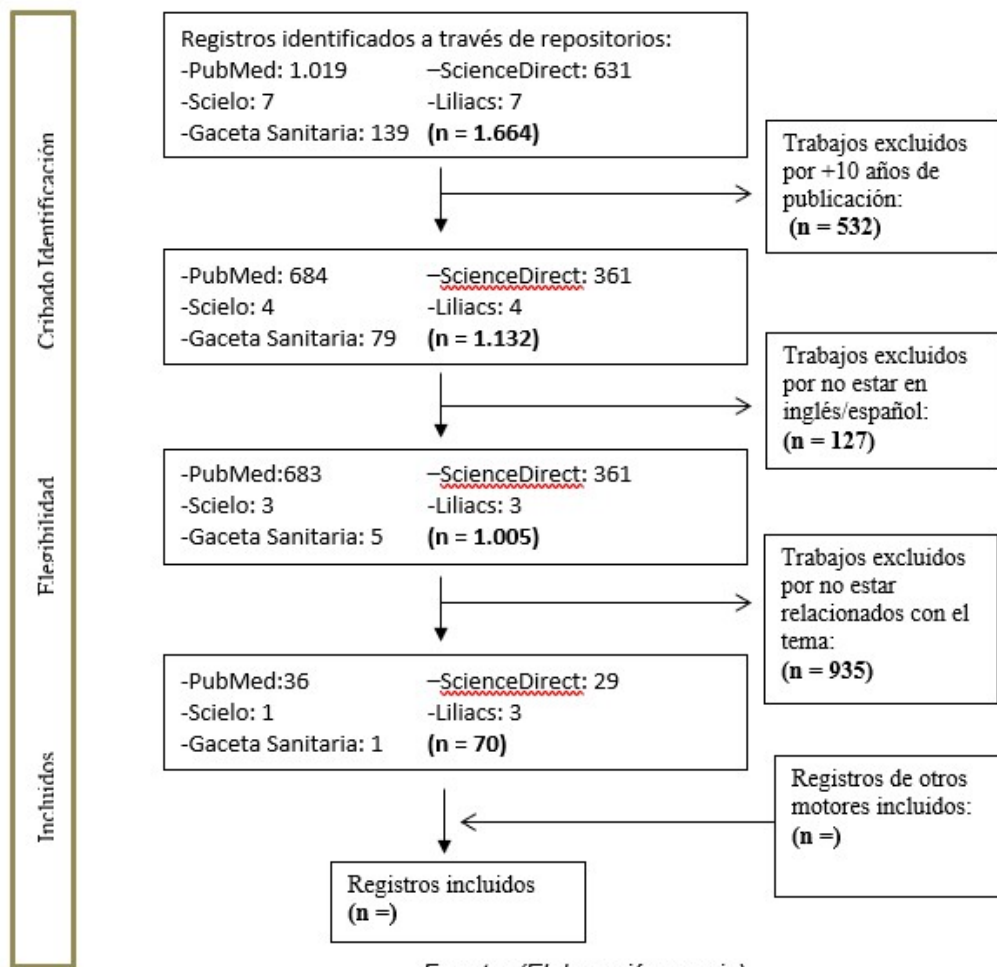
En la base de datos Scielo se efectuó una búsqueda de bibliografía científica que tuvo las siguientes particularidades:

La primera búsqueda se llevó a cabo el día 17 de enero del 2021, mediante la fórmula *“competencias AND profesiones sanitarias”*, obteniéndose 7 resultados. Después de esto, se aplicó el filtro correspondiente a trabajos publicados en los últimos 10 años, arrojando la búsqueda 4 estudios. Luego se utilizaron los siguientes filtros: idioma inglés o español, citables. Después de una primera lectura exploratoria, se excluyeron 2 estudios, incluyéndose en el presente trabajo solo un artículo.

Por último, se empleó una búsqueda en la revista Gaceta sanitaria la cual tuvo las siguientes características:

La primera búsqueda se realizó el día 18 de enero de 2021 y se empleó el término “profesiones sanitarias” obteniéndose 139 resultados. Luego se aplicó el primer filtro para resaltar los trabajos publicados en los últimos 10 años, arrojando un total de 79 registros, que fueron evaluados de forma preliminar, después de lo cual se excluyeron 74 estudios, debido a que su contenido no aportaba información valde para la presente investigación. Se seleccionaron de forma preliminar 5 estudios, eliminándose 4 por encontrarse duplicado. Visto lo cual, solo se incluyó un trabajo en la presente investigación.

**Figura 1. Búsquedas competencias sanitarias**



Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se aborda esta investigación cuyo resultado se expone en la presente memoria capitulada.

***CAPÍTULO I.***  
***LAS PROFESIONES SANITARIAS EN ESPAÑA***



## **1. Definición**

En el contexto español se pueden definir las profesiones sanitarias entendiéndose por profesión un conjunto de actividades que poseen autonomía, códigos morales, capacidad de organización y formación a nivel superior y profesiones sanitarias aquellas que deriven en titulaciones incluidas dentro del área de la salud y que posean organización colegial “legítima desde los poderes públicos”<sup>1</sup>

Podrán ejercer y ser catalogados como profesionales de la salud (que no profesionales sanitarios) aquellos sujetos que posean el título de formación profesional específico del área que desempeñan. Dichos profesionales exhibirán la cualificación y competencia que les reconoce la LO 5/2002 y dispondrán de conocimientos y capacidades que les suministre el ejercicio de su actividad profesional. Obteniendo de esta forma la habilidad profesional dentro del marco de sus competencias, por medio de su formación modular, experiencia u otro tipo de formación.

Consta legalmente, una separación incuestionable entre las profesiones sanitarias, cuyo ejercicio está reservado a la tenencia de una titulación universitaria y en este caso, supervisada por los colegios profesionales y las profesiones en materia de salud cuyo título corresponde a la formación profesional.

Igualmente podemos encontrar esta diferencia en el artículo 6.2. del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que hace referencia a las instituciones del sistema sanitario público y con la finalidad de una clasificación funcional del personal estatutario sanitario.

Es incuestionable que el profesionalismo, al igual que las propiedades que lo caracterizan, no se obtiene sólidamente el día del grado en la universidad, sino que se va construyendo progresivamente.

Es necesario tener en cuenta durante el periodo de formación universitaria que deben demostrarse elementos que indiquen que el fruto del profesionalismo se encuentra sembrado, pero no se construye de inmediato ya que, va a depender que como el individuo lo desarrolle durante su carrera. Sus cimientos son los valores, las integridades, las actitudes y los comportamientos humanos.

El profesionalismo que surge de esta investigación abarca una construcción personal y en espiral, entendiendo etimológicamente el concepto de espiral tomado de la RAE (Real Academia Española) que anota su origen del latín y que constituye una curva

plana que da vueltas alrededor de un punto y que, en cada una de estas vueltas, se aleja más y más del punto original. La espiral, en pocas palabras, es la línea curva que se genera en un punto y que se aleja progresivamente del origen mientras gira alrededor de él.

De forma tal, que ese punto de inicio que da origen al movimiento es el estudiante que comienza su formación en la carrera sanitaria, y que va a producir el crecimiento, desarrollo y evolución de un curso creciente e indefinido de hechos, que requiere de contextos y tiempos para dar vida y forma al propio concepto de profesionalismo. Una vez formados sus atributos, se da la sucesión creciente e indefinida de movimientos para avanzar, apartándose en forma continua del estado de partida, para ir creciendo de inexpertos a conocedores del área. La continuación se considera de una manera que es indeterminada porque se es profesional desde que se finaliza como estudiante y durante toda la vida se debe insistir y avanzar, mejorando, creciendo como personas y como profesionales.

En relación a las virtudes que debe tener todo profesional como respetar la ética y demás valores fundamentales evitando cualquier discriminación o rechazo, el profesional sanitario debe poseerlas de manera especial ya que su trabajo está destinado a personas normalmente vulnerables, y su conducta debe encaminarse a la mejor relación profesional sanitario-paciente y la atención sanitaria, contribuyendo de manera positiva e importante a la salud pública.

Estas cualidades que se especifican se encuentran incorporadas dentro del marco de las siete teorías de la filosofía de Aristóteles como: compasión, honestidad, moderación al hablar, celeridad, caridad, paciencia y humildad. Igualmente, desde el punto de vista de la moral tradicional occidental, con las cuatro virtudes cardinales: justicia, templanza, prudencia y fortaleza. Al poner en práctica estas cualidades, es difícil incurrir en la simple «tecnocratización» profesional, ya que, una profesión no la determina solamente la posesión de conocimientos y/o técnicas de actuación, sino que, en una profesión sanitaria, es fundamental una buena disciplina en la excelencia o virtud de lo personal y humanitario.

Podemos mencionar dentro del contexto social, que las universidades deben construir en el proceso de formación individual, en el contenido, espacio y tiempo que les concierne, las virtudes mencionadas en lo personal y humanitario, pues no es deseable que se conciba la transmisión de títulos académicos que no den ejemplo incuestionable de la evolución humana, como lo han expresado algunos estudiantes: “ser profesional es «ser persona». Y esa «humanidad» es por la que se clama tanto en esta sociedad globalizada, ya que la educación universitaria debería transformar la condición humana, hacia la excelencia.

Se puede pensar que esa transformación se ve manifiesta en el perfeccionamiento de destrezas cognitivas, académica y socialmente visibles en el ejercicio de la profesión de enfermera/o de manera palmaria.

Por otra parte, la Constitución Española concede un amplio sentido en lo referente al concepto profesión y hace una diferencia, entre la profesión libre en el artículo 35.1.1 que expresa que “todos los españoles tienen la potestad de trabajar y decidir por un trabajo, poseer una libre elección de profesión u oficio” y por otro, la profesión titulada en el artículo 362, que expresa que la ley regularizará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. Siendo por tanto los organismos profesionales oficiales, los que especifican a través de sus códigos deontológicos, las normas y medidas que han de definir el ejercicio ético y profesional.

En España, en nuestro ámbito profesional enfermero, los Colegios Oficiales de Enfermería o en su caso los Consejos regionales o el Consejo General, son quienes están facultados para llevar a cabo dicha ordenación.

Además, la Constitución Española hace una reserva de ley en el artículo 36 de las profesiones tituladas, distinguiéndolas notablemente de las profesiones libres; por lo que las primeras pasan a ser conformadas como aquellas que requieren un título académico para poder llevarse a cabo.

Encontramos patente esta distinción en la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 83/1984,4; en la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) del 18 de noviembre de 2002 y en la STS de 1 de julio de 1998, las cuales hacen hincapié específicamente a las profesiones universitarias.

Por tanto, no se puede indicar como profesión titulada cualquier actividad, oficio o profesión, sino que se establece a la posesión de títulos académicos concretos, logrados una vez culminados estudios universitarios. En este aspecto, nos encontramos ante el requerimiento indispensable de obtención, expedición y confirmación de títulos académicos y profesionales correspondiente a los estudios reglados. De manera que no se permiten titulaciones distintas a las anteriormente señaladas establecidas por escuelas o centros de formación que correspondan a otras administraciones públicas que no posean validez académica o profesional sanitaria, sin embargo, se puedan obtener validez habilitante administrativa para el ejercer otra actividad una vez realizados y aprobados ciertos exámenes de aptitud.

Cabe señalar, que al igual que la profesionalidad tiene que ser desarrollada en el tiempo, la competencia básica, se adquiere con el título y la formación subsumida en él, de manera, que no puede concebirse una especialidad sanitaria sin un título y su formación correspondiente en ese ámbito. Por ejemplo, no es posible una especialidad médica, cuyo contenido sea tratamientos por vía parenteral, y cuyo objeto no sea curar o paliar una enfermedad, porque los estudios de Medicina no incluyen aprendizaje de técnicas inyectivas y por tanto el profesional médico no posee la competencia básica.

La importancia de establecer la distinción anteriormente mencionada de la profesión titulada se recoge también en La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). En su artículo 2.1., la LOPS expresa que la formación pre graduada o especializada de las profesiones sanitarias están dirigidas fundamentalmente a proporcionar a los interesados los conocimientos, destrezas y cualidades según la atención de salud y que éstos estén formalmente organizados en colegios profesionales registrados por los poderes públicos.

La LOPS es específica para las profesiones tituladas ya que, como refiere el Tribunal Supremo (TS) en su sentencia de 2 de junio de 2004, se propone llenar una situación de vacío normativo, de falta de regulación de las profesiones sanitarias tanto formal como material, aunque a nuestro entender no lo consigue más que de manera parcial y nada rigurosa.

Según lo argumentado podemos tener también en cuenta la STC 42/198110 y la STC 194/1998, donde se confirma la regulación que la LOPS que pretende regular dentro del Ordenamiento Jurídico español lo referente a las profesiones del área de la salud.

Refiriéndonos a los TCAE, el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, instaura las enseñanzas mínimas que deben obtenerse para constituir una profesión sanitaria y corrobora el currículo formativo de la titulación.

Asimismo, el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones la Seguridad Social agrupa las facultades y limitaciones de este colectivo en los artículos que van desde el 74 al 85. Dicho estatuto se creó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973 (publicado en el BOE del 28 y 30 de abril de 1973), remodelado por el nuevo Estatuto Marco, donde se ve afectado a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) que elimina los tres estatutos vigentes hasta la fecha sobre las funciones referentes a los TCAE. Las recogidas en el antiguo EM permanecen vigentes, de tal forma se catalogan como profesionales del área sanitaria aquellos que posean un título o certificado verificado de formación profesional, tal y como lo indica la Ley Orgánica (en adelante, LO) 5/2002, de 19 de junio, de las cualificaciones de la formación profesional).

Cabe destacar que todas las normas reglamentarias referentes a los títulos de formación profesional del área de salud señalan como característica común la regulación de las capacidades profesionales que aceptan el acceso al ejercicio de dicha profesión, ante el amparo del artículo 3.4.

De la LOPS, que menciona ejercerán su actividad profesional sanitaria en base a las normas renovadoras de la formación profesional, de sus diferentes niveles formativos y de su titulación específica, en base a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía conformes de las profesiones sanitarias comprendidas en los artículos 6 y 7 de la LOPS.

Dentro de las profesiones sanitarias todas tienen un objetivo común que es salvaguardar y promocionar la salud en líneas generales; estas profesiones constituyen una gama muy amplia y heterogénea de profesionales incluyendo las que han surgido en los últimos tiempos y las sobrevenidas de futuro inmediato.

Hay aspectos esenciales a tener en cuenta para que cada profesional de salud tenga su delimitación según lo debidamente acordado por los colegios de cada profesional dado que, se trata de actividades de suma importancia para la población como es la salud y la integridad de las personas por lo que resulta sumamente importante que exista

un marco legal específico, no existente, determinado con normas que identifiquen las competencias básicas e indelegables de cada uno de los profesionales sanitarios existentes.

Los colegios profesionales tienen dentro de sus competencias una serie de atribuciones administrativas donde se incluyen la disciplina y la defensa de los intereses de sus colegiados en el ejercicio de sus funciones entre otras, encaminado a encontrar un equilibrio en el ejercicio de las diferentes profesiones en el área de salud, puesto que el servicio de las profesiones sanitarias requiere de un manejo de información muy sensible, ya que los destinatarios del ejercicio profesional, son personas vulnerables resultando ineludible la implementación de un marco legal que sustente el apoyo, en cuanto a la competencia de cada uno de estos profesionales según su especialidad, por ser fundamental para el desarrollo eficiente de la sanidad

El ejercicio de una profesión sanitaria requiere enfrentarse a un abanico de problemas, también existentes en otros sectores profesionales pero que raramente tienen las mismas consecuencias negativas, que las que presenta una mala gestión o praxis en temas de salud.

No solo en derecho interno español ,también en derecho supranacional, referente al sector sanitario y sus profesionales, existen vacíos e insuficiencias legales, normas equívocas, discrepancias regionales y estatales en sus legislaciones específicas, por lo cual en la práctica, resulta difícil a veces imposible, delimitar las competencias entre profesionales, sanitarios o no, profesionales sanitarios legales, o no ;acrecentada esta dificultad por la enorme profusión de “profesiones” surgidas en estos últimos años y sigue.

En España se permite el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, teniendo en cuenta los requisitos previstos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre y en las demás normas legales que puedan ser aplicables según los artículos 35 y 36 de la constitución de 1978.

## **2. Legislación**

Las profesiones como tal en España comenzaron a regularse de manera generalizada el 24 de julio de 1848 con la publicación del Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino. En ella se estipuló lo concerniente al ejercicio de la medicina, la farmacia y la veterinaria<sup>2</sup>.

Para el 28 de noviembre de 1855 se publicó una Ley sobre el Servicio General de Sanidad, en donde se establecieron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación. Dichos organismos tuvieron la finalidad de “prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran los profesionales en el ejercicio de sus facultades”<sup>3</sup>. Esta ley, junto con la promulgada el 12 de enero de 1904 sobre Instrucción General, señaló la necesidad de llevar a cabo el registro de los diversos profesionales –lo cual estuvo en manos de los subdelegados de Sanidad-.

Más adelante en el siglo XX, específicamente en el año 1944, se publicó una Ley de Bases de la Sanidad Nacional (del 25 de noviembre) la cual se enfocó en la organización de un limitado número de profesionales (practicantes, médicos y dentistas).

Al año siguiente, surgió el Estatuto de las Profesiones Sanitarias en 1945, en donde se contempló todo el marco jurídico referente a las competencias profesionales de múltiples disciplinas, entre ellas la enfermería. Posteriormente, en 1953 se unificaron los programas académicos en diversas materias referentes al área de la salud, otorgándose títulos de técnico en diversas especialidades<sup>2</sup>.

Ya el 25 de abril de 1986 la Ley General de Sanidad (número 14) comenzó a estructurar el sistema sanitario español, aunque en ella no se regularon las competencias de los profesionales.

De esta forma, desde ese año ninguna entidad reglamentaba el ejercicio de las distintas profesiones sanitarias que se iban perfilando en el territorio español hasta la publicación de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, sobre ordenación de las profesiones sanitarias. A partir de ese año dicha ley comenzó a centrarse “en regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales”.

Así, la Ley 44/2003 en su artículo 2, distingue entre dos grupos de profesiones sanitarias, a saber:

Licenciado. En este nivel se engloban los títulos de Especialistas en ciencia de la salud, relacionados con estas áreas, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.

Diplomado. Se incluyen los títulos de Especialistas en ciencia de la salud relacionados con estas áreas, Enfermería, Fisioterapia, Nutrición y dietética, Óptica y optometría, Podología y Terapia ocupacional.

Dentro de la citada ley se estipula en el artículo 4, título I, que el ejercicio de todas las profesiones sanitarias será libre –siempre que se tenga título habilitado y se sigan las normas impuestas desde los colegios profesionales-; exigiendo el desarrollo de múltiples funciones entre las que se puede nombrar1:

- Prevención.
- Información y educación sanitaria.
- Docencia.
- Investigación.
- Gestión clínica.
- Funciones asistenciales correspondientes a sus campos.

A pesar de que se estima que todos los profesionales sanitarios se avoquen a participar en programas destinados al bienestar y salud de la población, a cada grupo se le adjudica actividades diferentes, las cuales son expresadas en la tabla presentada a continuación.

**Tabla 2. Títulos, competencias, profesiones y funciones sanitarias según la Ley 44/2003 de 21 de noviembre.**

<i>Título</i>	<i>Competencias</i>	<i>Profesiones</i>	<i>Funciones</i>
<i>Licenciados sanitarios</i>	<i>Prestación directa de servicios.</i>	<i>Médicos</i>	<i>Indicar las actividades necesarias para promocionar y mantener la salud; prevención de enfermedades, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</i>
		<i>Farmacéuticos</i>	<i>Acciones de creación, conservación y distribución de medicamentos.</i>
	<i>Evaluación y dirección del proceso de atención.</i>	<i>Odontólogos</i>	<i>Promocionar la prevención, diagnóstico y tratamiento, relacionado con la salud bucal de igual manera tratar anomalía de los maxilares.</i>
		<i>Veterinarios</i>	<i>Prevención, tratamiento y control de las enfermedades de origen animal; así como vigilar el proceso de producción de alimentos animales.</i>
		<i>Enfermeros</i>	<i>Diseño de todo lo relacionado con el cuidado y la recuperación de la salud; haciendo énfasis en la</i>



<b>Título</b>	<b>Competencias</b>	<b>Profesiones</b>	<b>Funciones</b>
<b>Diplomados sanitarios</b>	<b>Prestación de servicios o cuidados que correspondan a sus respectivas áreas, relacionadas con el proceso de atención de salud.</b>		<i>promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación del equilibrio homeostático.</i>
		<b>Fisioterapeutas</b>	<i>Intervenciones dirigidas hacia la rehabilitación de las personas con discapacidades a través de medios físicos.</i>
		<b>Terapeutas ocupacionales</b>	<i>Ejecución de acciones destinadas a suplir carencias físicas o psíquicas.</i>
		<b>Podólogos</b>	<i>Tratamiento y diagnóstico de afecciones en los pies.</i>
		<b>Ópticos-optometristas</b>	<i>Revisión y detección de las irregularidades de la refracción ocular de igual adapta y verifica defectos de la vista.</i>
		<b>Logopedas</b>	<i>Actividades relacionadas con la rehabilitación de individuos que sufren trastornos en la fonación, audición o habla.</i>
		<b>Dietistas-nutricionistas</b>	<i>Establecimiento de estrategias para la alimentación adecuada de individuos o grupos de acuerdo a sus necesidades.</i>

**Fuente:** (Elaboración propia con datos extraídos de la LOPS1).

El propósito de la Ley es el ejercicio de las profesiones, pero para explicar lo que pretende y lo que no pretende la Ley, después de estar durante los últimos años en diferentes debates políticos y mediáticos, es necesario hacer un testimonio inicial en el sentido de que el ejercicio de las profesiones en nuestro sistema parte casi de un significativo vacío normativo, sobre todo en lo referente a medicina y enfermería. puesto que, la normativa es obsoleta, pero muy obsoleta, del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX. Inclusive la Ley General de Sanidad, como una norma de naturaleza preferentemente organizativa cuyo objetivo principal era establecer la estructura y el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no proporcionada ninguna información sobre las competencias profesionales.

De alguno modo, por tanto, en España, esta Ley vendría siendo el primer intento en el mundo del sistema sanitario, de desarrollar el artículo 36 de la Constitución, para lo cual, por la doctrina del Tribunal Constitucional, nos ajustamos a una serie de principios.

Primero que la progresión de este punto de la Constitución necesita una Ley formal ya que limita en medida un derecho constitucional determinado en el artículo 35 de la propia Constitución, el derecho al libre ejercicio de las profesiones, por lo que la limitación de este derecho requiere una ley básica, que establezca con absoluta certidumbre de que se está en el ámbito de un bien común, no desarrollando el derecho de un grupo, no protegiendo un derecho individual o de colectivo y por tanto, las restricciones que debe hacer la ley a este libre ejercicio de las profesiones que la constitución garantiza, debe estar fundamentado en la protección de un bien común, de un bien social como es la sanidad.

Es cierto que el reconocimiento recíproco de títulos entre los Estados miembros de la Unión Europea y también la existencia de directivas ordenadoras de esta materia, suponen igualmente una limitación al ejercicio de las estas profesiones sanitarias.

En la exposición de motivos de esta Ley, se advierte: “la presente no es una Ley para definir competencias o funciones ni para delimitar unas u otras profesiones”.

La Ley se fundamenta en el concepto de profesión desde el punto de vista sociológico, que tiene unas ciertas particularidades de formación superior, de emancipación, de necesidad y derecho a la auto organización, con requerimientos superior es de carácter deontológico y de vocación para el servicio.

De hecho, cuando en la nueva Ley se intenta hacer una definición de a qué profesiones se está refiriendo, intenta ser fiel a este concepto sociológico, liberal, europeo y anglosajón y encuentra en nuestro sistema normativo dos contornos que ayudan a definir lo que son estas profesiones. Primero, una definición educativa y después la existencia de una corporación profesional. Ya en la exposición de motivos expresa esta Ley:

*“...existe la necesidad de resolver, con alianzas interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, el asunto de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy distinguidos espacios específicos de cada profesión y por ello en esta Ley no se ha supuesto determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma limitada y*

*concreta, sino que constituye las bases para que se generen estas alianzas entre profesiones, y que las praxis usuales de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de carácter no conflictiva, sino cooperativa y transparente”.*

A pesar de estos propósitos, tanto en la opinión como en el debate públicos, cuando esta Ley se ha proyectado, no se ha podido obviar el protagonismo de dos temas, que son el de la colegiación y el de la competencia.

El tema de la competencia, el ámbito eficaz propio de cada profesión, no se ha podido evadir, de hecho, quién está o quién no está en la escritura de Ley y si está cómo de qué modo, ha sido motivo de un debate en tiempo y en espacio, seguramente mucho más relevante que el que la propia Ley. Surge la interrogante de conocer ¿Cuál es el objeto de la Ley realmente? Quizás el permitir y ayudar a la adaptación de los profesionales y de las organizaciones en las que éstos trabajan a nuevos desafíos, en vista del contexto actual en el que estamos asistiendo, queramos o no queramos, al nacimiento de una nueva sociedad. Una nueva sociedad en la que emergen situaciones nuevas, situaciones relacionadas con la complejidad de un crecimiento del conocimiento científico y técnico exponencial lo que demanda y exige una complejidad organizativa también progresiva, en las formas en las que las profesiones ofrecen sus servicios y en la organización de los servicios sanitarios, lo que, ciertamente, produce como consecuencia de ello tensiones económicas. Estas nuevas situaciones tienen repercusiones sobre las organizaciones sanitarias y también sobre las profesiones. Estamos ante un fenómeno universal, un fenómeno que se produce en muchos países, que es la aparición de situaciones totalmente nuevas, problemas como la motivación o la desmotivación, la desprofesionalización, la ausencia de reconocimiento profesional, la insatisfacción de los profesionales, la fuga de éstos en todo el mundo, desde la India hasta Estados Unidos de América, desde Polonia, a Italia o a nuestro país y desde nuestro país a Inglaterra y Portugal...

En todas las publicaciones científicas y profesionales se refleja la aparición de estas crisis. Además, socialmente estamos asistiendo a una tendencia de mayor exigencia, de garantía de resultados, de no asunción o de exigencia de que los riesgos se desvanezcan o disminuyan, de exigencia de que la información o la comunicación, tenga mucha más importancia en las relaciones de los sistemas sanitarios.

Esta tendencia social que hasta ahora no era evidente en nuestra colectividad, debe significar más transparencia, responsabilidades más explícitas, más transparentes. La observación de este fenómeno en el consumo o en el comercio es muy evidente, pero también existe en la universidad, en la investigación y de hecho en todos los ámbitos sociales, de manera que se habla que la nueva sociedad como una audit society (Michael Power)

Aunado a la ley citada anteriormente, dentro del territorio español se han publicado otros instrumentos jurídicos que buscan regular las actividades ejecutadas por los profesionales sanitarios. Entre ellos se puede señalar la Ley 55/2003 (Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud) y el Real Decreto 183/2008 en donde se clasifican las especialidades sanitarias. Que tampoco han venido a aclarar y delimitar en puridad los límites competenciales de las profesiones sanitarias.

Como se ha señalado hasta el momento, la legislación existente sobre estas áreas del conocimiento es relativamente reciente.

Citamos como Legislación europea representativa, Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales(130) y Directiva 2013/55/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nº1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (“Reglamento IMI”)(100).

Por otro lado, a nivel profesional se dispone de regulación, en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006 relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado; en su Artículo 55 se especifica en España el Ejercicio de las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona).

Relevante nos parece abordar en ella y por todas las profesiones sanitarias, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio por la que se establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio profesional, en este caso de la Enfermería. A tenor de su Anexo, Apartado tres, relativa a las “Competencias” que los estudiantes deben adquirir:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud -enfermedad.
9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
16. Conocer los sistemas de información sanitaria.
17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.”

Trayendo a este punto la relevancia de lo regulado en el régimen jurídico estatutario respecto a las competencias (obligaciones y deberes) reguladas por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y concretamente art. 19 “El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:

- a) Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.
- b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- c) Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.
- d) Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.

- e) Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.
- f) Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.
- g) Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.
- h) Informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.
- i) Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos.
- j) Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.
- k) Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.
- l) Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente institución, centro o servicio de salud.
- m) Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.

- n) Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.
- o) Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Siendo fuertemente penalizado a través de los Art.72 y ss. Las inobservancias tipificando conductas de reproche disciplinar tales como muy grave (Art. 72.1.b, f, p):

*“Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios” (...)* *“El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios” (..)*

*“El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje”. O como grave (Art. 72.3, d):*

*“La grave desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios” (..)*

*“El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.”, entre otros.*

Otra reseña legislativa siguiendo las nuevas tendencias en educación sanitaria sobre planes de estudio, centrados en la adquisición de competencias relacionadas con las actividades profesionales, del año 2002, el Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (CCECS) y el Instituto de Estudios de la Salud (IES) de la Generalitat de Catalunya publicaron un documento sobre las competencias de la profesión de médico y de otras profesiones sanitarias, cuya referencia digital es (<https://www.aqu.cat/doc/Estudis/Informes-dels-processos-d-avaluacio/Guia-para-la-evaluacion-de-competencias-en-Medicina>).

La existencia y aplicación de estos saberes en la dinámica social posee un recorrido histórico en el que podrían encontrarse al menos, las delimitaciones de cada uno de los profesionales sanitarios según los usos y costumbres y su desarrollo como trabajadores sanitarios en sus respectivas disciplinas, por lo que se expone un breve recorrido histórico a continuación.



***CAPÍTULO II.***  
***ANTECEDENTES HISTORICOS***

## ***1. Breve recorrido histórico de las competencias en profesiones sanitarias***

Según Benavides et al.<sup>4</sup> las competencias pueden definirse como el conjunto de habilidades que permiten a una persona o conjunto de personas llevar a cabo actividades determinadas de una manera precisa. Para Urbina et al.<sup>5</sup> su definición precisa se alza como una herramienta útil para establecer un lenguaje común sobre el cual guiar las distintas clasificaciones y tareas asignadas a los grupos humanos, ya que señala sus campos de actuación y limitaciones.

En este sentido, en el campo laboral la consolidación de las competencias profesionales es un hecho fundamental para definir el rol que cumplirán los mismos en la dinámica de trabajo. De acuerdo con lo anterior, se puede decir que este tipo de competencias refieren a un grupo de saberes, habilidades, destrezas y actitudes que un individuo debe tener para desarrollar de forma propicia las diversas funciones asignadas y las actividades que derivan de ellas<sup>4,6</sup>.

Aunque el establecimiento de estas directrices es sumamente importante para la ejecución de las actividades profesionales dentro de cualquier ámbito del conocimiento, históricamente ha sido esencial en el campo de las áreas relacionadas con la salud. Ello responde a que las mismas están destinadas a tratar y prevenir –entre otras acciones– las distintas causas de morbilidad que afectan a las poblaciones humanas.

De esta forma, a lo largo de la consolidación de las distintas instituciones sanitarias en España ha sido necesaria la configuración, delimitación y establecimiento de las distintas competencias para los múltiples profesionales que se encargan de dichas labores. Sin embargo, éstas no se han mantenido de forma permanente a lo largo del desarrollo humano, sino que se han modificado para responder a las necesidades que se presentan en un momento determinado.

La existencia y aplicación de estos saberes en cuestiones de salud, posee un recorrido histórico en el que podrían encontrarse al menos, las delimitaciones de cada uno de los profesionales sanitarios según los usos y costumbres y su desarrollo como trabajadores sanitarios en sus respectivas disciplinas, recorrido histórico que se expone brevemente a continuación, sobre la consolidación de las distintas profesiones sanitarias mencionadas, con el objetivo de ilustrar el proceso de cambio al que se ha hecho referencia.

## **2. Medicina**

La llegada del saber médico al territorio español se marcó con los viajes de individuos provenientes del Medio Oriente. Ellos trajeron consigo diversos textos que fueron traducidos y empleados en la práctica diaria de los primeros médicos, cuyos conocimientos eran basados más en la experiencia que en un canon propiamente científico<sup>7</sup>.

En el año 1255 Alfonso El Sabio obtuvo una bula papal para la consolidación de la Academia de Medicina, dando el primer paso para la delimitación de las acciones en este campo al regularse lo concerniente a la instrucción. Desde entonces la enseñanza médica comienza a descansar sobre diversos textos, como Canon de Avicena o el Colliget escrito por Averroes<sup>7</sup>.

Posteriormente, en 1477 se creó el Real Tribunal del Protomedicato bajo la regencia de los Reyes Católicos, que fue la primera entidad española encargada de examinar, evaluar, vigilar y normativizar la práctica médica hasta su eliminación en el siglo XIX<sup>7</sup>.

En el SXIV, por la llegada al monasterio de Guadalupe (Cáceres) de la orden de San Jerónimo, los cuidados asistenciales (enfermeros) son realizados por monjes, que fueron evolucionando hasta la práctica quirúrgica en el SXV, cursando tres años y examinándose ante el tribunal de protomedicato.

Las primeras cátedras de Cirugía surgen en la Corona de Aragón y posteriormente en Valencia (año 1501) en Alcalá (año 1543) y en el SVI en Salamanca

Para el siglo XVIII múltiples fueron los estudiosos que contribuyeron en la consolidación del estatus científico de la medicina, con estudios anatómicos como los desarrollados por Winslow, Vicq d'Azyr y Sommerringen; y fisiológicos como los de Sénac, Albrecht von Haller, Morgagni y Mascagni. En la segunda mitad del siglo estos saberes llegaron al territorio español por la corte borbónica, lo cual se evidencia en los trabajos de Feijóo, Piquer y Casal

En España, durante este periodo se impulsaron cambios en la instrucción médica, con el objetivo de estar más acordes a los avances del momento, y se procuró el desarrollo de la investigación mediante jardines botánicos (útiles para el estudio de la farmacología) viajes de exploración científica a América<sup>1</sup> y también tuvo lugar la consolidación de los Reales Consejos de Cirugía<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Expedición Balmis (1803) en honor del médico, que ideó llevar la vacuna de la viruela a América y que se realizó con niños inoculados al Cuidado de la enfermera Isabel Zendal

A pesar de que ya la medicina incluía en su instrucción la terapéutica y por tanto conocimientos sobre farmacología, desde el año 1780 el Protomedicato se dividió en el Protofarmacéutico y el Protocirujano, indicando un proceso de diferenciación entre estas diversas áreas<sup>7,9</sup>.

Sin embargo, esta institución fue eliminada en 1822 pasando las actividades contraloras a manos de las diversas Juntas de Medicina, de Cirugía y de Farmacia. En los años subsiguientes las actividades de los facultativos fueron reguladas y delimitadas por los Reales Colegios, determinándose ciertas competencias a través de las Subdelegaciones de Sanidad, que formaban parte de la Junta Suprema de Sanidad creada en 1720<sup>7</sup>.

Cabe mencionar, que no solo en España, en toda Europa, se prohibía a las mujeres cursar estudios en estos centros, pero la labor enfermera no tuvo discontinuidades y se siguió ejerciendo, pero relegada al ámbito doméstico o vecinal, salvo en epidemias o guerras donde su actuación era pública.

En 1832 se creó el Ministerio de Fomento, desde el cual se comenzaron a dictar todas las directrices relacionadas con la salud pública y en el año 1847 el Real Consejo de Sanidad junto con la Dirección General de Beneficencia y Sanidad<sup>7</sup>.

En la conformación de todas estas organizaciones resalta el hecho de que era necesario no solo distinguir entre unas acciones macrosociales, sanidad y salud pública -que actuaran sobre la vigilancia epidemiológica y el control de situaciones peligrosas para la salud de las poblaciones- sino también la importancia de controlar el ejercicio de los profesionales sanitarios, los médicos en este caso, para distribuir su presencia en diversas parte del territorio, señalando cuales eran sus deberes y derechos<sup>7</sup>.

En 1855 se creó la Ley sobre el Servicio General de Sanidad en España, la cual se encargó de regular “la política de prevención sanitaria y la actuación profesional del personal asistencial”<sup>7</sup>; aquí, las funciones del médico se enlazan con algunas del farmacéutico y del veterinario<sup>10</sup>.

Posteriormente, con la Ley General de Sanidad (1986) se empezó a regular al personal que trabajaba en instituciones públicas, hasta que en el año 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud estipuló lo concerniente a la formación de estos profesionales, sus competencias, limitaciones, alcances e inclusión dentro del SNS<sup>11</sup>.

### **3. Farmacia**

Al comienzo del desarrollo de la medicina, los profesionales farmacéuticos se encargaron del estudio de los medicamentos y demás sustancias empleadas con finalidad terapéutica. En 1240 se publicaron unas Ordenanzas medicinales a cargo de Federico II Hohenstaufen en Alemania, en donde se estableció la necesidad de que se distinguiera entre farmacéuticos y médicos, teniendo estos últimos la obligación de guiar a los primeros en lo concerniente al desarrollo científico.

Desde entonces gran parte de los farmacéuticos y boticarios ejercieron con una formación laica, artesanal, que muchas veces estaba en relación con un tutelaje médico. Solo en los casos de los religiosos ambos conocimientos se entremezclaban, gracias al acceso que este grupo tenía a ciertas formas especializadas de instrucción<sup>12</sup>.

En España los conocimientos farmacéuticos se desarrollaron ampliamente en los territorios de la Corona de Aragón (actuales Cataluña, Valencia y Aragón), encontrándose estos profesionales agrupados en organizaciones gremiales y poseyendo gran prestigio social. Poco a poco estos gremios van difuminándose hasta alcanzar el reino de Castilla y Navarra, aunque en estos casos su importancia fue relegada por el Protomedicato<sup>12</sup>.

De esta forma se puede señalar que, hasta entonces, la transmisión del saber farmacéutico, su regulación y normalización era mayoritariamente gremial. La formación de los farmacéuticos estaba a cargo de un boticario maestro, quien además se encargaba de regular estos establecimientos y su funcionamiento<sup>12</sup> así, las competencias de los farmaceutas se centraban en la creación y disposición de sustancias terapéuticas según los requerimientos e instrucciones de los médicos.

Con el nacimiento de los primeros hospitales se presentó la necesidad de disponer de botiquerías propias de dichos recintos, estando a cargo estos establecimientos en múltiples ocasiones de enfermeros<sup>13</sup>.

En los hospitales la normativa que buscaba regular la preparación de las sustancias terapéuticas se estipulaba en los estatutos del recinto. Las medicinas eran prescritas por el médico, dispensadas por el farmacéutico y administradas por los enfermeros<sup>13</sup>.

Durante el siglo XVIII comenzaron a solicitarse patentes para la venta de medicinas, las cuales eran otorgadas por los Protomedicatos. A lo largo de esta centuria se llevarán a cabo grandes avances dentro de la disciplina con motivo del movimiento ilustrado que penetró el pensamiento europeo y que llevó a la realización de diversos viajes de

exploración, en busca de nuevas sustancias y combinaciones para combatir las enfermedades<sup>13</sup>.

El 14 de septiembre de 1737, se crearon las ordenanzas y estatutos para el cultivo y extensión de la Farmacia, Química, Botánica e Historia Natural, lo que se esperaba fuera en beneficio de la salud pública<sup>34</sup>.

El Real Colegio de Profesores Boticarios de Madrid esta conformados por aquellos boticarios que tuvieran botica propia, estableciendo un jardín botánico y un laboratorio químico donde se enseñaban operaciones químicas, así como lecciones y demostraciones de plantas y drogas exóticas para colegiales, practicantes de Farmacia y mancebos de botica<sup>34</sup>.

Durante el siglo XVIII comenzaron a solicitarse patentes para la venta de medicinas, las cuales eran otorgadas por los Protomedicatos. A lo largo de esta centuria se llevarán a cabo grandes avances dentro de la disciplina con motivo del movimiento ilustrado que penetró el pensamiento europeo y que llevó a la realización de diversos viajes de exploración, en busca de nuevas sustancias y combinaciones para combatir las enfermedades<sup>13</sup>.

Para 1806 lo concerniente a la regulación de esta profesión pasa a manos del Real Colegio de Farmacia. Luego, estas fueron reemplazadas por las Facultades de Farmacia a partir del año 1845 en donde se estructuran los estudios de farmacéuticos y se establecen niveles de enseñanza, apareciendo los bachilleres, licenciados y doctores en farmacia<sup>13</sup>.

Bajo la Ley General de Sanidad (1855) se reguló la expedición y distribución de medicamentos en las boticas, autorizando a las boticas a otorgarlas luego de ser presentada una prescripción médica<sup>13</sup>.

Ya en 1860 se promulgan las Ordenanzas para el ejercicio de la profesión farmacéutica, comercio de drogas y venta de plantas medicinales; la cual comienza a regular las actividades de este gremio de una forma más específica<sup>13</sup>.

Por otro lado, en 1903 por una Real Orden se crean las farmacias municipales gracias al esfuerzo de los Colegios Profesionales de Farmacéuticos. Al año siguiente bajo la ley de Instrucción General de Sanidad se establece que los hospitales debían contar con sus propias farmacias o botiquerías<sup>13</sup>.

Más adelante, el 25 de noviembre de 1994 se publicaron las Bases de la Sanidad Nacional, en donde se señala lo concerniente a "Oficinas de Farmacia, Farmacéuticos

de Aduanas, Farmacias Militares en el ejército y la necesidad de establecimiento de botiquines en determinados lugares y laboratorios fabricantes de medicamentos” 13.

A medida que avanza el siglo XX se van perfilando las actividades de los farmacéuticos que trabajan, por un lado, en las instituciones hospitalarias, y, por otro lado, fuera de ellas<sup>13</sup>.

#### **4. Odontología**

Desde antiguo los dentistas, que no los estomatólogos que era una especialidad médica en el pasado siglo, no necesitaban título para ejercer, siendo llevadas a cabo las distintas actividades relacionadas con ella por los barberos o sangradores. A partir de la constitución de los Reales Colegios de Cirugía en el siglo XVII se comienza a legislar de forma directa sobre la labor odontológica<sup>14</sup>.

A través de estos Colegios, específicamente en el de Barcelona, se empezó a organizar la instrucción de Comadronas, Dentistas y Oculistas bajo las Ordenanzas de los años 1764, 1795 y 1797. En éstas se pedía a los dentistas conocimientos básicos de cirugía, además de realizar prácticas durante 2 años con un dentista públicamente reconocido<sup>14</sup>.

Bajo Real Orden del 6 de enero de 1804 queda definitivamente adjudicada la labor de la extracción de dientes y tratamiento de sus dolores y trastornos a los sangradores. Desde este siglo XIX, se inicia el desarrollo de la odontología española, la cual extrae la mayoría de sus conocimientos de autores franceses<sup>14</sup>.

Con la reforma que se realizó sobre la instrucción médica en 1827 no solo se creó la figura de los médicos-cirujanos sino también la de los cirujanos-sangradores, los cuales comenzaron a tratar todo lo concerniente a la cavidad bucal. Adicionalmente, en 1846 mediante una Real Orden se crea una nueva figura que recibe el nombre de Ministrantes sobre los cuales recaía de forma legal la limpieza y extracción de los dientes. Éstos estudiaban en hospitales y se instruían mediante diversos textos<sup>14</sup>.

En 1857 se suprime, mediante la Ley de Instrucción Pública, la figura de los Ministrantes la cual pasa a ser reemplazada por los practicantes<sup>2</sup>. Sus actividades pasaron a

---

<sup>2</sup> Hasta este momento, casi todos los que practicaban o desarrollaban actividades relacionadas con la odontología se caracterizaban por su baja preparación. Para solventar esta situación Manuela Anierte y Paredes (viuda del dentista Francisco de Sales que ejerció la profesión de su marido siendo casi la única mujer española odontóloga del siglo XIX en España) escribió una carta en 1871 al Ministerio de Fomento instando a la creación de una Escuela Dental<sup>14</sup>

reglamentarse en 1860 mediante una Real Orden con fecha del 21 de noviembre, en donde se estipuló que debían cursar 4 semestres<sup>14</sup>.

## **5. Veterinaria**

La domesticación y cría de perros, con fines protectores y de caza, tiene sus inicios entre los años 14.000 y 11.000 A.C. en esa época, podemos decir que se inicia la veterinaria<sup>15</sup>.

La humanidad buscó compañía animal desde el inicio y de fuentes paleontológicas y arqueológicas sabemos, que los animales siempre han sido tratados no solo como proveedores de alimentos, también como compañía y utilidades domésticas, y que han formado parte importante en la historia universal de la humanidad, desde que tenemos documentación, como los dioses toros de la mitología cretense, o la famosa caballería de Alejandro Magno<sup>16</sup>.

El primer marco “legal” que existe de veterinaria es una estela de diorita del Imperio Babilónico de 1.780 a.C., que incluye, todos los aspectos de la sociedad tanto de la medicina como de la agricultura<sup>16</sup>.

Se tiene constancia arqueológica de casos de actuación veterinaria muy antiguos:

En el 1.999 a.C., se estudiaron bovinos que presentaban convulsiones, rigidez y desvanecimiento. Los cuidadores de animales en esa época después de la declamación de plegarias al uso, se realizó la primera exploración veterinaria de la que tenemos noticia escrita, procediendo a palpaciones rectales a los bovinos.

Otro caso que ha llegado a nuestros días describe el de un toro que presentaba dificultad para respirar y fiebre, al inicio fue tratado con una serie de oraciones para luego proceder a colocarle agua fría con el objetivo de disminuir la fiebre y bañándolo utilizando esencias aromáticas administrándoselas en ojos, pecho y patas, una vez culminado el baño le aplicaron sangría en el abdomen.

Mucho después, hacia el año 500 A.C. se inicia la medicina de animales en algunas ciudades de Grecia, y es en este punto, donde esta rama de la medicina se abre paso a Europa ya que, la medicina humana y animal, andan parejas, pues en las obras que se han encontrado de grandes personajes médicos griegos, como Demócrito, Hipócrates y Aristóteles, se encuentran anotaciones de ambas especies <sup>17</sup>. Después



de Aristóteles, en Grecia, la medicina y la veterinaria entran en una especie de letargo, siendo en Alejandría y Roma, donde vuelve después a resurgir<sup>17</sup>.

Es en Roma donde, se cree, que se implementa el vocablo "Veterinario", siendo este una derivación de *suoveterinarii*, quienes eran los encargados de cuidar a los cerdos (sus), ovejas (oves), y terneros (Taurus) que serían sacrificados en el rito denominado Suovetaurilia<sup>17</sup>. Sin embargo, también se cree que este término, deriva de una posición en el ejército romano, los *veterinarius*, quienes eran los encargados de cuidar a todos los animales de carga del ejército<sup>17</sup> a quienes llamaban *veterinus*, aunque no se sabe bien si proviene del adjetivo *vetus* que significa "viejo", o del verbo *veho* que significa "transportar"<sup>17</sup>.

En siglo XIII, Alfonso X el Sabio, crea el primer cuerpo jurídico Las Siete Partidas, en el que se consagra la figura del albéitar, nombre que se daba al veterinario como profesional. En esta norma, se establece que la formación y actuación de los albéitares, seguirá un régimen gremial, al igual que otras profesiones.

Son los Reyes Católicos, quienes, en el año 1500, al dictar la Pragmática, reglamentan las exigencias para conseguir el título y el desarrollo del ejercicio profesional veterinario<sup>15</sup>. Dando así, también, pie para la creación del famoso Tribunal del Protoalbeiterato de Castilla, inaugurándose una nueva etapa de la medicina animal<sup>18</sup>.

Durante este período Fernando Calvo y Martín Arredondo, famosos albéitares, escriben el Libro de Albeiteria y Flores de Albeiteria, respectivamente. En 1739, Felipe V eleva a Arte Literal y Científico a la Albeiteria <sup>15</sup>.

En el siglo XVIII, se crean 13 escuelas de Veterinaria, en consonancia con los criterios del francés Bourgelat, creador de la primera escuela de veterinaria en Francia.

Carlos IV de España, dicta la Real Orden de 7 de septiembre de 1788, bajo la cual se funda la escuela de veterinaria de Madrid, cumpliendo los deseos de su antecesor Carlos III, quien estaba convencido de la necesidad de crear una escuela que elevara la formación de este sector profesional en pro de la mejora de la agricultura, la buena higiene de los ganados, la industria, comercio, la trajinería y los cuerpos de caballería de la Milicia <sup>15</sup>.

Con el deseo de contar con un centro de enseñanza de Veterinaria, el Primer Ministro Pacense, D. Manuel Godoy, envía a dos Mariscales de Caballería, D. Segismundo

alats y D. Hipólito Estévez, a cursar estudios de Veterinaria en la Escuela Francesa de Alfort, con la finalidad de que tomen las riendas de la Escuela de Veterinaria de Madrid, que quedará bajo dependencia del Ministerio de Guerra hasta 1841, cuando pasa a estar adscrita a la Dirección General de Estudios 15 Sin embargo, la fundación de la Escuela de Veterinaria de Madrid no significa el final de la Institución albeiteresca 15.

En 1847, la Reina Isabel II, dicta el Real Decreto de 19 de agosto de 1847, con el que suprime el tribunal examinador de la Institución albeiteresca y a la vez se crean las Escuelas Subalternas de Veterinaria de Córdoba y Zaragoza, que expedían títulos de Veterinarios de 2º clase con tres años de estudios, y luego con la Real Orden de 16 de marzo de 1852, se crea también la de León con la misma categoría que las anteriores, sin embargo, durante medio siglo convivieron Albéitares y Veterinarios (de 1º y 2º clase) con graves problemas de competencias e intrusismo en el ejercicio profesional 15.

La ley del 9 de septiembre de 1857 reconoce la importancia que para la economía española tenía la actividad veterinaria, ya no solo militar, y regula durante más de 100 años las enseñanzas y el sistema educativo, y permite así que se incorpore al sistema universitario, catalogando las escuelas como profesionales y extendiendo a cinco años la duración de estudios en ellas 15.

**Figura 2. Escalas de Preferencias para el Ejercicio Profesional Oficial**

Orden Preferente	Titulación
1º	Veterinarios de 1ª Clase (5 años)
2º	Veterinarios de la Escuela de Madrid
3º	Veterinarios de 2ª Clase (4 años)
4º	Veterinarios de 2ª Clase (3 años)
5º	Veterinarios de 2ª Clase (Pasantías)
6º	Albéitares-Herradores
7º	Albéitares

*Según Real Orden 3-7-1865*

En 1878, el D. Juan Téllez y el D. Santiago de la Villa fundan La Unión Veterinaria, sociedad científica cuyo objetivo principal era dignificar la profesión y llevar a cabo las reformas necesarias, a la vez que solucionar el caos reinante en el ejercicio y formación técnica 15.

En 1893 se celebró el I Congreso Nacional Veterinario, donde se analizaron las enseñanzas y la organización colectiva profesional 15.

## **6. Enfermería**

Estudiando la historia de la salud, encontramos que la enfermería ha estado presente desde los principios de la humanidad y desde entonces, ha sido ejercida fundamentalmente por mujeres, cuidando los nacimientos, la alimentación, la enfermedad, la higiene... curioso que en las cavernas las mujeres eran la almohada de la familia.

Ya en tiempos históricos antiguos la enfermería se consideraba importante, tanto para nombrar deidades como Higias o Panacea ( enfermeras) pero siempre relegada a lo doméstico, a las mujeres se les ha prohibido históricamente salvo escasas excepciones cursar estudios en escuelas de medicina, que no eran sino escuelas de cirugía, como así fue sucediendo con el paso del tiempo, a la medicina se le otorgó la enfermería, la farmacia, la microbiología, incluso la ingeniería...; y en la actualidad, todavía se atribuye a la medicina cualquier hallazgo científico que tenga que ver con la salud, como por ejemplo el efecto placebo que en puridad es enfermero.

En los monasterios, los monjes medievales, se hicieron cargo de la enfermería y a las mujeres se les siguió dejando actuar en el contexto doméstico.

Con el nacimiento de los primeros hospitales se presentó la necesidad de disponer de botiquerías propias de dichos recintos, estando a cargo estos establecimientos en múltiples ocasiones de enfermeros<sup>13</sup>. La normativa era procedimental, buscaba regular la preparación de las sustancias terapéuticas y se estipulaba en los estatutos del recinto. Las medicinas eran prescritas por el médico, dispensadas por el farmacéutico y administradas por los enfermeros<sup>13</sup>. (Casi siempre por mujeres religiosas).

Ya en la mitad del siglo XX y hasta los años 70, aunque la enfermería era considerada como profesión, se distinguía en España entre practicantes y enfermeras, éstas últimas de menor consideración social y sin poder acceder al cuerpo de practicantes del estado, restringido solo para hombres.

Los colegios profesionales de practicantes y enfermeras, estaban separados y a éstas se les atribuía cuidados menores, a menudo despectivos, por ejemplo, visitas sanitarias a colegios, cuarteles, cárceles etc. para detectar parásitos y elaborar campañas de desinsectación y se les llamaba "las del piojo verde" aunque sus funciones básicamente eran las mismos que en la actualidad, incluso de mayor responsabilidad, atendiendo en dispensarios las urgencias médicas y quirúrgicas (hasta la creación de los equipos quirúrgicos en los años 50) y asumiendo toda la responsabilidad de los tratamientos por diferentes vías, uso y distribución de medicamentos, cirugía menor, atención

domiciliaria, vacunaciones, recogida de datos clínicos, gestión de documentos, incluso cuidados *postmortem*.

Los orígenes de la enfermería profesional tradicionalmente se datan por las aportaciones teóricas de la enfermera inglesa Florence Nightingale, quien expresaba que la enfermería era “algo más que administrar medicinas y cataplasmas (...) “Es poner al enfermo en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe” y creó la primera escuela de enfermería en la que se cursaban estudios de dos a cuatro años, siempre referido al cuidado de enfermos, sin aludir a los cuidados de la población sin enfermedad, por lo que lógicamente, se entendió como una “ayuda” al profesional médico, cuyo marco competencial es precisamente la enfermedad

En España, con el Dr. Federico Rubió y Galí, se profesionaliza la enfermería, con la finalidad de “formar enfermeras capaces de aprender cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico mientras se gana la vida atendiendo enfermos 19.

El nombre de Enfermera, se ha utilizado históricamente, para referirse a todas aquellas personas mujeres, dedicadas al cuidado, de manera profesional eran asociadas a órdenes religiosas en los hospitales y estaban encargadas de proporcionar a los pacientes alimentación, higiene y confort y han sido solo mujeres quienes han realizado el trabajo de enfermería en el ámbito hospitalario, hasta mediados del siglo XX19.

Oficialmente la enfermería profesional en España comienza en el año 1857, cuando la Ley Moyano establece las bases para la formación de practicantes ( hombres que trabajaban como asistentes de médicos y podían administrar y llevar a cabo tratamientos) y matronas (principalmente mujeres que autorizadas a atender partos a domicilio, siempre que éstos no presentaran alguna complicación que requiriese la presencia de un médico) lo que aumenta su prestigio social en función a sus competencias técnicas, aunque siempre bajo la orden del médico19.

Relegando a las enfermeras, mujeres, excepto a las matronas, de nuevo a un papel “doméstico”.

Inspirado en Florence Nightingale, el Dr. Federico Rubio y Galí, crea en 1896 la primera escuela dedicada a la formación profesional de enfermeras; la escuela de Santa Isabel de Hungría, que capacitaba a las enfermeras, mujeres mayoritariamente, para asistir en intervenciones y curas quirúrgicas, titulándose entonces como enfermeras en medicina y cirugía19-20.

En 1915, se reconoce por primera vez el título de enfermera y se institucionaliza el cuidado bajo tres denominaciones distintas que, a pesar de tener funciones y formación semejantes, eran cursadas en distintos lugares. A saber<sup>20</sup>:

- Enfermeras: Mujeres cuyos estudios se cursaban en escuelas, que dependían de hospitales<sup>20</sup>, en régimen interno. Se examinaban en las facultades de medicina y obtenían el mismo título que los practicantes.
- Enfermeras de la Cruz Roja, seudomilitares, quienes además de titularse en las facultades de medicina, obtenían el título de enfermera internacional que les permitía ejercer en cualquier estado europeo y algunos otros países convenidos.
- Practicantes: Hombres(varones) y se capacitaban en las facultades de Medicina<sup>20</sup>
- Matronas: Eran únicamente mujeres y tenían sus propias escuelas ya que, se dedicaban exclusivamente a la atención de partos y estaban ligadas a hospitales de maternidad<sup>20</sup>

Entre 1917 y 1929, se fundan diversas escuelas dedicadas a la formación de enfermeras y personal de salud, quedando paralizado la formación de nuevo personal debido la Guerra Civil Española<sup>20</sup>.

En 1962 se crea el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y unifica por primera vez, los planes de estudio de practicantes, enfermeras y comadronas, además se crean nueve subespecialidades: Asistencia obstétrica, Fisioterapia, Radiología y Electrología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos, Urología y Nefrología<sup>20</sup>.

En 1977, se crean las Escuelas Universitarias de Enfermería, donde la formación de profesionales con titulación universitaria (D.U.E.) duraba tres años (siempre habían durado tres años desde 1915 la carrera de enfermera, no de practicante) y a partir de entonces se ha intentado delimitar la competencia del profesional enfermero mediante Leyes, Órdenes Ministeriales y Reales Decretos<sup>20</sup>. Lo cual no se ha conseguido del todo hasta nuestros días.

En 1980, los estudios de Podología y Fisioterapia se separan de Enfermería.

En el 2005 ya se reconocen siete especialidades: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería en salud mental, enfermería geriátrica, enfermería del trabajo, enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica.

Actualmente, en las facultades de Enfermería de las universidades españolas se aplica el “*Plan Bolonia*”, donde se obtiene el título de grado en Enfermería después de haber cursado cuatro años de estudios universitarios<sup>20</sup> que culminan con un trabajo de fin de grado, el cual una vez concluido y aprobado, permite la incorporación al campo laboral o la realización de un mester oficial para optar posteriormente al Doctorado.

## **7. Fisioterapia**

En España la ley Moyano de 1857, renueva los planes educativos y a través de los artículos 39, 40 y 42 se establece la unión de la medicina y cirugía en el médico-cirujano habilitado, así como la desaparición del anterior cirujano menor o ministrante siendo sustituido por el de practicante<sup>21</sup>

En la Real Orden de 21 noviembre de 1861, se establece que el título de practicante solo autoriza a ejercer la parte mecánica y subalterna de la cirugía, sin las funciones y formación conceptualmente fisioterapéuticas.

En 1957 se emite el Decreto del 26 de Julio, el cual crea la especialidad de Fisioterapia, con el fin de satisfacer las necesidades de ayudantes técnicos sanitarios en las especialidades y respondiendo al elevado número de enfermos subsidiados y la escasez de personal<sup>21</sup>.

Caballé Lancry, Belloch Zimmerman, Miguel Gil Gayarre, (fundación) Juan Zaragoza, entre otros, fueron los primeros encargados de impartir los conocimientos a los futuros ayudantes de fisioterapia, después en 1956 García Zarandieta expresara que:” dado el desarrollo de los agentes físicos, se hacía necesario darles cabida a todos ellos en el marco de la enseñanza fisioterapéutica...”<sup>21</sup>.

De esta manera y bajo diversas órdenes impartidas entre los años 1958 y 1964, se crearon las primeras diez escuelas de Fisioterapia que dependían de una Facultad de Medicina. A partir de entonces y hasta 1969, los ayudantes de fisioterapia vivieron una etapa de oscurantismo, siendo sus campos de actuación la fisioterapia traumatológica, el tratamiento de pacientes con escoliosis, atención al parto como practicantes, fisioterapia neurológica debido al elevado número de pacientes con accidentes cardiovasculares, y tratamiento a poliomielíticos producto de la epidemia, trabajando sobre todo en hospitales donde ejercían enfermería compatible con las funciones que

adquirieron de los nuevos servicios de Fisioterapia o instalando sus clínicas privadas<sup>21</sup>.

Las enfermeras (mujeres) siguieron trabajando en la rehabilitación de los afectados de poliomielitis y demás secuelas del aparato locomotor de traumatismos, a la vez que los fisioterapeutas.

Para 1967, la profesión aún era desconocida y cuatro años después, los ayudantes de Fisioterapia potenciaron la creación de la asociación Española de Fisioterapeutas, la cual fue concedida el 19 de abril de 1969<sup>21</sup>.

En 1971 se elabora un borrador sobre el desarrollo de la carrera de Fisioterapia y en 1972, en la Reestructuración y Planificación de Enseñanza y Formación del Fisioterapeuta se establecen tres puntos primordiales: independencia de los estudios de ATS, pasando a ser carrera a nivel universitario y no especialidad, ingreso a partir de bachillerato y con curso de orientación universitaria y tres años de estudio a partir del ingreso<sup>21</sup>.

Finalmente, mediante el Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre, se aconseja la incorporación a la universidad de las enseñanzas fisioterapéuticas, adaptándose así a las estructuras organizativas de la Ley General de Educación<sup>21</sup>.

## ***8. Terapia ocupacional***

Pese a ser una disciplina relativamente joven, existen evidencias que desde la antigüedad la Terapia Ocupacional ha sido reconocida<sup>22</sup>.

En el siglo XVIII surge un movimiento que plantea un trato humanitario para aquellas personas con enfermedades mentales, bajo la premisa primordial de que permitiéndoles participar en las tareas y labores cotidianas, podrían después alcanzar un funcionamiento saludable y satisfactorio<sup>22</sup>.

A principios del siglo XX un grupo de profesionales de distintas especialidades recopilaron los principios del tratamiento moral, para la intervención de personas enfermas y con discapacidad, para dar forma a lo que posteriormente sería conocido como Terapia Ocupacional, siendo el 17 de marzo de 1917 la fecha de nacimiento junto con la creación de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy

(NSPOT) en Nueva York, sin embargo, cuando esta especialidad se creó, tanto en hospitales como en otros ámbitos que ofrecían los servicios de terapia ocupacional ya había comenzado la capacitación de profesionales, a la vez que ya habían sido publicados libros y artículos referentes a esta disciplina<sup>22</sup>.

En España, la primera escuela de Terapia Ocupacional no se crea sino hasta la primera década del año 1960 y se encontraba ubicada en el Dispensario Central de Rehabilitación, gracias a la coordinación del Dr. Heliodoro Ruíz y la Terapeuta Ocupacional Mercedes Abella quienes fueron impulsores de la formación reglada de la disciplina.

En 1967 se constituye la primera Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO), en 1972 pasa a formar parte de la Organización Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), pero no es hasta el 2003, cuando se reconoce oficialmente la profesionalidad de la Terapia Ocupacional, mediante la Ley 44 de 2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias<sup>22</sup>.

El primer reconocimiento legal de la carrera se consolida en la Orden Ministerial del 3 de junio de 1965, en 1990 se establece el Título Universitario Oficial de Diplomado en Terapia Ocupacional y las Directrices para la Elaboración de los planes de estudio, en el Real Decreto 1420/1990. En 1991, se dicta el primer curso de estudios universitarios en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Zaragoza, y finalmente en 2007, mediante Real Decreto 1393/2007 se establecen las competencias y contenidos formativos del Grado en Terapia Ocupacional<sup>22</sup>.

## **9. Podología**

En el antiguo Egipto, el Faraón Amenofis IV poseía con sirvientes que se dedicaban en arreglar sus pies; en la antigua Grecia los sacerdotes utilizaban fórmulas para tratar afecciones de los pies; en el Imperio Romano se ofrecían servicios para tratamiento de callos, durezas y uñas en los denominados “baños romanos”<sup>23</sup>.

En la Edad Media se distinguen dos tipos de cirujanos:

Los de toga corta, llamados también cirujanos barberos, que se formaban en iglesias o conventos y se dedicaban a realizar sangrías, quitar callos y extraer muelas a las más personas más necesitadas.



Los de toga larga que estudiaban en universidades, sabían latín y se desempeñaban a tratar úlceras y fracturas<sup>23</sup>.

En 1477, los Reyes Católicos ordenan las profesiones sanitarias:

Protomedicato: exclusivo para médicos (varones) y realizaban brebajes, infusiones y sangrías

- Protocirujano: para los cirujanos, realizaban suturas y trataban fracturas.
- Protobarberato: para los llamados cirujanos barberos, realizaban muelas, callos y vendajes<sup>23</sup>.

En el siglo XVIII, el Rey Felipe V obliga a los barberos a realizar estudios de anatomía y disección, apareciendo el cirujano practicante o ministrante, quienes realizaban operaciones secundarias que no eran realizadas por los médicos<sup>23</sup> (la cirugía menor siempre ha sido competencia enfermera).

Con la implementación de la Ley Moyano, se suprimen las enseñanzas del ministrante o cirujano menor, se establece el título de practicante y matrona y se incluye también la función del callista, entendiendo por callista, aquella persona dedicada a cortar, extirpar y curar callos, uñeros y otras dolencias, dentro del campo profesional del practicante<sup>23</sup>.

En 1943 se cita por primera vez el término Ayudante Técnico Sanitario (ATS) para sustituir la titulación de practicante y se comienza a impartir cursos específicos sobre podología en la Facultad de Medicina de Barcelona y en 1955 aparece por primera vez en un documento oficial el término podología<sup>23</sup>.

El cuidado de los pies era ejercido por los llamados callistas, que no eran sino practicantes/barberos y comenzó a ser ejercido por los recién titulados ATS hasta la creación de la especialidad.

A finales de 1970 se impartía esta especialidad únicamente en Madrid y Barcelona, en 1988 se crea el título de Diplomado Universitario en Podología y en el 2009 con la implementación del Plan Bolonia, se establece el título de Grado en Podología, el cual tiene una duración de 4 años y culmina con un trabajo de grado, que una vez concluido y aprobado, permite la incorporación al campo laboral o la realización de un Máster Oficial para optar posteriormente al Doctorado<sup>23</sup>.

Actualmente el Podólogo está legalmente capacitado para diagnosticar, prescribir, indicar, elaborar y evaluar cualquier tipo de tratamiento podológico, orto-podológico, cirugía podológica, tratamiento físico farmacológico, preventivo y/o educativo basado en la historia clínica<sup>23</sup>. Siempre referido a los pies.

## **10. Óptica-optometría**

Resulta interesante conocer que ya en el siglo XVII, la primera obra sistemática especializada fue realizada en España por el Licenciado Benito Daza Valdés, que publicó en Sevilla en el año 1623 su obra titulada “Uso de los Anteojos”, que aportaría los primeros optotipos y las primeras escalas para graduar la vista y medir la potencia de los lentes<sup>24</sup>.

Los antecedentes en Europa de la Óptica-optometría se remontan a 1890, cuando se inician en Inglaterra los estudios de Óptica Oftálmica, siendo también en Inglaterra, pero en 1905, donde se instaura la primera Sociedad de Farmacéuticos Ópticos, con el objeto de resguardar los intereses de los que poseían las cualificaciones de Farmacéuticos y de Ópticos Oftálmicos. Sin embargo, en 1922 cambia su función y se vuelve “Instituto de Farmacéuticos Ópticos” cuya misión primordial era la enseñanza continuada y la práctica de los nuevos titulados. Posteriormente el Instituto amplía la admisión a estudiantes no relacionados con la Farmacia, debido a la implantación de los servicios optométricos en la Seguridad Social; y en 1982 se fusiona con la British Optical Association<sup>24</sup>.

En España, bajo la Real Orden del 10 de Julio de 1956, se crea la asignatura de Optometría y se inserta en los planes de enseñanza del Diploma de Óptico de Anteojería, encargando al Instituto de Óptica Daza de Valdés del Consejo Superior de Investigaciones Científicas la organización y acceso a la enseñanza, aunque en el expediente académico de los graduados no figura dicha asignatura<sup>24</sup>.

Mediante la Real Orden de 15 de septiembre de 1972, se crea la Escuela Universitaria de Óptica en la Universidad Complutense de Madrid (U.C.M.) y en el tercer curso de su plan de estudios se imparte la asignatura de Optometría y Contactología. Posteriormente, en 1977, se crea la Escuela Universitaria de Óptica, la cual era dependiente de la Universidad Politécnica de Tarrasa (Barcelona) con un plan de estudios idéntico al de la Complutense de Madrid.<sup>24</sup>.

Los primeros cursos de óptica oftálmica se imparten en la Facultad de Farmacia de la universidad complutense de Madrid, entre los años 1955 y 1961.

En 1972 se crea la Escuela Profesional de Óptica Oftálmica y Acústica Audiométrica y la Escuela Profesional de Óptica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago de Compostela, está última, con la particularidad de aceptar no solo a farmacéuticos y estudiantes de farmacia, sino también a los estudiantes de cualquier rama de Ciencias que hubieran superado el primer ciclo de estudios, es decir, aquellos que ya tuvieran el nivel de Diplomatura en Ciencias (ROE 6/3/75)<sup>24</sup>.

Es en el Ministerio de Marina donde en 1935 se instalan los primeros Servicios de Óptica en España. En diciembre de 1957 se inicia el Servicio de Óptica y Acústica en las Farmacias Militares y posteriormente, el Instituto Farmacéutico del Ejército creaba el primer curso de la Especialidad de Óptica y Acústica (Diario Oficial 29/4/1962). En 1964 el Boletín Oficial del Estado, auspiciado por el Almirante D. Luis Carrero Blanco, se publica la unificación de los diplomas de Especialistas de Farmacia de los tres ejércitos y entre ellos el de Diplomado en Óptica de Anteojería, precisando que estos estudios se cursarán en los centros militares adecuados o en los civiles reconocidos por el Estado<sup>24</sup>.

En 1991 se aprobó un nuevo plan de estudios y una nueva titulación en sustitución de la anterior, diplomado universitario en óptica y optometría, con una duración de tres cursos académicos.

En 1992, la Universidad Complutense llegó al acuerdo de que los alumnos que quisieran la Titulación de Diplomado de Óptica y Optometría debieran realizar prácticas en los servicios de Optometría de tres hospitales universitarios<sup>24</sup>.

J.E. Smith, definió la Optometría como la rama del área de la medicina que se encarga de la medida del ojo en relación con su agudeza visual y la necesidad de gafas. (De lo que se deduce que es una rama del área de la salud, no de la medicina)

Por otra parte, Thomas Farrel define las competencias profesionales de la Optometría indicando que óptico es aquel encargado de cumplir las especificaciones de gafas, interpretando la prescripción de los refaccionistas para determinar las especificaciones de los lentes. También mide el perfil facial del usuario a fin de determinar tamaño y forma de montura y lentes que mejor cubran sus necesidades. También se encarga de preparar y entregar las especificaciones de los trabajos a los ópticos encargados de

biselado y montaje de los lentes en soportes y monturas, para posteriormente recibir las gafas terminadas y hacer los ajustes necesarios y controlar cuidadosamente su exactitud para adaptarlas al usuario.

A su vez el Optometrista es aquel profesional que se ocupa del cuidado de la salud visual y que está entrenado para examinar y prescribir tratamientos no quirúrgicos<sup>24</sup>.

## **11. Logopedia**

Siendo necesario realizar una definición de lo que es un profesional logopeda, debemos ceñirnos a la definición que brinda la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología, la cual indica que el logopeda es aquel profesional que se encarga de detectar, tratar y corregir las alteraciones del lenguaje, habla, voz y deglución<sup>25</sup>.

La logopedia aparece en España en 1992, lo que nos hace pensar que es una ciencia relativamente joven, sin embargo, cuando vemos nos adentramos en su historia podemos ver que está presente desde hace mucho tiempo. Remontándonos a la antigüedad, encontramos que el documento más antiguo donde se habla sobre la patología del lenguaje se remonta a un papiro egipcio del siglo XVII, basándose en textos del año 3000 a.C., encontrados en 1862 por Edwin Smith. Hoy en día es conocido como el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith y es el primer documento escrito en el que se hace referencia a una patología del lenguaje con origen cerebral<sup>25</sup>.

Alcmeon de Crotona, en el Siglo V, resaltaba las funciones psíquicas residentes del cerebro, mediante observaciones y pruebas experimentales, haciendo referencia a diversos estados clínicos que implicaban ausencia de lenguaje.

Ya en el siglo XIX, Paul Broca en 1861, realizó la autopsia de un paciente tratado por él, y que había sufrido una lesión cerebral ocasionándole dificultades de habla, aunque lo comprendía revelando que la lesión estaba ubicada en el lóbulo frontal izquierdo. Meses más tarde presentaba otro caso similar, naciendo así lo que hoy día denominamos con el área de Broca o el área 44 de Brodman. En 1874, prácticamente al mismo tiempo que Broca, Wernicke describe un paciente con lesión cerebral el área temporal del hemisferio izquierdo, pero a diferencia del caso de Broca, este paciente

podía articular palabras careciendo de comprensión del lenguaje. Esta área es conocida actualmente como el área de Wernicke<sup>25</sup>.

Con estos descubrimientos se crearon los principios de comprensión moderna que estipulan el funcionamiento del cerebro humano en lo que se refiere al lenguaje<sup>25</sup>.

Llegado el Siglo XX, múltiples autores hicieron sus aportes a la comprensión del estudio del lenguaje, en especial Saussure, fundador de la lingüística moderna, y Hymes, quien estableció la conexión entre el lenguaje y las relaciones humanas<sup>25</sup>.

En 1924, Apert y Pötz consideraron que los trastornos del lenguaje se originaban en problemas de retraso madurativo, abriendo así las puertas a un grupo de patologías, conocidas genéricamente como Dislexia y que están recogidas en el Manual DSM-V como Trastornos del Aprendizaje<sup>25</sup>.

A pesar de que en 1915 se inician los primeros cursos para los profesionales del lenguaje, en España no es hasta 1960 que comienzan los primeros cursos destinados a estos profesionales, específicamente en Barcelona y en 1977 Joseph Vendrell, inicia la experiencia española con un plan piloto en la Escuela de Patología de Lenguaje, que estaba dirigida a los trastornos del lenguaje<sup>25</sup>.

La titulación oficial de Logopedia se crea en 1992, basada en el Real Decreto 1419/1991, que establece tanto el título universitario como el plan de estudios<sup>25</sup>.

## **12. Nutrición y dietética**

La nutrición está presente desde el inicio de los tiempos, a pesar de que su implementación como ciencia no tiene más de 150 años. Desde el inicio de la humanidad, las personas han elegido sus alimentos basándose en cuales eran los más favorables para su salud o sobrevivencia<sup>26</sup>.

A medida que los seres humanos evolucionaban, evolucionaba la percepción sobre la importancia de los alimentos en la salud humana y se trataba de encontrar mejores formas de aprovechar los beneficios de la alimentación aún sin base científica reconocida; a pesar de los diversos eventos que ampliaban la información existente en la nutrición, todo se basaba en suposiciones y observaciones. Por ejemplo, basados en observaciones, los egipcios usaban gotas de extracto de hígado de res en los ojos de personas que sufrían nictalopía, recomendando además su consumo. Siete mil años después se comprobó, científicamente, que el hígado es rico en Vitamina A y que la ausencia de esta vitamina en el ser humano producía la nictalopía y es hasta finales

del Siglo XIX, cuando tímidamente, se empieza a considerar la fundamentación científica a todo lo que hasta entonces eran meras suposiciones. Sin embargo, a pesar de este esperanzador inicio los primeros programas dedicados a instruir universitariamente a los interesados en la nutrición, esta formación era primordialmente alimentaria, tocando muy poco la parte nutricional<sup>26</sup>.

Si bien la alimentación como método preventivo y tratamiento de enfermedades siempre ha estado presente en la cultura universal, el proceso de entendimiento de que los nutrientes son la fuente que se encarga de brindarle al cuerpo humano los sustratos necesarios para estar activo lo que tardó muchos años en aceptarse de manera unánime<sup>26</sup>.

Durante la Guerra de Crimea, las enfermeras en los hospitales de guerra ingleses impartían dietas particulares para la recuperación de los heridos, las cuales eran supervisadas por el Chef francés Alexis Soyer, quien una vez finalizada la guerra comenzó activamente a formar las primeras cocinas en hospitales militares, las cuales estaban dirigidas a proporcionar a los pacientes una dieta alimentaria centrada en la patología que padecían<sup>26</sup>.

Fueron muchos los factores que marcaron el camino a seguir de la educación en nutrición, ocurridos a principios del siglo XX, como los estudios cuantitativos sobre las relaciones energéticas, las observaciones sobre la importancia de los minerales y el estudio crítico de las proteínas y la función de los aminoácidos<sup>26</sup>.

Desde los esfuerzos de Soyer por implementar cocinas en los hospitales militares de Londres y Europa, la nutrición humana no era considerada más que una “forma ordenada y profesional de administrar alimentos”, pero debemos considerar que la nutrición es más que esto, es una función vital del cuerpo humano y sus profesionales deben estar dirigidos no solo a alimentar, sino también a nutrir, de manera fundamentada y eficaz<sup>26</sup>.

Con los conocimientos en bioquímica en sus inicios, era lógico que la nutrición no estuviera bien fundamentada y aplicada. En un principio solo se basaba en instruir a las personas para mezclar alimentos de manera adecuada, empleando la memoria para introducir y retirar alimentos en las dietas o decidirse entre un régimen u otro, y es que era muy difícil imaginar el impacto y la importancia que tendría la nutrición<sup>26</sup>.

Actualmente, la nutrición influye en prácticamente todas las otras ramas de la salud y se tiene en cuenta en el ejercicio de todas las profesiones sanitarias, aunque todavía existen profesionales sanitarios y no sanitarios y no profesionales que usan los conocimientos que tienen en relación a la nutrición, de forma errónea, provocando

disfunciones digestivas y a veces sugiriendo el consumo de alimentos que al mezclarse generan reacciones contrarias, provocando una mala absorción justo de los nutrientes que pretendían aumentar<sup>26</sup>.

Aunque la ampliación de los conceptos científicos no es característica únicamente de la nutrición, sino de todas las ramas de la salud. Las enfermedades ya no se tratan desde una sola óptica, sino que se tratan y estudian desde diversos ángulos. Por ejemplo, una persona obesa ya no se trata exclusivamente para que pierda el exceso de peso, sino que también se le tienen en cuenta las diversas patologías que lo han provocado, estilo de vida y aspectos emocionales o que su sobrepeso acarrea, cardiopatías, depresión, etc., para ser tratadas como un conjunto<sup>26</sup>.

A principios del siglo XX, la denominación de nutricionista se basaba únicamente en lo que el individuo sabía sobre la nutrición, no se realizaban investigaciones y la información que se manejaba tenía únicamente un corte alimentario. Actualmente, este concepto ha evolucionado tanto como el concepto de nutrición. Los nutricionistas, ya no solo repiten la información que le suministran otros especialistas, sino que realiza sus propias investigaciones y llegan a sus propias conclusiones, descubriendo por sí mismos la manera en que los alimentos interactúan entre sí y los beneficios que brinda al cuerpo humano y la salud<sup>26</sup>.

En 1930 se crea en España la Cátedra de Higiene de la Alimentación y la Nutrición, la cual estaba orientada desarrollar tanto profesionales bien instruidos como estudiar e investigar la alimentación de la sociedad española<sup>27</sup>.

Carrasco Cadenas consideraba importante saber que comía España en el pasado siglo, porque con esa información se podían diseñar planes de acción destinados a mejorar la salud de los españoles a través de la alimentación, tal como lo comenta en su libro "Lo que se come en España" publicado en 1934<sup>27</sup>. Para este autor, no bastaba con saber que pasaba al consumir alimentos en mal estado o la composición química de los alimentos, también había que saber cuáles eran las necesidades de la especie humana, a fin de que todos comiesen de una manera sana, adecuada y económica<sup>27</sup>.

Basado en las reformas sanitarias que estaba implementando la Segunda República, el Laboratorio de Higiene de la Alimentación de la Escuela Nacional de Sanidad se estructuró en tres secciones<sup>27</sup>:

1. Calorimetría y metabolimetría, cuyo objetivo era estudiar el aprovechamiento calórico de los alimentos basándose en la necesidad calórica que las actividades de los españoles, así como sus organismos particulares necesitaran<sup>27</sup>.

2. Química Alimenticia y de la Nutrición, encargada de estudiar la química alimentaria y de la nutrición, así como su mejor aprovechamiento<sup>27</sup>.
3. Y finalmente, la sección que se encargaba de analizar la riqueza y proporción, según los principios biológicos, que contenían los alimentos que comían los españoles, para conocer con rigor científico las indicaciones dietéticas adecuadas para tratar las patologías que se producían por/o a consecuencia de la carencia de los nutrientes necesarios<sup>27</sup>. De esta manera, los investigadores del Departamento de Higiene de la Alimentación y Nutrición de la Escuela Nacional de Sanidad, creyeron conveniente que era necesario conocer no solo el aporte calórico y los beneficios que los alimentos crudos o cocinados, eran los adecuados para la salud de los españoles, sino también la importancia que la preparación de los alimentos tenía en este aporte<sup>27</sup>.



***CAPÍTULO III***  
***COMPETENCIAS PROFESIONALES***  
***EN LA ACTUALIDAD***

## **1. Las profesiones sanitarias actuales en España**

Como se ha visto a través de este breve recorrido por la consolidación de las diversas profesiones sanitarias en España, dichas áreas han sufrido múltiples reconfiguraciones en cuanto a sus funciones, regulaciones y legislaciones. Por tal motivo, el presente trabajo se enfocará en delimitar las competencias de las mismas vigentes en la actualidad, con la finalidad de servir como una guía para aquellas personas que forman parte de cualquiera de las áreas de la salud.

Para responder a esta necesidad de investigación se estableció una pregunta empleando el formato PICO (Pacientes; Intervención; Comparación; “Outcome” /Resultado), la cual es presentada en la tabla nº 2 y que se expresa en los siguientes términos: ¿Cuáles son las competencias de las profesiones sanitarias españolas establecidas en la actualidad?

**Tabla 3. Formato PICO**

	<b><i>Competencias de las profesiones sanitarias en España</i></b>
<b><i>Intervención</i></b>	<b><i>Obstáculos en su definición</i></b>
<b><i>Comparación</i></b>	<b><i>Definición actual</i></b>
<b><i>Outcome (resultados)</i></b>	<b><i>Las competencias de las profesiones sanitarias españolas establecidas en la actualidad</i></b>

Fuente: (Elaboración propia, 2021).

A fin de adentrarnos en este tema, y poder comprenderlo, debemos comenzar por establecer o conocer las diferencias entre competencias y atribuciones profesionales, las cuales tienen a confundirse.

En el ámbito profesional, se suele confundir el término competencia con el de atribución (definiciones en la metodología de la memoria)

La competencia viene dada por la experiencia aprendida con el pasar de los años volviéndose una aptitud, pero para que esta aptitud se vuelva atribución, hace falta que dicha aptitud sea avalada por un documento que acredite que la misma puede ser usada.

El problema de las atribuciones radica en que la obtención del título parece hacerlas inmodificables, cuando la realidad es que a medida que la sociedad avanza y la tecnología evoluciona, las profesiones deben hacerlo también por lo que las atribuciones profesionales deben ser flexibles y adaptables ante los cambios que puedan presentarse gracias a la evolución, de lo contrario todo lo que se ha aprendido llegara el momento en el que sea obsoleto y ya no se pueda ni deba utilizar.

El Plan Bolonia tiene por objeto la implementación del aumento de la movilidad y empleabilidad de los profesionales europeos, sentando las bases para construir la Europa del Conocimiento. El llamado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que pretende ser una base de datos que contenga los expedientes universitarios de cualquier país miembro de la Unión europea a fin de permitir la comparabilidad y legibilidad de los mismos, permitiendo así que los profesionales europeos puedan hacer uso de sus atribuciones profesionales dentro y fuera de su país de origen, sometiéndose a la aplicación de las normas disciplinarias que rijan en el país de acogida; motivo por el cual el 7 de septiembre de 2005, el Parlamento Europeo emitió la Directiva 2005/36/CE, mediante la cual pretende regular las cualificaciones profesiones para su reconocimiento en el EEES.

Mediante esta directiva se facilita la prestación de servicios dentro del territorio europeo siempre y cuando el título obtenido haya sido cursado en alguna universidad de un país miembro, estableciendo normas y trámites para su aplicación las cuales se describen en las Directivas 98/48/CEE y 92/51/CEE.

Según estas reglamentaciones, se deberá permitir que los profesionales acreditados por un país miembro, ejerzan su profesión fuera del país de origen que se le ha otorgado, siempre y cuando la profesión haya sido cursada exitosamente, con un mínimo de cuatro años, sin importar el nivel que tenga dicho título en el país de acogida, si no existe un equilibrio a este respecto, el país de acogida impondrá una medida compensatoria la cual deberá valorar la experiencia profesional de quien la solicite.

Existen excepciones en las cuales el ejercicio profesional no es de inmediato, como en las profesiones referentes al derecho, pero no así en las sanitarias.

Con la puesta en marcha del Plan Bolonia, se realizaron muchos cambios que afectaron tanto a los ya profesionales como a los estudiantes de profesiones sanitarias. El objetivo principal, era continuar con la educación del profesional y no permitir su estancamiento una vez obtenido el título, lo que obliga a estos profesionales a continuar participando en cursos académicos y en congresos científicos.

Esta constante actualización y renovación de los conocimientos profesionales, trae consigo una ampliación y renovación de las competencias profesionales del personal sanitario.

En España, las primeras competencias de la profesión sanitaria se establecieron a mediados del siglo XX, cuando entró en vigor el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de junio de 1848<sup>28</sup>.

Posteriormente, en 1855, se instituyeron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, orientados a reglamentar las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria a fin de prevenir, amonestar y calificar las faltas que pudiesen cometer estos profesionales<sup>28</sup>.

A mediados del siglo XX, entran en vigor diversas leyes que hacen que se deje de lado el sistema de ordenación que regulaba a los distintos profesionales hasta ese momento, pero la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, en su Base 12 previa la existencia de Corporaciones Profesionales para médicos, practicantes y odontólogos<sup>28</sup>.

Al ser una ley predominantemente organizativa, la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, se concentraba en el ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin preocuparse por regularlas, sin embargo, establece que es el Estado el encargado de la homologación de los programas de formación post graduada, así como el perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, y también de homologar los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Es por esto, que las pautas esenciales de todas las ramas de la salud, a excepción de aquellas que se relación con la salud bucal, quedaban diferidas a otras disposiciones<sup>28</sup>.

## ***2. Herramientas para la evaluación de las competencias profesionales***

La creación de las herramientas de evaluación de competencias profesionales necesita de un conocimiento completo no solo de las habilidades técnicas que necesitará el profesional en dependencia del área en el que se desenvolverá, sino también de aquellos conocimientos necesarios fundamentales o no para poder llevar a cabo su profesión de manera global. No solo deben evaluar los conocimientos que adquiere o adquirió el profesional, sino que también debe prever y determinar, cuales son aquellas competencias que necesita y que no están incluidas en sus saberes<sup>46</sup>.

Cuando se está en proceso de aprendizaje, se suelen aplicar métodos de evaluación enfocados a evaluar al estudiante a nivel de conocimientos técnicos, pero se debe también, buscar o calificar cuáles son sus habilidades y actitudes<sup>47</sup>.

En el sector de ciencias de la salud, se tiende a evaluar las competencias de sus profesionales basándose en el desenvolvimiento que tienen en casos clínicos basados en la práctica y el manejo que tienen los profesionales de sus casos<sup>47</sup>.

Desde la Declaración de Bolonia, el 19 de junio de 1999, que dio lugar al denominado Proceso de Bolonia y a la entrada en del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) aparte de ser un aporte a la educación superior en Europa, cambió el enfoque de ésta, la cual paso de centrarse solo en la docencia a ocuparse también en el aprendizaje y el alumno, desarrollando sus habilidades y competencias, y no solo los conocimientos que debe adquirir el futuro profesional. Este cambio en el enfoque dado a la enseñanza trajo también un cambio en el método evaluativo aplicable<sup>48</sup>.

Como objetivo principal de la educación universitaria actual, está la adquisición de conocimientos dentro y fuera del campus, que sean aplicables para el ámbito profesional, no solo como profesionales sino también como seres humanos<sup>48</sup>.

La adquisición de competencias profesionales está basada en el modelo de enseñanza-aprendizaje, afectando las metodologías de enseñanza, sin embargo, para los docentes fue necesario ser más activos en la enseñanza de estas competencias<sup>48</sup>.

Durante este tiempo, las estrategias de enseñanza y evaluativas que se han aplicado no han demostrado una efectividad definitiva, con ventajas y desventajas. Serán eficaces o tendrán mayor grado de eficiencia, dependiendo de las características que tenga el futuro profesional. La nueva metodología de evaluación de competencias debe estar enfocada en tres áreas:

Clase magistral, trabajo en equipo y trabajo individual del alumno<sup>48</sup>.

Es importante señalar que factores como la competitividad y la metodología de enseñanza son importantes en la adquisición de competencias, sin embargo, también se toma en cuenta el aspecto psicológico, no olvidando las diferencias individuales que pueden afectar el proceso de aprendizaje, como por ejemplo el papel que juegan rasgos cognitivos y de personalidad<sup>47</sup>.

Las estrategias educativas actuales, debería preparar especialmente a los futuros profesionales de la salud, en aspectos psicológicos, dado que cotidianamente se enfrentarán a situaciones que pueden afectarles emocionalmente y deben gestionar de manera segura tanto para ellos como para sus pacientes, aunque son factores que aunque manejados con cuidado puede provocar alteraciones síquicas, en aquellos profesionales que trabajen en centros hospitalarios y logren evitar en algunos casos que les afecten emocionalmente<sup>48</sup>.

En estos casos, el personal de enfermería suele ser el más afectado, debido a que su trato con los pacientes es directo, frecuente y cercano, lo que supone una sobrecargarse a nivel emocional, motivo por el cual los rasgos de personalidad en la evaluación de estudiantes de enfermería deben ser considerados<sup>48</sup>.

En la actualidad el imparable y gran crecimiento en la movilidad geográfica, se manifiesta en las sociedades de diferentes formas y no siempre unos y otros se acoplan con el desarrollo de cada país en lo concerniente a la diversidad cultural dentro de un territorio. Un ejemplo preciso es lo que sucede en Estados Unidos de América que existe una gran difusión relacionada con el tema convirtiéndose en una necesidad debido al incremento migratorio. En esta nación, que por años ha tenido una gran movilidad geográfica tanto interna como externa, poseen dentro de sus programas gubernamentales; certificaciones profesionales, formación universitaria, sociedades científicas, centros e institutos de investigaciones universitarias, premios estatales y programas hospitalarios cada uno de ellos relacionados en materia del fenómeno de migración territorial todo y enmarcado en la competencia cultural.

Por lo que es racional que países con sistemas sanitarios sustentados en gestión privada hayan efectuado grandes esfuerzos en rentar este tipo de programas gubernamentales, sin embargo, otros centrados en estructuras de bienestar social, ven estos fenómenos desde la distancia con una actitud exclusivamente descriptiva, como sucede en España

En España y en América Latina, se han iniciado, pero de un modo muy lento, tal vez porque la mayoría de los sistemas sanitarios son públicos donde lo más significativo es el valor universal de la salud como pieza fundamental para todo ser humano.

Producto de la gran movilidad geográfica a la que asisten las sociedades es necesario contar con una administración de salud eficiente de tal manera que se puedan lograr las metas que tengan proyectadas los centros sanitarios y así dar respuesta a las necesidades que los usuarios requieran.

Cada vez se hace más exigente buscar habilidades que complementen los equipos de profesionales multidisciplinares, como por ejemplo poseer una buena oratoria, tener capacidad de liderazgo, para poder dar respuestas a cada persona o grupos de personas a que se atienden desde el punto de vista del respeto y aprendizaje. Basada en el relativismo cultural, estas habilidades pueden ser innatas en algunas personas, pero también en otras pueden cultivarse y desarrollarse, dignificando aún más si se trata de las profesiones sanitarias.

El reconocimiento de cada persona como ser humano desde el punto de vista social y cultural va más allá de la expresión física. Ya que cuando se trata de cuidados, no hay que hacer diferencias ni semejanzas entre grupos étnicos, por el contrario, intentar una integración en la organización de las instituciones y su inserción en los programas sanitarios lo que sería una decisión adecuada, salvando las premisas legales.

Se debería realizar una adecuada formación a los profesionales sanitarios en lo referente a conocimiento, habilidades y cualquier otro recurso esencial que prevé cuidados competentes y culturalmente sensibles, con la idea de garantizar el buen cumplimiento de los programas y políticas sanitarias tanto a nivel nacional como internacional de igual forma la buena práctica en los contextos clínicos y de salud.

Hoy en día el flujo migratorio ha aumentado en la mayoría de las naciones, en España es enorme el aumento y dicha movilidad geográfica ha sido tanto interna como externa.

La afluencia de personas de otros orígenes étnicos incluyendo tanto a los de otras naciones como de nuestro mismo país, aunque sean grupos que formen parte de otras comunidades u otras culturas, son de suma importancia en la atención sanitaria, por lo que es necesario que esta competencia cultural forme parte en la sociedad de todas las organizaciones tanto micro como macroestructuras y en los sistemas sanitarios. Por ello los profesionales sanitarios y en especial los profesionales de Enfermería, deberían formar parte esencial, a la hora de realizarse una planificación dirigida al cuidado del individuo, puesto que son los profesionales sanitarios “especializados” en cuidar del bienestar, físico, síquico y social, o sea de la salud, tanto en la enfermedad, como en la no enfermedad de la población y poseen una gran experiencia e influencia en la comunidad en lo referente a la protección, prevención y promoción de la salud, además de su implicación en cuanto a las alteraciones físicas causadas por deterioro en la salud

que o por ignorancia en materia de salud prácticas y ritos de diferentes culturas en la práctica, están originando graves problemas, no solo a los propios paciente, sino que también por situaciones insalubres están emergiendo enfermedades.

Si bien la historia de la enfermería se remonta a tiempos prehistóricos, hay que decir que la edad contemporánea ha brindado grandes avances científicos para su desarrollo profesional. Se puede observar en los textos desarrollados por Martha Rogers, Callista Roy y Beverly Witter Du Gas, quienes al determinar y conceptualizar concretamente lo que era la enfermería, contribuyeron a la profesionalización de ésta, eliminando así la idea preconcebida de que esta carrera era “algo doméstico”.

### ***3. Profesionalización y Enseñanza universitaria***

En Estados Unidos en la década de los 70, la enfermería fue elevada al mismo nivel de la medicina, toda vez que fue incluida como carrera universitaria, lo que permitió que quienes la cursaran obtuvieran mayores responsabilidades, ampliaran su marco competencial y fueran reconocidos socialmente, dando lugar a su vez al nacimiento de nuevas especialidades como la enfermería neonatal y la geriátrica.

Concretamente en España, la creación de las Escuelas Universitarias de Enfermería fue el primer y más importante avance que marcó la profesionalización de esta carrera, al nacer su titulación universitaria, a través de la diplomatura, la cual se obtenía después de cursar tres años de carrera. Posteriormente la puesta en marcha del plan Bolonia ampliaría la formación a cuatro años.

Debido a la inclusión universitaria de la enfermería, mucho se ha dubitado sobre si se debería o no cambiar sus competencias profesionales, pues dicha inclusión se realizó no para que la profesión enfermera siguiera cumpliendo con las mismas funciones, sino para que pudiera elevarse la calidad asistencial que prestan, aunque en la práctica, la tecnología y los avances científicos han hecho evolucionar a la Enfermería, al igual que a otras profesiones sanitarias, pero el surgimiento de nuevos grados, antes especialidades enfermeras o desgajadas de la enfermería y la fagocitación de competencias por parte de técnicos y auxiliares sanitarios, así como por parte de profesionales médicos, no han posibilitado un mayor marco competencial a la enfermería, posiblemente debido a la no delimitación legal concreta o suficiente y a la confusa normativa existente.



Si bien la implantación de los grados de enfermería, no están encaminados a cambiar las competencias de la misma, sirven para al menos, para fijar sus atribuciones, subsumidas en su título de grado y establecer la práctica de sus competencias más allá del desarrollo de sus especialidades legisladas o en desarrollo.

Con la puesta en marcha del Plan Bolonia, se realizaron muchos cambios que afectaron tanto a los ya profesionales como a los estudiantes de enfermería. El objetivo principal, era continuar con la educación del profesional y no permitir su estancamiento una vez obtenido el título, lo que obliga a estos profesionales a continuar participando en cursos académicos y en congresos científicos.

Esta constante actualización y renovación de los conocimientos profesionales, trae consigo una ampliación y renovación de las competencias profesionales del personal sanitario.

## **4. Marco Competencial actual de las profesiones sanitarios**

### **4.1 Competencias actuales de la Enfermería.**

Teniendo en cuenta la formación específica dentro del grado de Enfermería y que no se estudian o se requiere su aprendizaje en ninguna otra carrera universitaria sanitaria:

#### **4.1.1 Técnicas básicas de resucitación**

No se trata de una competencia exclusiva, pero sí propia enfermera, ya que, incluso entre los profesionales del área de la salud puede no ser bien aplicada. Este tipo de competencias requieren una evaluación más profunda, pues al mejorar las técnicas de enseñanza-aprendizaje se mejoran las capacidades de los profesionales, mejorando, a su vez, el desenvolvimiento de éstos y la atención del paciente<sup>29</sup>.

Dentro de un hospital, el personal de enfermería es el primero en atender a los pacientes, motivo por el cual debe estar bien capacitado en este tipo de técnicas<sup>29</sup>.

#### **4.1.2 Prescripción enfermera**

Muchos consideran que la facultad de prescribir ciertos medicamentos debería formar parte de las competencias del profesional de enfermería, tal como lo hacen en ciertos países (Países Bajos, Irlanda, Suecia, Estados Unidos y Nueva Zelanda, por citar solo algunos) pero en estos países, la sanidad tiene diferentes características.

Es verdad, que el papel del personal de enfermería siempre se ha considerado como el de ayudante del médico, lo que le da desde ciertos puntos de vista un papel inferior o de menor importancia, sin embargo, su función es tan importante como la del médico<sup>30</sup>.

Pero en este caso no es solo eso lo que dificulta la prescripción enfermera, ni tampoco la formación en farmacología ya que en medicina y en enfermería es igual, la prescripción enfermera no la permite la ley, que habla de dispensación no de prescripción, luego hoy por hoy no hay discusión posible.

Existe una pequeña y delgada línea entre la prescripción de medicamentos y la dispensación de medicamentos, por lo cual debemos tener claros los conceptos para poder entender a que nos referimos cuando decimos que la prescripción de medicamentos debiera formar parte de las competencias profesionales del personal de enfermería y quizás entender que la prescripción no es solo de productos.

La prescripción es un acto científico, ético y legal una acción, mediante la cual se busca alcanzar un objetivo terapéutico para el paciente plasmado normalmente en un informe o en una receta, así pues, está claro que es un acto médico, puesto que la medicina es la encargada de la enfermedad de las personas, como la Enfermería lo es de su salud, estén enfermas o no

De tiempo inmemorial, los enfermeros/as han dispensado medicamentos y extendido recetas de productos sanitarios, no sujetos a prescripción médica o sujetos a ésta por indicación. La reciente ley, mal nombrada de prescripción enfermera, ha venido a cercenar a los enfermeros/as la misma dispensación por la exigencia de requisitos para poder dispensar.

La Ley 29/2006 y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, confieren a médicos, odontólogos y podólogos las facultades exclusivas para prescribir medicamentos, en el ámbito de sus competencias profesionales.

Debido a la necesidad de crear un espacio laboral multidisciplinar y de competencias compartidas, lograron que se introdujeran varias modificaciones en el derogado artículo 77 de la ley 29/2006, mediante la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, por lo que actualmente el artículo 79 confiere al personal de enfermería competencia suficiente para indicar, usar y autorizar la dispensación de todo medicamento que sujeto o no prescripción médica así como cualquier producto sanitario que sea necesario y esté relacionado con el ejercicio de su función, y en el 2015, mediante Real decreto 954/2015 de 23 de octubre, se establecen las bases para la acreditación del personal enfermero para su autorización como dispensador de medicamentos mediante una orden de dispensación que debe cumplir con ciertas normas para su validación.

El personal de enfermería en el contexto de los cuidados generales, los requisitos que debe conseguir para obtener la acreditación para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano son los siguientes:

- Obtener una acreditación por poseer experiencia profesional por periodo mínimo de un año.
- Aprobar un curso de adaptación adecuado concedido por la Administración sanitaria de forma gratuita.

*“La enfermera en el contexto de los cuidados especializados, debe cumplir con los siguientes requisitos para conseguir la acreditación necesaria para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos, así como, productos sanitarios para la práctica son”:*

- *Estar en posesión del título de Graduado en Enfermería.*
- *Poseer una diplomatura en enfermería o de ayudante técnico sanitario.*
- *Estar en posesión del título de enfermero especialista según el artículo 2.1 del Real Decreto 450/2005, sobre especialidades en ramas de enfermería.*

Además de ello debe cumplir con uno de los siguientes requisitos:

- Obtener una acreditación por poseer experiencia profesional por periodo mínimo de un año.
- Aprobar un curso de adaptación adecuado concedido por la Administración sanitaria de forma gratuita.

Procedimiento de la acreditación por las CC. AA. Según la Sentencia 12 del Tribunal Constitucional de 2018, el procedimiento de acreditación corresponde a las comunidades autónomas. Por tanto, el procedimiento de acreditación de las enfermeras y enfermeros estará regulado por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias

De tal manera que las asociaciones autónomas, las universidades, el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y otros entes profesionales de enfermeras que impulsen su progreso profesional continuo, podrán desarrollar la oportuna oferta formativa que admita a las enfermeras y enfermeros a que se refiere el apartado anterior la adquisición de las competencias sobre recomendación uso y facultad de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano que se recogen en el anexo I.

En cuanto al reconocimiento de acreditación a profesionales de enfermería procedentes de Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países. La habilidad adicional cuarta referida al reconocimiento de aprobación a profesionales de Enfermería originados de Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países también ha sido renovado. La nueva redacción constituye que podrá reconocerse la acreditación a las enfermeras y enfermeros procedentes de otros Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en el área de los cuidados especializados, teniendo una anterior justificación del cumplimiento de las previsiones y de los requisitos de acreditación regulados en el artículo 9.

El sistema adaptable a las enfermeras de las Fuerzas Armadas y a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología. Estas enfermeras, por elementales condiciones particulares de su actividad profesional, tienen condiciones especiales según la experiencia adicional primera y segunda del mencionado RD.

En lo referente a medicamentos especiales o de una alta complejidad. Por sus posibles condiciones especiales, la nueva normativa contempla que, de forma única, cuando los avances científicos pudieran solicitar los protocolos y las guías de práctica clínica y asistencial podrán prever complementar la formación de las enfermeras y enfermeros.

Respecto a los tipos de medicamentos, prescripción y orden de dispensación, de relevante importancia:

Productos sanitarios y los tipos de medicamentos objeto de la presente regulación:

Los medicamentos sujetos a receta médica, los medicamentos no sujetos a receta médica y los productos sanitarios, con la actual redacción, se introducen tres situaciones:

- Productos sanitarios y medicamentos no sujetos a receta médica: en estos casos, las enfermeras/os pueden prescribir de forma autónoma, atendiendo siempre a su juicio clínico y con criterios de responsabilidad profesional.
- Medicamentos de prescripción médica que no requieren de un diagnóstico médico previo (validación previa), por tratarse de actuaciones enfermeras: vacunas, cura de heridas, oxitocina, etc.

En estos supuestos, las enfermeras/os actuarán conforme a protocolos y guías de práctica clínica previamente establecidos entre los profesionales y las autoridades.

El artículo 3.2 Real Decreto 1302/2018 establece:

*Para que las enfermeras y enfermeros acreditados, puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de la administración de estos medicamentos a determinados pacientes, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial deberán contener necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera por la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.*

Las vacunas, aunque se trata de un medicamento sujeto a receta médica, el artículo 3.3 del mencionado RD, establece: Salvo en aquellos casos en los que un paciente, en atención a sus condiciones particulares, precise de una valoración médica individualizada, la administración de las vacunas contempladas en el calendario vacunal y aquellas tributarias de campañas de salud que se determinen por las autoridades sanitarias sólo precisará de la correspondiente orden de dispensación.

- Indicación de aquellos medicamentos sujetos siempre a un diagnóstico y una prescripción médicos (validación médica previa). Tras el diagnóstico y prescripción médicos, las enfermeras/os actuarán conforme a protocolos previamente establecidos entre los profesionales y las autoridades.

En estos casos, las enfermeras/os realizan los cuidados y el seguimiento posterior del paciente. Con la actual regulación<sup>6-7</sup>, estas 3 situaciones generan en la práctica dos tipos de prescripción enfermera, según determinen los protocolos y guías de práctica asistencial:

- Prescripción autónoma: Prescripción, utilización y orden de dispensación autónoma de medicamentos no sujetos a receta médica, productos sanitarios y medicamentos sujetos a prescripción médica en los que no sea precisa una validación médica previa a la indicación enfermera (vacunas y otros medicamentos que establezcan los protocolos y guías).
- Prescripción colaborativa: Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en los que sea precisa una validación médica previa a la indicación enfermera, según determinen los protocolos y las guías clínicas.

El artículo 3 de este real decreto también hace mención a la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. Para ello, y con carácter general, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial contemplarán las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero realizarán colaborativamente en el seguimiento del proceso, al objeto de garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Otro mecanismo de seguridad del paciente, al igual que se requiere actualmente a los profesionales médicos, establece que los profesionales de Enfermería deberán de incluir en la orden de dispensación, entre sus datos de identificación, el número de colegiación o, en el caso de órdenes de dispensación del Sistema Nacional de Salud, el código de identificación asignado por las administraciones competentes y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza.

En el caso de medicamentos sujetos a prescripción médica también se incluirá la información correspondiente al protocolo o a la guía de práctica clínica y asistencial en que se fundamenta.

Controversia en la utilización del término, desarrollo legislativo y resistencia al cambio. El diccionario de la Real Academia Española define prescribir como: (1) tr. Preceptuar, ordenar, determinar algo (2). tr. Recetar, ordenar un remedio. También define recetar como: (1) tr. Prescribir un medicamento, con expresión de sus dosis, preparación y uso. En términos lingüísticos la regulación, como veremos a continuación, denomina receta médica a la receta de un tratamiento prescrito tanto por un podólogo como por un odontólogo o por un médico, aunque son profesiones diferentes con denominaciones diferentes. También hay una paradoja en el mencionado artículo de la Ley<sup>8,9</sup>, porque los podólogos y los odontólogos son prescriptores autónomos, pero prescriben y recetan medicamentos sujetos a prescripción médica.

El concepto de prescripción enfermera, en adelante PE, ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años de la mano del desarrollo de la profesión enfermera, como un elemento relevante para su práctica asistencial. En la actualidad, a través de los estudios de grado, especialización y posgrado, se confiere una profesión enfermera con un elevado potencial y un desarrollo de su autonomía dentro del proceso asistencial. El concepto de PE surge a consecuencia de este crecimiento profesional, como un elemento de práctica avanzada y especialista, que forma parte del propio proceso enfermero y de su plan de cuidados.

El proceso enfermero se compone, en su estructura básica, de una valoración inicial para poder establecer el diagnóstico enfermero o determinar el problema de colaboración. A partir del diagnóstico o problemas de salud se establecerán el conjunto de intervenciones y acciones a realizar.

La tipificación del concepto de PE se encuentra perfectamente identificada bajo el lenguaje normalizado enfermero y aparece relacionada tanto en diagnósticos propios de la profesión, como en las intervenciones y los objetivos derivados del rol de

colaboración. La definición del concepto PE en diferentes lenguajes enfermeros es homogénea. Los diferentes lenguajes enfermeros como NANDA y ATIC reconocen la PE de forma explícita enmarcada dentro de las intervenciones enfermeras. Por este motivo, se justifica que las enfermeras/os prescriban en el ámbito de sus competencias de forma habitual.

Un estudio reciente evidenció que la PE permite al paciente resolver su problema de salud con una única visita profesional. Es decir, la PE implica una agilización de flujos y trámites, así como la accesibilidad que beneficia al equipo multidisciplinar. Asimismo, repercute en una mayor satisfacción profesional, autoestima y autonomía de los profesionales enfermeros

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de estudios de desarrollo y análisis de conceptos en la literatura científica internacional. Un concepto es una unidad de conocimiento generada a partir del análisis y del establecimiento de una serie de características esenciales.

En la actualidad, y después de algún que otro debate legislativo, las enfermeras/os de muchos países tienen autoridad para prescribir, como por ejemplo Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Botswana, Reino Unido y EE.UU. La introducción de la PE en los diferentes países ha obedecido a diversas razones como: la extensión de áreas geográficas de atención sanitaria, la reducción de la carga de trabajo de los profesionales médicos, la escasez de médicos o la visibilidad enfermera. Cabe recordar que las condiciones legales, educativas y de organización varían considerablemente de un país a otro.

En nuestro país, la situación jurídica ha pasado por numerosos cambios. La PE se convirtió explícitamente ilegal en 2006 con la aprobación de la ley 29/2006 sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde se reconocen como únicos prescriptores a médicos, veterinarios y odontólogos. En 2008, el Consejo de Estado advierte de un error en la publicación de la Ley 29/2006 y en 2009 aprueba la modificación de la ley y se incorporan como prescriptores a podólogos y enfermeras a la espera del Real Decreto.

Debido al estancamiento de la situación, algunas comunidades autónomas, como Andalucía y las Islas Baleares, regularon, con la aprobación de un decreto propio en el caso de Andalucía, que las enfermeras pudieran prescribir medicamentos y productos sanitarios fruto de su juicio clínico.

Esta situación de estancamiento se acabó el 23 de diciembre de 2015 con la publicación del Real Decreto 954/2015, el cual suprimió por completo la autonomía de los profesionales enfermeros ya que solo contemplaba la recomendación, el uso y la autorización de productos sanitarios y medicamentos siempre que hubiese una prescripción médica previa. En 2017, se inició la tramitación del proyecto de un decreto catalán con el objeto de regular las condiciones y las normas de organización. Este decreto define el marco de actuación de las enfermeras/os sobre la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Asimismo, relaciona la dispensación con el ejercicio profesional en el ámbito de atención sanitaria prestada tanto en los centros y los servicios sanitarios públicos como en los privados de Cataluña.

La perspectiva jurídica refleja el poco reconocimiento social de la PE, hecho que se traduce en la falta de referencias sobre la óptica social del concepto en sí. El poco reconocimiento de la PE va unido al desconocimiento de la población sobre la esencia de la disciplina enfermera.

El Boletín Oficial del Estado recoge en su edición de 20 de octubre de 2020 la Resolución de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas». Es decir, que se da luz verde al primer protocolo de práctica clínica y asistencial que recopila la actuación enfermera en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, en este caso, en el campo de las heridas.

La situación de emergencia sanitaria que vivió nuestro país retrasó la aprobación de ésta y otras guías. Con el visto bueno a la guía de heridas, que nace de un profundo consenso entre las organizaciones colegiales de enfermeros y de médicos, CC.AA., mutualidades y los ministerios de Sanidad y Defensa, se sientan las bases a que los distintos servicios de salud regionales puedan acomodar a su práctica asistencial la prescripción, por parte de las/os enfermeras/os, en función de lo que recoge a esta resolución.

El término médico, aparece en la prescripción y en la receta que hacen otros profesionales sanitarios autónomos, sin incluir aquí a la enfermera ni al fisioterapeuta.



En función de lo anterior, el término prescribir y recetar, genera controversia en la actualidad y en especial vinculado a la profesión enfermera. Pero la controversia no sólo es lingüística, sino también jurídica. En los últimos años se han producido cambios relacionados con la denominada prescripción enfermera tanto en la legislación como en la práctica asistencial, tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

A nivel legal hemos pasado de estar en una situación que podríamos denominar como «alegal» o no suficientemente regulada hasta 2015, en una situación ilegal en la mayoría de las CC. AA. hasta 2018 y a un paso de la legalidad desde entonces. En el Reino Unido, desde 1992, se permitió la prescripción no médica (non-medical prescribing - NMP). La prescripción no médica independiente se reguló para farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales. Por tanto, desde 1992 las enfermeras autorizadas de Reino Unido pueden realizar prescripción enfermera. Se establece que determinadas enfermeras puedan modificar pautas medicamentosas en algunos aspectos como la posología analgésica en pacientes terminales.

Los resultados de la prescripción son reconocidos en diferentes publicaciones. La prescripción enfermera también se encuentra regulada en otros países y continentes. En Europa (Reino Unido, Suecia, Francia, Irlanda), en América (Estados Unidos, Canadá, Brasil y Argentina), en Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) y en África (Sudáfrica, Botsuana y Zambia). En España<sup>2</sup>, hasta el año 2006 la prescripción enfermera se encontraba en una situación jurídica que podríamos considerar como «alegal», porque no estaba autorizada ni prohibida por el ordenamiento jurídico. En el año 2006, con la aprobación de la Ley 29/2006 sobre garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, se reconoce como únicos prescriptores a médicos, veterinarios y odontólogos, prohibiendo parte de la actividad asistencial que los profesionales de enfermería venían realizando. Por tanto, desde 2006 y hasta 2015 podríamos considerar que la prescripción enfermera, tanto autónoma como colaborativa, pasaba a ser ilegal.

El desarrollo legislativo total de la Ley 28/2009, tras la publicación de dos Reales Decretos (RD 954/20156 y RD 1302/2018 todavía pendiente de la acreditación de gran parte de los profesionales enfermeros en toda España, de la implantación del sistema de orden de dispensación y de la aprobación de los protocolos y guías de práctica clínica, dos comunidades autónomas (Andalucía en el año 2009 y las Islas Baleares en el año 2011, regularon la actuación de enfermería relacionada con la prescripción.

Otras comunidades autónomas (País Vasco y Castilla-La Mancha), para limitar los efectos del RD 954/2015, dictaron instrucciones que han sido anuladas por los Tribunales de Justicia de ambas regiones. El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Victoria-Gasteiz acordó la suspensión cautelar de la Instrucción número 7/2016, de 2 de mayo, del Director General del Servicio Vasco de Salud, por la que se obligaba a los enfermeros vascos a vacunar a la población sin necesidad de una prescripción médica previa.

El legislador recuerda que dicha Instrucción es una mera orden de servicio con la que se pretende que la administración de vacunas no se vea afectada por un ordenamiento jurídico superior como es el caso del Real decreto 954/2015 que regula la prescripción enfermera. El Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha, en la reciente sentencia 159/2019, de 28 junio de 2019, anula la Instrucción 1º de la Dirección Gerente del SESCAM de 14 de mayo de 2016. El Tribunal entiende que la instrucción, en cuanto ignora el RD 954/2015, contraviene el derecho vigente y por ello resulta nula y debe quedar sin efecto.

Con la actual redacción y hasta que se desarrollen totalmente las guías de práctica asistencial, sigue sin terminar de aclararse qué se puede hacer exactamente y además depende de cada comunidad autónoma.

Los medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios. Se trata de un proceso autónomo y que afecta a competencias enfermeras. Por tanto, cuando cada CC. AA. Acredita al profesional de enfermería quien podrá, indicar usar y realizar la orden de dispensación de los distintos medicamentos y productos sanitarios. La orden de dispensación, si se trata de medicamentos o productos sanitarios financiados, tendrá la misma consideración que si la emite otro profesional prescriptor. Por tanto, podrá dispensar productos sanitarios (gasas, pañales, apósitos, aparatos, productos como el ácido hialurónico etc.) y determinados medicamentos. Si hablamos, por ejemplo, del paracetamol, la podrá indicar de forma autónoma paracetamol de 500 mg, de 650 mg, solución oral pediátrica de 100 mg/ml, comprimidos buco dispensables de 250 y 325 mg/dl, supositorios de 250 mg. Dentro del paracetamol sujeto a receta médica está el paracetamol de 1 gr, pero también otras presentaciones de solución oral infantil de 100 mg/ml, comprimidos recubierto con película de 650 mg, que la enfermera no podrá prescribir de forma autónoma, salvo que así lo indiquen los protocolos o guías clínicas. Puede consultarse si está sujeto o no a prescripción médica en la web del Centro de información online de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS-CIMA). 5.2. Medicamentos sujetos a prescripción médica que no precisan una validación médica previa (diagnóstico médico y prescripción).

Actualmente sólo se pueden utilizar de forma autónoma determinados medicamentos, como las vacunas, los medicamentos destinados al parto y medicamentos que pongan en peligro la vida del paciente. Todavía no se han desarrollado todas las guías que determinen los medicamentos que pueden prescribir los profesionales de enfermería sin necesidad de validación médica. Por ejemplo, encontramos que estaría sujeto a prescripción el suero salino utilizado para limpieza de heridas, lavados nasales, etc. tampoco podrían utilizarse medicamentos como enzimas para cura de úlceras (Irujol®), otros medicamentos tópicos para curas como sulfadiazina argéntica (Silvederma®) o nitrofuril (Furacin®), etc.

En situaciones de urgencia, actualmente no está desarrollado si un profesional de enfermería ante una parada cardíaca o ante una reacción alérgica puede administrar adrenalina, si ante una hipoglucemia en un paciente inconsciente puede administrar glucagón, si ante una situación de urgencia una enfermera/o puede canalizar una vía periférica y administrar suero, etc. Pero ante una situación de urgencia vital, si no hay posibilidad de contar con un médico que prescriba estas medicaciones, y la enfermera/o además de estar capacitada/o, podría ser acusada/o de denegación de auxilio o de omisión del deber de socorro, por lo que deberá actuar y reflejar por escrito lo que ha administrado y el motivo por el que lo ha realizado sin prescripción.

Medicamentos sujetos a prescripción médica que precisan una validación médica previa (diagnóstico médico y prescripción). Esta prescripción y la responsabilidad siempre serán médicas. En algunas comunidades autónomas, el control en pacientes anticoagulados del International Normalized Ratio (INR) lo realiza la enfermera/o y se pueden dar tres situaciones en la nueva posología: la prescripción final de la posología la tiene que hacer un hematólogo en ciertas posibilidades, la prescripción la realiza el médico de Atención Primaria, o la genera un programa informático y la entrega la enfermera/o sin supervisión médica. Con la actual redacción, como el último supuesto lo genera un algoritmo informático, tendría que ser necesariamente el médico el que valide la prescripción informatizada en todos estos pacientes.

En relación con los medicamentos sujetos a prescripción médica, todos los protocolos o instrucciones nacionales, autonómicas, locales, de centro o incluso del servicio, que no estén recogidos en los protocolos y guías de práctica asistencial dejan de tener validez. Según la jerarquía normativa y las sentencias al respecto, son nulos al ser contrarios a derecho. En definitiva, quedan muchos aspectos prácticos a desarrollar en los protocolos y en las guías de práctica asistencial.

Debido al estancamiento de la situación, algunas comunidades autónomas, como Andalucía y las Islas Baleares, regularon, con la aprobación de un decreto propio en el caso de Andalucía, que las enfermeras pudieran prescribir medicamentos y productos sanitarios fruto de su juicio clínico.

Esta situación de estancamiento se acabó el 23 de diciembre de 2015 con la publicación del Real Decreto 954/2015, el cual suprimió por completo la autonomía de las enfermeras, ya que solo contemplaba la recomendación, el uso y la autorización de productos sanitarios y medicamentos siempre que hubiese una prescripción médica previa. En la actualidad (2017), se ha iniciado la tramitación del proyecto de un decreto catalán con el objetivo de regular las condiciones y las normas de organización. Este decreto define el marco de actuación de las enfermeras/os sobre la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Asimismo, relaciona la dispensación con el ejercicio profesional en el ámbito de atención sanitaria prestada tanto en los centros y los servicios sanitarios públicos como en los privados de Cataluña.

La perspectiva jurídica refleja el poco reconocimiento social de la PE, hecho que se traduce en la falta de referencias sobre la óptica social del concepto en sí. El poco reconocimiento de la PE va unido al desconocimiento de la población sobre la esencia de la disciplina enfermera.

El Boletín Oficial del Estado recoge en su edición de hoy la Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas». Es decir, que se da luz verde al primer protocolo de práctica clínica y asistencial que recopila la actuación enfermera en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, en este caso, en el campo de las heridas.

La situación de emergencia sanitaria que vivió nuestro país había retrasado la aprobación de ésta y otras guías. Con el visto bueno a la guía de heridas, que nace de un profundo consenso entre las organizaciones colegiales de enfermeros y de médicos, CC.AA., mutualidades y los ministerios de Sanidad y Defensa, se sientan las bases a que los distintos servicios de salud regionales puedan acomodar a su práctica asistencial la prescripción, por parte de las/os enfermeras/os, en función de lo que recoge a esta resolución.

#### **4.1.3 Optimización de las competencias de dispensación**

El Boletín Oficial de Estado resalta que *“el objetivo de estas guías es definir los medicamentos, sujetos a prescripción médica, que las/los enfermeras/os pueden indicar, usar y autorizar su dispensación en determinadas situaciones y de forma protocolizada, ya sea para iniciar su uso, modificar la pauta, prorrogar o suspender el tratamiento, en un trabajo colaborativo y/o complementario con la finalidad de proporcionar una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de la ciudadanía”*.

También refleja cómo la aplicación de estas guías supone la optimización de las competencias profesionales de las enfermeras y enfermeros y el desarrollo de actuaciones de valor consistentes en, por ejemplo, educar a la persona y/o al cuidador/a en el manejo del tratamiento farmacológico y en el de los cuidados asociados; establecer estrategias para mejorar la adherencia<sup>30</sup>, detectar e informar de efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico o realizar un seguimiento con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento y a la propia patología.

La guía aprobada por el Ministerio de Sanidad guarda relación con procesos asistenciales como las heridas crónicas, úlceras por presión, por humedad, úlceras venosas, úlceras arteriales, úlceras neuropáticas, úlceras neoplásicas, otras enfermedades que pueden causar heridas en la piel por enfermedades infecciosas, epidermólisis bullosa; heridas agudas: Quemaduras, traumáticas, quirúrgicas y laceraciones. Se reconoce de forma explícita que *“la curación de heridas es una práctica habitual de las enfermeras en el ámbito de sus competencias”*.

El documento recoge el listado de todos aquellos medicamentos sujetos a prescripción médica, que podrán indicar las enfermeras acreditadas para la indicación, uso y autorización de dispensación en el cuidado de las heridas.

En el contexto general de los contenidos que incluirán estas guías, -dice el BOE- estas *“pretenden ser una ayuda a los/las profesionales para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona”*. A tal efecto, los criterios para la selección de las guías a desarrollar han sido la incidencia o prevalencia de las situaciones clínicas que abordan, la garantía de seguridad clínica en la aplicación de las guías y el valor añadido que pueda aportar un abordaje, precoz, equitativo y colaborativo de los síntomas y situaciones de salud a los que estas guías se refieren”.

#### **4.1.4 El Triage**

Es el pilar fundamental en el correcto funcionamiento del sistema de salud, sobre todo hospitalario, vital en catástrofes y grandes accidentes es por ello que el personal de enfermería debe estar capacitado en este aspecto, formando parte esencial de sus atribuciones.

El proceso de valoración no solo implica la clasificación que se realiza de los pacientes que van ingresando respecto a la gravedad que presentan, sino también factores como el proceso de admisión, recolección de información para la historia clínica y su ubicación en el servicio, por lo que se hace necesario mantener un alto nivel de desempeño y actualización, para lograr obtener una excelencia que tal que garantice la seguridad de los pacientes y en los cuidados proporcionados<sup>31</sup>

El profesional enfermero que realiza su trabajo en un puesto de triaje, debe tener una gran preparación, ya que tiene que estar preparado para cualquier patología o situación de cualquier clase, aunque cotidianamente la competencia de atención al caso sea de un especialista, por ejemplo, una consulta sobre la lactancia materna, que parece un tema muy específico.

Si no hay un especialista en Ginecología y obstetricia, la falta de información y capacitación que puedan presentar los enfermeros/as con respecto a este tema, afecta directamente a la correcta implementación de la lactancia materna por parte de las madres. Es importante en referencia a la lactancia materna, conocer profesionalmente sus beneficios y técnicas correctas de implementación a fin de poder impartir los conocimientos adecuados a las madres en periodo de lactancia y/o aquellas que aún están gestando<sup>32</sup>.

#### **4.1.5 El diagnóstico enfermero**

Una competencia profesional enfermera que permite el trabajo en equipo, lo cual queda establecido en el Real decreto 581/2017, de 9 de junio, que incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, que reconoce las calificaciones profesionales.

Sin embargo, tanto esta nueva competencia, como la orden de dispensación de medicamentos han tenido poco impacto en el ejercicio de la profesión enfermera debido también a la poca claridad legislativa aun existente, a pesar del establecimiento y creación de guías documentales que permitan el desempeño de estas competencias.

Según lo acordado por el Consejo General de Enfermería (CGE) la transposición de la directiva europea agrega nuevas competencias profesionales de los enfermeros que afectan la manera como se va a desarrollar el ejercicio profesional, pero posiblemente será necesario una norma con rango de ley que regule en el progreso profesional la nueva competencia formativa independiente.<sup>33</sup> Específicamente, pone de relieve que la Directiva exige a que el enfermero/a adquiera, a través de su formación, adquiere la competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería y el conocimiento de los pacientes, lo que afecta a la definición de sus competencias que contiene el artículo 7.2.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>2</sup> (LOPS).

Tomando en cuenta lo anterior expuesto para reforzar el planteamiento del Consejo de Estado y del Consejo General de Enfermería, tal vez haya pasado inadvertido en los fundamentos de derecho el Real Decreto 1093/2010 5, de 3 de septiembre, por el que se certifica el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto, que entró en vigor casi siete años después de la LOPS, debe respetar el principio de jerarquía normativa. En España la Constitución garantiza explícitamente el principio de jerarquía normativa. El origen de jerarquía normativa permite establecer el orden de aplicabilidad de las normas jurídicas y la pauta para solucionar las posibles refutaciones entre normas de diferente clase, de manera que las normas de rango inferior no pueden rebatir ni violar lo establecido por una norma de rango superior. Este RD 1093/2010 regula en el Anexo VII el Conjunto de fundamentos del informe de cuidados de enfermería, e instituye cuáles son los datos mínimos del informe de cuidados de enfermería al Alta de Enfermería o la Derivación Enfermera, que debe aparecer entre otros, los siguientes:

- Causas que generan la actuación enfermera.
- Diagnósticos Enfermeros resueltos. Literal NANDA (contenido mínimo) y código NANDA (recomendable). Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones.
- Modelo de referencia utilizado y resultados destacables. Información relativa a la valoración enfermera más reciente, así como especificar otras escalas o test aplicados ajenos al modelo utilizado en la valoración general.
- Diagnósticos Enfermeros activos. Literal NANDA (contenido mínimo) y código NANDA (recomendable). Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales.

- Resultados de Enfermería. Literal NOC (contenido mínimo) y código NOC (recomendable). Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas.
- Intervenciones de Enfermería. Literal NIC (contenido mínimo) y código NIC (recomendable). Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe.
- Enfermera/o Responsable: Nombre apellidos y categoría profesional (contenido mínimo). Es parte del pie de firma del informe y el segundo pie de firma que suele supervisar al primer firmante (como puede ser el caso de Enfermera/o y Enfermera/o Residente (EIR)).
- Motivo del Alta / Derivación Enfermera. En el informe de cuidados de enfermería no aparece el médico en ningún apartado y quien firma el informe es el/la enfermera/o responsable, no solo es responsable de la valoración enfermera y del Diagnóstico Enfermero (NANDA) también de las Intervenciones (NIC) y del resultado de Enfermería (NOC). Por tanto, el RD reconoce la responsabilidad (autonomía y competencia) del diagnóstico enfermero

En lo referente a lo anterior, en el ámbito europeo se reconoce que la enfermería ha obtenido nuevas competencias, pero actualmente la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) no reconoce explícitamente esas nuevas competencias adquiridas en el ejercicio profesional en España, sin duda porque al ser del año 2003 no recogen las normas posteriores.

Las competencias del ejercicio profesional tienen que ser reguladas en cada Estado de la Unión Europea. De acuerdo al informe del Consejo de Estado, a las demandas del CGE y al Real Decreto 1093/2010, aunque este RD responsabiliza a la enfermera de esa competencia (diagnóstico enfermero), la competencia del diagnóstico enfermero debería estar más clara y con rango de Ley para evitar dudas.

#### **4.1.6 Las técnicas inyectivas**

No hay discusión en que las técnicas inyectivas son una atribución enfermera, sin embargo, no existe legislación específica, si bien muchas normas recogen dispersamente que todos los tratamientos por cualquier vía humana en especial la parenteral debe ser realizada por profesionales de enfermería, hay que tener en cuenta que también la ley permite que las profesiones sanitarias que así lo necesiten para el desarrollo de sus específicas funciones podrán hacer uso de técnicas de otras



profesiones sanitarias, un ejemplo sería el que los odontólogos necesiten conocer el manejo de inyectables para inyectar anestésicos a sus pacientes, en la cavidad bucal, sin que sea la vía parenteral una competencia específica de la odontología. Otra cosa es que actualmente, sedicentes especialistas en medicina estética, se atribuyan esta competencia en exclusiva, cuando se trata de utilizar la vía parenteral para inyectar productos sanitarios con fines no terapéuticos.

Que las técnicas inyectivas son de competencia enfermera y a falta de legislación específica, podemos fundamentarlo legalmente en el art. 1º del CC cuando dice que “las fuentes del derecho son la ley, la costumbre y los principios generales del derecho”.

Teniendo en cuenta que la costumbre jurídica solo se puede invocar si se cumplen los requisitos de aplicarse desde tiempo inmemorial y que todos los intervinientes estén seguros de su legalidad, con respecto a la atribución de quien es el profesional que pone las inyecciones, en cualquier región anatómica, cualquier medicamento o producto, de prescripción médica o no; sin duda todo el mundo respondería que los enfermeros/as y desde siempre.

#### **4.2 Competencias actuales de la Logopedia**

El profesional logopeda trabaja tanto de manera individual como grupal, en los ámbitos sanitarios, educativos, socio asistencial o desempeñándose puestos de trabajo en medios de comunicación como radio, televisión, o con profesionales de la voz<sup>33</sup>, donde debe demostrar la comprensión de los trastornos en lo referente a el lenguaje, el habla la audición, y las funciones orales no verbales y para ello necesita evaluar de una manera critica las técnicas e instrumentos de evaluación de la logopedia de manera adecuada y dentro de sus competencia debe diseñar y realizar los tratamientos logopédicos tanto individuales como colectivos, empleando métodos, técnicas y medios efectivos y adaptados tomando en cuenta las diferentes etapas evolutivas del ser humana.

Debe elegir, efectuar y proporcionar el aprendizaje de comunicación aumentativa y también conocer y dar a conocer la utilización de prótesis para poder dar ayudas técnicas que se adapten las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los pacientes.

Debe diseñar, efectuar y ajustar acciones de prevención de los trastornos de la comunicación y el lenguaje para conseguir una apropiada producción del habla, estructuración del lenguaje y calidad de la voz.

En general el logopeda es competente para paliar o curar las diferentes disfunciones producidas o no por patologías relacionadas con el proceso de la comunicación humana como son el lenguaje, el habla, la voz, la audición y otras funciones implicadas como la respiración, masticación, succión, deglución etc.

### **4.3 Competencias actuales del farmacéuta**

En 1998 se instauraron los estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, las cuales sufrieron múltiples modificaciones a lo largo del tiempo, siendo la última aprobada el 28 de febrero de 2008. El Capítulo XIII de dichos estatutos, establece la clasificación y castigos de aquellos actos que fuesen en contra de la naturaleza sanadora de la profesión<sup>35</sup>. Siendo vigente hoy en día, muchas de sus normas.

Dentro de las competencias específicas de los farmacéuticos, podemos afirmar que son competentes para intervenir activamente en la fabricación de sustancias y productos de uso humano, analizar los efectos de sustancias con actividades farmacológicas, enunciar consejo terapéutico y participar en la toma de decisiones en fármaco-terapia y dieto-terapia, valorar los problemas relacionados con los fármacos y participar en las actividades de fármaco-vigilancia, analizar los efectos toxicológicos de sustancias y diseñar y aplicar pruebas para su evaluación correspondiente, generalizando las competencias más básicas, de un farmacéuta es tener la habilidad para instruir y aconsejar a los pacientes, a los miembros de equipos de salud y al público en general en la utilización racional de los medicamentos fundamentadas en datos científicos para expresar la eficacia y seguridad de los productos.

### **4.4 Competencias actuales de la Veterinaria**

La legislación veterinaria es el método mediante el cual se sientan las bases para que el profesional de esta rama ejecute sus funciones de manera adecuada y cumpliendo con el objetivo principal de la profesión, el cuidado y salvaguarda de los animales, así como la identificación de aquellas patologías que puedan ser transmisibles a los humanos, bien sea por contacto directo o mediante el consumo de su carne<sup>36</sup>.

Entre las competencias básicas se manda que ya el estudiante para la profesión veterinaria unos conocimientos y aptitudes especiales para que pueda, en su vida profesional, poner en práctica lo aprendido durante la carrera, defendiendo y argumentando todo lo que pueda solucionar en su área de estudio<sup>37</sup>.

Una vez superado el periodo de estudio y obtenido el título universitario, se espera que el profesional veterinario pueda demostrar sus conocimientos generales y específicos sobre los animales, demostrando que tiene los conocimientos básicos para cuidar, curar y aplicar los correctivos necesarios para que el animal mejore o se mantenga sano y evitar si existe peligro de contagio el que se propague el mal a otros animales a los humanos 37.

La profesión veterinaria también implica, en ciertos ámbitos en los que se implementa la profesión, el uso y conocimiento de la tecnología que pueda beneficiar tanto a la comunidad como a los animales37.

El profesional veterinario, debe tener en cuenta las consecuencias de no implementar correctamente sus conocimientos37. comprendidos en el grado de veterinaria

#### 4.4.1 **Competencias básicas**

- Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.
- Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.
- Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes, normalmente dentro de su área de estudio, para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
- Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
- Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía37.

#### 4.4.2 **Competencias específicas**

- El profesional veterinario debe tener un conocimiento genérico de los animales, de su comportamiento y de las bases de su identificación.
- Demostrar que tiene la capacidad de comprender la estructura y la función de los animales sanos.
- Manifestar conocimiento de la cría, mejora, manejo y bienestar de los animales.

- Expresar que conoce y comprende las bases físicas, químicas y moleculares de los principales procesos que tienen lugar en el organismo animal.
- Demostrar que conoce y entiende los principios básicos y las aplicaciones de la respuesta inmune.
- Debe poseer la capacidad de diferenciar los principales agentes biológicos de interés veterinario.
- Reconocer las alteraciones de la estructura y función del organismo animal.
- Demostrar que conoce y utiliza los conceptos y métodos estadísticos aplicables en Veterinaria.
- Usar los fundamentos que rigen la transmisión y mantenimiento de las enfermedades en las poblaciones animales.
- Dar el diagnóstico de las diferentes enfermedades animales, individuales y colectivas, y aplicar las medidas de prevención, con especial énfasis en las zoonosis y en las enfermedades de declaración obligatoria.
- Comprender y analizar las bases generales de los tratamientos médico-quirúrgicos en animales
- Demostrar que conoce y entiende las bases de funcionamiento y de la optimización de los sistemas de producción animal y de sus repercusiones sobre el medio ambiente.
- Tener conocimientos de las características botánicas, fisiológicas y composición química de las especies vegetales de interés veterinario.
- Manifestar que es capaz de comprender los principios de la Ciencia y Tecnología de los Alimentos, del Control de calidad de los alimentos elaborados y de la Seguridad alimentaria, en animales
- Mostrar conocimiento y entendimiento en los aspectos de organización, económicos y de gestión en todos los campos de la profesión veterinaria.
- Conocer y entender las Normas y Leyes del ámbito veterinario y de los Reglamentos sobre los animales y su comercio.
- Poseer conocimientos sobre los derechos y deberes del veterinario, haciendo especial incidencia en los principios éticos.
- Efectuar la historia y exploración clínica precisa y completa de los animales.
- Relacionarse con los animales de manera segura y humanitaria, e instruir a otras personas en cómo llevar a cabo adecuadamente esas técnicas.
- Evaluar con rigor el estado nutricional de los animales y estar al tanto de la asesoría a los otros sobre los principios de la cría y la alimentación.

- Tomar, preservar y enviar todo tipo de muestras con su correspondiente informe.
- Ejecutar técnicas analíticas básicas e interpretar sus resultados clínicos, biológicos y químicos, así como analizar los resultados de las pruebas generadas por otros laboratorios, en animales.
- Determinar las enfermedades más comunes del mundo animal mediante el manejo de diferentes técnicas generales e instrumentales.
- Manipular los equipos radiográficos y ultrasonográficos, así como otros equipamientos que puedan ser usados como medios de diagnóstico, de manera segura y de acuerdo con la normativa veterinaria
- Realizar los tratamientos médico-quirúrgicos más frecuentes en los animales.
- Utilizar correctamente los principios de la esterilización del equipamiento quirúrgico y los principios de la asepsia quirúrgica.
- Aplicar de forma segura sedaciones y anestesia regional y general, y valorar y controlar el dolor en animales
- Prescribir y dispensar medicamentos de forma correcta y responsable de acuerdo con la legislación y garantizar que las medicinas y los residuos se almacenan y se eliminan adecuadamente.
- Atender urgencias y realizar primeros auxilios en veterinaria.
- Aplicar los cuidados básicos que garanticen el correcto funcionamiento del ciclo reproductor y la resolución de los problemas obstétricos animales
- Reconocer cuándo es necesaria la eutanasia y llevarla a cabo de forma humanitaria utilizando el método apropiado.
- Efectuar necropsias, incluyendo el registro de las lesiones encontradas, la toma de muestras y su posterior almacenamiento y transporte.
  - Identificar, investigar y erradicar las enfermedades animales, con especial atención a las enfermedades de declaración obligatoria y zoonosis.
  - Asesorar y llevar a término estudios epidemiológicos y programas terapéuticos y preventivos de acuerdo a las normas de bienestar animal, salud animal y salud pública.
  - Valorar e interpretar los parámetros productivos y sanitarios de un colectivo animal, considerando los aspectos económicos y de bienestar.
  - Manejar protocolos y tecnologías correctas destinados a modificar y optimizar los diferentes sistemas de producción animal.
  - Realizar la inspección ante y post mortem de los animales de abasto e identificar correctamente los problemas que afectan a la calidad y seguridad de los productos de origen animal destinados al consumo humano.

- Realizar el control sanitario de los diferentes tipos de empresas y establecimientos de restauración y alimentación, así como implantar y supervisar sistemas de gestión de la calidad.
- Realizar análisis de riesgo, incluyendo los medioambientales y de bioseguridad, así como su valoración y gestión.
- Aplicar la tecnología alimentaria para la elaboración de alimentos para consumo humano.
- Demostrar que conoce la historia y la evolución de la veterinaria a través de sus actividades profesionales.
- Demostrar un conocimiento en profundidad sobre algunos aspectos concretos de cualquiera de los ámbitos de la veterinaria.
- Integrar los conocimientos, habilidades y actitudes propios del Grado en el entorno profesional de alguno de los diversos ámbitos veterinarios<sup>37</sup>.

#### **4.4.3 Competencias transversales**

- Analizar, sintetizar, resolver problemas y tomar decisiones.
- Trabajar de modo eficaz en equipo, uni o multidisciplinar.
- Reconocer las obligaciones éticas en el ejercicio de las responsabilidades ante la profesión y la sociedad.
- Comunicar la información obtenida durante el ejercicio profesional de forma fluida, oral y escrita, con otros colegas, autoridades y la sociedad en general.
- Redactar y presentar de forma satisfactoria informes profesionales.
- Buscar y gestionar la información relacionada con la actividad profesional.
- Aplicar el método científico en la práctica profesional incluyendo la medicina basada en la evidencia.
- Demostrar conocimientos de inglés para comunicarse tanto oralmente como por escrito en contextos académicos y profesionales.
- Tener conocimientos básicos de la profesión, y en particular de la organización y el funcionamiento de la práctica profesional<sup>37</sup>.

#### **4.5 Competencias actuales del nutricionista**

Las competencias profesionales del nutricionista abarcan más allá de solo el cuidado de aquellos que acuden a él para bajar de peso. También indica que este profesional debe educar a quienes trata a fin de enseñarles a elaborar una dieta adecuada, así

como también el conocimiento de los nutrientes que tiene cada alimento y como ayudan a la prevención o tratamiento de enfermedades<sup>38-39</sup>. En general evalúan el estado nutricional del paciente, calculan las necesidades nutricionales y realizan el seguimiento nutricional del paciente, estos profesionales pueden ejercer tanto en atención primaria como en servicios generales de promoción de salud y como profesionales libres.

#### **4.6 Competencias actuales del optometrista**

Las competencias profesionales del optometrista son limitadas, por la oftalmología que es competente para tratar las patologías oculares, aunque es el profesional que suele detectar el primero estas patologías, aunque su diagnóstico no sea propio de su competencia.

Su función se basa, estrictamente en la detección de disfunciones y/o patologías oculares y en tratar su corrección en el caso de las disfunciones directamente o en el caso de patologías por indicación del médico oftalmólogo. Su competencia más básica, es medir la agudeza visual, así como implementar la corrección, mediante los aparatos oculares adecuados para ello sin llegar a las cirugías<sup>40</sup>.

Competencia exclusiva de los optometristas y ópticos es trabajar sobre el tallado, de lentes, acoplamiento de las gafas y lentes de contacto, verificación y adaptación adecuada de los mismos, manipulando los diferentes equipos de medición y valoran de la función visual y la estructura del ojo.

#### **4.7 Competencias actuales del médico**

Las competencias profesionales de la medicina abarcan todo el ámbito de actuación frente a la enfermedad y la muerte humanas. El diagnóstico, el pronóstico y la prescripción del tratamiento médicos encaminado a curar o paliar la enfermedad.

El profesional médico, debe tener en cuenta que trata con otras personas y que es su deber devolverles la salud y frenar su deterioro físico y su muerte, siempre que esta sea evitable y no implique para el paciente tratamientos no consentidos que alarguen el periodo de enfermedad o dolor<sup>41</sup>.

Entendiendo que los profesionales médicos, dada la gran importancia y trascendencia de sus actuaciones, deben poseer conocimientos, destrezas y habilidades suficientes que les permitan ejercer sus funciones con rigurosa ética y profesionalidad, siendo

precisa una actualización permanente, para poder prestar un servicio al paciente con rigor científico profesional.

Las especialidades médicas “*de iure*” definen sus funciones de manera específica.

#### **4.8 Competencias actuales del podólogo**

Las competencias de estos profesionales de la sanidad, los podólogos, abarcan el diagnóstico y tratamiento, bien por prescripción de medicamentos, bien por prescripción de aparatología ortopédica, bien por tratamiento quirúrgico de aquellas patologías que afectan a los pies humanos y repercuten en el movimiento de quien la padece<sup>42</sup>.

Incluye su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de técnicas terapéuticas, cirugía podológica de deformidad de los pies; también tienen competencia en el uso de radiología, prescripción de tratamientos ortoprotésicos y prescripción farmacológica.

#### **4.9 Competencias actuales del terapeuta ocupacional**

El profesional terapeuta ocupacional basa sus competencias en los beneficios que puede brindar a todos aquellos que quieran conseguir una guía para su adaptación y desenvolvimiento en la sociedad, sin importar la etiología de su disfunción o patología.

El terapeuta ocupacional debe atender, no solo a un individuo sino también a su entorno personal, pues en muchos casos, la reinserción a la sociedad y la adaptación de éste a ella no solo puede realizarse por el propio paciente, sino que también necesita la colaboración de quienes le rodean, suelen utilizarse actividades lúdicas, intelectuales y/o físicas especializadas para tal fin<sup>43</sup>.

#### **4.10 Competencias actuales del fisioterapeuta**

Las competencias de los profesionales fisioterapeutas se basan especialmente, en la implementación de métodos físicos, mecánicos y eléctricos a fin de mejorar la condición músculo esquelética del paciente, bien de forma preventiva o rehabilitadora después de lesiones o tratamientos quirúrgicos con secuelas, bien ayudándoles a resolver alteraciones del movimiento de forma adecuada. También la fisioterapia, ayuda a



rehabilitarse a pacientes que presentan patologías musculoesqueléticas, neuromusculares, cardiovasculares, pulmonares o inter tegumentarias de alta complejidad.

Si bien no toda alteración o patología músculo esquelética puede ser curada, los tratamientos fisioterápicos, pueden mejorar y proporcionar al paciente un mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana permitiéndole aumentar su grado de independencia<sup>44</sup>.

#### **4.11 Competencias actuales del odontólogo**

Se basan en la implementación de todos aquellos métodos que le ayuden a corregir al paciente cualquier patología o disfunción dental, así como de aconsejar su adecuado mantenimiento, a fin de evitar las consecuencias que puedan dañar de manera grave o irreversible a quien la padece<sup>45</sup>.

Su campo de actuación es la cavidad bucal, salvo lo referente a la especialidad médica de cirugía maxilofacial

Dentro de sus competencias también está la investigación, el manejo de instrumental específico y su actuación profesional en equipo multi profesional o por cuenta propia como profesional libre.

Debe tener la destreza necesaria para aplicar los conocimientos sobre la evaluación general del estado de salud del paciente, diseñar planes preventivos tanto individuales como para la comunidad, e identificar los factores involucrados en las anomalías de la boca y la dentadura.

***CAPÍTULO IV.***  
***LA PROFESION DE ENFERMERÍA***

## 1. . Clasificación y diferencias de las profesiones sanitarias

Según lo indicado en la Ley O P S (LOPS) se detallan los requerimientos que debe tener toda profesión para poder ser clasificada como sanitaria. Esta ley concibe también una clasificación específica de las profesiones del área de salud.

En la siguiente tabla se expondrá lo dictaminado por el artículo 2.2

**Tabla 4. Profesiones Sanitarias de Titulación Universitaria**

<i>Profesiones Sanitarias de Titulación Universitaria</i>	
<i>Nivel Licenciado</i>	<i>Nivel Diplomado</i>
Medicina	Enfermería
Odontología	Fisioterapia
Farmacia	Terapia Ocupacional
Veterinaria	Podología
	Óptica
	Optometría
	Logopedia
	Nutrición y Dietética

*Fuente: (Elaboración propia 2021).*

El artículo 7.2. de la LOPS, define las funciones específicas de los diplomados enfermeros, que son:

- La dirección.
- Evaluación.
- Prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, preservación y restauración de la salud, así como a la prevención de enfermedades y complicaciones.

Por otro lado, el artículo 3 clasifica las profesiones sanitarias de formación profesional de acuerdo a su grado:

**Tabla 5. Clasificación de las profesiones sanitarias según el artículo 3.**

<b>Grado Superior</b>
<i>Técnico superior en Anatomía Patológica y Citología</i>
<i>Técnico superior en dietética</i>
<i>Técnico superior en laboratorio de diagnóstico clínico</i>
<i>Técnico superior en Ortoprotésica</i>
<i>Técnico superior en Prótesis Dentales</i>
<i>Técnico superior en Radioterapia</i>
<i>Técnico superior en Salud Ambiental</i>
<i>Técnico superior en Audioprótesis</i>
<b>Grado Medio</b>
<i>Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería</i>
<i>Técnico en Farmacia.</i>

Fuente: Elaboración propia

La distinción en base a titulaciones universitarias, versus titulaciones de formación profesional se encuentra expresado en el plano competencial del ejercicio profesional, tal y como resalta la LOPS al distinguir entre profesión sanitaria, en cuanto a los diplomados enfermeros que se desarrollan, y profesionales del área sanitaria de formación profesional, que guardan relación a los TCAE. Diferencias que son catalogadas como reglamentarias y que permiten entender qué actividades pertenecen a cada nivel profesional y mantener, aparentemente, el equilibrio entre las funciones aun estando en estrecha relación.

Aunque se haya detallado toda la clasificación profesional en el cuadro anterior, el directorio de profesiones sanitarias no es limitado. El artículo 2.3. de la LOPS da el visto bueno a la instauración de nuevas profesiones sanitarias tituladas, de una estipulada

actividad, siempre que su instauración sea la más acorde para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para preparar la estructura preventiva y/o asistencial al progreso científico y tecnológico.

La enfermería como profesión ha estado evolucionando con el paso del tiempo debido a su importancia en el sistema sanitario. Sus funciones, el contenido académico, los requisitos sociales y leyes varían dependiendo de la región en que se desarrollen. Día a Día el papel de la enfermería ha estado recibiendo grandes reconocimientos por su ardua labor tal como lo fue expresado en la Declaración de Múnich (OMS) en el año 2008 en una asistencia masiva de los ministros de salud de los principales estados miembros de la organización que puntualizaron lo siguiente “Podemos exclamar con seguridad que las enfermeras tienen una gran vocación para cumplir cada una de sus tareas laborales y es de suma importancia su participación para abordar el servicio de asistencia sanitaria brindándole al paciente la mayor atención en su proceso de estadía en el centro de salud”.

La sociedad española de enfermería destaca en su comunicado del año 2002 que todo profesional de enfermería debe estar en constante actualización del contenido académico aplicado en la práctica, con el propósito de crear mayor autonomía en el entorno profesional facilitándole tomar decisiones que sean beneficiosas para proceso de asistencia sanitaria.

En este entorno, surge la necesidad de delimitar los diversos términos que relacionan a la competencia, la capacidad y manera de ejecutar la profesión de enfermería. La enfermera o enfermero comprueban su competencia cuando pueden aplicar de forma efectiva sus habilidades, destrezas y juicios clínicos en la práctica profesional, y evidencian su capacidad para realizar cualquier tipo de procedimiento ante una situación de emergencia.

## ***2. Gestión de la enfermería***

La gestión del cuidado de enfermería se puede definir, como el método basado en el juicio crítico enfermero relacionado con la organización, planificación y coordinación de los cuidados generales que garantiza la eficiencia y optimización de un sector sanitario. El profesional de enfermería responsable de la gestión debe determinar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le otorga una visión distinta y específica

de la gestión de los cuidados. Así, deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado.

La gestión del profesional de enfermería tiene por objeto, la organización de los recursos y procedimientos del área o sector que se trate, para mejor proveer los cuidados a los pacientes y además participar en proyectos de investigación en los centros sanitarios.

La gestión del cuidado ( Milos) es uno de elementos primordiales que deben fomentar el desarrollo de la gestión clínica hospitalaria, puesto que, la gestión clínica se basa en dos bases indispensables como lo es la gestión medica “ que tiene el arte de curar” y la gestión de enfermería “ en el arte de cuidar” en este sentido, la gestión del cuidado sirve de apoyo para la estructura de la organización del trabajo enfermero, mediante la distribución equitativa de actividades laborales y el reconocimiento de cada una de sus tareas,

En el ámbito de la gestión del cuidado, un estudio realizado por Valdivieso en el hospital regional universitario de Málaga pudo evidenciar que el modelo de gestión de cuidado permite incorporar a todo el personal de enfermería en la planificación, organización, dirección y evaluación de recursos económicos que ingresan al área de emergencias, proporcionándoles un mayor protagonismo a nivel gerencial.

En un estudio de Estefo y Paravic surgió el término líder, como un componente esencial de la gestión, liderazgo para el cual enfermeras/os deben estar debidamente preparados. Una de las habilidades considerada primordial para lograr el éxito en el rol de líder del cuidado en enfermería es la habilidad de comunicación, competencia muy desarrollada en lo teórico pero muy poco utilizada en la práctica, señala, además, que a la/el enfermero/o se le asigna la responsabilidad legal, ética y social de la Gestión del Cuidado, que obliga a asumir el compromiso de asegurar su continuidad y a mantener la calidad de la salud.

Al respecto, Mowinski, Scalzi realizan una revisión de la literatura en la que encuentra que las competencias de liderazgo se abordaron casi dos veces más que las de gestión.

En la siguiente tabla se expone el porcentaje de participación del personal de enfermería en la gestión de cuidados de diferentes centros de salud de España.

**Tabla 6. Centros de hospitalización españoles**

<b>Ubicación</b>	<b>Porcentaje</b>
Hospital Regional Universitario de Málaga. Comunidad de Andalucía	<b>60%</b>
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Comunidad Valenciana.	<b>38%</b>
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Comunidad de Madrid.	<b>37%</b>
Hospital del Mar. Barcelona, Cataluña. Comunidad Catalana	<b>40%</b>
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid	<b>39%</b>
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, Comunidad de Andalucía	<b>24%</b>
Hospital Universitario Gregorio Marañón Comunidad de Madrid.	<b>58%</b>

*Fuente: elaboración propia.*

En el cuadro comparativo podemos ver como el hospital regional universitario de Málaga maneja las cifras más elevadas de participación del personal de enfermería en la gestión de cuidados y como en el hospital general universitario Gregorio Marañón presenta un porcentaje menor. Esto, nos permite suponer las diferentes políticas de cada centro y el liderazgo que debe tomar cada miembro del personal para asegurar un buen manejo de recursos en el área laboral que desempeñan.

### **3. Administración en la Enfermería**

Según Koontz y Wehrich la administración es “la aplicación de un el proceso para diseñar y mantener un medio ambiente de tal manera que los individuos que trabajen juntos o en grupos, logren eficientemente los objetivos seleccionados”.

Para ello hay que tener objetivos claros, trabajar en conjunto, manteniendo un ambiente agradable el grupo de trabajo y de esa manera lograr la eficiencia en los objetivos seleccionados para poder obtener excelentes resultados.

El propósito de la administración en la enfermería es un proceso que abarca todo el conocimiento del saber enfermero y la aplicación de las competencias concretas en materia de salud, para lo cual, la enfermería debe adaptarse constantemente a las nuevas actualizaciones en materia teórica, por lo que los profesionales enfermeros deben capacitarse continuamente.

La administración en enfermería es una herramienta necesaria para ser aplicada en el área de salud, ya que, incentiva al conocimiento para tener una mejor visión de los recursos humanos, técnicos y financieros de las instituciones sanitarias, de manera que contribuye al desarrollo y eficiencia del sistema sanitario

La mayor parte del personal de enfermería considera que la administración enfermera tiene cierto grado de dificultad, puesto que, engloba un conjunto de actividades y responsabilidades variadas, lo que no debe ser un impedimento porque, como cualquier profesional sanitario, el enfermero/a debe estar dispuesto a afrontar cualquier actividad dentro de su marco competencial y actualizándose o especializándose en las diversas áreas que se le asignen.

Daderiam y Arnd sustentan que la unión y la innovación son los elementos claves para obtener una buena administración en los servicios de enfermería y la forma más apropiada para aprovechar los recursos tanto personales como económicos, siempre pensando en cubrir las necesidades y actividades necesarias de a quienes se ofrecen los servicios.

La integración lleva expreso el conocimiento, evaluación e interacción con todos los sub elementos que integren la institución o sistema, por lo cual es transcendental dentro de la administración, manteniendo siempre una respuesta dinámica de acuerdo a las necesidades tanto actuales como próximas de las personas que prestan el servicio



también debe tener una continua actualización para poder hacer frente a futuros desafíos que surjan en la práctica.

Hernández sostiene que la administración en enfermería es una función importante en la profesión, aunque opina que la función administrativa en enfermería no tiene tanto peso como otras profesiones, ya que su fin es dar cuidado, investigar, enseñar por lo que es necesario, saber administrar esos cuidados, aunque es sí que es necesario para constituir una coordinación con otros profesionales y otras estructuras.

Espinosa, Lamadrid y Saavedra, sin embargo, consideran que la enfermería dentro de sus competencias tiene una gran responsabilidad en la administración de la salud ya que le corresponde el rendimiento de las consultas y servicios donde debe llevar registro de todo el miembro, equipos, sesiones educativas, porcentaje de inmunizaciones realizadas, cantidad de operaciones quirúrgicas, indicadores de resultados de visitas a domicilio. Índice de mortalidad materna infantil, entre otras muchas atribuciones.

Basada en el programa de salud, se han encuestado el siguiente número de enfermeras:

**Tabla 7. Personal de enfermería de las principales ciudades españolas**

<i>Ciudad</i>	<i>Personal de Enfermería</i>	<i>Turnos</i>
Madrid	<b>1520.</b>	24 horas
Barcelona	<b>1010.</b>	24 Horas
Valencia	<b>610.</b>	24 Horas.
Sevilla	<b>600.</b>	24 horas.
Zaragoza	<b>520.</b>	24 horas.
Málaga	<b>520.</b>	24 Horas,
Murcia	<b>400.</b>	24 Horas,

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 8. Distribución del personal de enfermería.**

<b>Personal de Enfermería.</b>	
<b>Área de trabajo</b>	<b>Porcentaje de personal encuestado (%).</b>
Urgencias	<b>30%</b>
Ginecología y obstetricia	<b>18%</b>
Pediatría	<b>18%</b>
Unidad de Cuidados Intensivos	<b>20%</b>
Quirófano	<b>14%</b>

<b>Año</b>	<b>Atención en Unidades de cuidados Intensivos</b>
2011	<b>15%</b>
2012	<b>15%</b>
2013	<b>15%</b>
2014	<b>16%</b>
2015	<b>16%</b>
2016	<b>16%</b>
2017	<b>16%</b>
2018	<b>20%</b>
2019	<b>20%</b>
2020	<b>42%</b>
2021	<b>43%</b>

Fuente: elaboración propia.

#### **4. La importancia de la Enfermería transnacional; competencia cultural de los cuidados**

Este tipo de cuidados cultural y competentemente se suscita de la conceptualización y teoría de la enfermería transcultural, según la experiencia generada gracias a varias investigaciones podemos definirlo como una capacidad que forma parte del continuo cuidado, inherente a la práctica enfermera, que implica una mirada antropológica y global de carácter cualitativo. Dicha capacidad subyace en la perspectiva holística y lleva a un análisis enfermero definido, por lo que se relaciona transversalmente con la práctica de los cuidados en contexto, la comunicación, la ética profesional, la

investigación en cuidados, la formación y docencia enfermera, la gestión de los cuidados, el enfoque de la mejora y continua educación para la salud.

Poner en práctica esta capacidad enfermera certificaría una mejora en el cuidado de los pacientes de distintas culturas aumentando el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios, y así lograr practicas seguras, por lo que incrementaría la satisfacción del paciente y poco a poco se llegaría a cambios en las prácticas de cuidado con las personas de otros grupos culturales. También este nuevo enfoque sociocultural dentro del campo de la enfermería puede ayudar a vislumbrar su esencia y descubrir los motivos de fracaso o éxito de los programas creados hasta el momento en diferentes entornos del mundo.

Este nuevo enfoque, va a incidir en los resultados tanto de los individuos como en la comunidad en general. Por lo que se hace esencial constituir programas para atender a la diversidad cultural de los profesionales en el área de salud, de una forma específica el personal de enfermería, que estén constituidas por las diferentes instituciones de salud de cada país, la idea de todo esto, es contribuir con una mayor y mejor calidad, en los cuidados de pacientes procedentes de otras culturas o comunidades étnicas, también es necesario efectuar programas de educación para la salud que se adecuen transculturalmente a los valores y demanda de los grupos con los que se trabaje, usando métodos, instrumentos y técnicas que sean conocidos y aceptados por ellos.

Ya existen profesionales de la enfermería que han empezado a utilizar el contexto de los cuidados culturales como punto de partida en su discurso con el propósito de aseverar que las necesidades en cuidados culturales de la población en general sean tratadas por los profesionales que ejerzan la competencia cultural aplicada a los cuidados, o sea, enfermeros/as, haciendo énfasis en el estudio tanto comparativo como sistemático intercultural para identificar las diferencias y similitudes que puedan darse a distinta o iguales maneras de practicar y así poder comprender mejor los cuidados.

Estos conceptos de cultura y cuidado están ligados al origen de los cuidados culturales y establecen el interés por el desarrollo de temas como “la competencia cultural aplicada a los cuidados” o “cuidados culturalmente competentes”. Por tal motivo se puede alegar que la enfermería necesita movilizarse dentro de la dinámica de la sensibilidad y la conciencia cultural, que, aunque no supone una panacea que elimine las desigualdades y mejore los resultados de las intervenciones sobre la salud y la enfermedad, se

relaciona con mayor sentido al conjunto y habilidades que deben tener los profesionales sanitarios para obtener una atención óptima en el tiempo que brindan sus servicios a los pacientes, tomando en cuenta que vivimos en una sociedad multicultural, permitiendo una negociación cultural buscando que todas las partes estén representadas sin que parezca rasgo de etnocentrismo.

La trascendencia de la competencia cultural en los cuidados se basa en:

- Aporte de perspectiva cultural, social y ambiental ante circunstancias y problemas globales de salud versus el aporte biofísico.
- El aprendizaje constante y continuo del profesional acerca de estrategias, prácticas, usos, y hábitos de “diversas culturas” ante la salud.
- Mejora en la satisfacción y calidad acogida por el usuario ante los cuidados de enfermería y el diseño de programas y políticas sanitarias adecuadas y sensibles.
- Mejora en la calidad de los servicios sanitarios, la optimización de recursos y las necesidades dentro del establecimiento y en la comunidad, como un enfoque eficiente.
- Participación activa y de una manera más humana en la gestión de los cuidados generales de tal forma que de voz a las personas, familia, comunidad y sociedades.
- Los objetivos de la competencia cultural de los cuidados dentro de una sociedad global son:
  - Estudiar a fondo las características culturales de los usuarios que periódicamente acuden a los recintos sanitarios.
  - Desarrollar nuevas prácticas en cuidados culturales que queden plasmada en los programas de salud cuyo fin es lograr una correcta eficacia.
  - Evaluar la certeza de los cuidados y programas específicos que se utilizan a individuos de otras culturas.
  - Emplear las teorías concretas y los instrumentos adecuados a estas situaciones de “encuentro entre culturas” dentro de la formación curricular.
  - Apoyar el análisis ético a la diversidad cultural y que este se vea figurado en las intervenciones para la salud de las diferentes comunidades.

***CAPÍTULO V.***  
***CUALIDADES Y PRAXIS DE LA ENFERMERÍA***  
***PROFESIONAL***

Podemos afirmar que el profesionalismo en general es el compromiso y valor que caracterizan a las profesiones, señalado por el amparo de un código de comportamiento consensuado mediante el vínculo con los colegas, miembros del equipo de salud, pacientes y con la población en general.

En el profesionalismo enfermero en particular, los valores clave son la acción que se ejerce de acuerdo al interés del paciente, brindar soluciones a corto plazo frente a las necesidades sanitarias de la sociedad, preservar niveles elevados de excelencia en el ámbito laboral en la obtención y en la transferencia de los conocimientos.

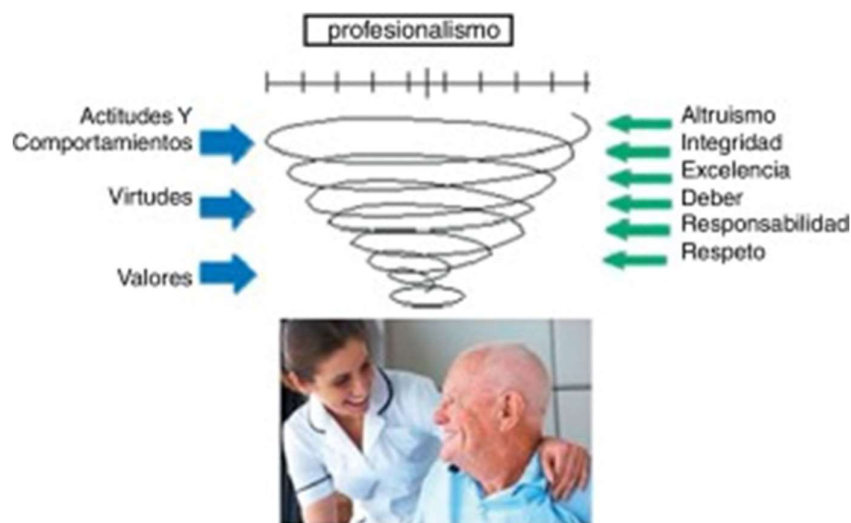
Además del conocimiento, las prácticas, habilidades y competencias que demanda la enfermería, se deben tener cualidades psicosociales y humanitarias como empatía, respeto, amabilidad, apoyo, altruismo, poseer un nivel óptimo de responsabilidad social y de conocimiento frente a la cultura y creencias de los individuos:

- El altruismo profesional, constituye la esencia del profesionalismo y está fundamentado en el modelo que establece que la obligación del profesional es el interés del paciente, siendo éste superior a su propio interés.
- La responsabilidad profesional, es un componente importante del profesionalismo que rige a los miembros del personal de enfermería en diferentes niveles, relacionado a sus pacientes en cuanto que impone al sostenimiento adecuado de las normas de la relación personal enfermero-paciente; y relacionado con la sociedad, preguntándose las necesidades sanitarias de sus compañeros de trabajo porque precisa seguir los términos éticos de la enfermería, otorgados por el tiempo y las normas locales, nacionales e internacionales.
- El deber profesional, es la libre aprobación de un compromiso de servicio, con los recursos y medios adecuados, aceptando los obstáculos que se presenten al afrontando las necesidades de los pacientes, tolerando los riesgos inevitables cuando está en peligro el bienestar del paciente y brindando la mejor asistencia posible en todas las ocasiones y a todas las personas, sin excepciones. Contiene de igual forma la voluntad de impulsar un papel activo en las organizaciones profesionales y de brindar voluntariamente sus conocimientos y capacidades para el bienestar de la población en general.
- La excelencia profesional, es un carácter consciente del profesional para superar cada una de sus expectativas laborales. El deber con la excelencia es un objetivo reconocido para todo el personal de enfermería e implica el compromiso del aprendizaje durante toda la vida, así como el mejoramiento continuo de los propios conocimientos y habilidades.

- El conocimiento de honor e integridad profesionales comprende el ser honrado, mantener la palabra dada, cumplir los compromisos y ser amable. Solucionar los problemas de interés e impedir que en cualquier situación prevalezca el interés del personal enfermero por encima del paciente.
- El respeto profesional queda manifiesto en la atención y respeto hacia los pacientes y sus familiares y hacia cualquier compañero del equipo de salud, o colaboradores compañeros todos, incluso a los estudiantes del área disciplinar específica y de todas las ciencias de la salud con los que se puede llegar a interactuar incluso de otra cualquier disciplina.

En esta investigación parece importante determinar que la edificación del profesionalismo es un paso dinámico en espiral que avanza, progresa y se desarrolla (fig. 3). por lo que adquiere como punto de inicio la naturaleza de la persona con su historia de vida desde la etapa preuniversitaria, se origina o perfecciona a través del periodo universitario y demanda de experiencias profesionales sistemáticas a lo largo del tiempo como lo describe Benner para ir atesorando valores y virtudes humanas, fortaleciendo en forma propositiva las actitudes y comportamientos que se tienen como profesional de la enfermería, preparado para atender de sí, de los otros, paciente, familia, comunidad, estado y de todo lo que le rodea.

**Figura 3. Esquema del profesionalismo**



## **1. Competencias profesionales y delegación**

Se sabe que la gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como objetivo principal identificar el talento de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar los resultados.

Relacionado con el desempeño de los profesionales, aparece por primera vez el término de competencia en la década de los años 70 cuando se publican los primeros estudios sobre los modelos de competencias, de la mano de David

McClelland, el cual describe el término de competencia como “aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente”.

Posteriormente, en la década de los 80 del pasado siglo, encontramos la definición competencia a través de Richard Boyatzis, el cual describe las competencias como “las características subyacentes de la persona, que están relacionadas con una correcta actuación en su puesto de trabajo y que pueden basarse en la motivación, en los rasgos de carácter, en el concepto de sí mismo, en actitudes o valores, en una variedad de conocimientos o capacidades cognoscitivas o de conducta.”.

En el ámbito de la enfermería existen diversos estudios que han llevado una conceptualización del término competencia, más acorde a las peculiaridades de la disciplina enfermera. Este concepto es definido por Gómez del Pulgar como la “intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situación y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles.” Y más recientemente Argüello lo define como “la manifestación de un comportamiento que evidencia un dominio específico de un determinado contexto y situación, pudiendo ser evaluado y desarrollado en relación a un criterio previamente definido para ese comportamiento.”

Las competencias en enfermería no son conocimientos o habilidades fragmentadas, sino un conjunto de saberes combinados que no se transmiten, la competencia se construye a partir de la secuencia de actividades de aprendizaje. Estas giran en torno a la importancia y a la revaloración que se da al trabajador, siendo su potencial, su



inteligencia, su conocimiento y su creatividad la que adquiere relevancia para adaptación de los cambios, generando dentro de la gestión del cuidado una nueva vía para mejorar la calidad de atención de la enfermería.

Desde el punto de vista planteado anteriormente, las competencias en enfermería son un marco de referencia emergente que facilita el quehacer profesional, permitiendo así una sinergia en el equipo inter y multidisciplinario.

En su rol asistencial la enfermera/o es donde más se exige la evaluación por competencias, transformándose en un profesional competente, aquel que es capaz de aplicar conceptos aprendidos para adaptar su actuación a la situación que enfrenta. Es así como el nivel de competencia en la enfermería depende de una serie de determinantes individuales y del contexto.

Las características individuales que construyen la competencia se denominan dimensiones competenciales y comprenden un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que se articulan en seis dimensiones diferentes:

- Dimensión cognitiva y del aprendizaje: incluye además de los conocimientos básicos, la capacidad de aprender de la experiencia vivida, la capacidad de formular preguntas e hipótesis sobre las experiencias de la práctica clínica, la curiosidad, la capacidad de atención, la gestión de la información, la auto adquisición de conocimientos, la capacidad de análisis y resolución de problemas abstractos, y la observación y autocrítica de los propios procesos de pensamiento.
- Dimensión técnica: engloba el conjunto de habilidades y destrezas manuales para la ejecución técnica y las habilidades mentales para la organización y gestión del tiempo y los recursos.
- Dimensión integradora: hace referencia a las estrategias de razonamiento clínico, la aplicación de los conocimientos a situaciones reales, la incorporación relacional de elementos de juicio clínico, científico y humano, así como la gestión de la incertidumbre.
- Dimensión relacional: explica la capacidad para compartir y/o transmitir los conocimientos, habilidades y actitudes (docencia), las aptitudes para el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación y la capacidad para gestionar situaciones conflictivas.

- Dimensión moral y afectiva (ética y valores): incluye los aspectos relacionados con la inteligencia emocional, la capacidad para cuidar y atender, la sensibilidad, el respeto hacia los demás y tolerancia al estrés.
- Dimensión política: habilidad para incorporarse en la política y las organizaciones de poder inherentes a la manutención del profesionalismo.

La competencia se construye a través de las interrelaciones de estas dimensiones, es decir, se adquiere un equilibrio inter dimensional, produciendo así un aumento en el perfil competencial y por tanto un desempeño exitoso.

Dentro de la enfermería, este desempeño se ha visto favorecido porque en sus ramas educativas se han ido incorporando nuevos procesos para enfocar la formación desde una perspectiva más integral lo que ha demandado cambios en la estructura organizativa de la formación, hacia competencias que deben desarrollar los profesionales sanitarios para dar solución a los problemas más relevantes de salud. La especialización dentro de la enfermería se ha visto favorecida con este método de evaluación por competencias. Principalmente en las unidades de cuidados intensivos se exige cada vez más tener mayores conocimientos, habilidades y destrezas desarrolladas con el fin de brindar atención de calidad a todo paciente, familia y comunidad, no obstante, el trabajo que se realiza es basado en conocimientos adquiridos formalmente en entidades educadoras sin mayor énfasis en el desarrollo de las habilidades, destrezas y conocimientos basados en competencias.

En este sentido, las competencias parecen constituir en la actualidad una conceptualización y un modo de operar no solamente en la gestión de enfermería, sino también en la gestión de los recursos humanos de cualquier empresa, lo que permite que se genere una articulación entre gestión, trabajo y educación. Además, el enfoque de competencias puede ser considerado como una herramienta capaz de proveer un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de los recursos humanos, por lo que se hace necesario indagar acerca de cuáles son las competencias desarrolladas en las enfermeras/os, específicamente.

Después de la selección se procede a establecer el diccionario de competencias, el cual consiste en la creación de la definición usual para la competencia en sí, con el fin de que puedan ser conocidas e integradas por todo el equipo de enfermería.

Cada competencia posee niveles o grados, con su respectiva valoración para cada nivel, estableciéndose la siguiente escala en esta investigación:

- Nivel 4, alto o A: nivel alto, de desempeño óptimo o de excelencia.
- Nivel 3, bueno o B: nivel bueno, por encima del estándar.
- Nivel 2, mínimo necesario o C: nivel mínimo, solo desempeña un trabajo necesario, sin embargo, no indica una subvaloración de la competencia.
- Nivel 1, insatisfactorio o D: nivel insatisfactorio o grado mínimo de la competencia, en algunos casos puede considerar ausencia de la competencia como en otros puede considerar solo un desarrollo mínimo.

Como se señaló previamente y de acuerdo con los artículos 35 y 36 de la CE, española se valida el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, por cuenta propia o de manera externa, teniendo siempre en consideración que el profesional posea el título oficial habilitante.

Es importante enfatizar que los artículos 6 y 7 de la LOPS hacen referencia a las profesiones sanitarias relacionadas con el artículo 2 de la misma ley. Dichos artículos 6 y 7 muestran las funciones principales del “diplomado” de enfermería en la obtención de servicios en las distintas fases de la atención a la salud, pero en ningún caso se citan las actividades propias de los profesionales del área sanitaria de formación profesional.

La delimitación de competencias de la profesión sanitaria no se puede comprender si no tenemos en cuenta que las funciones de prestación de servicios sanitarios están bajo el amparo de la competencia, responsabilidad y autonomías propias de cada profesión en específico.

El artículo 9 de la LOPS manifiesta el carácter multidisciplinar o interprofesional de la atención sanitaria. Para ello hay que considerar la diferencia entre interprofesional o multidisciplinar y trabajo en equipo. El artículo 4.7 de la misma ley enuncia la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria, se puede entender que cuando se habla de las relaciones entre equipos inter o multidisciplinarios comprende exclusivamente a lo tasado en los artículos 6 y 7.

Para impedir al máximo posibles desavenencias de tipo funcional entre las profesiones sanitarias, el artículo 4.7. De la LOPS trata de exponer y reconocer la plena autonomía científica y técnica del ejercicio de la función sanitaria. Las únicas restricciones están implantadas en la ley, de igual forma en los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y en el Código Deontológico.

Debido a que estamos ante una profesión sanitaria, se está sujeto a las normas del Código Deontológico de la Enfermería Española, el cual recalca en su artículo 56 que la enfermera/o asume el compromiso de todas las decisiones que a nivel individual deben tomar en el ejercicio de su profesión. En este ámbito y haciéndolo extensible al TCAE, cada profesional es responsable de su realizar sus actos.

La responsabilidad es el deber de cumplir lo regulado, una consecuencia natural de la autoridad que permite a la persona reconsiderar, administrar, examinar y valorar las consecuencias de sus actos. Por eso, la delegación de responsabilidad carece de sentido, porque la responsabilidad es la obligación personal de cumplir un mandato, una función establecida y ordenada. Es un valor que es individual y no se puede delegar, aunque jurídicamente si se podría compartir.

Otros de los aspectos vislumbrados en el Código Deontológico de Enfermería Española es que la enfermera o enfermero no debe acceder a cumplir una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones, según lo señalado en el artículo 58, de la misma manera en que en el ejercicio de su profesión no debe aceptar una función que sea competencia de otro personal de enfermería, no enfermero, ni de otra titulación.

El artículo 59 del Código Deontológico de la Enfermería Española enfatiza que la enfermera o enfermero no deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, trabajos que le son propios y para los cuales no están los demás apropiadamente capacitados y añadimos, no tiene por tanto tolerar que asuman sus funciones cualquier otra persona.

Muchas veces, esta capacitación se presume, como en el caso de la administración de medicamentos por vía oral y rectal por parte de los TCAE, dada su condición de personal sanitario de formación profesional.

*“una enfermera no puede delegar a una auxiliar de enfermería una competencia que le corresponde efectuar”.*

De ello se deduce, que el profesional de enfermería es el competente para administrar todo tipo de tratamientos por cualquier vía, aunque tradicional y en exclusiva se le atribuya normalmente la vía parenteral.

El artículo 1.6. Del Código Civil pone en valor que se pueden encontrar algunas situaciones excepcionales en la jurisprudencia como fuente del derecho. Ejemplo característico de ello es lo expresado por la Sentencia de la Audiencia Nacional 87/200917 y corroborado por la sala Cuarta del Tribunal Supremo, de 12 de junio de 2010, en la que concluye que los gerocultores, en ausencia de la enfermero o enfermera pueden efectuar las pruebas de glucosa, inyectar insulina o heparina subcutánea a las personas mayores, siempre y cuando la dosis y el seguimiento del tratamiento se efectuó por personal médico o de enfermería. Esta excepción se encuentra determinada por un convenio colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes.

Lo referido a la continuidad asistencial, el artículo 9.3. De la LOPS, que decreta debe ser realizado por equipos profesionales de forma jerarquizada y colegiada, atendiendo a criterios de conocimiento y competencia, y de titulación, de los profesionales que constituyan el equipo, de acuerdo a la actividad específica a desarrollar, de la seguridad y conocimiento recíproco de que son capaces sus miembros, y de los principios de facilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

De tal manera, que cualquier tratamiento que se efectúe a otro profesional no enfermero, debe permanecer acreditado de manera incuestionable y ser supervisado. Es decir, solo si la persona autorizada manifiesta habilidad óptima para desarrollar el procedimiento, se le podrá confiar la labor. Para esto, es necesario una evaluación de su formación y experiencia por parte de quien autoriza la actividad

Según lo expresado por la LOPS los técnicos superiores y técnicos de grado medio efectuaran su actividad profesional sanitaria tomando en cuenta a las normas reguladoras de la formación profesional, dentro de sus niveles formativos y en

coherencia a su titulación; en otro contexto los profesionales sanitarios se serán amparados por diversa legislación que estén dentro del marco de su competencia profesional, responsabilidad y autonomía observada en los artículos 6 y 7 de la LOPS.

Así mismo todo el reglamento mencionado instituye el ejercicio de las profesiones sanitarias, que incluye a los titulados universitarios como el de los profesionales del área sanitaria de formación profesional. No obstante, se conciba esta distinción entre las dos profesiones, hay que reiterar el valor que ambos colectivos tienen dentro de un recinto hospitalario, o del que se trate, del equipo profesional que configuran y cómo se muestran cada uno de manera independiente o de forma cooperativa sus funciones. Se puede afirmar que la representación jerárquica existe, sin embargo, hoy día, hay una preferencia a los convenios de apoyo dentro de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

En esta investigación se ha mencionado los conceptos de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, específicamente a los equipos profesionales. El artículo 9 de la LOPS enuncia que dentro del equipo profesional será posible la delegación de acciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones, acorde con dicha delegación o distribución de actuaciones que pueda generarse. De tal forma, que será condición necesaria la capacidad para ejecutar por parte de quien recibe la delegación, capacidad que corresponderá ser objetiva, siempre y cuando sea posible, con la apropiada acreditación.

En ciertos casos, se confunden las competencias de los TCAE con las de las enfermeras/os, lo que ineludiblemente lleva al error. Cualquiera que fuese la causa conviene evitar estos comportamientos antijurídicos y estas conductas, aunque se realicen por desconocimiento de su propio ámbito competencial, porque pueden derivar en complicaciones graves para los pacientes y la sanidad en general.

Interesa pues lograr una clara diferencia entre ambas profesiones, en la disposición que una de ellas se trata de una profesión que requiere titulación, mientras que la otra requiere solo de una habilitación o capacitación.

Es interesante considerar que la responsabilidad debe ser tomada en cuenta de manera individual, en la que cada uno es responsable conforme a su acción. Se pueden delegar algunas funciones según las competencias de cada profesional y en ciertos casos, existir una cooperación o colaboración, teniendo en cuenta que la responsabilidad es

indelegable. En cada caso en particular deberán considerarse las circunstancias y la aceptación de responsabilidad.

Las competencias del profesional enfermero deben estar de acuerdo a su formación académica universitaria, máster o doctorado y experto en un área de conocimiento.

La proyección directa en sus tres áreas de atribución, hacen de la profesión de enfermería un recurso humano indispensable para prestar el mejor cuidado fundamentado en la evidencia y un trabajo más coste-efectivo en centros sanitarios y hospitalarios. Tal y como destacan Müller et al. en su trabajo de 2010, gracias al trabajo enfermero en la especialidad CNS, (del inglés clinical nurse specialist), en el entorno del cuidado se obtuvieron mejores resultados clínicos en los pacientes en lo referente a la disminución de úlceras por presión, a las infecciones de catéter venoso central y las asociadas a sondaje vesical disminuyeron. Además, enfatizan estos autores en una mayor satisfacción profesional del profesional enfermero/a y del paciente como indicadores de calidad.<sup>3</sup>

Se puede mencionar, que como indicador de calidad se destaca en el trabajo de Disch et al. En 2001 a la CNS como papel primordial en la creación de un entorno de trabajo saludable, tan encomendado por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos en su informe de 2005.

Todos estos resultados positivos involucran al paciente y a la organización en términos coste-efectivos, son debidos al desarrollo del trabajo de la enfermería clínica. Los profesionales se desenvuelven eficazmente, gracias a su formación y visión amplia de la profesión de enfermería, no realizando labores diferentes, fragmentando el cuidado del paciente, sino la manera de trabajar distintas, innovando prácticas fundadas en la evidencia y cuidados al paciente e incluyendo a su entorno personal, con mayor calidad y seguridad.

La especialidad enfermería clínica, “de facto”, no solo es una enfermera que trabaja, sino que es un profesional que ayuda a la preparación de la profesión de enfermería.

---

<sup>3</sup> Gurzik y Kesten en un trabajo en 2010 revelan cómo la CNS previene complicaciones en el paciente, tales como caídas o alteraciones de la nutrición entre otras que conlleva a un alto costo para el centro, al poner en práctica los mejores cuidados basados en la evidencia.

Esta idea la afirma Gurka al señalar en su trabajo en 1995 cómo la CNS es un líder transformacional con cualidades y tácticas diferentes a las utilizadas por las enfermeras asistenciales o por la enfermera gestora del servicio. Este mismo autor argumenta algunas características principales de este líder transformacional como visión, empoderamiento, carisma y ciertas cualidades intelectuales.

Todo esto ha motivado a efectuar este rol de práctica avanzada en muchos hospitales de distintos países. EE. UU., sin duda, fue el fundador de este nuevo perfil, hace más de 20 años, creando la asociación de CNS que en su página web define todas las competencias que estos profesionales han ido perfeccionando a lo largo de la historia.

También son muchas las universidades donde se ofrecen programas de máster para la formación de estos líderes de la enfermería en todo el país.

En nuestra realidad española se ofrece desde hace pocos años un máster para formarse en este rol de práctica avanzada en algunas universidades siendo pionera la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, aunque en estos últimos años distintas universidades viendo la importancia y el impacto que la CNS posee en los pacientes, diferentes profesionales de la salud y organizaciones, están promoviendo la realización de congresos, y eventos científicos internacionales para la implantación de este rol enfermero.

En la literatura revisada se dispone de algunas estrategias para introducir este nuevo rol en los hospitales, ya impuesto en alguna comunidad autónoma, como Baleares, ya crear una inversión inicial que los administradores deben concebir para poder así brindar los mejores cuidados al paciente y su familia.<sup>45</sup>

---

<sup>4</sup> Miga et al. en 2009 muestran cómo es necesario medir el impacto de la CNS en los resultados de los pacientes.

<sup>5</sup> Lasala et al. en 2007 señala como en el reconocimiento al desarrollo de programas para formar CNS incrementa la calidad y las enfermeras/os se sienten mejor preparadas para cuidar y prever los problemas; además en su trabajo aprovechan la ocasión de estar al tanto de la labor que realiza una CNS en un día cualquiera.



Por su parte, ya desde el año 1994 McFadden y Miller muestran la necesidad de documentar todo lo que la CNS hace con la finalidad de lograr datos y poder conocer el impacto de su trabajo en los resultados del paciente.

Page y Arena en 1991 especifican estrategias para efectuar el rol en los hospitales, como darse a conocer a otros profesionales, ampliar la visibilidad de este nuevo rol, realizar reuniones semanales con las supervisoras o adjuntas de dirección y directora de enfermería, ofrecer una mayor contribución entre profesionales y ser vínculo entre ellos. Estos mismos autores reiteran la necesidad de documentar todo lo que hace la CNS y en lo que aporta al paciente, a la familia, a las enfermeras/os y demás profesionales y a la propia organización.

La ejecución de la CNS suministra una oportunidad de bienestar en la administración del cuidado, según la literatura revisada. Por ello, integrar este nuevo perfil enfermero en el Sistema Nacional de Salud español sería de mucha importancia, algo que requiere, sin duda, el compromiso de las universidades, de los centros sanitarios y de las administraciones públicas.

Lograr esta realidad requiere tiempo, pero la ejecución con éxito de este rol establecerá nuevas oportunidades de crecimiento y desarrollo de la enfermería y un cambio en las organizaciones sanitarias.

Dentro de nuestras organizaciones, en el conjunto del sistema sanitario requerimos nuevos profesionales. Profesionales con nuevos roles, con nuevos papeles. Demandamos que aquellas decisiones que requieran priorizar inversiones, contener los costes, gestionar la demanda o mejorar la seguridad, decisiones que sabemos que no pueden ser tomadas solo desde cargos superiores, impliquen el compromiso de los profesionales, que los propios profesionales lideren estos cambios.

Se requieren nuevos roles de los profesionales y en cambio, tenemos unos sistemas retributivos, de selección y de promoción que no estimulan, que no están adaptados a los resultados de la calidad del trabajo. Y los sistemas de promoción son estrictos y lentos, basados en mérito inicial, entre otros. Por lo tanto, los objetivos generales de la LOPS no son tanto y explícitamente los de determinar las competencias de cada uno, sino, los de atender las necesidades de los profesionales, de las organizaciones y de forma general, del sistema sanitario, de los profesionales vistos en este contexto internacional, para atender a la motivación, a las necesidades de formación continuada,

a los sistemas de incentivación individual, de flexibilidad, de reconocimiento, de participación y de independencia de los profesionales. Pero también necesidades de las organizaciones para atender a una multidisciplinariedad creciente, a la necesidad de articular los trabajos en conjunto, a una necesidad de impulsar el compromiso y la implicación de los profesionales, a una rapidez más adecuada de respuesta del sistema sanitario, es necesaria una mayor flexibilidad, por ejemplo, entre la oferta y la demanda del número de especialistas, o entre la oferta y demanda en la calidad de la formación educativa. Y también se necesita, una nueva respuesta, un ordenamiento competencial para que la organización de la formación se adecue, se acerque, a lo que en este momento es la distribución de competencias en el contexto asistencial.

## **2. *Competencias enfermeras en la legislación***

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44,2003 de 21 de noviembre) se registra en una especie de trípode legal, articulado alrededor de la Ley de Cohesión y Calidad, cuyo Título III prefiguraba que después serían las dos Leyes Estatuto Marco y Ley de Ordenación de las Profesiones.

Expresa la Ley, en su artículo 1, sobre su objeto y ámbito, que es *“regular las profesiones sanitarias en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales y al desarrollo de los mismos, a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones y del Sistema Sanitario. Igualmente, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos...”*.

La Ley se estructura en un título preliminar y cinco títulos definitorios. Cuando define en el Título Preliminar los ámbitos funcionales y por tanto entra el concepto de reserva de actividad básico en el artículo 36 de la Constitución, la Ley lo hace empleando unos criterios muy restrictivos, como no podría ser de otra forma, tanto desde el punto de vista de la doctrina del Tribunal Constitucional como del propio sentido común. De manera que mantiene unos criterios muy restrictivos de cuáles son las profesiones cuya actividad debe ser protegida.

Se realiza con dos criterios, la titulación, titulación de nivel universitario y la existencia de colegios. La existencia de colegios, como se expresa en la Ley, no presupone, no significa, no entra en si estos colegios son o no son obligatorios, gran debate implícito

en esta Ley, pero que se cree que esta Ley será absolutamente igual de aplicable y no se tendrá que modificar, así resuelta por el Tribunal Constitucional sobre la colegiación obligatoria o no obligatoria. La Ley hace referencia a la existencia de estos colegios, que, por otro lado, en el 100% de las profesiones existen en este momento. La existencia de un colegio no significa, ni presupone, postura previa alguna en el debate o en el dilema jurídico de si la colegiación obligatoria es la única manera posible de colegiación o en el problema competencial (Estado-Comunidades Autónomas) para determinar la obligatoriedad o no de la colegiación.

En la definición de las titulaciones se emplean unos criterios de acuerdo con la disciplina del Tribunal Constitucional, amparando en esta definición las titulaciones universitarias, y, por lo tanto, deduciendo lo que son las profesiones clásicas: médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios. Pero agregando aquellas otras que mantienen en el ámbito europeo una directiva específica, como enfermeros y matronas, e incluyendo lo que son los diplomados equivalentes, que en otros países pueden ser especialidades o subgrupos profesionales dentro de enfermeros y que dentro de nuestro ordenamiento jurídico son diplomaturas independientes: fisioterapia, entre otros. A estos se agregan los titulados superiores que no tienen una formación sanitaria en su pregrado como lo son (psicólogos, biólogos químicos,) pero que en nuestro ordenamiento jurídico tienen reconocida ya una especialización sanitaria: psicólogos clínicos, análisis clínicos, inmunología. Hay un cuarto grupo, titulados de formación profesional ya registrados por Ley como profesión, que se refiere única y exclusivamente a los titulados de formación profesional reconocidos por la Ley 10/86.

Aquellos otros profesionales titulados de formación profesional, técnicos superiores o técnicos medios, es evidente que son titulados, que son profesionales y tienen los títulos también expedidos por el Estado, pero las normas reguladoras no deben establecerse por Ley básica, por lo tanto, no están bajo el artículo 36 de la Constitución. La Ley, en su artículo 3.2, indica que las normas reguladoras en relación con estas profesiones deberán estipularse por las Administraciones competentes. Esta clasificación profesional estará sujeta a cambios de la normativa educativa o cuando en el ámbito de lo que se ha llamado el "Movimiento de Bolonia" por tanto, la homologación europea y los cambios en la titulación europea modifiquen la estructura del sistema educativo.

Hay una disposición transitoria que aprobará que esta Ley siga siendo efectiva y que sea posible adaptarse a estos previsibles cambios. Cuando hablamos del ejercicio de las profesiones, se hace un ejercicio voluntario de que haya definidas una gran parte, un gran paquete de funciones comunes en el campo de la prevención, de la educación

de la investigación, de la formación, de la gestión en la que no se hace una reserva de actividad para cada una de las profesiones, sino que se determinan que estas son funciones comunes de todas ellas. Y, en cambio, las funciones específicas, en el artículo 6 y 7, se intenta buscar, se han intentado buscar aquellos términos descriptivos, relevantes, significantes para cada profesión, pero que han sido voluntariamente genéricos, voluntariamente amplios, voluntariamente neutros. Esto no siempre ha sido comprendido así y una gran parte de los debates que se ha asistido es de grupos profesionales, colegios, que razonaban que sus definiciones deberían ser mucho más precisas.

De todas maneras, en este primer Título el fondo, el núcleo, no es tanto este sistema de competencias, sino establecer una serie de principios. Algunos de los principios son básicos y generales. El artículo 4 manifiesta que el profesional sanitario, el estar al servicio de la sociedad, al servicio del interés y la salud de los ciudadanos, por ejemplo, pero, en cambio, si hay otras que ya son exigencias nuevas en nuestro ordenamiento jurídico de forma paralela como está ocurriendo en otros países, como, por ejemplo, el artículo 4.6 cuando expresa que: “los profesionales sanitarios efectuarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional”. Ahora podemos estar a la cabeza de este movimiento hacia una evaluación más explícita, a una recertificación en el futuro. Nuevas exigencias, pero también viejos principios: el artículo 4.7, inmediatamente después de este 4.6, expone que *“el ejercicio profesional se llevará a cabo con plena autonomía técnica, científica y sin más limitaciones que las que establece esta Ley”*.

En esta Ley se implanta que estas limitaciones, al menos, deben venir, primordialmente, ligadas a estas cuatro exigencias:

- Primero, la obligatoriedad de la historia clínica
- Segundo, la preexistencia de guías clínicas participadas por los propios profesionales que las deben utilizar.

La existencia de normas escritas de actuación común dentro de los equipos, servicios y unidades. Y dos principios que, entendemos, tienen una gran carga de futuro o de necesidad, que es la existencia que debe limitar o puede limitar la autonomía, la existencia de protocolos para la continuidad asistencial. Y la atención creciente a la multidisciplinariedad, que después en el artículo 9 se amplía. Cuando se menciona también, de los deberes de los profesionales hay algunos muy obvios: atención adecuada a las necesidades del paciente y al nivel del conocimiento científico, pero se

hace apelación a otros que no son tan tópicos, tan estándar: al uso racional de los recursos (tema del que anteriormente se estaba documentando) al respeto a la dignidad y al derecho de participación de los pacientes en las propias decisiones información, por lo tanto, de la historia clínica de acuerdo con la Ley 41/2002. Pero también la obligación de la transparencia, nuevo deber, la transparencia en la información, en los registros y también, la libre elección y al derecho de renuncia del médico en estas relaciones.

En relación al tema de los registros. En esta voluntad de transparencia se hacen requerimientos explícitos a los registros de profesionales. Registros de profesionales que deben ser públicos. Hasta ahora estos registros estaban exclusivamente en manos de los colegios, y por el tiempo que transcurre seguirán estando en manos de los colegios, por lo tanto, no cambian las competencias de los colegios en los registros, pero sí que en esta Ley se les hacen exigencias explícitas a estos registros.

Requerimientos de accesibilidad a la población, implícitamente en el siglo XXI significaría “registros en la red”. Registros públicos a disposición de las Administraciones Sanitarias que establecen criterios y requisitos para estos registros. Al menos deben tener estos registros una serie de campos como: nombre, especialidad, titulación, categoría y función en el centro donde se trabaja. Y estos criterios y especificaciones técnicas establecidas por las Administraciones deben permitir la integración de estos registros en el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, que se establece en la Ley de Cohesión y Calidad como un órgano, un instrumento al servicio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se establece, como una exigencia, que los centros sanitarios deberán revisar los contenidos de estos registros cada tres años. Hay que traer a discusión, tres aspectos relevantes en la Ley:

1. la apelación que hace la Ley al trabajo en equipo, la definición de lo que es trabajo en equipo y, sobre todo, abre la puerta en este Artículo 9 a importantes cambios organizativos en la competencia de los responsables de los servicios sanitarios. Trabajo en equipo que deberá fundamentarse en la accesibilidad, en el objetivo de aumentar la accesibilidad de los profesionales y la continuidad asistencial. Equipo que no deberá ser solo pensado como articulado de carácter jerárquico, sino que puede ser un trabajo en equipo articulado de forma colegiada. Se establece si es jerarquizado no por titulación y competencias sino por competencia, primero y titulación, por segundo. Que deberán tender a ser equipos multiprofesionales, pluridisciplinarios, basados en el principio de confianza, con una constitución explícita apoyados por las Organizaciones y con un elemento muy importante, a nuestro entender, en lo que podría ser una

evolución en adaptar en nuestro sistema de necesidades cambiantes la delegación explícita de funciones entre los miembros de este dispositivo.

2. La gestión clínica. El Artículo 10.2 contiene una definición de lo que es la gestión clínica, entendiendo que gestión clínica es un término que puede tener cuantiosísimas interpretaciones, pero en este caso en esta Ley nos ofrece la siguiente:

*“jefatura de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en Comités internos de los Centros Sanitarios destinados a asegurar la calidad, seguridad y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes”.*

Todas estas actividades deberán ser sometidas a evaluación del desempeño, después se mencionará la del desarrollo profesional, también sometido a oportuno reconocimiento por parte no solamente de su propia organización sanitaria, sino del conjunto del Sistema Sanitario.

3. La mención de la investigación y docencia que esta Ley, ya en la Ley de Cohesión y Calidad se mencionaba, y permitirá implementar no solamente los trayectos investigadores post residencia, sino la existencia en los centros de trabajo de plazas de investigador vinculadas en los centros asistenciales y a institutos de investigación públicos o privados.

La Ley actualiza las competencias formativas al actual sistema de desarrollo de la competencia en la asistencia. Delimita y en algunos casos cambia las competencias entre Estado y Comunidades Autónomas, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia y constituye, de una manera mucho más explícita, las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, que se había creado en la Ley de Cohesión y Calidad, estableciendo sus funciones tanto sobre el pregrado como en el postgrado. Cambios relevantes que se producirían en la organización de esta formación especializada.

Los títulos los consigna el Ministerio de Educación y Ciencia, los establece el Gobierno, previo informe preceptivo de la Comisión de Recursos Humanos, y tienen validez para todo el territorio del Estado. Respecto a la homologación de títulos extranjeros, entendiendo títulos no comunitarios, se establecen dos tipos de homologación, una homologación profesional y otra homologación a efectos académicos. Una homologación profesional que se instaura como competencia única del Ministerio de Sanidad y Consumo, debe permitirnos establecer mecanismos, seguramente, más

ágiles para que en momentos determinados de necesidades puntas tengamos la oportunidad de homologar más rápidamente o menos rápidamente títulos o especialistas que puedan ser más necesarios en nuestro sistema.

En cuanto al número de plazas del sistema de formación, también esta Ley hace un cambio muy significativo porque el número va a ser determinado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, pero a propuesta de las Comunidades Autónomas con un informe del Ministerio de Educación y el Consejo de Especialidades que cambia la geometría práctica de lo que hasta ahora ha venido ocurriendo.

En la formación de pregrado se configura, asimismo, un cambio muy significativo en la prueba de acceso al Sistema de Formación que debe pasar de lo que es ahora, una prueba muy básica, muy interesante como un sistema objetivo de selección, pero que ahora pensamos que esta necesidad de selección ya no es tan trascendental y necesitamos una prueba que nos ayude, primero a generar cambios en los currículos de las facultades y, segundo, que sirva más para la distribución que no, seguramente, para la selección. Y, por tanto, el examen debe pasar a ser un conjunto de pruebas que valore no solamente conocimiento, que es lo que hace ahora, sino también, habilidades prácticas, habilidades clínicas y algo muy importante, muy relevante, habilidades comunicativas.

Hay un periodo de siete años, previsto en una disposición transitoria, para que esto vaya pudiéndose ejecutar de acuerdo con cambios progresivos en los currículos de las facultades, que sí se han producido, pero no total ni rigurosamente en la actualidad.

En la Ley, también, se establece otra figura en aras de buscar esta adaptación del marco legal a las necesidades, tanto individuales como del sistema, se establece la figura de los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada, expedidos y certificados por las Administraciones Sanitarias Públicas, que permitirán acreditar formación, conocimientos o habilidades para aquellos profesionales que sin haber obtenido un título de especialista, orientan su actividad como médicos generalistas hacia ámbitos como, por ejemplo, la estética, la acupuntura, etc. Que hasta ahora ni estaban regulados, ni se podía reconocer su existencia y que, de alguna forma, deben permitir que las administraciones sanitarias autonómicas, fundamentalmente, en el ámbito de sus competencias utilicen estos diplomas de acreditación como formas de garantía de mayor calidad de estos servicios que, de hecho, queramos o no queramos, existen y la población demanda.

Sin embargo, la formación postgraduada, que la ley nombra específicamente acreditada por una administración pública, en la práctica es emitida por entes privados, dando lugar a confusión de límites competenciales, tan negativos en la práctica para pacientes y profesionales. Un ejemplo claro es la sedicente especialidad de medicina estética, cuyo contenido es fundamentalmente enfermero, puesto que, se trata de tratamientos intradérmicos por vía parenteral de productos sanitarios, para el cuidado de la piel, no para tratar enfermedades de la piel, para lo cual ya existe la especialidad médica de dermatología, y son los profesionales enfermeros quienes por su formación tienen en su título de grado subsumida la competencia de todas las técnicas inyectivas e inoculaciones de todos los productos y sustancias, con o sin prescripción previa en pacientes de piel sana o enferma.

Un ámbito muy importante, novedoso, también de esta Ley, es la formación continuada. Se establece a partir de un principio que es la formulación de la formación continuada como derecho y como obligación.

Dentro de la formación continuada los objetivos tienen que ser potenciar la capacidad del uso de los recursos sanitarios, mejorar la percepción del profesional, de su propio papel social y posibilitar la comunicación entre los profesionales.

Para conseguir estos objetivos algunos clásicos, algunos obvios, otros menos obvios y menos clásicos, se crea la Comisión de Formación Continuada, de hecho, se había creado ya en la Ley de Cohesión y Calidad, pero aquí se desarrolla, compuesta por las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial, incorporando a las organizaciones de los Colegios Profesionales, Universidades, Colegios y Sociedades Científicas, a los Consejos de las Especialidades.

La función de esta Comisión de Formación Continuada es buscar los objetivos y las necesidades de esta formación continuada, así como un ámbito muy específico que es la acreditación.

Se hace una formulación de que la acreditación es competencia de las Administraciones Sanitarias del Estado y las Comunidades Autónomas, por tanto, lo acreditado por uno será reconocido por los demás, con lo cual, dando por superado un enquistado conflicto de competencias.



La Ley también regula, en su Capítulo IV el ejercicio profesional en la sanidad privada. Es de resaltar el requisito establecido en el artículo 45: “las consultas profesionales deberán cumplir los requisitos de autorización y acreditación que, atendiendo a las específicas características de las mismas determinen los órganos competentes de las Comunidades Autónomas”.

Por lo tanto, la acreditación a la inspección podrá recabar la colaboración de agencias de calidad o de los organismos, y, en el caso de las consultas de los profesionales, de los colegios. Se establece una nueva exigencia explícita de contratos: “los contratos de prestación de servicios sanitarios, así como sus modificaciones, que se celebren entre profesionales sanitarios, entre profesionales y Centros Sanitarios o entre profesionales y Entidades de Seguros que operen el ramo de enfermedad, se formalizarán por escrito”. Deberán ser, por tanto, fidedignos y asequibles.

También, en este capítulo en este Título IV se hace una formulación de la obligatoriedad, de la necesidad de la cobertura de responsabilidad, y en el artículo 47, se dice: “los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencias o servicios”.

En el Título V se desarrolla otro nuevo órgano. Este nuevo órgano se llama Comisión Consultiva Profesional. Es un órgano que tienen tres grandes funciones. El primero ya salía en la Ley de Cohesión y Calidad que es donde se crea. Dijimos que la Ley de Cohesión y Calidad era el núcleo donde después tanto el Estatuto como la LOPS han desarrollado muchos de los puntos que la Ley de Cohesión y Calidad se dibujaban.

Es un órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a través del foro profesional, que tiene que ver, que hablar, que dirimir con la Comisión de Recursos Humanos, todo aquello que tenga que ver con la formación y la evaluación de competencias. Y además realiza dos funciones: una se le encarga hacer un informe anual del estado de las profesiones, por tanto, en este informe puede haber propuestas dirigidas al Consejo Interterritorial, a las Autonomías, al Ministerio, sobre cómo en este Consejo, desde el punto de vista de las profesiones, se ve el estado actual

de las profesiones que, de hecho, es una parte muy importante de lo que son los problemas, la forma de ver los problemas del Sistema Sanitario.

Se crea lo que entendemos que debería ser un espacio de deliberación social. En nuestro sistema sanitario y en general nuestro sistema político, va a ser cada vez más necesario crear espacios de deliberación social y, digamos, el Consejo Profesional Consultivo se crea como el espacio nuevo, en el que esta deliberación social entre las profesiones y la sociedad, entre las profesiones y las administraciones, la sociedad civil respecto al Estado pueda tener una formulación de deliberación. Y como último objetivo de esta Comisión Consultiva Profesional tiene que ver un poco con el principio, de que hablábamos de que esta Ley no pretende dirimir y delimitar competencias cerradas.

Es el órgano de mediación y propuestas de solución con las Administraciones de los conflictos de competencias entre profesiones.

Con esto, digamos, se cierra un poco la descripción de los que son los objetivos más importantes, las formulaciones en esta Ley y su contenido en materia de competencias.

En resumen, es una Ley que pretende reorientar los sistemas de retribución y promoción por los de desarrollo profesional basado en una relación individual y regular, indicadores de actividad y productividad asistencial, docente e investigadora, una evolución de la formación continuada acreditada y una implicación en las actividades de gestión clínica. Estos sistemas de evaluación deberán estar mayoritariamente en manos de los propios profesionales.

Es una Ley que determina que la evaluación de las competencias, estableciendo esta formulación en el Artículo 4.6, y, por tanto, que debe impulsar las metodologías de evaluación de las competencias que van a tener una formulación fundamental al final de la especialización en los niveles de desarrollo profesional y en los diplomas de acreditación.

Permite implementar los sistemas de acreditación de la formación continuada, que deben ser respetuosos con las competencias de las Comunidades Autónomas, pero a la vez independientes de los empleadores, sobre todo, independientes de la industria y participados por las organizaciones profesionales.

En resumen, entendemos que esta es la primera Ley que desarrolla el derecho constitucional al ejercicio de las profesiones sanitarias sin que pretenda ser una Ley de Competencias profesionales, que introduce los conceptos más actuales del movimiento

del profesionalismo en la definición de las profesiones, basadas en conocimiento, basadas en formación, basadas en más exigencia, basadas en una evaluación de resultados más explícitos, más responsabilidad, más autonomía, más compromiso con las organizaciones y más transparencia de procedimientos, registros y contratos.

Se inicia con esta Ley una nueva época en las políticas de recursos humanos faciliten que aquella adaptación a los profesionales se realice atendiendo a nuestras necesidades como Sistema Sanitario, pero, asimismo, con los nuevos y viejos valores que las profesiones han tenido a lo largo de su historia.

### ***3. Dimensiones competenciales y Enfermería***

La enfermería profesional en su función de gestión y administración no solo contempla manejar los recursos materiales de una entidad sanitaria, sino también incluye la gestión del talento humano.

Se sabe que la gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como objetivo principal identificar el talento de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar los resultados.

Desde el punto de vista planteado anteriormente, las competencias en enfermería son un marco de referencia emergente que facilita el quehacer profesional, permitiendo así una sinergia en el equipo inter y multidisciplinario.

En su rol asistencial la enfermera/o es donde más se exige la evaluación por competencias, transformándose en un profesional competente, aquel que es capaz de aplicar conceptos aprendidos para adaptar su actuación a la situación que enfrenta. Es así como el nivel de competencia en la enfermería depende de una serie de determinantes individuales y del contexto, al igual que en las demás profesiones con sus características propias.

Las características individuales que construyen la competencia se denominan dimensiones competenciales y comprenden un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que se articulan en seis dimensiones diferentes:

**Tabla 9. Dimensiones competenciales**

<b>Dimensión cognitiva y del aprendizaje</b>	Incluye además de los conocimientos básicos, la capacidad de aprender de la experiencia vivida, la capacidad de formular preguntas e hipótesis sobre las experiencias de la práctica clínica, la curiosidad, la capacidad de atención, la gestión de la información, la auto adquisición de conocimientos, la capacidad de análisis y resolución de problemas abstractos, y la observación y autocrítica de los propios procesos de pensamiento
<b>Dimensión técnica</b>	Engloba el conjunto de habilidades y destrezas manuales para la ejecución técnica y las habilidades mentales para la organización y gestión del tiempo y los recursos
<b>Dimensión integradora</b>	Hace referencia a las estrategias de razonamiento clínico, la aplicación de los conocimientos a situaciones reales, la incorporación relacional de elementos de juicio clínico, científico y humano, así como la gestión de la incertidumbre.
<b>Dimensión relacional</b>	Explica la capacidad para compartir y/o transmitir los conocimientos y habilidades para el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación y la capacidad para gestionar situaciones conflictivas
<b>Dimensión moral y afectiva (ética y valores):</b>	Explica la capacidad para compartir y/o transmitir los conocimientos, habilidades y actitudes (docencia), las aptitudes para el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación y la capacidad para gestionar situaciones conflictivas.
<b>Dimensión política</b>	Habilidad para incorporarse en la política y las organizaciones de poder inherentes a la manutención del profesionalismo

Fuente: (Revista de salud 2021).

El término competencia, como hemos comentado anteriormente, tiene múltiples definiciones y cada una de estas definiciones o conceptualizaciones se pueden encuadrar en uno de los enfoques más importantes, entre los que podemos destacar:

- **El modelo conductista** que parte de la persona que hace bien su trabajo según los resultados esperados. En el conductismo se identifican las características de la persona que causa las acciones de desempeño de un negocio.
- **El modelo funcionalista** centra su análisis en las diferentes relaciones que se dan en las organizaciones entre resultados, capacidades, conocimientos, actitudes, habilidades y aptitudes de los diferentes miembros de la organización, comparándolos unas con otras.

- **El modelo constructivista** valora las relaciones mutuas, las interacciones entre los grupos y su entorno, así como las situaciones de trabajo y su superación. La competencia se construye a partir de la función, dando la misma importancia al sujeto, a sus objetivos y sus posibilidades.

El modelo conductista es un proceso educacional (desarrollo de la competencia), en el cual las normas están orientadas a resultados; el modelo funcional las normas están basadas en resultados; en el modelo constructivista las normas se construyen a partir de resultados de aprendizaje durante el desarrollo laboral.

A partir de estos tres modelos se ha desarrollado el enfoque de rasgos de personalidad uno de los enfoques emergentes de competencias en el que “las capacidades y disposiciones de la persona forman parte de las aptitudes, consideradas para un buen desempeño.”

Cada individuo tiene unos rasgos de personalidad que lo hacen único y le hacen tomar decisiones y determinadas conductas en función de la misma, por ello cada uno es diferente y esas diferencias es lo que los hace excelentes en su puesto de trabajo.

Estos rasgos de personalidad como refiere Boyatzis y Spencer están en una zona del iceberg que no es visible para el resto de las personas. Por tanto, podríamos decir que las actitudes, valores, rasgos y motivación son las competencias menos fáciles de detectar, desarrollar y consecuentemente más difíciles de evaluar. Mientras que el conocimiento, las destrezas y las habilidades son competencias más fáciles de detectar, desarrollar y evaluar ya que están en la superficie del iceberg. (ver Figura 4).

**Figura 4** *Modelo Iceberg de las Competencias.*



La competencia se construye a través de las interrelaciones de estas dimensiones, es decir, se adquiere un equilibrio inter dimensional, produciendo así un aumento en el perfil competencial y por tanto un desempeño exitoso.

Dentro de la enfermería, este desempeño se ha visto favorecido, puesto que en sus ramas educativas se han ido incorporando nuevos procesos para enfocar la formación desde una perspectiva más integral, lo que demanda cambios en la estructura organizativa de la formación hacia competencias que deben desarrollar los profesionales para dar solución a los problemas más relevantes de salud.

La especialización dentro de la enfermería se ha visto favorecida con este método de evaluación por competencias ya que, se exige cada vez más tener mayores conocimientos, habilidades y destrezas desarrolladas con el fin de brindar atención de calidad a los pacientes, familia y comunidad, trabajo que se realiza basado en conocimientos adquiridos formalmente en entidades educadoras a veces sin mayor énfasis en el desarrollo de las habilidades, destrezas y conocimientos basados en competencias.

En este sentido, las competencias parecen constituir en la actualidad una conceptualización y un modo de operar no solamente en la gestión de enfermería o desarrollo de su trabajo especializado o no, sino que también en la gestión de los recursos humanos de cualquier empresa, lo que permite que se genere una articulación entre gestión, trabajo y educación, porque en el trabajo diario el crecimiento de la competencia y la gestión de competencias también es importante. Además, el enfoque de competencias puede ser considerado como una herramienta capaz de proveer un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de los recursos humanos, por lo que se hace necesario indagar acerca de cuáles son las competencias desarrolladas en las enfermeras/os

El Marco de competencias del CIE<sup>6</sup> para la enfermería como profesión, sin especialización, se ha derivado del análisis de los marcos de competencias actualmente existentes y publicados y se ha perfilado recurriendo a las respuestas recibidas de la amplia consulta internacional, que pueden leerse en múltiples publicaciones.

El Marco del CIE refleja no sólo las opiniones de muchas enfermeras/os de todo el mundo y de muchas culturas diferentes, que han diseñado esos marcos, sino también las experiencias de quienes los están utilizando actualmente. La referencia es la enfermera/o es un profesional que trabaja con las personas, familias y comunidades en

---

<sup>6</sup> Consejo Internacional de Enfermería-

diversos contextos de atención de salud institucionales y de la comunidad, en colaboración con otros dispensadores de salud y de atención social.

Las competencias del CIE para la enfermería, mal llamada generalista se agrupan en tres capítulos:

- **Profesionales, éticas y de práctica jurídica**
- **Prestación y gestión de los cuidados**
- **Desarrollo profesional.**

En la Figura 2, se da una visión general del marco de competencias, con los principales títulos y subtítulos. Las competencias van numeradas para mayor facilidad de referencia. No debe interpretarse que la numeración implica jerarquía. Todas las competencias tienen igual importancia. Debe señalarse, que no se establecen aquí los criterios de medición ni la naturaleza de las pruebas que han de aportarse en apoyo de las pretensiones de realización de cada una de las competencias. Este trabajo esencial posterior debe hacerse en los países, tomando en consideración los factores del contexto local que influyen en el ejercicio de la enfermería.

#### ***4. Aspectos fundamentales en la práctica profesional***

La práctica profesional de la Enfermería requiere conciliar tres aspectos fundamentales:

##### ***4.1 Responsabilidad:***

- a. Acepta el deber de rendir cuentas y la responsabilidad de los propios juicios y actos profesionales.
- b. Reconoce los límites de la función y la competencia propias.
- c. Consulta con una enfermera especialista que posee la pericia necesaria, cuando la atención de enfermería precisa capacidad y pericia superiores a la competencia o al ámbito de la práctica actuales propios.
- d. Consulta con otros profesionales de atención de salud y organismos o agencias pertinentes cuando las necesidades de la persona o del grupo quedan fuera del ámbito de la práctica de enfermería.

##### ***4.2 Práctica ética:***

- a. Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE (2000).
- b. Participa eficazmente en la adopción ética de decisiones.
- c. ***Actúa en funciones de defensa para proteger los derechos humanos, como se describe en el Código deontológico del CIE (2000).***

- d. Respeta el derecho del paciente/cliente al acceso a la información.
- e. Asegura el secreto y la seguridad de la información oral o escrita que haya adquirido en funciones profesionales.
- f. Respeta el derecho del paciente/cliente a la privacidad.
- g. Respeta el derecho del paciente/cliente a elegir y decidir por sí mismo en las cuestiones de enfermería y de atención de salud.
- h. Trata de mejorar adecuadamente las prácticas de atención de salud que puedan poner en peligro la seguridad, privacidad o dignidad del paciente/cliente.
- i. Identifica las prácticas inseguras y adopta las medidas adecuadas.
- j. Reconoce sus propias creencias y valores y el modo en que ellos pueden influir en la prestación de los cuidados.
- k. Respeta los valores, costumbres, creencias morales y prácticas de las personas y de los grupos.
- l. Al dispensar los cuidados tiene en cuenta la cultura del paciente.
- m. Demuestra comprensión de las dificultades de la adopción ética de decisiones y del establecimiento de prioridades para los cuidados en situaciones de guerra, violencia, conflicto y catástrofes naturales.

#### **4.3 Práctica jurídica**

- a. Ejerce su profesión de acuerdo con la legislación pertinente.
- b. Ejerce su profesión de conformidad con las políticas y directrices de procedimiento nacional y local.
- c. Reconoce y actúa en relación con las infracciones de la ley relacionadas con el ejercicio de la enfermería y el código deontológico.

### **5. La Prestación y gestión de los cuidados**

Los Principios clave

- a. Aplica en el ejercicio de la enfermería los conocimientos y capacidades pertinentes.
- b. Incorpora en el ejercicio profesional las conclusiones de las investigaciones válidas y pertinentes, y otras pruebas.
- c. Inicia y aborda el debate sobre la innovación y el cambio en la enfermería y en la atención de salud.
- d. Aplica el pensamiento crítico y las capacidades de solución de problemas.



- e. Aplica el juicio clínico sólido y la adopción de decisiones en toda la gama de los contextos profesionales y de atención de salud.
- f. Da las razones de los cuidados de enfermería prestados.
- g. Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.
- h. Demuestra comprensión del proceso de defensa.
- i. Actúa como recurso para las personas, familias y comunidades cuando éstas se enfrentan a los cambios de la salud, a las discapacidades y a la muerte.
- j. Presenta la información de manera clara y sucinta.
- k. Interpreta con precisión los datos objetivos y subjetivos y su importancia para la prestación segura de los cuidados.
- l. Demuestra comprensión de la planificación para los casos de catástrofes.

## **5.1 Prestación de los cuidados**

### **5.1.1 Promoción de la salud**

- a. Demuestra comprensión de las políticas nacionales de salud y de atención social.
- b. Trabaja en colaboración con otros profesionales y comunidades.
- c. Considera a la persona, la familia y a la comunidad desde una perspectiva total que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud.
- d. Toma parte en iniciativas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y contribuye a su evaluación.
- e. Aplica el conocimiento de los recursos disponibles para la promoción de la salud y la formación de salud.
- f. Actúa para que la persona, la familia y la comunidad puedan llegar a adoptar estilos de vida sanos.
- g. Facilita información pertinente de salud a las personas, las familias y las comunidades, para ayudarles a que consigan una salud óptima o la rehabilitación.
- h. Demuestra comprensión de las prácticas de curación tradicionales que se siguen según las creencias de las personas, las familias o las comunidades.
- i. Presta apoyo o da formación para desarrollar o mantener capacidades de vida independiente.
- j. Reconoce las posibilidades de instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería.
- k. Aplica los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con las personas, las familias y las comunidades.
- l. Evalúa el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud.

**5.1.2 Estudio:**

- a. Hace un estudio pertinente y sistemático de salud y de enfermería.
- b. Analiza, interpreta y documenta los datos con precisión.

**5.1.3 Planificación:**

- a. Formula un plan de cuidados, si es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- b. Consulta con los miembros pertinentes del equipo de salud y de atención social.
- c. Se cerciora de que los pacientes/clientes y los dispensadores de cuidados reciben información (y la entienden) sobre la que pueden fundar el consentimiento para los cuidados.
- d. Recurre a un defensor cuando el paciente/cliente y los dispensadores de atención solicitan apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones.
- e. Establece prioridades para los cuidados, siempre que es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de atención de salud.
- f. Identifica los resultados previstos y el marco temporal para conseguirlos o examinarlos en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- g. Examina y revisa periódicamente el plan de cuidados, cuando es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- h. Documenta el plan de los cuidados.

**5.1.4 Ejecución**

- a. Aplica los cuidados de enfermería previstos para conseguir resultados identificados.
- b. Ejerce la enfermería de manera que respeta los límites de una relación profesional con el paciente/cliente.
- c. Documenta la ejecución de sus intervenciones.
- d. Responde eficazmente en situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.
- e. Responde eficazmente a las situaciones de urgencia y de catástrofes.

**5.1.5 Evaluación**

- a. Evalúa y documenta los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.

- b. Colabora con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados para examinar los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.
- c. Utiliza los datos de la evaluación para modificar el plan de los cuidados.

#### **5.1.6 Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales.**

- a. Inicia, desarrolla o interrumpe relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- b. Transmite de manera constante información pertinente, precisa y completa acerca del estado de salud del paciente/cliente, de palabra, por escrito o por medios electrónicos.
- c. Se cerciora de que la información dada al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados se presenta de manera adecuada y clara.
- d. Responde adecuadamente a las preguntas, solicitudes y problemas del paciente/cliente y de los dispensadores de cuidados.
- e. Se comunica de manera que capacita al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados.
- f. Utiliza eficaz y adecuadamente la tecnología de la información disponible.
- g. Demuestra conciencia de la evolución tecnológica y de las aplicaciones locales en el campo de la tecnología de la salud.

## **5.2 Gestión de los cuidados**

### **5.2.1 Entorno seguro**

- a. Crea y mantiene un entorno seguro para los cuidados recurriendo a estrategias de garantía de la calidad y de gestión del riesgo.
- b. Utiliza instrumentos de evaluación adecuados para identificar los riesgos actuales y posibles.
- c. Se cerciora de que las sustancias terapéuticas se administran con seguridad.
- d. Aplica procedimientos de control de las infecciones.
- e. Comunica y registra los problemas de seguridad a las autoridades competentes.

### **5.2.2 Atención interprofesional de salud**

- a. Aplica el conocimiento de prácticas de trabajo interprofesionales eficaces.
- b. Establece y mantiene relaciones de trabajo constructivas con la enfermería y los demás compañeros.
- c. Contribuye a un eficaz trabajo en equipo multidisciplinario manteniendo relaciones de colaboración.

- d. Valora las funciones y capacidades de todos los miembros de los equipos de atención de salud y de cuidados sociales.
- e. Participa con los miembros de los equipos de salud y de atención social en la adopción de las decisiones relativas a los pacientes/clientes.
- f. Revisa y evalúa los cuidados con los miembros de los equipos de atención salud y de cuidados sociales.
- g. Toma en consideración las opiniones de los pacientes/clientes y de los dispensadores de salud cuando las decisiones se adoptan en el equipo interprofesional.

**5.2.3 Delegación y supervisión**

- a. Delega en otros las actividades compatibles con las capacidades y ámbito de la práctica profesional de ellos.
- b. Utiliza diversas estrategias de apoyo cuando supervisa aspectos de los cuidados delegados en otros.
- c. Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.

## **6. Desarrollo y mejoramiento profesional**

### **1. La importancia del Mejoramiento profesional**

#### **6.1.1 Objetivos**

- a. Promueve y mantiene la imagen profesional de la enfermería.
- b. Defiende el derecho a participar en la planificación del programa y en el desarrollo de la política de salud.
- c. Contribuye al desarrollo del ejercicio profesional de la enfermería.
- d. Valora el grado en que la investigación contribuye a la evolución de la enfermería como medio de mejorar los niveles de los cuidados.
- e. Actúa como modelo personal efectivo.
- f. Acepta las responsabilidades de la dirección cuando son importantes para la prestación de la atención de salud y de enfermería.

#### **6.1.2 Mejoramiento de la calidad**

- a. Utiliza pruebas válidas al evaluar la calidad del ejercicio de la enfermería.
- b. Participa en los procedimientos de mejoramiento y de garantía de la calidad.

#### **6.1.3 Formación continua**

- a. Examina periódicamente su propia práctica.
- b. Asume la responsabilidad del aprendizaje y el mantenimiento de la competencia a todo lo largo de la vida.
- c. Actúa para satisfacer las necesidades de formación continua.
- d. Contribuye a la formación y al desarrollo profesional de los estudiantes y de los compañeros.
- e. Actúa como mentor efectivo.
- f. Aprovecha las oportunidades de aprender con otras personas que contribuyen a la atención de salud.

Los cambios socio-demográficos y epidemiológicos de nuestro entorno se caracterizan por el aumento del envejecimiento, la cronicidad, las comorbilidades y con ello, una escalada progresiva de la demanda de cuidados.

Estas nuevas demandas y expectativas de la ciudadanía se acompañan de una evolución de los sistemas sanitarios (avances tecnológicos, complejidad del entramado asistencial, recursos limitados), la necesidad de desarrollar nuevos roles y competencias en cuidados, junto a la oportunidad que supone el pleno desarrollo académico del grado

y posgrado de Enfermería. Es por todo ello que, en la actualidad, se hace necesario reorientar los modelos de cuidados para lograr una atención sanitaria más ágil, eficiente y de calidad, adaptada a las necesidades y expectativas de la ciudadanía y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

El Sistema Sanitario Público de España (SSPE) ha desarrollado, en las últimas décadas, diferentes roles enfermeros que incluyen nuevas competencias, con el objetivo de dar respuestas a las necesidades de la ciudadanía. En este cambio se ha venido configurando un marco de desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el SSPE, en el que se integran además las competencias de avance en cuidados y los perfiles avanzados de práctica (especialidades de Enfermería y Enfermería de Práctica Avanzada).

El aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional hacen necesario hallar respuestas costo-eficientes y efectivas ante los nuevos desafíos sociales, creando la necesidad a las organizaciones sanitarias sobre el desarrollo de diferentes modelos de ordenación de los cuidados, que incorporen nuevos perfiles y roles enfermeros capaces de adaptarse a estas nuevas necesidades. La posición de las enfermeras dentro del contexto sanitario permite diseñar un sistema organizativo flexible cuya estructura articule adecuadamente nuevos servicios de una manera ágil y eficaz. La definición de nuevos roles competenciales se ha venido incorporando en diferentes entornos, tanto internacionales como nacionales, y están avalados por el actual marco normativo sobre desarrollo competencial y por la evidencia científica.

España, el Ministerio de Sanidad y demás, se han ido desarrollando diferentes estrategias para la atención a pacientes con procesos de salud procesos oncológicos, cuidados paliativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, salud mental, crónicos... y últimamente la gran pandemia de Covid-19 y sus secuelas, que coinciden en la necesidad de diversificar y ampliar competencias enfermeras.

También en el SSPA, en el marco de los Planes Integrales de Salud y de Procesos Asistenciales Integrados, se ha incorporado la necesidad de desarrollar competencias enfermeras y perfiles específicos para la prestación de cuidados de alta calidad, proporcionando un ambiente seguro y que facilite la prevención y la promoción de la salud, la recuperación del paciente y la mejora de la calidad de vida

A nivel internacional, en países como Estados Unidos, Reino Unido, Australia o Canadá, estos nuevos roles se han visto favorecidos tanto por factores de la demanda- envejecimiento, cronicidad-; como de la oferta -más profesionales con altos niveles de preparación, desproporción entre demanda y accesibilidad a servicios agudizada por la crisis económica, tanto en el nivel primario como en el hospitalario, cambios en las dinámicas y expectativas profesionales, oportunidades de las tecnologías de la información y comunicación.

Se han ido desarrollando roles de elevada competencia profesional en muchos campos, que van desde la atención a pacientes hospitalizados agudos hasta la atención a la demanda aguda en Atención Primaria o en Urgencias Hospitalarias, así como servicios de cuidados transicionales-navegación y gestión de casos de personas con cronicidad compleja, servicios a personas con trastorno mental grave, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.

La evidencia científica avala la incorporación de estos nuevos roles dentro del contexto de los sistemas sanitarios, por los notables resultados en términos de efectividad que se consiguen, destacando algunas referencias como la revisión sistemática de Laurant et al. En diferentes países (Reino Unido, EE. UU., Canadá y Holanda) para estudiar la efectividad de las enfermeras de práctica avanzada (EPA) para mejorar la utilización de recursos (número de consultas, hospitalizaciones, duración de la estancia hospitalaria), los resultados clínicos (morbilidad, mortalidad, funcionalidad, calidad de vida) y la valoración de los pacientes sobre la atención (satisfacción, adherencia al tratamiento).

La revisión posterior evidenció una disminución de mortalidad y reingresos con la incorporación de la EPA en procesos de Atención Primaria. Las EPA, integradas en los equipos interdisciplinarios de salud, mejoran la salud y el bienestar, reducen los costes y mejoran la calidad de vida. Según los resultados de las distintas revisiones sistemáticas, las EPA que atienden a pacientes con insuficiencia cardiaca, muestran reducciones de mortalidad y hospitalizaciones.

En el seguimiento de pacientes oncológicos, también se ha demostrado un impacto significativo en la calidad de vida, el inicio precoz de cuidados paliativos e incluso en la supervivencia, en definitiva, los cuidados de enfermería, también presentes en procesos degenerativos como la artritis reumatoide, la atención dirigida por la enfermería para el manejo de las comorbilidades y la mejora del autocuidado han mostrado efectos

significativos en la progresión de síntomas a nivel articular y el manejo de su enfermedad. Igualmente, el rol enfermero avanzado ha mostrado efectos positivos en la salud mental de personas mayores en la comunidad, en el manejo de la depresión en atención primaria y en la disminución de reingresos agudos y mejora de la función social en pacientes con psicosis y trastorno mental grave.

Un perfil avanzado en la práctica enfermera constituye una base de mejora para la sostenibilidad del sistema sanitario según un amplio número de revisiones, destacando la revisión sistemática realizada por Morales Asencio y Sarría Santamera, donde se proponen modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca. Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto las ventajas en cuanto a reingresos, estancias y calidad de vida al poner en marcha iniciativas basadas en la continuidad y el autocuidado lideradas por enfermeras. Estos resultados se corroboran posteriormente por Lambrinou, et al.

En un meta-análisis sobre el mismo tema, realizado 6 años después. En esta línea de problemas de salud con un importante gasto sanitario, entre los que se incluye la diabetes, existen también meta-análisis con resultados favorables relativos al impacto de intervenciones enfermeras en el control metabólico.

En estudios realizados en Andalucía para estos perfiles avanzados, destacamos el estudio de Morales Asencio et al. «Estudio ENMAD», sobre la enfermera de práctica avanzada (EPA<sup>7</sup>) en gestión de casos, como agente de sostenibilidad y que muestra conseguir resultados en diferentes variables.

Las EPA en gestión de casos para el cuidado de pacientes crónicos complejos han demostrado ser efectivas y resolutivas para un sistema de salud que necesita eficiencia y sostenibilidad, mejorando los resultados en la detección de poblaciones vulnerables, sobre todo en los casos que permanecían «ocultos» a los Servicios de Salud o que emergían en otros niveles de atención inadecuados para su problema, así como en la coordinación, diversificación y la participación multiprofesional en el domicilio y la concurrencia de recursos armonizados.

Las necesidades y las nuevas demandas de la ciudadanía requieren de una organización de los cuidados dentro de los sistemas sanitarios que se fundamenta en el actual desarrollo de la profesión enfermera: titulación de grado, titulaciones posgrado,

---

<sup>7</sup> Enfermería de Práctica Avanzada



máster y doctorado, la puesta en marcha de la formación especializada mediante el sistema enfermera interna residente y su integración en diversas comunidades autónomas del territorio nacional, además del desarrollo internacional y nacional de la práctica avanzada

La coexistencia de estos perfiles de práctica avanzada y enfermeras/os especialistas (EE), junto con la incorporación de nuevas competencias para el avance de los cuidados desarrolladas por éstas y por las enfermeras graduadas, hacen necesario definir cómo se está configurando un marco de referencia para la provisión de cuidados en el SSP y cómo se está articulando en el momento actual el desarrollo competencial de la Enfermería, así como el rol específico de cada uno de estos perfiles dentro del sistema sanitario (fig.4).

**Figura 5: Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el sistema sanitario público de España.**



## **2. Enfermería graduada**

Enfermera con título de diplomado o grado, que presta cuidados diversos ámbitos de actuación clínica y que puede actualizar sus conocimientos mediante los mecanismos de formación continuada previstos a través del propio sistema sanitario, universidades, organizaciones profesionales, sindicales o sociedades científicas.

Los ámbitos de práctica de la enfermera graduada pueden ser relativamente homogéneos, desde el punto de vista competencial, de manera que el desempeño adecuado del puesto puede garantizarse tras un periodo de adaptación, son la mayoría de los puestos de enfermera en unidades de hospitalización convencional de adultos.

Otros puestos, sin embargo, requieren un desarrollo competencial específico, relacionado con la especial gravedad del paciente, la complejidad de los procesos de salud, la complejidad de la tecnología, la especificidad de los servicios ofertados o la respuesta a necesidades organizativas de diversa índole. Entre estos puestos de mayor especificidad, y sin perjuicio de que en el futuro puedan suprimirse o identificarse otros ámbitos de práctica susceptibles de desarrollo competencial específico, se han considerado por el SSP<sup>8</sup> los siguientes puestos:

Enfermera/o de Cuidados Críticos, Urgencias, Emergencias y grandes quemados, enfermera/o de Diálisis, enfermera/o de Bloque Quirúrgico, enfermera/o, enfermera/o de Unidades de Hemodinámica y Arritmias, enfermera/o coordinadora de Trasplantes.

La adquisición de estas competencias específicas podrá llevarse a cabo mediante formación continuada específica que contemple un mínimo de horas de formación teórico-práctica, emitida por entidades y actividades formativas debidamente acreditadas por la Comisión de Formación Continuada o por las universidades. Además, también se requerirá un mínimo de experiencia profesional en el ámbito de práctica.

En el SSP, todos estos puestos destinados a enfermeras/os graduadas/os pueden ser acreditados, ya que se dispone de los manuales de acreditación correspondiente para cada área.

---

<sup>8</sup> Secretaría de Seguridad Pública

### **3. Enfermería especializada**

Enfermeras/os que han obtenido, mediante una formación especializada y reglada a nivel nacional por parte del Ministerio de Sanidad y demás, una mayor cualificación y capacitación para el ejercicio profesional en un área de la práctica del cuidado específica, que requiere conocimientos, habilidades y actitudes, que no proporciona la formación de grado, para mejorar la seguridad y calidad de los cuidados, y actuando como motor o promotor de mejoras en el área correspondiente en la que actúa.

Entre las especialidades enfermeras definidas por el Ministerio de Sanidad son actualmente:

- EE en Obstetricia-Ginecología (matrona)
- EE en Salud mental
- EE en Pediatría
- Enfermería del trabajo
- Enfermería especialista familiar y comunitaria
- Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos
- Enfermería geriátrica

Para la incorporación de especialidades, el sistema sanitario tiene la responsabilidad de definir las competencias de avance profesional que supondrá la inclusión de estos nuevos perfiles, de cara a ampliar la respuesta que se está dando desde la perspectiva del cuidado en estas áreas específicas, a través del desarrollo de estos roles de práctica.

La incorporación de los perfiles de especialistas ha de suponer un valor añadido para alcanzar la excelencia en el cuidado en el contexto donde se desarrolle la especialidad. Se tendría que realizar, por tanto, un cambio en las funciones y en la asunción de competencias de las enfermeras/os en estas áreas de práctica atendiendo a su nuevo rol de especialista, y por tanto una reorganización de trabajo, entre médicos y enfermeras/os y otros profesionales que conforman los equipos de salud.

Esta reorganización competencial con la incorporación de las especialidades enfermeras debería permitir un impacto económico positivo y mejorar la eficiencia en la planificación de servicios, de momento no se ha cumplido, si no es de manera parcial y no unívoca esta reorganización competencial.

En esta reordenación competencial el objetivo sería facilitar que cada profesional pueda desarrollar las competencias para las cuales se les capacita en sus programas formativos y que desde el sistema sanitario se asigne el desarrollo de estas competencias a cada grupo profesional con un criterio de cualificación y de coste-efectividad, siendo viable que en una misma unidad trabajen médicos, EE, enfermeras generalistas y EPA, y los técnicos en cuidados auxiliares enfermeros, además de otros profesionales, que por las características de la unidad así lo requieran, sin embargo, en la práctica no ocurre eso, puesto que no especialistas, con excepciones, realizan funciones especializadas y especialistas no son reconocidos como tal, aunque realicen funciones especializadas.

Tras la definición, el desarrollo y la ocupación de puestos de estas especialidades, articuladas con el resto de los perfiles enfermeros en su área de conocimiento, se habrán de diseñar los manuales de acreditación de desarrollo profesional correspondientes para estos profesionales, como ya se ha llevado a cabo en el SSPA con la especialidad de matrona.

#### **4. Enfermería de práctica avanzada (EPA)**

La Enfermería de Práctica Avanzada, según manifestación reciente (diciembre 2022) del Ministerio de Sanidad como implantada en España, no es tal, sino parcial y escasamente y a iniciativa o privada o personal en diferentes centros sanitarios y CCAA, sin los caracteres de retribución o consideración del profesional enfermero ejerciente.

No debe confundirse con una especialidad enfermera, aunque tampoco las especialidades, con alguna excepción local o parcial a excepción de la de obstetricia y ginecología están implantadas verdaderamente en cuanto a reconocimiento por las administraciones públicas y retribuciones.

En la actualidad, existen diferentes problemas de salud relacionados con el cuidado a los que no se están dando respuesta con los enfoques tradicionales de atención.

El análisis cualitativo realizado con la participación de la ciudadanía en el diseño de la actual Estrategia de cuidados de Andalucía manifiesta algunas necesidades en este sentido, a las que se les puede dar respuesta con la incorporación de EPA, tal y cómo hemos indicado anteriormente.

Las EPA han adquirido un conocimiento experto mediante mecanismos formales y regulados y mediante el desarrollo de su práctica en un ámbito asistencial y organizan sus competencias para responder a necesidades específicas y concretas de la ciudadanía, reforzando, ampliando o incluyendo nuevos servicios a los ya existentes en el sistema sanitario para conseguir un mayor nivel de accesibilidad, coordinación, eficiencia y resultados en salud.

Las enfermeras/os que desarrollan este perfil ejercen un liderazgo en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y los resultados de la investigación a su práctica profesional.

En la práctica integran 4 roles: clínico experto, consultor, docente e investigador. Cabe destacar, además, su papel como dinamizador y elemento de cohesión en los equipos asistenciales, así como en el apoyo y seguimiento de los procesos, potenciando la continuidad asistencial y la coordinación intra e inter-niveles.

Los roles de EPA han de ser definidos por los sistemas sanitarios de manera singular y específica, ya que pueden cambiar con relación a las necesidades de la ciudadanía, y al avance competencial de las enfermeras de grado, por lo que su rol se deberá adaptar atendiendo al carácter cambiante de esas necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado.

En el SSPA<sup>9</sup> ya se han puesto en marcha y pilotado diferentes roles de EPA, en aquellos ámbitos donde no existe una especialidad de Enfermería claramente definida, que necesiten de una respuesta de cuidados avanzados: gestión de casos, atención a personas con heridas crónicas complejas, atención a personas con ostomías y atención a personas con procesos oncológicos complejos.

En la actualidad, se están diseñando nuevos roles de EPA para cubrir nuevas necesidades y demandas de la ciudadanía: atención a personas con tratamientos complejos para la diabetes, atención a personas en cuidados paliativos, atención a personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

---

<sup>9</sup> Estrategia de Seguridad del Paciente

Para acceder al puesto se requiere conocimiento experto en el área de cuidados para el que se define, formación específica (acreditada y adquirida mediante formación continuada o posgrado específica) y experiencia clínica (mínimo de tiempo en el área clínica considerada), de tal forma, que puedan asegurarse las competencias mínimas que debería tener la EPA correspondiente.

En una adaptación de la definición de dominios competenciales de la EPA desarrollada por Sastre-Fullana et al. El SSP define los siguientes criterios o atributos para desarrollar los perfiles de práctica avanzada en nuestro sistema sanitario:

1. **Liderazgo**, ejerciendo como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.
2. **Coordinación de la atención compleja**, organizando los componentes del plan asistencial y adaptando la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y personas que les cuidan, realizando una gestión proactiva de problemas de salud, activando los recursos para cubrir necesidades y actuando como intermediario de servicios para la resolución de problemas y maximizando la continuidad asistencial.
3. **Consultoría** para otros profesionales y referente para su aprendizaje.
4. **Motor de cambio** a través de su liderazgo, para promover innovaciones, mejorando la práctica clínica a través de la transferencia de conocimiento y evidencias en su entorno asistencial e influyendo en la modificación de estilos de práctica y la orientación a la calidad.
5. **Promoción de la investigación** en su ámbito de práctica.

## ***7. Capacidad y competencia enfermeras***

### ***7.1. Capacidades avanzadas: transversales y específicas***

Los profesionales enfermeros graduados, especialistas y de práctica avanzada irán evolucionando y desarrollando su perfil mediante la adquisición de competencias en el ámbito de su práctica, con el objeto de: mejorar la accesibilidad y seguridad de la ciudadanía; favorecer la orientación hacia los resultados, aumentar la calidad de los cuidados; potenciar el desarrollo profesional y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Estas competencias se considerarán necesarias para el óptimo desempeño del puesto y el avance de la respuesta asistencial que está dando el sistema sanitario a las necesidades de la ciudadanía desde la perspectiva del cuidado, formando parte de la cartera de servicios. La definición de estas competencias, con un marcado componente estratégico, se establece desde el propio sistema sanitario para el desarrollo de los distintos perfiles de práctica profesional y para la mejora de los servicios ofertados.

En la actualidad, se consideran competencias avanzadas transversales: la educación terapéutica, la prescripción colaborativa para el seguimiento farmacológico del tratamiento en procesos crónicos, la resolución de procesos protocolizados para la gestión compartida de la asistencia y otras.

Por otro lado, existen otras competencias avanzadas específicas a desarrollar en algunas áreas o puestos específicos, como es el caso de: la cirugía menor, la inserción de catéteres centrales de acceso periférico (PICC), la clasificación avanzada en Urgencias, y la clasificación y tele cuidados en salas de coordinación.

La Enfermería como disciplina ha evolucionado en cuanto a su formación y capacitación, pasando a ser un grado con posibilidad de desarrollar máster y doctorados y pudiendo optar también a la formación especializada y la formación para el desarrollo de perfiles de práctica avanzada dentro de los sistemas sanitarios. Con esta mejora competencial, desde los sistemas sanitarios, se hace imprescindible readaptar los techos competenciales y ajustarlos con relación a la respuesta que ahora pueden dar los nuevos perfiles profesionales, reorientando las posibilidades de desarrollo profesional dentro del sistema en beneficio de la atención a la ciudadanía y con base en la mejor sostenibilidad del propio sistema sanitario.

El proceso de atención de enfermería requiere la aplicabilidad del conocimiento científico como método para garantizar una asistencia sanitaria eficaz, permitiéndoles a los profesionales brindar cuidados de una manera racional y sistemática.

Este proceso de atención consta de 5 etapas fundamentales:

1. **Valoración:** Se realiza mediante la anamnesis y elaboración de historia clínica del paciente lo que le permite al profesional de salud conocer sus antecedentes patológicos y las alteraciones orgánicas más destacadas.
2. **Diagnóstico;** El profesional de salud está altamente capacitado para enunciar posibles diagnósticos de los pacientes, siendo detallados en la historia clínica.

3. **Planificación:** El papel de la enfermera consiste en elaborar un plan de cuidados que se adapte a las características de cada uno de los enfermos.
4. **Ejecución:** En esta etapa se pone en marcha cada una de las actividades que tienen como objetivo reestablecer el estado de salud de los pacientes.
5. **Evaluación:** Se comparan los resultados obtenidos con los objetivos que fueron que destacados en la etapa de planificación del proceso de atención.

Las competencias del personal de enfermería van mucho más allá de solo los cuidados generales, ya que implica una serie de funciones que son necesarias para el sistema sanitario del país, por lo que podemos mencionar:

### **7.2. Gestión de documentos clínicos**

Consiste en gestionar toda la información del paciente, recopilada mediante la anamnesis, sin importar el centro sanitario donde este haya sido atendido.

Los objetivos de la gestión de documentos clínicos son:

- Elaboración y almacenamiento de historias clínicas.
- Integración de toda la información del proceso asistencial en un mismo archivo.
- proporcionar la localización y el manejo de la información.
- Cumplir con las políticas del hospital donde se desempeñen en relación a la gestión de documento y de almacenamiento de historias clínicas.
- incorporar el empleo de las nuevas tecnologías para la recogida de datos clínicos, para su transferencia a nuevas plataformas.
- Mejorar la disponibilidad de la información.
- Promover la comunicación interprofesional.

El sistema sanitario público andaluz empleó como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria en la red regional de salud, el llamado Diraya herramienta a través de la cual, se permite la incorporación de este sistema a los profesionales sanitarios que atienden a un mismo paciente, teniendo acceso a la información de su historial sanitario, en cualquier centro hospitalario de la geografía andaluza, siempre que el paciente o familiar lo autorice. No sucede así en otras CCAA, donde los profesionales, solo médicos, tienen que “pedir” a los *diferentes centros la información*.



En la Comunidad Andaluza, por ejemplo, la tarjeta sanitaria del ciudadano es la “llave” que facilita el acceso a los datos de la historia clínica única. Este sistema cumple con todos los requisitos de la gestión de documentos descritos con anterioridad, tiene la característica de permitir la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario, permitiendo manejar el flujo de pacientes, la incorporación de sistemas expertos de ayuda al diagnóstico. El problema son las complicaciones de uso en otras comunidades autónomas.

### **7.3. Conocimientos en técnicas de comunicación interpersonal**

Una de las cualidades importantes del profesional de enfermería es la comunicación, constituyendo un componente clave en la relación con el paciente y definiendo la calidad del cuidado enfermero.

La comunicación en enfermería es un elemento complejo que precisa de habilidades que se pueden aprender, practicar y mejorar. La habilidad más efectiva para la comunicación interpersonal es la escucha activa. Escuchar es un mecanismo psicológico que se realiza de manera intencionada. La escucha activa no solo facilita el que a que la otra persona exponga su situación, también es fundamental para detectar e interpretar al mismo tiempo “la comunicación no verbal” (tono de voz, timbre, nerviosismo, gestos, brillo de ojos, postura etc).

Los beneficios de la escucha activa son diversos:

- Dar seguridad al paciente.
- Permitir que el interlocutor se sienta complacido.
- Evitar malentendidos
- Disminuir la tensión en el momento de la anamnesis
- Incitar a la confianza.
- Ayudar a tomar decisiones en la práctica profesional.

La habilidad de la escucha activa tiene dos vertientes:

- No verbales: postura, tono de voz y expresión emocional adecuados, evidencia de atención y contacto visual...
- Verbales: intervenciones adecuadas, procesar información, repetir la idea principal, no manifestar juicios sin comprensión, saber soportar los silencios.

#### **7.4. Capacidad de trabajo en equipo**

Es la capacidad de participar activamente en la realización de una meta por el equipo de trabajo en su conjunto, subordinando los intereses personales a los objetivos del grupo, integrando las competencias y la información con el resto del equipo, sumando aptitudes en un marco de responsabilidad y compromiso.

Cada parte del grupo tiene con respecto al objetivo común una opinión, preferencias y estilos diferentes por lo que pueden surgir desacuerdos, los cuales deben servir para aunar puntos de vista y mejorar la acción soslayando las dificultades de funcionamiento, sumando voluntades y en definitiva, dando mayor valor al equipo.

Para poder trabajar en equipo se requieren habilidades intelectuales, como pensar y decidir colectivamente y sociales como comunicar, escuchar, apoyar y buscar el consenso, entre otros, por parte de cada uno de los integrantes del grupo.

#### **7.5. Individualización de cuidados**

Según la patología o disfunción del paciente utilizar protocolos específicos de cuidados o estandarizados para los problemas ya existentes o previsibles según el diagnóstico. Los planes de cuidados estandarizados se establecieron con objeto de homogeneizar y unificar criterios, pero estos planes deben de adecuarse a la situación concreta y a las necesidades específicas del paciente, que puede que no esté enfermo, aunque sí falto de salud, y estas necesidades son siempre diferentes para cada persona aun con el mismo diagnóstico.

Los objetivos de cualquier P.C.E. (Plan cuidados estandarizado) son:

- Realizar un cuidado integral del paciente
- Registrar todas las actividades de enfermería
- Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados domiciliarios paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

Tras el diagnóstico, toda patología o falta de salud, tiene unas complicaciones o problemas comunes, los P.C.E. recogen estos diagnósticos y proponen actividades y objetivos que pueden realizarse a todo el mundo en general, salvo excepciones y facilitan el trabajo de elaboración cada vez, pero los profesionales enfermeros deben determinar si son adecuados para esa persona en particular.

### **7.6. Comunicación oral y escrita**

La comunicación se fundamenta en dar y recibir información a través del habla, la escritura, gestos. El objeto principal de la comunicación es brindar una buena relación interpersonal que ayude a la mejor recuperación del paciente.

La comunicación en cualquiera de sus formas, es necesaria tanto para la interrelación con el paciente como para las relaciones interprofesionales. Es muy importante la correcta y rigurosa comunicación entre profesionales sanitarios, especialmente entre las enfermeras/os tanto en cuanto a trasladar información del paciente como para el funcionamiento laboral de turnos y funciones.

La comunicación oral tiene la característica de ahorrar tiempo a la hora de transmitir la información, evita la duplicación de ésta y proporciona al profesional enfermero la continuidad de los cuidados, sin embargo, es de menos fiabilidad en cuanto a interpretación y compromiso, por lo cual, cuando se trata de comunicación delicada, importante o comprometida conviene que sea escrita.

Las órdenes de prescripción médica siempre han de exigirse por escrito, para evitar errores o interpretaciones subjetivas.

La comunicación escrita es permanente, no se emiten juicios de valor u opiniones, son anotaciones objetivas.

### **7.7. Capacidad para tomar decisiones**

Los profesionales enfermeros, tienen competencias específicas básicas, no delegables, como proporcionar cuidados, controlar al paciente, administrar e inyectar medicamentos, acciones que pueden dar lugar a consecuencias graves, por lo cual es importante la capacidad de tomar decisiones.

La toma de decisiones es un proceso reflexivo que incluye identificar un problema, buscar soluciones o alternativas y seleccionar la más adecuada a la situación. La capacidad para solucionar problemas es una habilidad que puede aprenderse y

mejorarse, por tanto, es indispensable para cualquier enfermera/o desarrollar dicha capacidad, para así *poder responder adecuadamente a las exigencias de su ejercicio profesional*

### **7.8. Capacidad de Relación interpersonal**

En enfermería como en todas las profesiones sanitarias, es de gran importancia el dominio de las habilidades sociales para llevar a cabo una práctica humanizada. Las habilidades básicas para la comunicación o relación interpersonal:

- Empatía: supone poder comprender o experimentar pensamientos o acontecimientos desde la posición del otro, e imprescindible para la comunicación tanto con el paciente como con las personas de su entorno.
- Asertividad: radica en la destreza para transmitir y recibir información de manera respetuosa, honesta, directa y en el momento apropiado.
- Sensibilidad interpersonal: la sensibilidad en las relaciones interpersonales nos permite captar mensajes que no son expresados verbalmente de forma directa.
- Capacidad de construir relaciones: es el medio para conocer al paciente y su situación a la vez que tiene también poder terapéutico para éste. La relación con el paciente constituye el eje de los cuidados.

### **7.9. Capacidad de promover y adaptarse al cambio**

El profesional enfermero, debe ser capaz de adaptarse a un entorno o situaciones que están en continuo cambio, acoplarse a la realización de diferentes labores, tratamientos y diagnósticos

En cuanto a la salud de los pacientes, promover cambios producto de su observación o investigación cotidiana o formativa, mediante la promoción de la salud y otras actividades, lo cual lleva implícito cambiar hábitos de vida o conductas inapropiadas para aumentar o mejorar la salud de la población.

Las enfermeras/os deben ser agentes de cambio, revisar sus actitudes y adquirir nuevas competencias, conocimientos y habilidades para dar una mejor resolución a los problemas de salud de la población.

### **7.10. Adecuada utilización de los recursos disponibles**

Una adecuada utilización de los recursos disponibles supone que los enfermeros/as sean capaces a lo largo de su actividad asistencial diaria de administrar de manera adecuada los recursos materiales o equipo disponible, además de gestionar adecuadamente los recursos económicos y presupuestarios del servicio en el que trabaja. Esta competencia hace referencia a que el personal de enfermería consiga la resolución del mayor número de problemas teniendo en cuenta y administrando adecuadamente los recursos disponibles que de conocer y optimizar.

### **7.11. Capacidad docente**

*Tanto en lo referente a instrucción de nuevos miembros en su unidad, con alumnos de enfermería, pacientes y familiares instruyéndoles en hábitos saludables como participar activamente en el desarrollo profesional de la Enfermería. Para ello se debe:*

- *Identificar las necesidades educativas.*
- Colaborar con la enseñanza de alumnos de enfermería
- Dar formación cuando se introduzcan novedades.
- Participar en congresos, cursos de diferentes especialidades.
- Ser capaces de ejercer la docencia dentro del mismo hospital para los demás compañeros y en lo que se refiere a los familiares del paciente.
- Educar y orientar para asegurar la continuidad de los cuidados y la prevención.

### **7.12. Visión continuada e integral de los procesos**

El enfermar es un proceso complejo, ligado a la persona, a sus condiciones y circunstancias únicas. Los profesionales de enfermería no deben fijarse o centrarse solamente en la enfermedad en concreto, sino también en la persona de manera integral, para detectar otros problemas que puedan afectarle.

La visión continuada, crítica científica e integral permite ver la evolución del paciente a lo largo del tiempo y todos los factores o datos relacionados con éste que han hecho evolucionar el proceso de que se trate.

### **7.13. Aplicación de técnicas de investigación**

Es necesario que todo enfermero/a sea capaz de utilizar los instrumentos que le aproximen a la información con objeto de aumentar sus conocimientos tanto desde la perspectiva científica como para el ejercicio profesional.

Para llegar a una buena investigación se deben seguir ciertos pasos; definir un problema susceptible de estudio, estudiar su contexto, seleccionar los instrumentos apropiados y buscar y analizar la información. Una vez definido el problema es cuando se deben elegir las técnicas de investigación que se emplearán durante su proceso.

### **7.14. Afrontamiento del estrés**

El estrés está influido por condiciones económicas, sociales, laborales, ambientales y personales. En el desempeño de la enfermería normalmente coinciden varias condiciones que abocan a menudo en mayor o menor grado en estrés. En el día a día son frecuentes los momentos estresantes, como son el manejo de los familiares, la presión del trabajo, el tema de los salarios, conflictos con los compañeros, carga de trabajo, entre otros. Muy importante los procesos sentimentales que provocan el dolor y la muerte de los pacientes. Por todo ello, es necesario que todo profesional de enfermería tenga conocimientos básicos sobre el manejo de estrés.

### **7.15. Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre**

En el trabajo diario de los profesionales enfermeros, éstos más que cualquier otra profesión sanitaria, están expuestos a diferentes riesgos, psicológicos, químicos, biológicos, físicos, ergonómicos...

Pueden representarse, por parte de los pacientes, o incluso ocurrir, afectando de manera directa al enfermero/a situaciones inesperadas, de gran magnitud de daño, con pérdidas, recuerdos previos a este hecho, recuerdo de vivencias o relatos pasados, sensación de amenaza, riesgo o temor que generan entornos de incertidumbre, a los cuales el profesional enfermero debe intentar adaptarse o adquirir la capacidad de gestionarlos de manera adecuada.

### **7.16. Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual**

La presentación audiovisual es el mejor método para transmitir información permitiendo también la atención del público. Una regla fundamental es preparar un esquema básico, título, introducción, cuerpo y conclusiones, a la hora de anunciar la información. Es recomendable que antes de realizar una exposición se realice un ensayo general, para cronometrar el tiempo y conocer la forma en que se efectúa la exposición oral.

En la actualidad, en ninguna profesión puede ejercerse la comunicación sin conocimiento, al menos de usuario de los medios audiovisuales, tampoco la enfermería.

### **7.17. Habilidad negociadora y diplomática**

Los profesionales de enfermería deben utilizar de manera adecuada métodos de gestión positiva de conflictos, ya que, en la mayoría de los casos trabajan en equipo, inter o multidisciplinar, en todo caso es una profesión de carácter social, que requiere para el buen funcionamiento del centro sanitario, del clima laboral, del equipo y del confort del propio enfermero/a la existencia de unas buenas relaciones interpersonales.

Los estilos de afrontamiento asertivo y cooperador contribuyen a reducir la incidencia de conflictos. Se ha evidenciado que en la práctica profesional existe día a día una fuerte competencia entre las diversas profesionales del área de salud, siendo una de las causas la no delimitación clara de las funciones de cada cual, por lo que el profesional de enfermería debe mantener ante todo la serenidad para poder resolver cualquier tipo de problemática que se presente y demostrar de manera pacífica, sus competencias profesionales basadas en las normas anteriormente mencionadas en esta investigación.

En general, en todos los ámbitos de la vida, para llegar a una buena negociación se tiene que poner énfasis en los intereses, no en las posiciones. Es un buen postulado para tener en cuenta por el profesional enfermero, la forma más eficiente para llegar a acuerdos.

### **7.18. Resolución de problemas**

El profesional enfermero, debe ser capaz de obtener soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas.

La resolución de problemas, requiere una actividad mental, un pensamiento directivo y enfocado a información sobre distintas soluciones y alternativas, al igual que aplicabilidad de estrategias de solución.

### **7.19. Capacidad de priorización**

Es habitual que el profesional de enfermería se encuentre con un conjunto de problemas que resolver o actividades que realizar durante su ejercicio profesional. En estas situaciones debe decidir qué hacer en primer lugar. Reconocer lo esencial, lo urgente lo importante y lo conveniente y atenderlo según un orden posible.

Lo urgente, es resolver si es posible, un problema que amenace la vida o integridad de la persona.

Priorizar consiste en elegir del conjunto las unidades que merecen la atención en un orden de tiempo, dependiendo de las diversas situaciones y problemas y de la capacidad de recursos, limitaciones y administración del tiempo necesario y cierto.

### **7.20. Orientación a resultados**

El profesional de enfermería debe siempre mantener una ruta clara y precisa hacia el logro de sus objetivos cuyo único propósito sea el bienestar y la salud del paciente.

Para lo cual debe:

- Preocuparse por saber cuáles son los resultados de su trabajo.
- Analizar los resultados.
- Aspirar a que dichos resultados ayuden a mejorar la salud de la persona tratada.
- Efectuar actividades apropiadas para conseguir una mejora continua



### **7.21. Generar valor añadido a su trabajo**

El profesional de enfermería puede aportar muchas más habilidades de las que le exige el trabajo buscando siempre una mejora en la atención sanitaria, normalmente así se hacen la medida de lo posible, porque no solamente actúa con arreglo a los protocolos impuestos, cada persona es un mundo y siempre hay que ofrecer una plusvalía orientada a ese/a paciente en concreto.

### **7.22. Juicio crítico**

Para cuidar personas con problemas de salud, entendida ésta como el bienestar físico, síquico y social del individuo y en mayor medida con las que están enfermas los profesionales de la enfermería necesitan una base de conocimientos específicos y sólidos además de pensamiento crítico.

El juicio crítico les permite analizar la información, decidir sobre las acciones a realizar y solucionar problemas. En el pensamiento o juicio crítico se incluyen los conocimientos de base, aquellos que se obtienen con la experiencia, el método científico y el razonamiento para emitir juicios fundamentados es la base fundamental de la competencia.

### **7.23. Autocontrol, autoestima, autoimagen**

Para trabajar como profesional enfermero, más necesario en algunas especialidades, es positivo tener un buen nivel de autoestima, ya que ello anima, da fuerzas, motiva, impulsa a conseguir los objetivos planteados y permite sentir satisfacción por los logros alcanzados.

La autoestima por otra parte, facilita a cualquier profesional el poder tomar decisiones importantes, sintiéndose seguro y útil y tolerando mejor la ansiedad, la tensión y el estrés, tan propios de la profesión enfermera.

Según algunos estudios, la autoestima influye en el autocontrol en las actitudes hacia el trabajo y en el rendimiento, y está relacionada con el éxito laboral.

Otros estudios, indican que la autoestima se tiene o no desde el nacimiento y que se puede modificar la conducta, pero no el sentimiento de falta de estima a sí mismo.

Respecto al autocontrol, y eso si nos parece que puede ejercitarse, en la atención individualizada al paciente, el enfermero/a debe saber controlar sus propias emociones para que su actuación sea correcta.

#### **7.24. Creatividad**

El profesional de enfermería tiene que realizar planteamientos no habituales, improvisar certeramente en ocasiones inesperadas, adaptarse bien a los cambios y mantener la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia.

En cualquier momento puede plantearse una pandemia, una guerra, una catástrofe...y son los profesionales de enfermería quienes tienen que estar en primera línea, como ha ocurrido siempre, por lo que deben tener una mentalidad flexible y estar preparados para lo inesperado.

Solo en la vida cotidiana, las situaciones son cada vez más complejas y cambiantes y requieren cuidados o planteamientos no habituales, estandarizados, o innovadores. El Cuidado enfermero, además, depende de múltiples factores, por lo cual es necesario que el profesional posea la capacidad creativa necesaria tanto para adaptarse como para "crear" actuaciones y medios que le permitan poder mejorar y avanzar en su profesión, más allá del abordaje tradicional o impuesto.

#### **7.25. .Capacidad de gestión**

La gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería: se debe gestionar para cuidar y no existir solo para gestionar.

Cuando se habla del manejo o gestión del talento humano, no únicamente se refiere al arte de administrar como acción privativa de gobernar, regir o aplicar, sino como la tarea de manejar integralmente al personal que se encuentra a su cargo, lo cual implica distintas funciones dentro del ciclo laboral, tales como: reclutar y seleccionar, mantener, capacitar y entrenar, desarrollo de una carrera funcionaria, controlar y despedir.

## **7.26. Evaluación**

Para realizar las funciones de gestión, se necesita establecer mecanismos de evaluación del desempeño, con el fin de reconocer los conocimientos, destrezas y conductas que posee la persona que se encuentra al frente de un puesto de trabajo.

Se habla de evaluación, cuando por ejemplo un supervisor realiza un análisis y control del trabajo que ha efectuado la persona en su quehacer laboral diario en un área determinada. Al depender de la percepción que tenga el evaluador, ésta se transforma en cierta manera subjetiva, por lo que es necesario plantear nuevos mecanismos que permitan evaluarla.

Para dar respuesta a esta interrogante, se han establecido nuevos mecanismos para valorar el desempeño, dentro de los cuales la evaluación por competencias ha adquirido una importancia relevante.

Este tipo de mecanismo no solo es usado en empresas multinacionales o grandes organizaciones, sino que ha cobrado una gran fiabilidad dentro del plano de la salud, con una indiscutida importancia, puesto que, permiten articular los conocimientos conceptuales, procedimentales y tendencias actitudinales para enfrentar una determinada situación o un problema.

En un estudio realizado en el hospital regional universitario de Málaga, se interrogaron a 50 profesionales del área de enfermería, para saber si conocen y cumplen cada una de estas competencias. (ver Tabla 10).

**Tabla 10. Cumplimiento de competencias en sus funciones del profesional de enfermería**

<b>Capacidades</b>	
<b>Competencias</b>	<b>Cumplimiento (Porcentaje %).</b>
<i>Gestión de documentos clínicos</i>	<b>70%</b>
<i>Conocimientos en técnicas de comunicación interpersonal</i>	<b>90%</b>
<i>Capacidad de trabajo en equipo</i>	<b>71%</b>
<i>Individualización de cuidados</i>	<b>80%</b>
<i>Comunicación oral y escrita</i>	<b>64%</b>
<i>Capacidad para tomar decisiones</i>	<b>51%</b>
<i>Capacidad de Relación interpersonal.</i>	<b>40%</b>
<i>Capacidad de promover y adaptarse al cambio</i>	<b>29%</b>
<i>Adecuada utilización de los recursos disponibles</i>	<b>62%</b>
<i>Capacidad docente</i>	<b>79%</b>
<i>Visión continuada e integral de los procesos</i>	<b>42%</b>
<i>Aplicación de técnicas básicas de investigación</i>	<b>51%</b>
<i>Afrontamiento del estrés</i>	<b>28%</b>
<i>Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre</i>	<b>17%</b>
<i>Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual</i>	<b>30%</b>
<i>Habilidad negociadora y diplomática</i>	<b>21%</b>
<i>Resolución de problemas</i>	<b>50%</b>
<i>Capacidad de priorización</i>	<b>16%</b>
<i>Orientación a resultados</i>	<b>29%</b>
<i>Generar valor añadido a su trabajo</i>	<b>49%</b>
<i>Juicio crítico</i>	<b>59%</b>
<i>Autocontrol, autoestima, autoimagen</i>	<b>58%</b>
<i>Creatividad</i>	<b>15%</b>
<i>Gestión</i>	<b>18%</b>
<i>Evaluación</i>	<b>12%</b>

Fuente: (Elaboración propia 2021).

Se puede observar, como algunas competencias son desconocidas o no aplicadas por la mayoría del personal de enfermería consultado, arrojando valores por debajo del 50.

Es muy importante que el profesional de enfermería conozca sus competencias en cada área, para que pueda cumplirlas con el propósito de generar una mayor calidad en la atención sanitaria y por su propio estatus laboral y profesional.

Desde luego, no pueden reivindicar competencias que no se reconocen como propias así, profesionales y no profesionales sanitarios y no sanitarios, pueden arrogarse competencias enfermeras en detrimento de la Enfermería y contrariamente las enfermeras/os, asumir competencias que no le son propias.

***CAPÍTULO VI.***  
***COMPETENCIAS ENFERMERAS***  
***ESPECIALIZADAS***

Hemos visto las competencias que deben exigirse a los enfermeros/as en el ejercicio de sus funciones, dentro de cualquier sector o especialidad enfermeros y lo importante que es conocerlas por parte de los profesionales de la enfermería en todos los aspectos, pero en especial, en el tema que nos ocupa, que es el de delimitar las competencias enfermeras y las demás profesiones y no profesiones sanitarias.

## **1. Delimitación de funciones, atribuciones y facultades enfermeras**

Desde el surgimiento en los años 70 cuando se publicaron los primeros estudios sobre los modelos de competencias de la mano de David McClelland, creo que se ha contribuido a hacer más farragosa la delimitación de las funciones y atribuciones, puesto que hay ríos de tinta respecto a modelos de cuidado, clasificación, contenido etc. de competencias, podría decirse, comunes a todas las profesiones, sanitarias o no y no aclarar nada el hacerlas específicas de la Enfermería o cualquier otra profesión sanitaria, porque en el día a día las confusiones y problemas se dan como en cualquier otro ámbito social cuando coinciden dos derechos, que pueden ser subjetivos, pero que no existe normativa clara a la que se pueda recurrir.

Estudiando varias opciones de exponer una delimitación de funciones y atribuciones, ya que, las facultades están definidas como puesto de trabajo del trabajador o funcionario público, y tratando lo más exhaustivamente posible de enumerar estas funciones y atribuciones, basadas en la Competencia Enfermera, nos encontramos que de salida, éstas, están subsumidas en el título de grado o doctorado enfermero, contemplando solamente aquellas funciones o habilidades que son cursadas solamente en el grado de Enfermería y en ningún otro grado universitario sanitario, por lo cual podríamos considerar propias o exclusivas de los profesionales enfermeros, sin detrimento de compartir, tal y como dice la ley, con otros profesionales sanitarios parte de ellas si les fuera necesario para realización de su propia actividad sanitaria.

No siendo eficiente, el reproducir todas las competencias de todas y cada una de las especialidades enfermeras tanto de "*facto*" como de "*iure*" porque se repetirían y sería muy farragosa su comprensión.

Hemos elegido tres especialidades de las más normadas, que incluyen todas las demás, dado que al ser competencias enfermeras pueden atribuirse en cualquier sector o actividad sanitaria de enfermería

En las tres, se contemplan las competencias comunes que deben tenerse en cuenta en cualquier actuación profesional y las específicas de la especialidad, y la suma de ellas, prácticamente comprenden todas las habilidades competenciales de todos los profesionales enfermeros.

## **2. Especialidad de cuidados intensivos**

La responsabilidad de cuidar a un paciente que ingresa en la U.C.I requiere por parte de los profesionales de enfermería desarrollar unas competencias y habilidades específicas para ajustarse a las demandas y necesidades de este tipo de pacientes. Además, vivimos en una sociedad cambiante, en continuo desarrollo, y es por esto que una de las competencias específicas que más se nombra en los estudios encontrados es la “capacidad de adaptarse al cambio”.

En otros estudios realizados sobre el tema se observa la repetición de ciertas competencias determinadas, de las cuales podemos afirmar que:

La capacidad de trabajar en equipo es clave para la correcta recuperación del paciente, buscando todos los miembros del equipo multidisciplinar salvar la vida del mismo. La capacidad de priorizar está relacionada directamente con la gravedad del paciente y la urgencia de realizar determinadas acciones. Por tanto, el profesional de enfermería debe ser capaz de programar sus actividades priorizando las acciones más urgentes.

La visión holística del paciente en esta unidad tiene gran importancia, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados para realizar un cuidado integral empleando el “proceso de enfermería” como método científico.

Debido a las características del tipo de paciente que ingresa en la unidad de cuidados intensivos, se considera importante la “*capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre*”. En esta competencia va incluida la capacidad de enfrentarse al duelo,



tanto desde la perspectiva personal como la de los familiares, intentando atenderlos en las necesidades que requieran en ese momento.

## **2.1 Estudio cualitativo-descriptivo, fenomenológico donde se obtiene información por medio de entrevistas a enfermeras/os que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos del hospital regional universitario de Málaga**

La elección fue efectuada con base en características específicas designadas por la jefatura de dicha unidad, tales como: habilidad técnica, manejo de personal, aplicación de conocimientos teóricos a la práctica diaria de enfermería, iniciativa, concentración y organización del trabajo y comportamiento funcionario

La entrevista constó de dos partes: la primera que permitía recoger datos generales de la entrevistada (sexo, edad, antigüedad laboral, antigüedad trabajando en cuidados intensivos) y la segunda parte, que constaba de preguntas abiertas con respecto a la entrega de cuidado en una unidad de cuidados intensivos.

Se realizó un total de seis entrevistas grabadas, en días previamente coordinados con la jefatura de la unidad en estudio, con la firma de consentimiento informado a cada una de las informantes y con autorización de Comité de Ética de la entidad académica que patrocinó la investigación.

Posteriormente a la obtención de las entrevistas, se hizo una escucha activa de las grabaciones, las cuales fueron transcritas en su totalidad.

Para la organización de los datos emanados de los discursos obtenidos, se realizó una contracción de las significaciones, agrupándolos en conceptos y familias de conceptos, estableciendo un mapa general de los aspectos que evidenciaban las características que debían poseer las enfermeras/os que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos, las que posteriormente se consideraron como competencia.

Después de establecer los conceptos (datos-competencia) se trianguló la información basándose en: la repetición del concepto (tanto en cada una de las entrevistas, como en la totalidad de ellas) conceptos emanados de la revisión de documentación que incluía perfil de cargo y descripción de funciones que debe realizar el profesional de enfermería que ingresa a la unidad de cuidados intensivos y conceptos obtenidos respecto a la misión, visión y declaración de valores del establecimiento hospitalario donde se realizó la investigación.

Se codificaron los datos en función a los aspectos antes mencionados, obteniendo un total de 31 conceptos, que fueron considerados y analizados como competencias.

Para verificar los datos y resultados obtenidos se procedió a validar la información con un panel de expertos, el cual contó con cuatro profesionales de enfermería con gran experiencia en cuidados intensivos y gestión en enfermería, de otra entidad hospitalaria pública de la región.

A continuación, los conceptos obtenidos se dividieron en tres grupos de competencias, los cuales fueron:

- **Cinco competencias transversales**, que corresponden a aquellas que son carácter general para todo el personal, profesional y no profesional, que ingresa a desempeñar una labor en una unidad de cuidados intensivos, las cuales emanan de la misión, visión y declaración de valores de la entidad hospitalaria.
- **Quince competencias genéricas**, que son aquellas de conocimiento general para todo el profesional de enfermería que ingresa a una unidad de cuidados intensivos, las cuales permitirán un desempeño adecuado en el quehacer laboral.
- **Competencias críticas o claves**, que son aquellas competencias que permitirán que el profesional de enfermería que ingresa a una unidad de cuidados intensivos desarrolle un desempeño de calidad.

Dentro de las cuatro funciones que posee la enfermería profesional, la función de gestión y administración no solo rige para manejar los recursos materiales de una entidad hospitalaria, sino también se incluye la gestión del talento humano.

**Tabla 11. Clasificación de competencias profesionales seleccionadas en enfermeras/os que desempeñan su labor en una unidad de cuidados intensivos.**

<b>Competencias transversales</b>	<b>Competencias genéricas</b>	<b>Competencias críticas o claves</b>
<b>Motivación/ interés/ compromiso/ energía para el trabajo.</b>	Autonomía.	Autocrítica/ comportamiento ante los fracasos/ comportamiento ante el error.
<b>Orientar y guiar.</b>	Capacidad para adaptarse al cambio.	Capacidad de decisión.
<b>Orientar a la familia, al usuario, entorno y comunidad.</b>	Capacidad de aprendizaje y capacidad para aprender.	Capacidad de planificación y organización/ orden/ priorización.
<b>Prudencia y sensatez.</b>	Capacidad de prever y anticiparse a los hechos.	Confianza en si mismo/ seguridad/ carácter.
<b>Responsabilidad.</b>	Capacidad para relacionarse e interactuar con el equipo de trabajo.	Iniciativa.
	Credibilidad técnica.	Liderazgo.
	Comunicación asertiva.	Manejo del estrés.
	Conocimiento.	Manejo de personal.
	Empatía/ escucha empática.	Pensamiento crítico/ juicio crítico/ pensamiento analítico.
	Innovación. Investigación/ búsqueda de información. Integridad/honestidad/ética. Mediación/Interceder/negociación. Observación.	Resolutividad/ capacidad de resolver problemas

Fuente: (Blog de profesionales 2021)

Después de la selección se procedió a establecer el diccionario de competencias, el cual consiste en la creación de la definición usual para la competencia en sí, con el fin de que puedan ser conocidas e integradas por todo el equipo de enfermería. Cada

competencia posee niveles o grados, con su respectiva valoración para cada nivel, estableciéndose la siguiente escala en esta investigación:

Nivel 4, alto o A: nivel alto, de desempeño óptimo o de excelencia.

Nivel 3, bueno o B: nivel bueno, por encima del estándar.

Nivel 2, mínimo necesario o C: nivel mínimo, solo desempeña un trabajo necesario, sin embargo, no indica una subvaloración de la competencia.

Nivel 1, insatisfactorio o D: nivel insatisfactorio o grado mínimo de la competencia, en algunos casos puede considerar ausencia de la competencia como en otros puede considerar solo un desarrollo mínimo.

**Tabla 12.** Rubrica de evaluación de competencias profesionales en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos

Motivación/ Interés/ Compromiso/ Energía por el trabajo.	4	3	2	1
Nivel de competencia	<p>-Habilidad para actuar en dinamismo y energía en el trabajo, aunque este sea prolongado y excesivo.</p> <p>-Mantiene el ánimo para laborar, motivando a los miembros del equipo a alcanzar todos los objetivos.</p>	<p>-Es capaz de demostrar dinamismo y energía, sin que su nivel de rendimiento se vea afectado. Se desempeña bien en situaciones de emergencia.</p>	<p>-Es capaz de trabajar bien en jornadas laborales estrictas. Se evidencia pasividad en el interés que sitúa en la realización de actividades.</p>	<p>-Tiene escasa predisposición para trabajar en situaciones exigentes, donde su rendimiento decrece ampliamente.</p> <p>-No posee interés en terminar actividades encomendadas</p>

## Comportamientos

	<p>-Cuando se presenta un cambio en su rutina de trabajo que demanda mayor esfuerzo, nunca se desorganiza y atiende con éxito las nuevas medidas, con mucha motivación e interés.</p> <p>-Motiva a todo el equipo cuando es necesario cambiar de rutina, obteniendo buenos resultados personales al igual que el resto de sus colegas.</p> <p>-Propone alternativas creativas para hacer frente a periodos de aumento de trabajo o reducción de plazos estipulados.</p> <p>-Puede trabajar con subalternos, par o superior, sintiéndose cómodo y siendo tanto efectivo como eficiente en todos los casos.</p> <p>-Busca nuevos retos, incluyendo aquellos que son ambiguos o de resultado incierto.</p> <p>-Maneja el tiempo productivamente y se adapta a situaciones cambiantes.</p>	<p>-Maneja el tiempo apropiadamente</p> <p>-Muestra dedicación y compromiso con el trabajo que realiza.</p> <p>-Cumple sus responsabilidades.</p> <p>-Mantiene un desempeño apropiado, aun en largas jornadas de trabajo.</p> <p>-Tiene una adecuada tolerancia a la presión.</p>	<p>-Busca la manera de optimizar su desempeño.</p> <p>-Logra con esfuerzo soportar intensas jornadas de trabajos.</p> <p>Trabaja en el tiempo requerido.</p>	<p>-Tiene gran dificultad para manejar el tiempo.</p> <p>-Muestra escaso interés para prolongar su jornada de trabajo.</p> <p>-Se le dificulta mucho adaptarse a trabajos de ardua labor, mostrando en estos una disminución de su desempeño.</p> <p>-Baja tolerancia a la presión.</p> <p>-Es inconstante y termina muy pocas cosas que empieza.</p>
--	--	---	--	---

Después del diccionario de competencias se confeccionó un diccionario de comportamiento, el cual corresponde al establecimiento de conductas para cada nivel o grado de la competencia, con el fin de objetivar con rigor el desempeño que se desea medir por medio de las competencias.

Con el fin de establecer el producto final de la investigación, se elaboró un perfil de ingreso basado en competencias, para profesionales de enfermería que desempeñen su labor en una unidad de cuidados intensivos, el cual se encuentra realizado basándose en las competencias descritas con anterioridad en el mismo trabajo investigativo.

**Tabla 13. Perfil de competencias de ingreso para enfermeras que pretendan desempeñar su labor en una Unidad de Cuidados Intensivos**

Requisitos: Título de enfermera, con o sin experiencia, condiciones físicas compatibles con el cargo, conocimientos en computación básica.	
<b>Competencias exigibles</b>	
<b>Competencia</b>	<b>Descripción</b>
<b>Motivación</b>	Capaz de estimular constantemente a pares y al equipo para la realización de determinadas actividades.
<b>Orientar-Guiar</b>	Habilidad que posee para poder ayudar a que los demás descubran, alcancen y desarrollen su potencial.
<b>Orientación a la familia</b>	Capacidad de ayudar al usuario y su familia demostrando sensibilidad y exigencias que esta posee.
<b>Prudencia, Juicio, Sensatez.</b>	Capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo que ocurre dentro de la unidad.
<b>Responsabilidad</b>	Compromiso que posee la persona para realizar tareas encomendadas.
<b>Autonomía</b>	Capacidad de responder de manera proactiva y con juicio independiente a aquellas situaciones difíciles del resto de los miembros del equipo.
<b>Capacidad de adaptación</b>	Predisposición a comprender y apreciar perspectivas diferentes u opuestas poseyendo una versatilidad en el comportamiento para amoldarse rápidamente a distintos contextos.
<b>Capacidad de aprendizaje</b>	Capacidad para asimilar nueva información y aplicarla de manera eficaz interpretando las ideas de manera adecuada.
<b>Capacidad de prever</b>	Capacidad de adelantarse a los hechos, por medio de ciertos indicios o señales.
<b>Capacidad de relacionarse</b>	Capacidad para establecer relaciones empáticas con personas de distinto nivel jerárquico.



<b>Capacidad técnica</b>	Capaz de ser creíble en todos los miembros del equipo, sobre la base de conocimientos teóricos y técnicos propios de la especialidad.
<b>Comunicación asertiva</b>	Capacidad de transmitir y recibir mensajes de manera oportuna y eficaz.
<b>Conocimiento</b>	Capacidad de entender, compartir, y proclamar distintos niveles de información.
<b>Empatía-Escucha Empatía-empática.</b>	Habilidad de realizar una comunicación interpersonal efectiva
<b>Innovación</b>	Ideas nuevas y diferentes soluciones para problemas o situaciones difíciles.
<b>Investigación</b>	Inquietud y curiosidad constante por la búsqueda de información.
<b>Integridad-honestidad</b>	Capacidad de actuar coherentemente con lo que se piensa, se dice o lo que se considera importante.
<b>Mediación</b>	Capacidad para generar un ambiente adecuado para la colaboración mutua de los integrantes del equipo de trabajo.
<b>Observación</b>	Capacidad de examinar detenida y detalladamente un fenómeno, con el fin de realizar conclusiones determinadas.
<b>Tolerancia</b>	Capacidad de respetar aquello que es diferente a sus valores.
<b>Autocrítica</b>	Capacidad que posee una persona para distinguir entre sus cualidades y sus defectos, siendo capaz de explotar aquellas áreas positivas.
<b>Capacidad de decisión</b>	Capacidad de tomar una determinación de evaluar las distintas aristas del problema a resolver.
<b>Capacidad de planificación y organización.</b>	Capacidad de establecer eficazmente prioridades o metas para realizar su accionar.

**Perfil de competencias para enfermeras que desempeñan su labor en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Requisitos: Título de enfermera, con o sin experiencia, condiciones físicas compatibles con el cargo, conocimientos en computación básica.

**Competencias**

<b>Competencia</b>	<b>Descripción</b>
<b>Autoconfianza</b>	Convencimiento que posee una persona que es capaz de realizar con éxito una tarea.
<b>Iniciativa</b>	Poseer una predisposición positiva para emprender o crear nuevas oportunidades, sin necesidad de un estímulo externo.
<b>Liderazgo</b>	Capacidad para orientar y guiar al equipo en una dirección determinada.
<b>Manejo del estrés</b>	Capacidad para actuar con eficiencia, eficacia, y tranquilidad en situaciones de presión.
<b>Manejo del personal</b>	Capacidad de analizar y prever situaciones difíciles asociadas a sus pares y colaboradores, evaluando continuamente su desempeño.
<b>Pensamiento crítico.</b>	Capaz de entender una situación o hecho de forma independiente al resto del equipo.
<b>Resolutividad</b>	Capacidad de idear soluciones innovadoras para un problema, atendiendo a las necesidades y objetivos de la unidad.
<b>Trabajo en equipo</b>	Poseer la capacidad de motivar y animar a los miembros del equipo, guiándolos hacia el objetivo de la unidad.

Fuente: (Blog de profesionales 2021).

La totalidad de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio fueron de sexo femenino, cuyos rangos de edad variaron de 25 a 35 años, la antigüedad laboral promedio fue de cinco años y la antigüedad de trabajo en una unidad de cuidados intensivos tuvo un promedio de cuatro años.

De los 31 conceptos antes mencionados, 11 corresponden a las competencias críticas o claves, de las cuales se analizarán y se dará mayor énfasis a siete de ellas, puesto que son las competencias que mayor valor reportan en el conglomerado entrevistado.

## **COMENTARIOS DE LAS ENTREVISTADAS SOBRE LAS COMPETENCIAS CRÍTICAS O CLAVE RECOGIDAS:**

- ***Competencia autocrítica***

La competencia autocrítica, también es llamada dentro de las entrevistas como comportamiento ante los fracasos o comportamiento ante el error, cuya definición se estableció como capacidad que posee una persona en distinguir las cualidades y defectos en la realización de su trabajo, haciendo una constante autoevaluación, con el fin de no permitir errores en su quehacer diario. Implica además admitir errores y conseguir la eliminación de éstos. Este concepto es nombrado en más de 15 ocasiones por el conjunto de enfermeras que participaron en el estudio.

### *Respuestas*

*“A ver, tener autocrítica, porque aquí uno como llega no sabiendo, uno siempre va a partir equivocándose, nunca va a hacer las cosas bien en un principio, uno tiene que aceptar que te digan las cosas, porque eso no significa que te estén atacando, sino que es para que mejores tu desempeño”.*

*“(…) Aceptar las críticas del resto, de repente se sienten un poco atacadas y no aceptan las sugerencias que dan las otras colegas, entonces eso también influye en tu labor”.*

- ***Competencia capacidad de planificación y organización***

Otra competencia a analizar es la capacidad de planificación y organización, también llamada orden o capacidad priorización, la cual es definida como la capacidad de determinar eficazmente prioridades y metas estipulando la acción, estableciendo plazos y recursos requeridos, incluyendo mecanismos de supervisión y control, es organizar el trabajo de forma efectiva utilizando el tiempo de la mejor forma posible. Esta descripción se basa en el análisis realizado a las entrevistas y en documentos revisados (descripción de funciones y perfil de cargo que poseía la unidad de cuidados intensivos adulto en donde se realizó el trabajo investigativo).

Se rescata de las entrevistas las siguientes percepciones:

*"(...) lo que a mi más preocupaba...ordenar un poco...cómo ordenar la función que le va a tocar a cada uno, justamente para solucionar el problema de la mejor forma posible".*

*"(...) aquí soy muy ordenada, super ordenada... pero los pacientes, ellos no pueden elegir... por ello trato de ser lo más ordenada posible, para evitar el error".*

- **Competencia autoconfianza**

La confianza en sí mismo es uno de los conceptos que más es reiterado por el colectivo de enfermería entrevistado, también recibe el nombre de seguridad o carácter, lo cual se define como el convencimiento que posee una persona de que es capaz de realizar con éxito una tarea o elegir el enfoque adecuado para resolver un problema, lo que incluye también abordar nuevos retos con una actitud de confianza en las propias decisiones o puntos de vista.

La confianza involucra tres dimensiones: dimensión de capacidad la cual se refiere a creer que se tiene la habilidad y a la capacidad para alcanzar los logros u objetivos, entendiéndose también como la habilidad técnica en la realización de actividades, la dimensión integridad que involucra creer que se adhiere a un conjunto de principios éticos y la dimensión benevolencia que consiste en creer que se desea hacer el bien, tanto a los pacientes como a los funcionarios.

Se destaca de las entrevistas:

*"(...) no sé, pierdes un poco la confianza, pero se soluciona yo creo con un poco de madurez, un poco de tiempo y de experiencia".*

*"La adaptación es lo más difícil que me ha tocado... además el hecho de trabajar en este servicio hay gente de carácter muy fuerte, entonces lo que he hecho... paciencia, observar harto y las veces que me ha tocado llamar la atención o he tenido que intervenir, ha sido después de la situación crítica".*

- **Competencia liderazgo**

La competencia liderazgo es un concepto que las enfermeras/os le otorgan gran importancia dentro del desempeño que se debe alcanzar al trabajar en su unidad. El liderazgo se define como la habilidad necesaria para orientar la acción del equipo en una dirección determinada, anticipando escenarios, inspirando valores, confianza y motivación. Incluye también la fijación de objetivos para el bien común, considerando e

integrando opiniones de los miembros del equipo, estableciendo directrices para mantener la eficiencia y calidad del trabajo.

Ejercer liderazgo en enfermería en los servicios de salud es un trabajo muy complejo, por una parte, implica prestar un diligente cuidado a los pacientes y por otra se gerencia un equipo de salud que funciona con un alto nivel de interdependencia entre todos los integrantes, transformándose así en un pilar fundamental en el quehacer diario de la profesión.

Aseveraciones tales como:

*“Yo creo que tiene que ser líder indudablemente y además tener un control... igual lo puedes aprender en el tiempo”.*

*“O sea cuando un hecho es fortuito me siento bien de poder intervenir en el momento y de que las acciones tengan un resultado favorable”.*

*“(...) uno tiene que aprender mucho de las cosas que le van pasando, de que un error chiquitito se puede convertir en algo catastrófico incluso a una de repente la toman como un poco rígida, como un poco estricta y todo, pero es porque uno va adquiriendo cierto conocimiento y va pasando ciertas situaciones...”.*

- **Competencia manejo del estrés.**

Otro concepto que emerge en la investigación, y es analizado como competencia crítica o clave, es el manejo del estrés. El estrés es considerado como un proceso que se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal y profesional. Es una respuesta fisiológica y de comportamiento del individuo que se esfuerza para adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. En este contexto, las/os enfermeras/os que trabajan en una unidad de alta complejidad, se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad emocional.

El manejo del estrés se define como la capacidad de respuesta a estresantes, para actuar con eficiencia y eficacia en situaciones de presión, ya sea tiempo, en desacuerdo, en oposición o en la diversidad.

Las enfermeras/os son parte de una profesión caracterizada por tener en su esencia el Cuidado, se encuentran en contacto directo con pacientes y familiares, tratan constantemente con personas de diversas concepciones y culturas. Este tipo de relación contribuye fuertemente para que se genere un estrés laboral, un síndrome que surge en profesionales de enfermería de todo el mundo y en diferentes contextos de trabajo.

Opiniones de entrevistadas:

*“(...) te das cuenta de que son pruebas para ti, que te van enseñando más, siempre aprendes un poco más... te aprendes a conocer... como te aprendes a manejar en situaciones difíciles”.*

*“(...) cuando hay situaciones complejas y difíciles de resolver, el médico te llama a ti y no a la colega que está al lado... porque son nuevas...”.*

*“Es complicado... porque uno se enfrenta a un estrés más aparte del que uno vive, uno se acostumbra después... de repente es un poco frustrante, ver que las decisiones no están en las manos de uno...”.*

- **Competencia pensamiento crítico**

El pensamiento crítico, también llamado juicio crítico o pensamiento analítico, es otra competencia que es clave para mantener y desarrollar un desempeño de calidad en una unidad de cuidados intensivos. Se refiere a la capacidad para entender una situación o hecho de forma independiente a los miembros del equipo, dividiéndola en partes e identificando sus implicaciones en el trabajo. Esta competencia también incluye la organización sistemática, las comparaciones y el establecimiento de prioridades racionales, con el fin de comprender la relación causa-efecto de las acciones del quehacer diario.

Observaciones:

*“(...) tomar la decisión y asumir la responsabilidad... si es que no se le da ese medicamento o suspenderlo por esto... tener la seguridad de que eso no le va a afectar”.*

*“A modo profesional... de repente uno siente que puede tomar las riendas de algunas situaciones, o sea tener la autoridad de resolver algunas cosas... pero a veces uno siente impotencia el ver que no pasa por resorte de uno como profesional...”.*

- **Competencia trabajo en equipo**

*Como última competencia crítica seleccionada para analizar, se estableció que el trabajo en equipo es un concepto que tiene una gran implicación en el ejercicio de la especialidad enfermera que se realiza en las unidades de cuidados intensivos.*

*El trabajo en equipo es la capacidad para formar parte de un grupo de personas que posee un objetivo común, implica colaborar y cooperar con todos los miembros, subordinando los intereses personales a los objetivos del grupo.*

*Comentarios:*

*“(...) en realidad ha habido otras situaciones que quizás tampoco han sido tan agradables, pero se han solucionado siempre hablando con la persona que es como el referente más directo y después se habla más como todo el equipo”.*

*“Para solucionar los problemas de los familiares con el médico, me meto en la conversación y trato de mediar entre el doctor y el familiar, no dejar que pase y prever cualquier incidente que pueda ocurrir...”. (detalle del lenguaje, el médico es el doctor)*

*“(...) yo creo que todos pueden aportar un poco, porque es como un cuadrado y uno mira los distintos ángulos y si yo tomo en cuenta la opinión de todos los demás voy a tener una opinión más general y más completa para solucionar el problema...”.*

De lo expuesto se deduce, que la aplicación de la evaluación por competencias fomenta la objetividad por parte del evaluador en la medición del desempeño, lo cual permite que el trabajador mantenga un compromiso y motivación en lo que realiza.

Si bien la evaluación por competencias ayuda a normar, evaluar y certificar con facilidad el desempeño por parte del evaluador, mejora aún más la calidad del trabajo que se entrega, favoreciendo la transparencia en la relación de empleador y trabajador lo que permite optimizar, renovar y perfeccionar las medidas de valoración del quehacer enfermero.

Al realizar un perfil de ingreso por competencias, se espera que favorezca la calidad de desempeño de quien realiza la función, no solo en aspectos específicos del trabajo que realice, sino en el aspecto global de la persona, pudiendo así establecer altos estándares de calidad en forma integral, como lo es también la calidad de la atención que recibe el usuario y familiares de los servicios de salud.

Al desarrollar y aplicar el perfil por competencias en unidades de cuidados intensivos, ya sea de alta, mediana o baja complejidad, permitirá a los supervisores y directivos realizar programas de capacitación con base en competencias, logrando maximizar los conocimientos y capacidades que posee el usuario interno, permitiendo que el proceso de adquisición de competencias sea paulatino, seguro y confiable, logrando finalmente altas pautas o guías de evaluación del desempeño del enfermero/a.

El óptimo logro de las competencias, es decir, los conocimientos, las habilidades, las conductas y la motivación que posee la enfermera/o conducirá a un exitoso desarrollo profesional, mejorando las directrices en la gestión del cuidado, estableciendo nuevas formas de optimizar el desarrollo del equipo de salud a cargo del profesional de enfermería.

El comienzo de la aplicación de competencias en la evaluación del desempeño profesional, dará pie a que este método sea utilizado no solo en forma local circunscrito únicamente a una unidad de cuidados intensivos, sino de forma general u organizativa, siendo la entidad hospitalaria la más favorecida con este método, pudiendo no ser aplicadas únicamente al estamento profesional de enfermería, sino a todos los estamentos del equipo de enfermería y de la entidad hospitalaria, estableciendo así una mejora sustancial en la entrega de cuidados por parte del equipo de salud.

Si bien ya la administración de los recursos humanos implica diferentes etapas, desde inicio a fin con sus respectivas evaluaciones, la aplicación de un modelo basado en competencias favorecerá el establecimiento de nuevas formas de evaluación, pudiendo ser aplicadas en la totalidad del proceso, mejorando la objetividad de la evolución por parte.

Desde un enfoque enfermero y teniendo en cuenta las propuestas de Sanz autor del proyecto Tuning, las competencias se agrupan en dos grandes categorías:

- **Competencias genéricas:** competencias que deben formar parte de todos los perfiles de los miembros de la organización y recogen los valores propios de cada organización. Pereda y Berrocal en su libro realizan un listado de las competencias más comunes que se utilizan para crear los perfiles que todo trabajador debe poseer
- **Competencias específicas:** estas competencias serían las que forman parte de un perfil para desempeñar un puesto de trabajo específico (por ejemplo, las competencias de un enfermero/a en las Urgencias Extrahospitalarias).

En el caso de las competencias genéricas de los profesionales de la salud y concretamente en los profesionales del cuidado la LOPS establece que *“a las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y presentación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades.”*

Así mismo la enfermera/o es el profesional capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios. Es decir, las enfermeras/os son responsables de la realización de su rol profesional desde las perspectivas asistencial, docente, investigadora y gestora en los siguientes términos:

- **Función asistencial:** atención directa en el ámbito sanitario a personas a lo largo de su ciclo vital, en todas las etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.



- **Función docente:** dirigida a futuros profesionales transmitiendo los conocimientos propios y específicos de la enfermería. Además, esta función puede relacionarse con la educación sanitaria a personas, familias y grupos sociales
- **Función gestora:** el personal de enfermería cada vez es tiene un papel más relevante en la gestión hospitalaria, la que precisa una visión más amplia del funcionamiento general de la organización, gestión de personas y de recursos financieros, físicos, materiales, tecnológicos
- **Función investigadora:** la investigación debe ser la esencia de la práctica educativa en enfermería para formar sujetos críticos y creativos en su práctica profesional.

El Libro Blanco de Enfermería de la ANECA. Recoge el perfil de competencias de los profesionales titulados en enfermería, enumeradas a continuación:

- Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera. Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.
- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.
- Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, entre otros.
- Conocimiento y competencias cognitivas. Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos es compatible con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.
- Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte

- emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.
- Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

En el caso de las competencias específicas para un determinado puesto trabajo en una institución específica, éstas constituyen lo que se denomina “perfiles de competencias”, la herramienta, patrón o norma que se utiliza en los procesos de selección de personal, evaluación y desarrollo. Según Arráiz “el perfil de competencias es definido, como el conjunto de competencias necesarias para desempeñar unas funciones específicas en un determinado puesto de trabajo, así como los niveles o grados de cada competencia, en términos de conductas observables.”

Los perfiles de competencias deben cumplir unos requisitos como son:

- 1) Ser concisos, fiables y válidos para predecir el éxito del puesto de trabajo.
- 2) Guardar estrecha vinculación con la estructura, estrategia y cultura de la empresa.
- 3) Describir comportamientos observables.

Por otra parte, dichos perfiles nos permiten:

- a) Establecer las características necesarias para desempeñar un puesto determinado.
- b) Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora de cada profesional
- c) Seleccionar al profesional que mejor se adapte al perfil establecido
- d) Diseñar acciones de formación y desarrollo

Para la utilización de los perfiles de competencias es necesario manejar un Diccionario de Competencias que permita un uso de lenguaje estandarizado para cada competencia concreta. Es decir, cada competencia debe estar definida y que los usuarios entiendan lo mismo al utilizar cada una.

El primer diccionario que se publicó fue realizado por Hay/McBer en 1996 y se divide en 23 competencias que se clasifican a su vez en 4 categorías.

Otro diccionario de competencias y de más reciente publicación, es el Diccionario elaborado por Martha Alles. En este diccionario, cada competencia se estructura en cuatro grados de ejecución, especificando el grado de ejecución que se requiere en determinados puestos: superior, bueno, mínimo e insuficiente, en la tabla, podemos ver un ejemplo. (ver tabla 16).

**Tabla 14. Grado de Comportamientos**

Comportamientos habituales respecto de las propias emociones y reacciones, aun ante la provocación oposición u hostilidad.	GRADO
<p>Se expresa con precisión y calma en todas circunstancias, aun en situaciones difíciles o de confrontación.</p> <p>Es moderado y sensato en todos sus actos, tanto en su vida laboral como personal.</p> <p>Se maneja con seguridad y solvencia. Domina con cautela y decisión, toda situación, por más critica que sea y a pesar de encontrarse bajo altos niveles de presión.</p> <p>Siempre prioriza la imagen y reputación de la organización, independientemente de sus propios intereses y emociones.</p> <p>Tiene una alta resistencia al estrés, que conserva, aunque las circunstancias adversas se mantengan largos periodos de tiempo.</p> <p>Explica problemas complejos, fracasos propios o ajenos, y/o acontecimientos negativos, sin perder la calma, el realismo y el optimismo.</p> <p>No sobredimensiona logros propios o de su equipo y puede evaluar objetivamente su desempeño y el de su grupo.</p> <p>Mantiene alto y constante su nivel de performance, más allá de situaciones o entornos desfavorables, tanto personales como laborales.</p> <p>Su ánimo es estable, aun en situaciones cambiantes, alternativas o adversas</p> <p>Sus reacciones son siempre equilibradas y controladas, aun ante situaciones imprevistas.</p> <p>Tiene una gran capacidad de reflexión que permiten dilucidar fácilmente cual puede ser la mejor alternativa de acción. No pierde esa capacidad, aunque la presión y los tiempos lo apremien.</p>	<p><b>100%</b> <b>A</b></p>
<p>Soporta largas jornadas de trabajo, manteniendo constante su estado de ánimo, su nivel de rendimiento y la calidad de su trabajo.</p> <p>Funciona eficazmente y se maneja con serenidad, aun en contextos conflictivos o no habituales.</p> <p>Opera con facilidad y sin perder la calma aun en situaciones adversas</p>	<p><b>75%</b> <b>B</b></p>

<p>Es moderado y prudente en todos sus actos laborables, tanto en relación con sus tareas como con la gente.</p> <p>Motiva y estimula a su gente a actuar con moderación, sensatez, y prudencia.</p> <p>Prioriza la imagen y reputación de la organización, independientemente de sus propios intereses.</p> <p>Siempre está atento y evita reaccionar impulsiva o negativamente, a fin de no afectar a su equipo trabajo.</p> <p>Resiste adecuadamente situaciones de estrés y presión.</p> <p>Se esfuerza por no generar oposición u hostilidad cuando él o su equipo trabajan en situaciones de estrés.</p> <p>El estrés no disminuye su nivel de rendimiento, aunque afecta a su estado de ánimo.</p> <p>Actúa ante los problemas que se le plantean con moderación y prudencia.</p> <p>Se organiza y esfuerza por cambiar su modo de accionar frente al comentario o sugerencia de un par o un superior.</p> <p>Suele reflexionar acerca de su propia performance a fin de poder establecer mejoras al respecto.</p> <p>Controla adecuadamente las propias emociones en el ámbito laboral, aun cuando atraviesa problemas personales.</p>	
<p>El estrés no disminuye su nivel de rendimiento, aunque afecta a su estado de ánimo.</p> <p>Actúa ante los problemas que se le plantean con moderación y prudencia.</p> <p>Se organiza y se esfuerza por cambiar su modo de actuar frente al comentario o sugerencia de un par o superior.</p> <p>Suele reflexionar acerca de su propia performance a fin de poder establecer mejoras al respecto.</p> <p>Controla adecuadamente las propias emociones en el ámbito laboral, aun cuando atraviere problemas personales</p>	<p><b>50%</b></p> <p><b>C</b></p>
<p>Ante los problemas cotidianos se esfuerza por reaccionar positivamente, evitando roces y oposiciones.</p> <p>Consulta cuando tiene dudas, a fin de actuar de acuerdo con el grado de moderación que se requiere en una situación imprevista.</p> <p>En situaciones conocidas o habituales, actúa con sensatez y prudencia</p> <p>Eventualmente, las situaciones de estrés impactan negativamente sobre su nivel de rendimiento. Se esfuerza por contrarrestarlo pidiendo ayuda a sus superiores o apoyándose en compañeros.</p>	<p><b>25%</b></p> <p><b>D</b></p>

<p>Su ánimo en el ámbito laboral se percibe afectando ante problemas personales, pero se esfuerza por mantener su rendimiento y suele hacer un planteo franco (aunque prudente) de su situación, a fin de crear hostilidad u otras consecuencias negativas.</p>	
<p>Su tolerancia al estrés es prácticamente nula. Las situaciones conflictivas o de alto nivel de presión lo paralizan, impactando enormemente sobre su ánimo y su nivel de rendimiento. Reacciona impulsivamente e intempestivamente ante situaciones imprevistas, sin darse tiempo para reaccionar sobre cuál puede ser su mejor alternativa de acción. Suele sobredimensionar logros propios y grupales. Tiene dificultades para ser realista y objetivo. Siempre prioriza sus intereses y emociones. Sus actos son imprudentes, o faltos de moderación, lo que genera riesgo para la operación del negocio y para su gente. En situaciones difíciles de confrontación, pierde con facilidad el control de la situación y de sí mismo. Analiza y resuelve situaciones con falta de sensatez y reflexión. Traslada linealmente sus problemas personales al ámbito laboral. Su falta de control sobre sus emociones genera oposición u hostilidad. Antepone siempre sus propios intereses y emociones, independientemente que estos puedan afectar negativamente a la imagen o reputación de la organización</p>	<p><b>NO DESARROLLADA.</b></p>

Fuente: (Diccionario de Martha Alles 2021).

Como podemos observar en la (Tabla 10), las letras A y B corresponden a los comportamientos deseables, a una gran capacidad de autocontrol, mientras que las letras C y D indican el nivel mínimo de competencia, es decir, una menor capacidad de autocontrol. Por ejemplo, una enfermera en una unidad de emergencias no precisa en mismo grado de autocontrol en una enfermera en una unidad de hospitalización.

*El Diccionario de competencias es de gran utilidad para poder llevar a cabo las evaluaciones del desempeño realizadas por las y los supervisores de enfermería, en los diferentes niveles de gestión para la evaluación y las acciones de desarrollo orientadas a la persona.*

### **3. Servicios de Emergencia sanitaria extrahospitalaria**

Aun cuando no se trate de una especialidad enfermera, lo describimos porque los enfermeros/as, forman parte importante del equipo multiprofesional que requiere esta actividad sanitaria y por tanto podemos apuntar como específica enfermera la función profesional de los enfermeros/as en esta actividad sanitaria extrahospitalaria.

Estos servicios, como toda actividad sanitaria se nombra como actividad médica, por ser el lenguaje usado normalmente (de uso médico, acto médico etc.) aunque solo pueda realizarse con un equipo multidisciplinar o sea de competencia de otro profesional sanitario.

Interesa incluir esta especialidad enfermera solo “de facto” para tener en cuenta toda la normativa referente a enfermería en el transporte sanitario y en el trabajo en equipo multidisciplinar

Los Servicios de Emergencia Sanitaria Extrahospitalaria, denominados Servicios de Emergencia Médica (SEM), o servicios de urgencia médica (SUM) fueron nombrados así, por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica en la década de los 70 del pasado siglo, donde ya estaban organizados en cuanto a componentes y estructura del equipo multidisciplinar.

En Europa, más concretamente en Francia y Alemania en esta misma década también se desarrollaron los primeros servicios de emergencias. Entre los servicios norteamericanos y los europeos existen diferencias como que en los primeros operaban técnicos en emergencias (TEM) o paramédicos y en los servicios europeos se incorporaron profesionales de la medicina.

Como explican Barroeta y Boada, en Europa se establecen dos categorías para clasificar los SEM, “el grupo anglosajón, que prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario y el modelo continental europeo, con mayor precisión el francés, español y alemán, que pone el foco en facilitar los servicios médicos hospitalarios *“in situ”*”.

En la actualidad, el número de llamada de emergencia europeo es el 112, un número común telefónico para los servicios de emergencias que opera junto con los números de emergencia nacional. El 112 incluye los servicios de emergencias sanitarias, bomberos, policía, tráfico, y alertas meteorológicas.

En España el Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias se ha desarrollado a partir de los años 80-90 del siglo pasado entre el Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Emergencia prestados por Cruz Roja, los facilitados por las unidades de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y algunos otros basados en el voluntariado o dentro del cuerpo de bomberos como en la Comunidad Autónoma de Madrid el SERCAM.

Desde el principio y a lo largo de dos décadas se han producido grandes cambios técnicos y políticos, la presencia activa enfermera en todas las actuaciones y situaciones, ha sido fundamental para el trabajo en el equipo multidisciplinar de la emergencia extrahospitalaria.

*“Las situaciones de emergencia en ocasiones son complejas, no solo en su manera de presentarse, sino también por las medidas que hay que aplicar para su resolución. La intervención extrahospitalaria se establece mediante una serie de pautas estandarizadas, basadas en experiencias amplias y contrastadas, que minimicen la necesidad de decidir ante los problemas que se presenten y permitan dar una respuesta óptima”* Por este motivo se creó el Decálogo Extrahospitalario (figura 6).

**Figura 6.-Decálogo Extrahospitalario. Guía Asistencial 2014.**



Cada situación define una actuación y puede aplicarse en cualquier situación de emergencia extrahospitalaria y permite alcanzar una atención segura y eficiente.

La primera situación es la de alerta, en la que todos los sistemas de emergencia deben estar listos y preparados para una posible actuación. En el momento de la alarma dicho sistema se pone en marcha y se recibe información lo más detalladamente posible para activar los dispositivos necesarios. En la aproximación, la ruta debe ser la más segura, rápida y corta y dar traslado a los profesionales necesarios al caso, aunque siempre con presencia de una unidad sanitaria en la que al menos haya un enfermero/a.

Una vez en el lugar del accidente se realizan el aislamiento y control, se señala y controla el acceso a personas ajenas al incidente para prevenir nuevos accidentes, y se identifica la emergencia.

El triaje que es de competencia enfermera, consiste en la clasificación de pacientes y permite priorizar las actuaciones y determinar el medio de transporte más idóneo, o la actuación más urgente.



Realizado el triaje y si es necesario se procede a un soporte vital básico que reúne una serie de maniobras que hacen posible la supervivencia de un paciente, en el cual forma parte activa el profesional enfermero. A esto le sigue la estabilización, “que es un conjunto de protocolizado de actuaciones dirigidas a conseguir que las funciones ventilatorias y hemodinámicas de un paciente crítico estén aseguradas” durante el traslado.

El transporte se realiza en el medio adecuado y con personal cualificado (enfermero o médico) que pueda proporcionar los cuidados necesarios.

Una vez en el centro hospitalario se realiza la transferencia en la que la atención extrahospitalaria y la hospitalaria se simultanean, se proporciona la información de médica/o a médica/o y de enfermera/o a enfermera/o junto con una breve historia clínica básica, lo que da por finalizada la actuación del servicio de emergencia extrahospitalaria.

#### ***4. Especialidad de Enfermería pediátrica***

La atención a la salud infantil, aunque no en todas partes del mundo, ha experimentado una mejora evidente en las últimas décadas como consecuencia, entre otros factores, de los avances tecnológicos, de la eficacia de los tratamientos de la calidad de los cuidados, de las actividades vinculadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; así como por la mejora de la situación socioeconómica en los países más desarrollados.

Tanto el aumento de la inmigración con diferentes culturas como las circunstancias a las que antes se ha hecho referencia implican un gran reto para los profesionales de la salud en general y para los equipos pediátricos en particular, pues supone atender nuevas demandas en contextos complejos, que requiere de profesionales altamente cualificados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la propuesta “Salud para todos en el siglo XXI” en su marco político de salud para la región europea, marcó un objetivo concreto: iniciar la vida en buena salud y recomendó unas estrategias para su consecución dirigidas al niño, al adolescente, a la familia y a la educación, marcando unas metas para el año 2020 que se tuvieron en cuenta en la elaboración del programa formativo de la especialidad.

La/el enfermero/a especialista en enfermería pediátrica es el profesional indicado para proporcionar cuidados de enfermería especializados durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al niño o adolescente sano o enfermo, así como en su rehabilitación, dentro de un equipo interdisciplinar y multiprofesional.

Es el enfermero/a pediátrico, quien, con una actitud científica responsable, debe ejercer el liderazgo en el ámbito del Cuidado de la salud del niño y del adolescente y planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con la especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y progreso de la especialidad.

Las competencias que conforman el perfil del/la enfermero/a especialista en enfermería pediátrica tienen su inicio en las competencias trabajadas a lo largo de la formación de grado, siendo el ámbito de la especialidad donde el/la enfermero/a interno/a residente (EIR) adquiere su máximo desarrollo y especificidad, de entrada.

#### **4.1. ► Las competencias en enfermería pediátrica**

Al finalizar el programa de formación, el especialista en Enfermería Pediátrica debe ser competente para:

- Establecer una interacción profesional con el recién nacido, el niño, el adolescente y su familia, demostrando habilidades, conocimientos y actitudes para la relación terapéutica y teniendo en cuenta la diversidad cultural y de cualquier otra índole, con la finalidad de identificar áreas de cuidado, contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, favorecer el bienestar y acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida.
- Mantener una comunicación eficaz con el equipo, con otros profesionales, con instituciones y con grupos sociales, así como con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud, utilizando los recursos disponibles, que facilite el intercambio de información y contribuya a una mejora en los cuidados prestados en un clima de colaboración multiprofesional.
- Liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica para hacer la atención más eficiente y adaptada a las necesidades de los recién nacidos, niños, adolescentes y familias.
- Ejercer liderazgo en el equipo de salud y en otros grupos sociales y profesionales, llevando a cabo actividades de coordinación de grupos y el trabajo en equipo.

- Gestionar, liderar y coordinar la actividad asistencial y los Servicios de Enfermería pediátrica, garantizando la mejora continua de la calidad de los cuidados.
- Gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional garantizando el secreto profesional y la calidad de los registros.
- Realizar educación para la salud al niño, al adolescente, a la familia y a la comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidado a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto.
- Desarrollar actividades docentes dirigidas a enfermeros/as, a enfermeros/as especialistas y a otros profesionales de la salud, encaminadas a favorecer el desarrollo de la profesión y mejorar la calidad de la atención a la salud de la población infantil y juvenil.
- Basar su práctica clínica en la mejor evidencia disponible para contribuir a una mejora continua en la calidad de los cuidados prestados en el área de la especialidad.
- Generar conocimiento científico en Enfermería Pediátrica e impulsar líneas de investigación, y difundirlo para mejorar la práctica clínica e incrementar los conocimientos de la especialidad.
- Valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, al niño, al adolescente y a su familia, detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, elaborando juicios clínicos profesionales, planificando las intervenciones y resolviendo de forma autónoma los problemas identificados y/o derivando a otro profesional.
- Gestionar los cuidados de Enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades derivadas de los problemas de salud del recién nacido, el niño o el adolescente, y a la prevención de complicaciones, garantizando una práctica segura y de calidad.
- Prestar cuidados integrales al recién nacido, al niño, al adolescente y a su familia desde una perspectiva ética y legal, con respeto, tolerancia, sin enjuiciamientos, con sensibilidad a la diversidad cultural, y garantizando el derecho a la intimidad, la confidencialidad, la información, la participación, la autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones.
- Detectar y actuar en situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil, siguiendo los protocolos de actuación establecidos para asegurar el bienestar del recién nacido, el niño o el adolescente.

- Valorar la repercusión de la hospitalización y de los procesos de enfermedad que implican una pérdida o un cambio de vida del recién nacido, el niño, el adolescente y su familia, estableciendo una relación terapéutica que facilite su adaptación a la unidad y un afrontamiento adecuado, y favorezca la implicación progresiva en los cuidados.
- Realizar con habilidad, eficacia y eficiencia los diferentes procedimientos, pruebas diagnósticas y tratamientos derivados de los diferentes problemas de salud en el recién nacido, el niño y el adolescente, teniendo en cuenta los distintos niveles de cuidados y asegurando una práctica profesional basada en los principios éticos, legales y de seguridad clínica.
- Planificar los cuidados al alta hospitalaria con los padres/tutores del recién nacido y de forma conjunta con el niño/adolescente y su familia. Elaborar el informe de continuidad de cuidados y garantizar una asistencia profesional adecuada en el domicilio, coordinando la atención necesaria con los profesionales de los diferentes niveles: Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales y dispositivos de acogida o adopción.
- Valorar y prestar cuidados integrales al niño y al adolescente con un proceso quirúrgico, para ayudar en el óptimo restablecimiento de la salud e identificar, intervenir y/o derivar ante las posibles complicaciones.
- Aplicar el uso y administración de medicamentos vinculados a los cuidados de Enfermería Pediátrica, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.
- Valorar al niño y adolescente con un proceso crónico y/o con discapacidad, a su familia y su entorno social, identificando su grado de dependencia, los cuidados que requiere, los recursos y apoyos sociales disponibles, así como los servicios de salud necesarios para cubrir sus necesidades. Resolver los problemas identificados de manera autónoma y/o con el equipo de salud, derivando en caso necesario a otro profesional y asegurando una actuación compartida y coordinada entre Atención Primaria y el hospital.
- Aplicar diferentes estrategias de educación para la salud al niño o adolescente con un proceso crónico y/o con discapacidad, de manera autónoma, teniendo en cuenta el entorno, para promover y/o mantener la autonomía del niño, el adolescente y su familia.
- Gestionar de forma autónoma los cuidados de enfermería al niño con un proceso oncológico que permitan una adecuada adaptación, vivencia y afrontamiento de la enfermedad, del largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y

- específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psicoemocional y social que supone para el niño, el adolescente y su familia.
- Valorar las necesidades que presentan el niño con enfermedad mental y su familia, y planificar y realizar las intervenciones adecuadas a las distintas situaciones de forma autónoma o con otros profesionales, ya sea durante la hospitalización o de forma continuada en los controles de salud de Atención Primaria.
- Realizar y/o colaborar en los procedimientos de cirugía menor más habituales en el ámbito pediátrico y los cuidados relacionados de forma efectiva y segura.
- Gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades del recién nacido, el niño, el adolescente y su familia, y a las complicaciones derivadas de un problema de salud que requiere atención en las Unidades de Urgencias, Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) teniendo en cuenta los estándares de calidad y seguridad clínica.
- Demostrar capacidad de anticipación y actuación ante situaciones que puedan poner en riesgo la vida del recién nacido, el niño y el adolescente en estado crítico, en un entorno complejo con tecnología diagnóstica y terapéutica en constante actualización.
- Proporcionar el apoyo emocional necesario ante el impacto producido por la gravedad de la enfermedad, el ingreso en urgencias, UCIN o UCIP, para disminuir el estrés emocional, facilitar el afrontamiento eficaz de la situación y favorecer la adaptación a la unidad o la vivencia del duelo.
- Trabajar en el equipo multidisciplinar tomando decisiones, actuando en situaciones de urgencia vital del recién nacido, el niño o el adolescente y asumiendo la responsabilidad correspondiente.

#### **4.2. ► *Actividades formativas mínimas necesarias para la superación del programa en el ámbito de la atención primaria pediátrica.***

Llevar a cabo la atención al niño y al adolescente a través de los programas específicos a los cuales, hace referencia el apartado 6.1 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, y de las valoraciones individuales a niños sanos y enfermos que se llevan a cabo en el centro de salud, distinguiendo las curas de enfermería pediátrica que requieren una aplicación inmediata de las que exigen una planificación y gestión en el tiempo, en un contexto de educación a los padres y adolescentes que favorece la autocuidado.

Las mencionadas intervenciones incluirán, al menos, las siguientes actividades específicas que serán cuantificadas por un tutor.

Actividades vinculadas y/o encaminadas a:

- La acogida del recién nacido en el centro de salud.
- La evaluación del vínculo afectivo con la familia del recién nacido y el lactante.
- La formación de los padres en los conocimientos de puericultura destinados a la adquisición de habilidades necesarias para los cuidados del niño.
- La impartición de consejos antitabaco y a los padres para la prevención del fumador pasivo.
- La impartición de consejos sobre lactancia materna. Inicio, técnica de administración y dificultades, así como extracción, conservación y congelación de la leche materna.
- La educación de los padres sobre la correcta preparación y administración de fórmulas adaptadas y de la alimentación complementaria.
- La educación de los padres en las técnicas de masaje infantil.
- El asesoramiento a los padres sobre las técnicas de estimulación precoz infantil.
- El asesoramiento a los padres sobre la importancia del juego en las diferentes etapas de desarrollo, como actividad lúdica y terapéutica.
- El asesoramiento al niño, al adolescente y a su familia sobre la alimentación equilibrada.
- El asesoramiento y la fijación de pautas para que los padres puedan colaborar en las curas que sean necesarias para detectar alteraciones que puedan afectar a los niños y niñas desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- La prevención de accidentes. Promover en los niños y adolescentes hábitos de vida saludables mediante el fomento del autocuidado, la autoestima, la alimentación y la actividad física equilibradas, la seguridad viaria y las relaciones sociales.
- El fomento en la adolescencia de conductas responsables asociadas a la prevención de trastornos alimentarios, consumo de drogas, salud afectivo-sexual, conflictos y violencia.
- La aplicación del calendario vacunal según la situación específica de cada niño, adoptando las pautas necesarias para su corrección y cumplimiento.
- La detección de los signos y síntomas de las alteraciones más frecuentes en los adolescentes, así como de los problemas más habituales en el desarrollo biológico, psicoactivo y social.

- La detección y adopción de medidas vinculadas a situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil, siguiendo los protocolos de actuación establecidos para una máxima efectividad.
- La gestión de curas de enfermería al niño con un proceso crónico.
- La realización de visitas domiciliarias al recién nacido para su valoración inicial, así como para realizar los análisis de su situación en el ámbito familiar.
- La utilización de los protocolos y las guías clínicas vigentes para cribar la patología y saber valorar su efectividad y repercusión en la prestación de las curas.
- La realización de intervenciones grupales planificadas relacionadas con conductas de riesgo de los adolescentes: trastornos afectivo-sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, o los vinculados al consumo de drogas, así como actividades relacionadas con la prevención del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, el maltrato, la violencia, etc.
- La colaboración en el diseño, el desarrollo y la ejecución de programas de intervención relacionados con la salud infantil y de la adolescencia.
- La utilización y visita de los dispositivos de ayuda disponibles, ante la sospecha de conductas de riesgo, maltratos y abusos sexuales (en centros de acogida, de protección de menores, en centros escolares, etc.).
- La participación activa en las sesiones clínicas y en las reuniones de trabajo del centro de salud, realizando presentaciones orales sobre temas relevantes propuestos por el tutor que impliquen búsqueda y selección de información, manejo de bases de datos, lectura crítica de textos, etc.
- Participar en la elaboración de un proyecto de investigación sobre un área específica con la orientación del tutor en Enfermería Pediátrica, que tenga un diseño metodológico adecuado al problema de estudio y utilice los diferentes instrumentos de la investigación cualitativa y/o cuantitativa, y hacer una presentación. Escribir, con la orientación del tutor, como mínimo un trabajo científico propio de la especialidad con vistas a su posible divulgación.

#### **4.3. ► Organización del programa formativo**

La adquisición de la competencia en materia de enfermería pediátrica, comienza con actividades mínimas y atención continuada. La formación clínica del EIR en Pediatría, se desarrolla en atención primaria (AP) y en atención especializada (AE) siguiendo la siguiente distribución en las rotaciones:

AP: siete meses; Urgencias Pediátricas: dos meses; Unidades de Pediatría (descritas en el apartado) cinco meses; unidad neonatal dos meses; unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) tres meses; y unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) tres meses.

La mencionada distribución del periodo formativo entre los dos niveles de atención se entiende sin perjuicio de que durante los dos periodos la/el residente pueda llevar a cabo actividades tales como seminarios, aprendizaje basado en problemas, búsquedas bibliográficas, diseños de programas educativos y de proyectos de investigación, etc., que a criterio del tutor, sean imprescindibles para que el/la enfermero/a residente adquiera la totalidad de las competencias a las que se refiere el apartado 5 del Real Decreto.

#### **4.4. ► Formación en el ámbito de la Atención Primaria pediátrica**

La formación se llevará a cabo en el centro de salud, escuelas infantiles, centros de educación primaria, secundaria y especial en la comunidad, así como en cualquier ámbito donde se encuentren los niños y adolescentes objeto de atención, a través de programas establecidos en cada comunidad autónoma, en las actividades de la cual participará e/la residente bajo la orientación del tutor.

Se requerirá la participación del EIR en programas que incluyan, al menos, los siguientes aspectos: atención al niño sano, atención al niño/adolescente con enfermedad crónica, atención al niño y adolescente con patología aguda, salud escolar y atención al adolescente.

A través de los controles de salud, se pretende promover el crecimiento y desarrollo óptimos del niño en las áreas biológica, psíquica y social, mediante actividades preventivas, detección precoz de problemas y anomalías, y educación sanitaria.

La adecuada atención a la salud del niño requiere el desarrollo de una serie de actividades, entre las que podemos destacar la divulgación del programa y la captación, los controles de salud infantil, las inmunizaciones y la educación para la salud individual, grupal y comunitaria.

Los enfermeros/as pediátricos se encargan de proporcionar atención sanitaria a bebés, niños y adolescentes hasta los 16 años de edad. Aplican su conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los niños. Pueden trabajar con los



pacientes que tienen una enfermedad o lesión de duración variable, o con niños que tienen discapacidades. Los enfermeros pediátricos también trabajan en estrecha colaboración con las familias y cuidadores de los niños.

#### **4.5. ► Actividades laborales**

La actividad laboral de los enfermeros/as pediátricos no difiere en lo fundamental de cualquier actividad enfermera adaptada a las singularidades del paciente

Los enfermeros/as pediátricos deben establecer un plan de atención y poner en práctica los cuidados de enfermería en sus pacientes, su función no es diferente que la de los enfermeros en adultos, pero tiene algunas características a tener en cuenta, por ejemplo, dado que los niños todavía están creciendo, los enfermeros/as tienen que tener en cuenta el impacto de su enfermedad o lesión en su desarrollo.

Además, un niño puede ser menos capaz de explicar cuáles son sus síntomas, por lo que los enfermeros pediátricos tienen que recoger más información a partir de señales no verbales.

Los enfermeros pediátricos no solo deben tratar el estado físico del niño o adolescente, sino también reducir la ansiedad y la confusión que puedan sentir cuando están enfermos o deben adaptarse a un entorno inusual para ellos.

Su ámbito de actuación es muy variado, trabajan en muchos lugares diferentes, incluyendo salas pediátricas de los hospitales generales, hospitales especializados, centros de día y clínicas pediátricas de salud. Algunos enfermeros pediátricos también visitan a los niños en sus propios hogares para tratarlos.

Independientemente de dónde trabajen, los enfermeros pediátricos forman parte de un equipo multidisciplinario, que puede incluir otros enfermeros, auxiliares sanitarios, médicos, fisioterapeutas y muchos otros, también suelen estar en contacto con trabajadores sociales y psicólogos educativos. Por lo cual deben adquirir las competencias propias para el desarrollo de su especialidad.

Después de trabajar con el equipo sanitario para crear un plan de cuidados, los enfermeros pediátricos deben usar sus conocimientos y habilidades técnicas y competenciales para poder desarrollar una relación estrecha y de confianza con el niño, que les permite evaluar la eficacia del plan de atención.

Las tareas de aplicación práctica de enfermería pediátrica son:

- Chequeo de la temperatura del niño.
- Administración de medicamentos e inyecciones.
- Cura de las heridas y cambio de vendajes.
- Control de soporte vital en unidad infantil de cuidados intensivos

Los enfermeros pediátricos deben involucrar a la familia del niño en el cuidado y mantenerles informados sobre la evolución de su hijo. También trabajan en estrecha colaboración con los cuidadores del niño, es decir, en la formación de los padres o cuidadores para que aprendan a aplicar el tratamiento ellos mismos, y para que puedan continuar con el tratamiento cuando el niño vuelve a casa.

Entre las competencias del profesional enfermero pediátrico podemos nombrar:

Capacidad de observación y capacidad de anticiparse a las necesidades de los niños, ya que no siempre son capaces de expresar lo que quieren, o cuándo sienten dolor.

Habilidades de comunicación para tranquilizar, animar y explicar las cosas con claridad.

Ser capaz de establecer una relación cercana y de confianza con los niños y sus familias o cuidadores.

Interés en el desarrollo de los niños y en las enfermedades que pueden afectarles.

Mantenerse al día con los nuevos procedimientos y tratamientos.

Habilidades de trabajo en equipo, para preparar y coordinar los planes de atención de enfermería junto con el resto del personal médico.

El profesional de enfermería que desempeñe su trabajo en el área pediátrica debe:

- Ser afectuoso.
- Mostrarse amable.
- Saber tomar decisiones.
- Aptitud para la escucha activa
- Ser competente para gestionar situaciones angustiantes.
- Ser competente para trabajar en equipo.
- Ser competente para calmar y tranquilizar a los niños.
- Preocuparse por estar al día de los procedimientos y tratamientos.
- Saber respetar a personas de todos los orígenes.
- Tener capacidad de seguir procedimientos establecidos.
- de trabajar bajo presión.

- Ser competente en el uso de equipamiento sanitario.
- Saber desviar a pacientes a otros especialistas en caso necesario.
- Ser competente para dirigir un consultorio.
- Ser competente para elaborar planes de asistencia sanitaria.
- Estar en forma física y síquicamente
- Ser competente para enseñar a estudiantes de enfermería.
- Tener habilidad numérica.
- Poseer habilidades de comunicación.
- Poseer habilidades prácticas.
- Conocer todas las técnicas inyectivas
- Tomar muestras y constantes vitales
- Saber monitorizar a pacientes
- Supervisar equipamiento sanitario.
- Ser experto en cirugía menor
- Llevar registros con precisión.
- Ser observador/a.
- Ser paciente.
- Realizar investigación
- Ser sensible.
- Ser tolerante.
- Ser competente para indicar a familiares y cuidadores del niño a seguir los cuidados o el tratamiento en casa.

#### **4.6. ► El traslado neonatal**

Es interesante mostrar en que consiste el traslado neonatal porque al tratarse de un traslado tan peculiar y de circunstancias complejas y/o vitales, está muy normado y pueden aplicarse a cualquiera de los demás traslados que impliquen a los profesionales enfermeros.

Las primeras horas de vida de un recién nacido enfermo o prematuro son cruciales para su pronóstico y, por lo tanto, el parto debería acontecer en un centro preparado para ese grado de complejidad. Cuando no se cumple esta condición, el recién nacido debe ser trasladado de un modo óptimo y seguro al centro que pueda ofrecerle los cuidados necesarios.

La formación, la dotación, la organización y la coordinación del equipo de transporte neonatal son indispensables para garantizar un traslado en condiciones. Siendo conscientes del interés y los avances que en la actualidad se están produciendo en esta área de la pediatría, la Comisión de Estándares y la Comisión de Transporte Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología un documento que se ha revisado y detallado de forma exhaustiva tanto la dotación de recursos humanos y materiales necesarios como las bases de la estabilización clínica en transporte para llevar a cabo el traslado neonatal de forma segura y proporcionada a las necesidades del recién nacido crítico.

El profesional de enfermería tiene el deber (competencia) de vigilar el traslado neonatal en todo momento asegurando que el proceso se realice con el mayor de los éxitos.

El objetivo del documento es definir los estándares necesarios, tanto a nivel de recursos humanos como materiales, para la organización y gestión del traslado del RN crítico de un modo óptimo y seguro, de donde reflejamos lo que nos parece en consonancia con el tema que nos ocupa.

#### **4.7. ► Organización de un sistema de transporte neonatal**

Para que el transporte neonatal (TN) cumpla con los objetivos de eficacia, eficiencia y calidad asistencial es fundamental organizar el modelo de transporte teniendo en cuenta las necesidades de cada comunidad autónoma, con relación al número de traslados de RN críticos y la complejidad de las unidades de neonatología según niveles de asistencia

##### **4.7.1. ► Coordinación y comunicación**

Al igual que en cualquier tipo de traslado de urgencia o emergencia, son clave para el buen funcionamiento del sistema del TN, los centros de coordinación de urgencias sanitarias, que deben desempeñar un papel central, gestionando las demandas del hospital de emergencias y el proceso de traslado hacia el hospital de referencia mediante los siguientes cometidos:

- Coordinar la actuación sanitaria según el grado de urgencia.
- Disponer de información sobre la capacidad asistencial y cartera de servicios de cada centro.
- Recabar y transferir la información médica del paciente.
- Establecer protocolos para la categorización del RN crítico.
- Establecer circuitos de TN acordes con dicha categorización.

- Garantizar la disponibilidad de camas en el HR.
- Regular, gestionar y optimizar recursos humanos y materiales.
- Favorecer un flujo de comunicación entre los agentes implicados en el TN con el objetivo de reducir tiempos de traslado.

#### **4.7.2.      ► Tipos de traslado neonatal**

La indicación principal del TN se origina por la imposibilidad para atender la enfermedad de ciertos RN en el HE según la complejidad y los requerimientos diagnósticos o terapéuticos del paciente, como, por ejemplo, la necesidad de cirugía, la ventilación de alta frecuencia o la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Por lo tanto, existen diferentes formas de TN en función de la eventualidad del traslado.

Traslado intrauterino: cuando se traslada una gestante de una maternidad a otra de mayor complejidad, donde se puedan ofrecer la atención y los cuidados definitivos a la madre o al RN por existir compromiso clínico de uno, de los dos o en ambos.

El diagnóstico prenatal y una correcta planificación del nacimiento en el centro adecuado hacen que sea posible el traslado perinatal en las mejores condiciones. El traslado intrauterino es el transporte de elección para la madre y el RN siempre que sea posible y ha demostrado reducir la morbilidad perinatal con respecto al TN posnatal.

Se deben tener en cuenta para decidir el momento del traslado factores como el riesgo de parto inminente, los antecedentes obstétricos, las complicaciones durante el traslado, la correcta planificación del nacimiento en un centro con el nivel asistencial adecuado a las circunstancias, la distancia entre hospitales y la disponibilidad de camas en el hospital de referencia.

ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea; RN: recién nacido; VAF: ventilación de alta frecuencia.

Indicaciones y contraindicaciones principales del traslado intrauterino a un centro de tercer nivel asistencial.

<b>Indicaciones</b>	<b>Contraindicaciones</b>
Amenaza de parto prematuro en gestaciones < 32 semanas con o sin rotura prematura de membranas	Desprendimiento de placenta
Parto múltiple < 34 semanas	Sangrado abundante
RCIU grave < 34 semanas	Parto inminente
Malformaciones congénitas que obligan a un tratamiento inmediato	Inestabilidad clínica o necesidad de cuidados intensivos maternos asumibles en el hospital emisor
Incompatibilidad sanguínea grave	Sospecha de pérdida del bienestar fetal
Hidropesía fetal	Procidencia de cordón o extremidades
Polihidramnios u oligoamnios grave	
Preeclampsia grave o síndrome de HELLP	
Diagnóstico prenatal de enfermedad metabólica que necesite control inmediato	
Enfermedad materna grave o complicaciones del embarazo (patología cardíaca, diabetes insulino dependiente, infecciones)	

Fuente: (Blog del profesional 2021).

Traslado neonatal: El TN óptimo depende de una clasificación adecuada de las Unidades Neonatales por niveles asistenciales y la regionalización de los sistemas sanitarios. De este modo, queda definido el papel emisor o receptor de cada centro con base en sus capacidades asistenciales

Es de vital importancia que dicho traslado sea organizado, planificado y ejecutado por personal capacitado y dotado de los recursos adecuados. La tecnología y los conocimientos actuales hacen que cada vez más tratamientos urgentes como el óxido nítrico, la hipotermia o incluso la ECMO se apliquen durante el transporte. Las principales indicaciones de TN se detallan en la tabla.

### **Indicaciones principales de traslado neonatal**

Prematuridad o bajo peso al nacimiento
Apneas o bradicardias frecuentes
Malformaciones congénitas, sobre todo las que comprometen la estabilidad del RN (hernia diafragmática, atresia de esófago, malformaciones de vía aérea)
Distrés respiratorio moderado-grave que no pueda ser atendido en hospital emisor
Hipertensión pulmonar grave
Cardiopatías congénitas
Problemas cardiocirculatorios (paro cardiorrespiratorio, arritmias, insuficiencia cardíaca)
Problemas neurológicos (asfixia perinatal moderada-grave, encefalopatía hipóxico-isquémica moderada-grave, convulsiones neonatales)
Trastornos metabólicos (hipoglucemia persistente, acidosis metabólica grave, trastornos hidroelectrolíticos, hidropesía fetal, deshidratación con afectación hemodinámica, insuficiencia renal)
Enfermedades infecciosas (shock séptico, meningitis o encefalitis)
Trastornos gastrointestinales (obstrucción intestinal, enterocolitis necrosante, abdomen agudo)
Trastornos hematológicos (trombocitopenia, enfermedad hemolítica, anemia neonatal aguda)
Patología quirúrgica neonatal
Cualquier proceso patológico que precise cuidados intensivos o tratamientos complejos no disponibles en el centro emisor (diálisis peritoneal, drenaje ventricular, torácico o abdominal, ECMO, pericardiocentesis, exanguinotransfusión total o parcial, hemodiafiltración endovenosa, VAFO)
Evolución tórpida de alguna enfermedad neonatal
Ausencia de camas en el hospital emisor.

Fuente: (Blog de profesionales 2021).

Traslado de retorno: desde el centro donde prestaron los cuidados intensivos al HE o al centro más cercano al domicilio de la familia, una vez resuelta la enfermedad que motivó el traslado o nacimiento en el HR. Permite optimizar la disponibilidad de camas en diferentes áreas sanitarias, reagrupar familias para que se encuentren más cerca de sus hijos hospitalizados, favorecer la relación interpersonal entre profesionales y reducir el coste sanitario.

#### **4.7.3. ► La familia y el traslado**

El traslado de cualquier paciente, pero de un paciente altamente vulnerable como es el RN crítico, supone para la familia una experiencia negativa y estresante que puede interferir en la instauración del vínculo además de dificultar la participación de los padres en los cuidados iniciales del RN. Con el objeto de minimizar estos efectos negativos, los enfermeros/as pediátricos deben informar a los padres sobre todos los aspectos relacionados con el traslado de su hijo y de acuerdo con los estándares europeos, al menos uno de los padres debería poder acompañar a su hijo durante el traslado. Además, es importante la identificación adecuada del paciente antes de proceder al traslado de éste.

#### **4.7.4. ► Recursos humanos y competencias del equipo de transporte neonatal**

El equipo multidisciplinar del TN idóneo mínimo, lo constituyen un pediatra neonatólogo, enfermero/a especializado/a en pediatría y un técnico en emergencias sanitarias (TES-conductor o piloto). Todo el equipo debe estar familiarizado con la patología neonatal más frecuente, recibir formación en transporte y en soporte vital básico y avanzado (neonatal y pediátrico) y reforzar la capacidad de trabajo en equipo y liderazgo. El dominio de las competencias por estos profesionales del transporte facilitará un resultado óptimo del mismo. Estas competencias implican:

- Conocimientos teóricos y habilidades clínicas.
- Habilidades técnicas.
- Comunicación y habilidades interpersonales.
- Competencias relacionadas con el medio de transporte

#### **4.7.5. Formación continuada.**

Resulta fundamental la formación continuada a todo el equipo multidisciplinar que interviene en el transporte, de manera individual y en actividades de team building, para una óptima intervención.



**Tabla 15. Recursos Humanos y competencias en transporte neonatal**

	Médico/pediatra	Profesional enfermero/a pediátrico	Técnico en Emergencias Sanitarias
<b>Conocimientos teóricos y habilidades clínicas</b>	Conocer las bases y los componentes esenciales del trabajo en equipo. Conocer las fases del transporte neonatal y sus particularidades. Conocer el material electro sanitario disponible, su montaje y su utilización. Determinar y analizar indicadores de calidad para mejorar y asegurar un sistema de traslado de calidad.		
	<p>Fisiopatología neonatal y conocer específicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escalas de gravedad (Apgar, Silverman, Sarnat, etc.) y constantes fisiológicas según edad gestacional</li> <li>• Signos clínicos de deterioro respiratorio, hemodinámico y neurológico.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes en período neonatal incluyendo las del prematuro.</li> <li>• Escalas de valoración del dolor, sedo analgesia farmacológica y no farmacológica</li> <li>• Bases de los cuidados centrados en el desarrollo</li> </ul>	<p>Patologías básicas neonatales.</p> <p>Técnicas de conducción en condiciones adversas.</p> <p>Maniobras de RCP básica neonatal.</p> <p>Identificación de material y medicación de SVA.</p> <p>Operaciones de mantenimiento de equipamiento y vehículo.</p> <p>Previsión de la autonomía de gases medicinales.</p> <p>Comunicación entre zona de intervención y CCEM.</p>	
<b>Habilidades técnicas</b>	<p>Monitorización respiratoria (pulsioximetría, capnografía y EAB) y hemodinámica (FC, FR, ECG, PANI, PAI, PVC, SpO<sub>2</sub> preductal y post ductal, IO).</p> <p>Métodos de control de temperatura corporal.</p> <p>Criterios de inclusión y realización de hipotermia terapéutica</p> <p>Con relación al material específico de traslado, tener conocimiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de incubadoras, respiradores, monitores, bombas de infusión y sistemas de retención infantil (arnés, reductor).</li> <li>• Complicaciones más graves y frecuentes que pueden suceder en el traslado (extubación, pérdida de acceso vascular, PCR)</li> </ul> <p>Ejecución de transferencias entre los distintos vehículos sanitarios y el medio hospitalario.</p> <p>Controlar y reponer las existencias del material para asegurar su disponibilidad.</p>		

	<p>1. Respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estabilización VA: intubación (incluidos grandes prematuros), abordaje VA difícil (mascarilla laríngea)- VMI/VAF neonatal y VMNI e interfaces</li> <li>- Utilización de ONi en respiradores.</li> <li>- Toracocentesis y colocación de drenaje pleural</li> <li>- Técnicas de administración de surfactante</li> </ul> <p>2. Hemodinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalización acceso vascular: umbilical (venoso o arterial), central (femoral, yugular), arterial, intraóseo</li> <li>- Pericardiocentesis urgente</li> <li>- Diagnóstico y tratamiento de arritmias en pediatría</li> </ul> <p>3. Ecografía Point of Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso del ecógrafo para inserción de vías, valorar pulmón, corazón y cerebro</li> </ul>	<p>1. Respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soporte para intubación, administración de surfactante, manejo VMNI e interfaces, VMI o VAF</li> <li>- Funcionamiento del ONi en respiradores- Soporte en inserción y mantenimiento del drenaje pleural y sistemas de aspiración</li> </ul> <p>2. Hemodinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalización acceso vascular: venoso periférico, venoso umbilical, venoso central de acceso periférico, arterial, intraóseo.</li> <li>- Soporte para la canalización vascular central.</li> <li>- Interpretación de arritmias en pediatría.</li> <li>- Manejo en dilución de fármacos, compatibilidades y uso de bombas de infusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuar la conducción a las condiciones del paciente-</li> <li>Aplicar técnicas de SVB</li> <li>- Ayudar al personal médico y de enfermería en la prestación del SVA</li> <li>- Verificar el funcionamiento básico de los equipos médicos y medios auxiliares del vehículo sanitario</li> <li>- Montaje y preparación de los aparatos de electromedicina (ventilador, ONi, monitorización, bombas de infusión, etc.)</li> <li>- Mantener el vehículo y su equipamiento en condiciones operativas.</li> </ul>
--	--	--	---

<b>Comunicación y habilidades interpersonales</b>	<p>Saber coordinar entre profesionales situaciones de estrés: toma de decisiones.</p> <p>Comunicación fluida y colaborativa entre HE, HR, CCEM y equipo de transporte</p> <p>Trabajar eficazmente en equipo: distribución de tareas, comunicación constante</p> <p>Saber gestionar incidencias NO médicas en transporte</p> <p>Proporcionar cuidados centrados en la familia: comunicación adecuada, explicando situación y procedimientos a realizar. Facilitar acompañamiento padres-RN</p> <p>Documentar las actuaciones durante el traslado (documentación de traslado) y facilitar la transferencia de información entre HE y HR (transferencia verbal y física).</p>	
<b>Competencias relacionadas con el medio de transporte</b>	<p>Detectar «patologías dependientes del tiempo»:</p> <p>valorar adecuadamente el «tiempo» como recurso necesario para la estabilización y traslado del paciente, en función de la patología, el tratamiento y las condiciones de traslado. Ser capaz de trabajar en ambientes pequeños, ruidosos y con recursos limitados. Anticipar y prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidentes y complicaciones derivadas de la movilización del paciente</li> <li>• Eventos adversos más habituales en VA, ventilación y soporte circulatorio durante un traslado (fijación TET, drenajes, vías, etc.)</li> <li>• Complicaciones relacionadas con el equipamiento: respiradores, bombas de perfusión, monitores, incubadoras, entre otros.</li> </ul> <p>Conocer los efectos del transporte sobre el estado del paciente (aceleraciones y deceleraciones, efecto de la altitud sobre la expansión del aire y la oxigenación)</p> <p>Establecer prioridades y realizar procedimientos de manera oportuna para garantizar la seguridad del paciente y equipo de transporte. Conocer las medidas de seguridad en vehículos de transporte (terrestres o aéreos), en vía pública, aeropuertos, helipuertos y helisuperficies.</p>	
<b>Formación</b>	<p>Actividad formativa o rotación por unidad de transporte y UCIN. Reciclaje periódico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCP avanzada neonatal</li> <li>• VMI y VMNI en transporte</li> <li>• Seguridad en transporte sanitario</li> </ul> <p>Formación continua con técnicas de simulación de alta fidelidad y gestión de crisis en transporte (CRM).</p>	<p>Aprendizaje específico y formación continuada en neonatología y transporte neonatal</p> <p>Reciclaje periódico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCP básica neonatal</li> <li>• Seguridad en transporte sanitario</li> </ul> <p>Formación continua con técnicas de simulación de alta fidelidad y gestión de crisis en transporte (CRM).</p>

Fuente: (Blog de profesionales 2021).

CCEM: Centro de Coordinación de Emergencias Médicas; CRM: Crew Resource Management-gestión de crisis en transporte; EAB: equilibrio ácido base; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; HE: hospital emisor; HR: hospital receptor; IO: índice de oxigenación; ONi: óxido nítrico inhalado; PAI: presión arterial invasiva; PANI: presión arterial no invasiva; PCR: parada cardiorrespiratoria; PVC: presión venosa central; RCP: reanimación cardiopulmonar; RN: recién nacido; SpO2: saturación de oxígeno; SVA: soporte vital avanzado; SVB: soporte vital básico; T.<sup>a</sup>: temperatura; TES: técnico en emergencias sanitarias; TET: tubo endotraqueal; UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; VA: vía aérea; VAF: ventilación de alta frecuencia; VMI: ventilación mecánica invasiva; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.

### 1. Profesionales sanitarios, médicos y enfermeros

Es importante la vinculación con estas unidades para mantener las competencias clínicas y técnicas necesarias para llevar a cabo el TN. En transporte sanitario, las decisiones asistenciales son en último término, responsabilidad del médico, sin detrimento de las tareas inherentes al enfermero/a.

Las tareas deben estar definidas, aunque en momentos críticos algunas de ellas pueden ser realizadas por cualquiera, médico/a enfermero/a, competente.

### 2. Técnico en emergencias sanitarias

Sus funciones van más allá de la mera conducción del vehículo y comprenden una serie de tareas que forman parte del trabajo en equipo. Es uno de los principales responsables de la seguridad del paciente y del resto de ocupantes del vehículo (equipo de transporte y familiares) y del mantenimiento de la unidad y de su equipamiento. Debe adaptar su conducción a las características del paciente para que los efectos de la conducción alteren lo menos posible su estado. La participación del TES en actividades asistenciales y docentes permite plantear un escenario de futuro que contemple la especialización, abogando por la figura del Técnico de Emergencias Pediátricas.

Como en cualquier transporte sanitario, sus acciones deben realizarse, favorecer las decisiones del médico y/o del enfermero/a

### 3. Recursos materiales destinados al transporte neonatal

Tanto en el traslado de urgencia como en el planificado, el vehículo y el equipamiento deben cubrir las necesidades asistenciales como unidad móvil de cuidados intensivos para la transferencia efectiva de neonatos de diferente madurez y nivel de atención y cuidados. Debe garantizarse la intercambiabilidad en diferentes escenarios y la interoperabilidad entre distintos vehículos.

Para cualquier tipo de traslado de emergencia, el equipamiento debe reunir iguales requisitos y de su dotación, uso y conservación tendrán responsabilidad compartida todo el equipo multidisciplinar, en mayor medida el técnico en emergencias. Los recursos materiales aconsejados para el TN se resumen en la tabla 16.

**Tabla 16. Dispositivos y material para el traslado neonatal**

- Incubadora de transporte con un habitáculo para el RN, con sistema de retención homologado y secciones transparentes que permitan su observación y proporcionen un entorno seguro, protegido y termo controlado. Debe permitir la intervención médica durante el trayecto. Debe cumplir las recomendaciones respecto a seguridad básica y funcionamiento esencial incluidas en la norma UNE-EN 60601-2-20:2010, versión corregida en 2018.
- Monitorización multiparamétrica, que incluya al menos: FC, FR, ECG, PANI, PAI, PVC, SpO<sub>2</sub> y T.<sup>a</sup>. Analizador de sangre portátil y glucómetro. Son deseables la monitorización puntual de la EtCO<sub>2</sub> (comprobación TET tras intubación y en RCP) y la PtCO<sub>2</sub>. Preferiblemente, las alarmas deberán ser visuales, mejor que sonoras.
- Sistemas de canalización de vías y de infusión, así como medicaciones y fluidos necesarios. Equipos de infusión volumétrica y perfusiones.
- Refrigerador para fármacos.
- Material para nutrición enteral. Sistema almacenador de leche materna.
- Material para el manejo de la vía aérea. Bolsa autoinflable neonatal provista de válvula de PEEP. Sistema de aspiración portátil. Ventilador de transporte con modo controlado y asistido. Humidificador. Soporte ventilatorio no invasivo. Deseable, ventilación de alta frecuencia y oxigenoterapia de alto flujo.
- Suministro de oxígeno, aire medicinal y ONi portátiles, con conexión rápida, suficiente para duplicar la transferencia más larga anticipada.
- Material para la RCP, desfibrilador.
- Sistema de sondaje vesical y recolección de orina.
- Sistema de hipotermia activa servocontrolada.
- Deseable, ecógrafo portátil.
- Sistema de carga y descarga de incubadora sin levantamiento.
- Luz para diagnóstico.
- Asientos para al menos 3 profesionales/familia. Espacio de al menos 450mm entre los asientos y la incubadora, que permite acceder al RN fácilmente. Debe existir un sistema de retención certificado para asegurar al paciente y al personal.
- Suministro de energía seguro para que el equipamiento médico pueda alimentarse desde el vehículo sin usar la batería de la incubadora. El sistema eléctrico debe estar diseñado para impedir que el vehículo consuma energía eléctrica de la incubadora de transporte o de su equipo de interfaz.
- Sistemas de comunicación entre el equipo sanitario y los conductores y entre el equipo sanitario y la unidad de base.

Fuente: (Blog del profesional 2021).

ECG: electrocardiograma; EtCO<sub>2</sub>: capnografía; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; ONi: óxido nítrico inhalado; PAI: presión arterial invasiva; PANI: presión arterial no invasiva; PEEP: presión espiratoria al final de la espiración; PtCO<sub>2</sub>: presión transcutánea de dióxido de carbono; RCP: reanimación cardiopulmonar; RN: recién nacido; SpO<sub>2</sub>: saturación de oxígeno; T. <sup>a</sup>: temperatura; TET: tubo endotraqueal.

#### **4.7.6. Vehículos de transporte:**

Vehículo para el transporte terrestre: se recomienda disponer de un vehículo específico dedicado al TN con protocolos propios de mantenimiento y limpieza.

Vehículo para el transporte aéreo: se entiende como ambulancia aérea la aeronave diseñada, equipada y prevista para el transporte de un paciente que puede requerir tratamiento médico durante el mismo, como, por ejemplo, los aviones ambulancia y helicópteros sanitarios

Es preceptivo valorar el transporte aéreo en función de la urgencia (concepto de enfermedad dependiente del tiempo) y las distancias o tiempos de traslado. Cuando la isócrona (tiempo que se tarda en llegar desde un punto determinado a un centro sanitario) es superior a 1 h o las distancias son superiores a 150km, el medio de transporte recomendado es el helicóptero y para trayectos más largos, el avión, considerando los recursos disponibles y la experiencia del equipo de traslado<sup>18</sup>. Este sistema implica mayor especialización del personal y está sujeto a limitaciones geográficas, climáticas y las relacionadas con el vuelo nocturno, no homogeneizado en todo el país.

Los dispositivos y productos sanitarios deben funcionar con seguridad en las condiciones ambientales de temperatura y humedad, vibración y golpes causados por el movimiento de las ambulancias aéreas, presiones atmosféricas variables e interferencias electromagnéticas definidas en las normas UNE EN 13718-1:2014 y EN 13718-2:2015<sup>19,20</sup>.

**Tabla 17. Recursos humanos y competencias en transporte neonatal**

	<i>Médico/pediatra</i>	<i>Profesional enfermero/a pediátrico</i>	<i>Técnico en Emergencias Sanitarias</i>
<b>Conocimientos teóricos y habilidades clínicas</b>	<p>Conocer las bases y los componentes esenciales del trabajo en equipo. Conocer las fases del transporte neonatal y sus particularidades. Conocer el material electro sanitario disponible, su montaje y su utilización. Determinar y analizar indicadores de calidad para mejorar y asegurar un sistema de traslado de calidad.</p>		
	<p>Fisiopatología neonatal y conocer específicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escalas de gravedad (Apgar, Silverman, Sarnat, etc.) y constantes fisiológicas según edad gestacional</li> <li>• Signos clínicos de deterioro respiratorio, hemodinámico y neurológico.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes en período neonatal incluyendo las del prematuro.</li> <li>• Escalas de valoración del dolor, sedo analgesia farmacológica y no farmacológica</li> <li>• Bases de los cuidados centrados en el desarrollo</li> </ul>	<p>Patologías básicas neonatales.</p> <p>Técnicas de conducción en condiciones adversas.</p> <p>Maniobras de RCP básica neonatal.</p> <p>Identificación de material y medicación de SVA. Operaciones de mantenimiento de equipamiento y vehículo.</p> <p>Previsión de la autonomía de gases medicinales.</p> <p>Comunicación entre zona de intervención y CCEM.</p>	
<b>Habilidades técnicas</b>	<p>Monitorización respiratoria (pulsioximetría, capnografía y EAB) y hemodinámica (FC, FR, ECG, PANI, PAI, PVC, SpO2 preductal y post ductal, IO).</p> <p>Métodos de control de temperatura corporal.</p> <p>Criterios de inclusión y realización de hipotermia terapéutica</p> <p>Con relación al material específico de traslado, tener conocimiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de incubadoras, respiradores, monitores, bombas de infusión y sistemas de retención infantil (arnés, reductor).</li> <li>• Complicaciones más graves y frecuentes que pueden suceder en el traslado (extubación, pérdida de acceso vascular, PCR)</li> </ul> <p>Ejecución de transferencias entre los distintos vehículos sanitarios y el medio hospitalario.</p> <p>Controlar y reponer las existencias del material para asegurar su disponibilidad.</p>		
	<p>1. Respiratorias:</p> <p>-Estabilización VA: intubación (incluidos grandes prematuros),</p>	<p>1. Respiratorias:</p> <p>- Soporte para intubación, administración de surfactante,</p>	<p>- Adecuar la conducción a las condiciones del paciente- Aplicar técnicas de SVB</p>

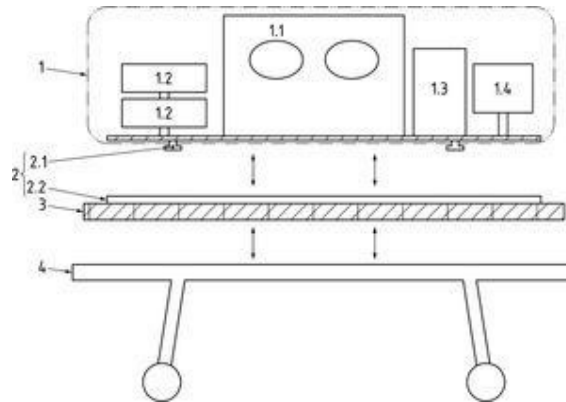
	<p>abordaje VA difícil (mascarilla laríngea)- VMI/VAF neonatal y VMNI e interfaces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización de ONi en respiradores.</li> <li>- Toracocentesis y colocación de drenaje pleural</li> <li>- Técnicas de administración de surfactante</li> </ul> <p>2. Hemodinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalización acceso vascular: umbilical (venoso o arterial), central (femoral, yugular), arterial, intraóseo</li> <li>- Pericardiocentesis urgente</li> <li>- Diagnóstico y tratamiento de arritmias en pediatría</li> </ul> <p>3. Ecografía Point of Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso del ecógrafo para inserción de vías, valorar pulmón, corazón y cerebro</li> </ul>	<p>manejo VMNI e interfaces, VMI o VAF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento del ONi en respiradores- Soporte en inserción y mantenimiento del drenaje pleural y sistemas de aspiración</li> </ul> <p>2. Hemodinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalización acceso vascular: venoso periférico, venoso umbilical, venoso central de acceso periférico, arterial, intraóseo.</li> <li>- Soporte para la canalización vascular central.</li> <li>- Interpretación de arritmias en pediatría.</li> <li>- Manejo en dilución de fármacos, compatibilidades y uso de bombas de infusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al personal médico y de enfermería en la prestación del SVA</li> <li>- Verificar el funcionamiento básico de los equipos médicos y medios auxiliares del vehículo sanitario</li> <li>- Montaje y preparación de los aparatos de electromedicina (ventilador, ONi, monitorización, bombas de infusión, etc.)</li> <li>- Mantener el vehículo y su equipamiento en condiciones operativas.</li> </ul>
<p><b>Comunicación y habilidades interpersonales</b></p>	<p>Saber coordinar entre profesionales situaciones de estrés: toma de decisiones. Comunicación fluida y colaborativa entre HE, HR, CCEM y equipo de transporte</p> <p>Trabajar eficazmente en equipo: distribución de tareas, comunicación constante</p> <p>Saber gestionar incidencias NO médicas en transporte</p> <p>Proporcionar cuidados centrados en la familia: comunicación adecuada, explicando situación y procedimientos a realizar.</p> <p>Facilitar acompañamiento padres-RN</p>		



	Documentar las actuaciones durante el traslado (documentación de traslado) y facilitar la transferencia de información entre HE y HR (transferencia verbal y física).	
<b>Competencias relacionadas con el medio de transporte</b>	<p>Detectar «patologías dependientes del tiempo»:  valorar adecuadamente el «tiempo» como recurso necesario para la estabilización y traslado del paciente, en función de la patología, el tratamiento y las condiciones de traslado  Ser capaz de trabajar en ambientes pequeños, ruidosos y con recursos limitados  Anticipar y prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidentes y complicaciones derivadas de la movilización del paciente</li> <li>• Eventos adversos más habituales en VA, ventilación y soporte circulatorio durante un traslado (fijación TET, drenajes, vías, etc.)</li> <li>• Complicaciones relacionadas con el equipamiento: respiradores, bombas de perfusión, monitores, incubadoras, entre otros.</li> </ul> <p>Conocer los efectos del transporte sobre el estado del paciente (aceleraciones y deceleraciones, efecto de la altitud sobre la expansión del aire y la oxigenación)  Establecer prioridades y realizar procedimientos de manera oportuna para garantizar la seguridad del paciente y equipo de transporte  Conocer las medidas de seguridad en vehículos de transporte (terrestres o aéreos), en vía pública, aeropuertos, helipuertos y helisuperficies.</p>	
<b>Formación</b>	<p>Actividad formativa o rotación por unidad de transporte y UCIN  Reciclaje periódico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCP avanzada neonatal</li> <li>• VMI y VMNI en transporte</li> <li>• Seguridad en transporte sanitario</li> </ul> <p>Formación continua con técnicas de simulación de alta fidelidad y gestión de crisis en transporte (CRM).</p>	<p>Aprendizaje específico y formación continuada en neonatología y transporte neonatal  Reciclaje periódico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCP básica neonatal</li> <li>• Seguridad en transporte sanitario</li> </ul> <p>Formación continua con técnicas de simulación de alta fidelidad y gestión de crisis en transporte (CRM).</p>

Fuente: (Blog del profesional 2021).

**Figura 7 Sistema de incubadora de transporte con sujeción al chasis (UNE-EN 13976-1). Componentes del sistema de incubadora de transporte (TIS):**



*Sistema de incubadora de transporte (TIS)*

**1.1: incubadora.**

**1.2: bomba de jeringa.**

**1.3: ventilador.**

**1.4: monitor. Sistema de anclaje: 2.1: pernos; 2.2: raíles; 3: interfaz a utilizar si los raíles no se pueden sujetar directamente al sistema de la camilla. Si la interfaz se debe sujetar al chasis, se deberían utilizar los puntos de sujeción originales del chasis; 4: sistema de la camilla (camilla/chasis/soporte de la camilla, etc.).**

La incubadora de transporte combinada con el resto de los equipos forma el TIS. Es importante controlar peso y volumen para seguridad de los ocupantes. La masa total del sistema no debe superar 140kg y no debería afectar a la estabilidad ni al manejo de la ambulancia.

Para asegurar el suministro de potencia, el consumo total del TIS no debe superar los 1.200W conectada a 230V de corriente alterna, 720W conectada a 24V de corriente continua (CC) o 360W conectada a 12V de CC. La incubadora debe tener una batería recargable como fuente de alimentación eléctrica portátil, con capacidad para mantener la temperatura al menos durante 90 min. El TIS debe estar dotado de oxígeno y aire medicinal y es imprescindible realizar el cálculo de la autonomía de gases, sobre todo en traslados de larga distancia. Todos sus componentes deben estar sujetos de forma segura e impedir el movimiento del equipamiento de acuerdo con la norma EN 1789:2007+A2:2014 para ambulancia terrestre y las EN 13718-1:2014 y EN 13718-2:2015, en ambulancias aéreas.

#### **4.7.7. ► Estabilización pre-traslado**

El transporte introduce factores de ruido, vibración, fuerzas de aceleración y desaceleración, y fluctuaciones de temperatura unidos a una merma en la eficacia de atención al paciente por limitación de espacio y movimiento. El equipo de traslado debe estabilizar clínicamente al RN antes del transporte para afrontar en las mejores condiciones una situación de riesgo a la que se añade el efecto del traslado.

Independientemente de las capacidades tecnológicas, los fundamentos de la atención neonatal son mejorar la seguridad a través de la estandarización del proceso y eliminar los eventos adversos prevenibles, incluyendo el control de temperatura corporal, asegurar vía aérea y soporte respiratorio, sistemas de infusión y drenajes, estabilidad hemodinámica con normo glucemia y el apoyo familiar. Resulta imprescindible proceder en la estabilización del RN crítico mediante la metódica ABCDE y ser capaces de reevaluar permanentemente las acciones llevadas a cabo. Es esencial la evaluación respiratoria del RN y considerar la posibilidad de traslado en modalidad de ventilación no invasiva siguiendo criterios de selección apropiados (tabla 6); puede ser precisa la administración de surfactante, óxido nítrico inhalado o la colocación de drenaje torácico previo al traslado. Si está disponible, la ventilación de alta frecuencia puede estar indicada para la estabilización de los neonatos más críticos.

**Tabla 18. Criterios para considerar ventilación mecánica no invasiva en el traslado**

<b>Criterios de inclusión</b>
<p>Distrés respiratorio o enfermedad pulmonar crónica.                      Estabilidad en VMNI más de 2 h.                      Adecuada expansión pulmonar en la radiografía de tórax.                      FiO<sub>2</sub> menor de 0,5 o en descenso y PaCO<sub>2</sub> menor de 60mmHg y estable.                      PH mayor de 7.3 y estable.                      Equipo de traslado cómodo con el estado del paciente.</p>
<b>Criterios de exclusión</b>
<p>Hipertensión pulmonar que no responde a ONi                      Expansión pulmonar escasa con niveles altos de VMNI                      OAF ≥ 6 lpm                      CPAP ≥ 8cmH<sub>2</sub>O                      VNPPI con FR ≥ 20rpm o PIP ≥ 20cmH<sub>2</sub>O o PEEP ≥ 7 cmH<sub>2</sub>O                      HFNV con MAP ≥ 8cmH<sub>2</sub>O                      Apnea persistente                      Sepsis con bajo gasto                      Patología quirúrgica: hernia diafragmática, fístula traqueoesofágica, obstrucción intestinal, enterocolitis necrosante, gastrosquisis, onfalocele                      Acidosis significativa:                      Respiratoria: pH &lt; 7,25 o PaCO<sub>2</sub> &gt; 60 mmHg                      Metabólica: pH &lt; 7,20 y EB &gt; 10 mEq/l                      Equipo de traslado incómodo con VMNI.</p>
<b>Valoración pretraslado.</b>
<p>Ruidos respiratorios, FR, profundidad de respiración, retracciones                      Palpación hepática en reborde costal derecho                      Recuperación de la SpO<sub>2</sub> tras interrupción breve de la VMNI                      Estabilidad durante el reposicionamiento, aspiración y exploración                      Si cambio en el modo de VMNI:                      Esperar 30 min para asegurar estabilidad                      Comprobar expansión pulmonar con radiografía de tórax                      EAB previo a la salida.</p>
<b>Monitorización durante el traslado</b>
<p>FC, ECG, FR, PANI, PAI, EtCO<sub>2</sub>, PtCO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub> preductal y posductal                      Acceso vascular periférico (x2) o central                      Analítica: EAB, glucosa, electrolitos                      Exploración física pre-transporte y durante el mismo.</p>

Fuente: (Revista profesional 2021).

*CPAP: presión positiva continua en la vía aérea; EAB: equilibrio ácido base; EB: exceso de base; EtCO<sub>2</sub>: capnografía; FC: frecuencia cardíaca; FiO<sub>2</sub>: fracción inspirada de oxígeno; FR: frecuencia respiratoria; HFNV: ventilación nasal de alta frecuencia; MAP:*

presión media en vía aérea; OAF: oxigenoterapia de alto flujo; ONi: óxido nítrico inhalado; PaCO<sub>2</sub>: presión parcial de dióxido de carbono; PEEP: presión espiratoria al final de la espiración; PIP: presión inspiratoria pico; PtCO<sub>2</sub>: presión transcutánea de dióxido de carbono; SpO<sub>2</sub>: saturación de oxígeno; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VNPPI: ventilación nasal con presión positiva intermitente.

Los profesionales deben estar familiarizados con el respirador y la modalidad de ventilación elegida y ser capaces de adaptarse a los cambios ambientales y clínicos durante el mismo.

Hay que considerar tanto la dificultad para evaluar el movimiento torácico como para llevar a cabo la auscultación pulmonar, debido a las vibraciones y el ruido durante el traslado. Es importante asegurar un adecuado suministro de energía y gases medicinales en batería para llevar a cabo los transferes y el traslado en ambulancia<sup>28</sup>. El uso de listas de comprobación durante la intubación y otros procedimientos puede disminuir el tiempo de ejecución y mejorar las tasas de éxito.

En función del tiempo y el modo de transporte, puede haber una fluctuación significativa en la temperatura corporal. En los RN trasladados afectados de encefalopatía hipóxico-isquémica, la hipotermia activa es clave para alcanzar la temperatura objetivo a la llegada al HR y minimiza la aparición de sobre enfriamiento respecto a la hipotermia pasiva. Los dispositivos portátiles para monitorizar la función cerebral pueden facilitar la valoración durante la estabilización en las unidades que no disponen del equipamiento, aunque durante el transporte no permite valorar cambios en el manejo del paciente debido a artefactos de vibración<sup>28</sup>.

Es clave el concepto de enfermedad dependiente del tiempo, relevante en el RN que requiere tratamiento quirúrgico inmediato o soporte vital avanzado urgente solo disponible en una Unidad de Cuidados Intensivos. La reevaluación continua de las acciones médicas, la anticipación de complicaciones, las habilidades técnicas y la cohesión del equipo son la clave del éxito para la correcta estabilización del paciente.

#### **4.7.8. ► Transporte neonatal y COVID-19**

A pesar de la aparente excepcionalidad de la transmisión vertical por SARS-CoV-2, el grupo de transporte de la Sociedad Italiana de Neonatología sugiere considerar caso confirmado, incluso si el centro transferido lo define como sospechoso. El único equipamiento específico que debe añadirse son los equipos de protección personal, aunque se recomienda la colocación de determinados filtros en las tubuladuras del ventilador. Se debe cerrar la puerta entre conductores y el compartimento asistencial.

Las recomendaciones de la European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) incluyen manejar el traslado en incubadora como si fuera un transporte de camilla abierto con respecto al uso de equipos de protección personal. Recomiendan cubrir al RN con una bolsa de plástico de tamaño adecuado para reducir el uso de calor o humidificación de la incubadora y cubrir los ojos de buco de la incubadora para minimizar las fugas de aire. A pesar de los principios de la atención centrada en la familia, se recomienda el traslado sin padres, independientemente de si son sintomáticos o no, para proteger al equipo de transporte.

## **5. Enfermería en obstetricia y ginecología**

### **5.1. ► Antecedentes e importancia de la enfermería en obstetricia y ginecología**

Dentro de las especialidades de enfermería que podemos encontrar en nuestro país se encuentra la especialidad en obstetricia y ginecología también conocida como matrona.

Una rama que comprende todos los cuidados hacia la mujer en lo relacionado con el proceso de embarazo, parto y puerperio, pero también la atención al ciclo vital de ésta en sus diferentes fases; salud reproductiva, climaterio y sexualidad.

Se trata de una figura esencial ya no solo en la atención y recuperación de la paciente que experimenta estos procesos sino también en la prevención y promoción de su salud, lo que implica formación sobre salud reproductiva, embarazo, parto, etc.

Una figura que, en las últimas décadas, ha visto ampliadas sus competencias a fin de proporcionar una atención integral a la salud sexual, reproductiva y materna que, incluso, engloba la atención al recién nacido sano, hasta el día 28 de su vida.

En realidad, la figura de la acompañante de nacimientos existe en las diferentes culturas desde tiempos muy remotos, siendo considerada por diferentes antropólogos como una de las profesiones más antiguas del mundo.

Ya en las pinturas rupestres se puede apreciar a la acompañante en partos, así como también se cita en la Historia Sagrada. En la Antigua Grecia vivió una de las primeras matronas conocidas, Fainarate, famosa por ser comadrona en el nacimiento del filósofo

Sócrates. Fue en este periodo histórico donde se asoció este oficio como exclusivo de la mujer.

A lo largo de los siglos la matronería, ha permanecido como una profesión respetada, innegociable y fundamental para la vida y la sociedad, siendo capaz de cambiar y adaptarse a las características particulares de cada época y cultura y realizada por mujeres.

Uno de esos cambios ha sido la aceptación de los hombres como figura de asistencia al parto, cuando en pocas épocas históricas, los hombres han tenido acceso a esta actividad (mano de comadrón). De hecho, la incorporación de «matrón» en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua es relativamente reciente, siendo la acepción de la palabra «matrona», «mujer especialmente autorizada para asistir a parturientas» no modificada hasta el año 2014 por la de «persona especialmente autorizada para asistir a parturientas».

La matrona, actualmente enfermera especializada en obstetricia y ginecología, está reconocida como un profesional responsable que ejerce su profesión en asociación con las mujeres, para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos bajo su sola responsabilidad y proporcionar cuidados al neonato y al lactante.

Este Cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad, esta tarea debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños hasta los 28 días de edad.

El ejercicio profesional de esta especialidad puede realizarse en cualquier emplazamiento, incluyendo domicilio, hospitales, clínicas, las unidades de salud y cualquier otro sitio en donde sean necesarios sus servicios.

La definición de matrona a nivel nacional, a través de la publicación de la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona):

*“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida”*

Esta definición no solo es de interés para la especialidad de matrona, también lo es para la enfermería en general, ratificando que la enfermería es una ciencia y el diagnóstico enfermero.

*“El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia”*

En la actualidad el ejercicio de la profesión de matrona se encuentra regulado a nivel Europeo mediante Directiva 80/154/CEE, del Consejo del 21 de Enero de 1980, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matrona y que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios y por la Directiva 80/155/CEE, del Consejo del 21 de Enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas.

Ambas Directivas fueron incluidas en el año 2005 en la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, recogándose su contenido en los artículos 40, 41, 42 y 43, y en el ANEXO V.5; y modificaciones implantadas por la Directiva 2013/55/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. En España, en el año 2003 se aprobaron dos leyes que regulan el ejercicio de las profesiones sanitarias y las relaciones entre los propios profesionales, que son aplicables también a las matronas: la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y Ley 55/2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (Estatuto Marco).



También respecto a la regulación española de matronas como especialistas enfermeros en obstetricia y ginecológica les aplica el RD450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería y el RD1146/2006 de 6 de octubre por el que se regula la relación laboral especial en régimen de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud y el RD 183/2008 de 8 de febrero que determina y clasifica las especialidades en ciencias de la salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y el perfil competencial de dicho profesional se regula mediante Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE Núm. 129 (jun.28, 2009) (96).

## **5.2. ► Las normas /competencias de la enfermería en obstetricia y ginecología, definiciones básicas.**

A continuación, se detallan las Normas globales internacionales para la formación en partería publicadas en 2010 por la ICM, que se estructuran en seis normas globales:

La Norma hace referencia a la organización y administración en relación a las escuelas y programas de partería:

### ***Norma I: Organización y administración***

***1.1. La institución/agencia/división huésped del gobierno respalda la filosofía, las metas y los objetivos del programa de formación en partería.***

***1.2. La institución huésped ayuda a garantizar que el respaldo financiero y el apoyo público/político para el programa de formación en partería sean suficientes para preparar matronas competentes.***

***1.3. Las escuelas y los programas de partería tienen asignado un presupuesto y un sistema de control presupuestario que satisface las necesidades del programa.***

***1.4. El profesorado de partería es autónomo y responsable de elaborar y dirigir las políticas y el plan de estudio del programa de formación en partería.***

***1.5. El director del programa de formación en la especialidad de matrona es un profesor(a) de matronas cualificado (a) con experiencia en gestión/administración.***

***1.6. El programa de partería toma en cuenta los principios y las normas nacionales e internacionales para satisfacer los requisitos de la fuerza laboral en torno a la maternidad***

La Norma II es específica sobre el profesorado de la especialidad de matrona y especifica su formación, preparación y competencia:

**Norma II: El profesorado de la especialidad de matrona**

**II.1.** El profesorado de la especialidad de matrona está formado principalmente por matronas (profesoras y preceptoras clínicas/profesoras clínicas), que trabajan con expertos de otras disciplinas cuando es necesario.

**II.2.** El profesor de matronas:

**II.2.a.** Tiene formación formal de matrona.

**II.2.b.** Muestra competencia en la práctica de la especialidad de matrona, por lo general adquirida con dos (2) años de práctica en toda su dimensión.

**II.2.c.** Posee una licencia/certificado vigente u otra forma de reconocimiento jurídico para ejercer la especialidad de matrona.

**II.2.d.** Tiene preparación formal para la docencia o emprende una preparación tal como condición para continuar ocupando el puesto.

**II.2.e.** Mantiene competencia en la práctica y la educación en partería.

**II.3.** La preceptora clínica /profesora clínica de matronas:

**II.3.a.** Es una matrona calificada de acuerdo con la Definición de la matrona de la ICM.

**II.3.b.** Mantiene competencia en la práctica de la especialidad de matrona, por lo general adquirida con dos años de práctica en toda su dimensión.

**II.3.c.** Mantiene competencia en la práctica y la educación clínica de la partería.

**II.3.d.** Posee una licencia/certificado vigente u otra forma de reconocimiento jurídico para ejercer la partería.

**II.3.e.** Tiene formación formal en la enseñanza clínica o emprende una preparación para ello.

**II.4.** Los profesionales de otras disciplinas que instruyen en el programa de formación en la especialidad de matrona son competentes en el contenido que imparten.

**II.5.** Los profesores de matronas proveen educación, apoyo y supervisión a las personas que instruyen a los estudiantes en los centros de aprendizaje práctico.

**II.6.** Los profesores de matronas y las preceptoras clínicas /profesoras clínicas de matronas trabajan conjuntamente para apoyar (facilitar), observar directamente y evaluar el aprendizaje práctico de los estudiantes.

**II.7.** La proporción entre estudiantes y profesores y preceptoras clínicas en el aula y en los centros de prácticas es determinada por el programa para la formación en partería y las necesidades de las autoridades reguladoras.

**II.8.** La eficacia de los miembros del profesorado para la formación en partería se evalúa con regularidad, siguiendo un proceso establecido.

La Norma III se centra en los estudiantes de partería, abordando en sus normas como el acceso a dicha formación y derechos y deberes del estudiante entre otros aspectos:

***Norma III. Cuerpo estudiantil***

III.1. El programa de formación en partería cuenta con políticas de admisión claramente redactadas que están disponibles para los posibles solicitantes. Estas políticas incluyen:

III.1.a. Requisitos de admisión, incluyendo el requisito mínimo de haber completado la educación secundaria.

III.1.b. Un proceso de admisión transparente.

III.1.c. Proceso de selección y criterios para la aceptación.

III.1.d. Mecanismos para tomar en cuenta programas de formación previa.

III.2. Los candidatos para la formación de matrona que reúnen los requisitos necesarios, se admiten sin prejuicio ni discriminación (p. ej., género, edad, nacionalidad, religión).

III.3. Los(as) candidatos(as) para la formación de matrona se admiten de acuerdo con los planes de la fuerza laboral en torno a la maternidad y a las políticas nacionales para la atención de la salud.

III.4. El programa para la formación en partería cuenta con normas claramente redactadas para los estudiantes, que incluyen:

III.4.a. Expectativas de los estudiantes en el aula y en las áreas prácticas/clínicas.

III.4.b. Declaraciones sobre los derechos y responsabilidades de los estudiantes y un proceso establecido para solucionar las peticiones y/o quejas de los estudiantes.

III.4.c. Mecanismos para que los estudiantes den retroalimentación y evaluación continua sobre el plan de estudios, el profesorado y el programa de formación en la especialidad de matrona.

III.4.d. Requisitos para la finalización exitosa del programa de formación en partería.

III.5. Existen mecanismos para la participación activa de los estudiantes en la gobernabilidad y en los comités del programa de partería.

III.6. Los estudiantes tienen suficiente experiencia práctica en partería en una variedad de entornos, para lograr, como mínimo, las actuales "Competencias esenciales de la ICM para la práctica de la especialidad de matrona".

III.7. Los estudiantes proveen atención en partería, principalmente bajo la supervisión de un profesor de matronas o una preceptora/profesora clínica de matronas.

*La Norma IV hace referencia al plan de estudios del programa de partería:*

**Norma IV: Plan de estudio**

IV.1. La filosofía del programa de formación en partería es coherente con “La filosofía y el modelo de atención de la partería”, de la ICM.

IV.2. El objetivo del programa de formación en partería es obtener matronas competentes

**que:**

IV.2.a. Han obtenido/demostrado, como mínimo, las actuales Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería.

IV.2.b. Satisface los criterios de la Definición de matrona de la ICM y las normas de los organismos reguladores que conllevan al proceso de otorgamiento de licencias o al registro de matrona.

IV.2.c. Cumple los requisitos para aplicar a la educación superior.

IV.2.d. Es una/una profesional informada(o), autónoma(o) y calificada(o) que se adhiere al código deontológico internacional de la ICM para matronas, a las normas de la profesión y al ámbito de la práctica establecido en la jurisdicción en que es legalmente reconocido(a).

IV.3. El orden y el contenido del plan de estudios de partería permite al estudiante adquirir competencias esenciales para la práctica de la partería, conforme a los documentos básicos de la ICM.

IV.4. El plan de estudios de partería incluye tanto elementos teóricos como prácticos, con un mínimo de 40% de teoría y 50% de práctica.

IV.5. El programa de partería utiliza métodos de enseñanza y aprendizaje basados en evidencia, que fomentan el aprendizaje del adulto y la educación basada en competencias.

IV.6. El programa de partería ofrece oportunidades para el contenido multidisciplinario y las experiencias de aprendizaje, que complementan el contenido de la partería.

La Norma V recoge los aspectos fundamentales en relación a los recursos, instalaciones y servicios del programa de partería:

**Norma V. Recursos, instalaciones y servicios**

V.1. El programa de partería implementa políticas escritas que abordan la seguridad y el bienestar del estudiantado y el profesorado en los entornos de enseñanza y aprendizaje.

V.2. El programa de partería cuenta con suficientes recursos para la enseñanza y el aprendizaje para satisfacer las necesidades del programa.

V.3. El programa de partería cuenta con los recursos humanos adecuados, para respaldar tanto el aprendizaje en el aula / teórico como el aprendizaje práctico / clínico.

V.4. El programa de partería tiene acceso a suficientes experiencias prácticas en diversos entornos para satisfacer las necesidades de aprendizaje de cada estudiante.

V.5. La selección de criterios para centros de aprendizaje práctico adecuados está claramente redactada e implementada.

La Norma VI engloba los aspectos relacionados con estrategias evaluativas:

***Norma VI. Estrategias de evaluación***

VI.1. El profesorado de partería utiliza métodos de evaluación formativa y sumatoria fiables y válidos, para medir el desempeño y el progreso en el aprendizaje de los estudiantes, en relación con:

VI.1.a. El conocimiento.

VI.1.b. La conducta.

VI.1.c. Las destrezas prácticas.

VI.1.d. El pensamiento crítico y la toma de decisiones.

VI.1.e. Relaciones interpersonales/capacidad de comunicación.

VI.2. Los medios y criterios para la evaluación de los resultados y el progreso de los estudiantes de partería, incluyendo la identificación de dificultades para el aprendizaje, se redactan y se comparten con los estudiantes.

VI.3. El profesorado del programa de formación en partería revisa periódicamente el plan de estudios como parte de la mejora de calidad, incluyendo la información aportada por los estudiantes, los graduados del programa, las matronas profesionales, los clientes de las matronas y otras partes interesadas.

VI.4. El profesorado del programa de formación en partería realiza revisiones continuas de los centros de aprendizaje práctico y de su idoneidad para el aprendizaje / la experiencia de los estudiantes, con respecto a los resultados esperados del aprendizaje.

VI.5. Se lleva a cabo una revisión periódica externa de la eficacia del programa.

**5.3. ► Formación de la matrona en derecho supranacional**

Mediante Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales se regula la formación de matronas en Europa.

Dicha Directiva señala que la formación de matrona, al menos, debe comprender una de las formaciones siguientes con el fin de preparar a las matronas para satisfacer necesidades de asistencia sanitaria complejas:

- Una formación específica a tiempo completo como matrona de, por lo menos, 3 años de estudios teóricos y prácticos.
- Una formación específica a tiempo completo de matrona, de al menos, 18 meses, supeditada a tener formación como enfermero.

Los Estados miembros, según la Directiva, garantizarán que las matronas están facultadas, por lo menos, para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

- a) Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
- b) Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
- c) Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.
- d) Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
- e) Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
- f) Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
- g) Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero.
- h) Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.
- i) Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.
- j) Realizar el tratamiento prescrito por el médico.
- k) Redactar los informes que sean necesarios.

La formación de la matrona a nivel internacional es muy heterogénea, siendo en algunos países una formación universitaria independiente y en otros países conllevando una formación previa común a otras titulaciones.

La admisión a un programa de formación de matrona a nivel europeo, por tanto, queda supeditada a una de las condiciones siguientes:

- La realización de, por lo menos, 12 años de enseñanza general básica o la posesión de un certificado que acredite la superación de un examen de nivel equivalente, para la admisión en una escuela de matronas.
- La posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales.

La formación de matrona, según la Directiva citada anteriormente, debe garantizar que el profesional en cuestión ha adquirido los conocimientos y capacidades siguientes:

Conocimiento pormenorizado de las ciencias en que se basan las actividades de las matronas, en particular la partería, la obstetricia y la ginecología.

- Conocimiento adecuado de la ética de la profesión y de la legislación pertinente para el ejercicio de la profesión.
- Conocimiento adecuado de los conocimientos médicos generales (funciones biológicas, anatomía y fisiología) y de la farmacología en el campo de la obstetricia y del recién nacido, así como conocimiento de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano, y de su comportamiento.
- Experiencia clínica adecuada, adquirida en centros acreditados, que permita a la matrona ser capaz, de modo independiente y bajo su propia responsabilidad, en la medida de lo necesario y excluyendo situaciones patológicas, de gestionar la asistencia prenatal, controlar el parto y sus consecuencias en centros acreditados y supervisar el parto, la asistencia postparto y la reanimación de un recién nacido a la espera de un médico.
- Comprensión adecuada de la formación del personal sanitario y de la experiencia de trabajo con el mismo.

Respecto al reconocimiento automático del título de matrona en España, cuando el título ha sido obtenido en otro país los aspectos más relevantes son que deben satisfacer al menos uno de estos criterios:

- Una formación de matrona de por lo menos tres años a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, y que comprenda

- al menos 4 600 horas de formación teórica y práctica, con al menos una tercera parte de la duración mínima dedicada a una práctica clínica.
- Una formación de matrona de por lo menos dos años a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, y que comprenda al menos 3 600 horas, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales.
- Una formación de matrona de por lo menos dieciocho meses a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, que comprenda al menos 3 000 horas, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales contemplado; seguida de un periodo de práctica profesional de un año.

#### **5.4. ► Formación de la matrona en España**

En la actualidad, en España la formación de matronas se regula mediante la Orden SAS 1349/2009 se aprueba el Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica.

Es requisito imprescindible para presentarse al examen de acceso a la formación de matrona disponer del Grado en Enfermería o del Título de Diplomado Universitario en Enfermería.

El examen de acceso se convoca mediante una convocatoria anual pública y es de carácter nacional. Éste es único sistema para el acceso a cualquier plaza de enfermero especialista en formación en España. No existe la posibilidad, en este país, de formación como matrona en el ámbito educativo privado.

Este examen de acceso a la formación como enfermero especialista ha ido evolucionando a lo largo de los años, y en la actualidad se compone de 225 preguntas test de 4 opciones de respuesta y 10 preguntas de reserva por si se producen impugnaciones.

Tras realizar el examen de acceso los enfermeros con mejor calificación acuden a un acto presencial donde eligen por orden de puntuación plaza para su formación en la especialidad enfermera y en la unidad docente que deseen hasta agotar las plazas ofertadas.

Cabe destacar que, en la actualidad, gracias a las nuevas tecnologías mediante mecanismos de identificación electrónica también se puede realizar la elección de forma virtual-telemática.



Una vez accedido a la formación como enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica en una unidad docente comienza un contrato temporal a jornada completa como “enfermero residente” de 2 años de duración, que puede ser ampliable en circunstancias particulares que se considere imprescindible para finalizar dicha formación.

### **5.5. ► Competencias de los especialistas en enfermería obstétrica y ginecológica (matronas)**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) trabaja estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y con los gobiernos, en apoyo de la maternidad segura y las estrategias de atención a la salud. La ICM asume desde hace años el rol de liderazgo en el desarrollo de la definición de matrona y la delineación del enfoque profesional de la práctica de la partería desarrollando sus competencias a nivel internacional. También promueve las normas y las directrices que definen la estructura esperada y el contexto de los servicios previos de los programas de formación de la partería; provee orientación para el desarrollo de regulaciones para la práctica de la partería y ayuda a los países a fortalecer la capacidad de las asociaciones de matronas y a crear líderes de la profesión de matrona alrededor del mundo.

En el documento de la ICM sobre competencias internacionales de las matronas especifica las siguientes:

1. Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.
2. Las matronas suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad, culturalmente sensitivos, para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños.
3. Las matronas suministran cuidados de alta calidad para el cuidado pre-embarazo para maximizar la salud durante el embarazo, lo que incluye la detección temprana y tratamiento o derivación para una selección de complicaciones
4. Las matronas suministran cuidados de alta calidad, sensitivos culturalmente, durante el trabajo de parto, realizan un parto limpio y seguro y manejan

situaciones de emergencia selectas, para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.

5. Las matronas suministran a las mujeres cuidados posparto integrales, de alta calidad, sensitivos culturalmente.
6. Las matronas suministran cuidado integral, de alta calidad al infante esencialmente sano, desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.
7. Las matronas proveen una serie de servicios de salud individualizados y sensitivos culturalmente relacionados con el aborto, para mujeres que requieren o experimentan una interrupción del embarazo o una pérdida, congruentes con las leyes y regulaciones aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales.

Cabe destacar que en dicho documento de la ICM sobre competencias profesionales también detallan los mínimos conocimientos, destrezas y habilidades básicas y avanzadas que debe poseer la matrona titulada en cualquier país.

#### **5.6. ► Competencias de las matronas a nivel europeo:**

A nivel europeo según la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, en su Sección 6 regula la formación, modalidades de reconocimiento de títulos, ejercicio actividades de actividades profesionales y derechos adquiridos específicos de las matronas. En relación a las competencias profesionales de las matronas, la Directiva 2005/36/CE especifica que los Estados miembros garantizaran que las matronas estén facultadas, por lo menos, para acceder a las actividades que se especifican en dicha directiva y poder ejercerlas; por lo que presupone que son competentes para ejercer dichas actividades.

En su Artículo 40 referente a la formación de las matronas, se detalla que la formación de matrona garantizará que la persona ha adquirido los conocimientos y competencias siguientes:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en que se basan las actividades de las matronas, en particular la obstetricia y la ginecología.
- Un conocimiento adecuado de la ética de la profesión y de la legislación profesional.
- Un conocimiento detallado de las funciones biológicas, de la anatomía y de la fisiología en el campo de la obstetricia y del recién nacido, así como un

- conocimiento de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano y de su comportamiento.
- Una experiencia clínica adecuada, adquirida en centros acreditados, bajo la supervisión de personal cualificado como matronas y obstetras.
- Una comprensión adecuada de la formación del personal sanitario y de la experiencia de trabajar con éste.

En su Artículo 42 sobre el Ejercicio de las actividades profesionales de matrona se especifica que los Estados miembros garantizarán que las matronas estén facultadas, por lo menos, para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

- Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar;
- Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
- Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.
- Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
- Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
- Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
- Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero.
- Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.
- Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.
- Realizar el tratamiento prescrito por el médico.
- Redactar los informes que sean necesarios.

## **5.7. ► Competencias de las matronas en España:**

Las competencias profesionales de la matrona en España vienen especificadas en la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

En el perfil competencial determina que, al concluir el programa formativo, la matrona debe ser competente y, en consecuencia, estar capacitada para las competencias generales y específicas que se detallan a continuación:

Perfil competencial de la matrona según la orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona).

### **5.7.1. Competencias Generales**

CG1.- Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.

CG2.- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

CG3.- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

CG4.- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

CG5.- Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.

CG6.- Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.

CG7.- Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.

CG8.- Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.

CG9.- Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.

CG10.- Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.

CG11.- Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.

CG12.- Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.

CG13.- Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.

CG14.- Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.

CG15.- Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.

CG16.- Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.

CG17.- Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.

CG18.- Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.

CG19.- Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.

CG20.- Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.

CG21.- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

CG22.- Mantener actualizadas las competencias profesionales.

CG23.- Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.

El perfil competencial derivado de dicho esquema determina que al concluir su programa formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

## 2. Competencias Específicas.

CE1.- Promover los procesos fisiológicos de salud materno-infantil, de salud sexual, reproductiva y climaterio.

CE2.-Apoyar la no intervención en ausencia de complicaciones evitando intervenciones innecesarias

CE3.-Diagnosticar y llevar a cabo el control seguimiento del embarazo normal.

CE4.-Asistir a la mujer en el proceso de parto

CE5.-Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata.

CE6.-Asistir y supervisar la evolución de la madre y el neonato durante el puerperio.

CE7.-Asistir y supervisar la evolución del neonato sano durante el primer mes de vida.

- CE8.-Prestar atención a la mujer que presenta problemas de salud en el embarazo, parto y puerperio.
- CE9.-Detectar los problemas de salud en el neonato.
- CE10.-Llevar a cabo programas de educación para la salud en el embarazo, el nacimiento y el posparto.
- CE11.-Llevar a cabo programas de educación para la salud sexual, reproductiva y el climaterio dirigido a jóvenes, mujeres, comunidad y grupos de riesgo.
- CE12.-Proporcionar educación y asesoramiento afectivo-sexual.
- CE13.-Asesorar en materia de anticoncepción.
- CE14.-Realizar consejo preconcepcional.
- CE15.-Realizar prevención de comportamientos de riesgo para evitar y/o disminuir los embarazos no deseados.
- CE16.-Realizar prevención de comportamientos de riesgo y la detección y asesoramiento en las ITS.
- CE17.-Proporcionar atención afectivo-sexual, contraceptiva y prevención de conductas de riesgo en jóvenes.
- CE18.-Llevar a cabo actividades de detección precoz de cáncer de cuello uterino.
- CE19.-Colaborar en la detección del cáncer de mama y ginecológicos.
- CE20.-Participar y colaborar en la atención a la mujer con problemas ginecológicos.
- CE21.-Participar y colaborar en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual.
- CE22.-Participar y colaborar en la atención a la mujer en el climaterio
- CE23.-Aplicar el razonamiento clínico en la práctica asistencial de las Matronas
- CE24.-Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con la mujer y la familia.
- CE25.-Comunicarse de forma efectiva y trabajar en red con grupos sociales (asociaciones de mujeres, asociaciones de pacientes, medios de comunicación y otras).
- CE26.-Trabajar en equipo en los diferentes ámbitos de la atención materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- CE27.- Desarrollar una práctica profesional según la legislación vigente.
- CE28.- Ejercer la especialidad según el código ético de la Confederación Internacional de Matronas.

CE29.- Asesorar a la mujer sobre la legislación existente relacionada con la salud sexual y reproductiva.

CE30.- Asesorar a la mujer sobre los derechos laborales relacionados con la maternidad.

CE31.- Realizar asesoramiento y detección en el campo de los derechos de la mujer y familia.

CE32.- Participar en la organización de los servicios y programas salud materno-infantil, de atención a la mujer y salud sexual, reproductiva y climaterio, tanto en atención primaria/ comunitaria como en atención especializada/ hospital.

CE33.- Participar en el diagnóstico de salud comunitaria con el equipo de salud.

CE34.- Manejar y elaborar los distintos sistemas de registro de las unidades obstétrico-ginecológicas y de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio.

CE35.- Emitir los informes clínicos de las unidades obstétrico-ginecológicas y de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio.

CE36.- Fundamentar su práctica clínica en los resultados obtenidos de la investigación científica y en la mejor evidencia disponible.

CE37.- Generar conocimiento científico.

CE38.- Difundir el conocimiento científico.

CE39.- Responsabilizarse de ejercer la especialidad de forma actualizada.

CE40.- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

CE41.- Evaluar los propios conocimientos habilidades y actitudes.

En dicho programa formativo también se especifican los criterios de realización y resultados de aprendizaje que la residente de matrona debe demostrar durante su formación:

#### **5.7.2.      ► Criterios de realización/resultados de aprendizaje (RA)**

RA1.-Apoyar las preferencias, decisiones y elecciones informadas de las mujeres, en materia de salud materno-infantil, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA2.-Colaborar con los sistemas vigentes para dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres.

RA3.-Colaborar con las distintas instituciones para que se realicen políticas de salud con perspectiva de género.

RA4.-Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud sexual, reproductiva, materno-infantil y de la etapa del climaterio en los diferentes niveles asistenciales e instituciones.

RA5.-Establecer relaciones con los grupos sociales implicados en esta materia.

RA6.-Captar precozmente el embarazo.

RA7.-Realizar anamnesis y elaborar una historia clínica completa.

RA8.-Diagnosticar el embarazo.

RA9.-Realizar el asesoramiento y solicitud de exámenes en el diagnóstico prenatal.

RA10.-Asesorar a la mujer y pareja sobre la evolución y cuidados del embarazo.

RA11.-Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo del embarazo auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

RA12.-Realizar el diagnóstico precoz de los factores de riesgo durante el embarazo.

RA13.-Evaluar el estado fetal.

RA14.-Realizar la exploración física y obstétrica.

RA15.-Evaluar del estado general materno.

RA16.-Identificar los factores de riesgo.

RA17.-Identificar las necesidades y problemas de salud con la mujer.

RA18.-Solicitar e interpretar pruebas complementarias.

RA19.-Valorar los aspectos psicosociales durante la gestación.

RA20.-Detectar situaciones de violencia de género en la mujer gestante.

RA21.-Atender a las necesidades que presentan las mujeres gestantes en situación de violencia de género.

RA22.-Efectuar las medidas adecuadas en el manejo de la gestación.

RA23.-Apoyar psicológicamente a la mujer y a su pareja en el proceso de maternidad.

RA24.-Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de embarazo.

RA25.-Asesorar a la gestante-pareja en la confección del plan de nacimiento.

RA26.-Realizar educación para la salud.

RA27.-Enseñar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico durante la gestación.

RA28.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante la gestación, de acuerdo a la legislación vigente.

RA29.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

RA30.-Diagnosticar el parto y sus fases



- RA31.-Realizar la anamnesis y elaborar el partograma.
- RA32.-Revisar con la mujer el plan de nacimiento.
- RA33.-Realizar exploración física y obstétrica.
- RA34.-Evaluar el estado general materno.
- RA35.-Valorar la dinámica uterina.
- RA36.-Evaluar el estado fetal.
- RA37.-Identificar los factores de riesgo materno-fetales
- RA38.-Detectar los problemas de salud.
- RA39.-Valorar el progreso de parto.
- RA40.-Promover el parto normal.
- RA41.-Informar de la evolución del proceso del parto.
- RA42.-Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso de parto.
- RA43.-Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género.
- RA44.-Realizar apoyo psicológico a la mujer y pareja.
- RA45.-Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de parto.
- RA46.-Proporcionar confort a la mujer.
- RA47.-Realizar procedimientos y las medidas adecuadas en el manejo del parto.
- RA48.-Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- RA49.-Asistir el parto eutócico.
- RA50.-Realizar y suturar la episiotomía, en caso necesario.
- RA51.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el parto, de acuerdo a la legislación vigente.
- RA52.-Realizar, en caso de urgencia, la extracción manual de placenta y el reconocimiento manual del útero.
- RA53.-Asistir, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas.
- RA54.-Colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural.
- RA55.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario

RA56.-Atender de forma inmediata al recién nacido para facilitar la adaptación a la vida extrauterina.

RA57.-Realizar anamnesis y detección de los factores de riesgo.

RA58.-Realizar una valoración general, incluyendo las diferentes técnicas de exploración física.

RA59.-Ejecutar los niveles de reanimación neonatal que precise.

RA60.-Favorecer el contacto precoz madre-hijo.

RA61.-Favorecer y apoyar la lactancia materna.

RA62.-Aplicar los cuidados inmediatos al recién nacido.

RA63.-Informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación.

RA64.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente.

RA65.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario

RA66.-Valorar el estado físico y psicosocial de la madre.

RA67.-Detectar factores de riesgo y problemas de salud en la madre y derivar, si fuera necesario.

RA68.-Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el puerperio.

RA69.-Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el puerperio en situación de violencia de género.

RA70.-Valorar el grado de conocimiento de la mujer para el autocuidado en el puerperio.

RA71.-Proporcionar educación para la salud a la madre, incluyendo el autocuidado, los signos de alarma, la sexualidad y la anticoncepción.

RA72.-Asesorar a la madre sobre los cuidados del recién nacido.

RA73.-Promover la vinculación afectiva madre-hijo.

RA74.-Promover la lactancia materna.

RA75.-Asesorar y apoyar a la madre en el tipo de lactancia elegida.

RA76.-Valorar la adaptación de los padres a la nueva situación.

RA77.-Realizar la atención domiciliaria de la madre y el recién nacido.

RA78.-Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de postparto y crianza.

RA79.-Enseñar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

RA80.-Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del puerperio.

RA81.-Solicitar pruebas complementarias.

RA82.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el puerperio, de acuerdo a la legislación vigente.

RA83.-Realizar la revisión posparto y valorar el nivel de conocimientos de la madre/padre en esta fase y subsanar las deficiencias detectadas.

RA84.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

RA85.-Realizar una valoración general del neonato, incluyendo las diferentes técnicas de exploración física.

RA86.-Detectar factores de riesgo y problemas de salud en recién nacido, y derivar, si fuera necesario.

RA87.-Realizar actividades que favorezcan el desarrollo del neonato.

RA88.-Favorecer la adaptación del entorno familiar al neonato.

RA89.-Llevar a cabo el cuidado del recién nacido sano, incluyendo las actividades de cribaje de metabolopatías.

RA90.-Realizar la atención domiciliaria al recién nacido y valorar el nivel de conocimientos de la madre.

RA91.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

RA92.-Realizar los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo.

RA93.-Identificar los diferentes problemas de salud en el embarazo, parto y posparto.

RA94.-Identificar con la mujer sus necesidades de salud.

RA95.-Realizar educación sanitaria sobre los diferentes problemas de salud

RA96.-Participar y colaborar con el equipo asistencial en la atención del embarazo, parto, puerperio y neonato de alto riesgo.

RA97.-Prestar atención a la mujer en los diferentes problemas de salud que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio.

RA98.-Ejecutar un plan de atención y cuidados individualizado en los diferentes problemas de salud en el embarazo, parto y puerperio.

RA99.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el embarazo, parto y puerperio, de acuerdo a la legislación vigente.

RA100.-Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario

RA101.-Identificar los casos de urgencia que ponen en riesgo la vida de la mujer, feto o recién nacido y manejar las situaciones adecuadamente.

RA102.-Participar y colaborar con el equipo asistencial en las diferentes situaciones de urgencia.

RA103.-Apoyar a la madre/padre/familia en el proceso de duelo perinatal.

RA104.-Identificar las necesidades de educación para la salud a nivel individual, grupal y comunitario en los diferentes grupos.

RA105.-Utilizar una metodología adecuada para desarrollar programas de educación para la salud, contemplando las necesidades del grupo, los objetivos educativos, las actividades y técnicas grupales, los recursos y evaluación de los resultados.

RA106.-Contemplar la perspectiva de género en el diseño de programas de salud materno-infantil, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA107.-Realizar programas dirigidos a la mujer y su pareja durante la gestación y posparto, que incluya preparación para el nacimiento, la maternidad y crianza.

RA108.-Realizar entrenamiento psicofísico en la gestación y posparto con técnicas de respiración, relajación, trabajo corporal, masaje, u otras técnicas.

RA109.-Realizar programas de prevención de las alteraciones del suelo pélvico.

RA110.-Realizar programas de educación afectivo-sexual orientados a promover una actitud responsable y una vivencia positiva de la sexualidad en población joven y adulta.

RA111.-Realizar programas de educación y apoyo a la mujer durante el climaterio.

RA112.-Informar y asesorar en materia de salud sexual y reproductiva a los diferentes grupos sociales.

RA113.-Identificar y captar precozmente a la población de riesgo y/o de mayor vulnerabilidad.

RA114.-Identificar necesidades en materia de educación afectivo sexual, consejo preconcepcional, anticoncepción e ITS.

RA115.-Ofrecer educación para la salud y asesoramiento en materia de sexualidad, teniendo en cuenta la multiculturalidad de la población y la diversidad en la orientación sexual.

RA116.-Asesorar y aplicar los distintos métodos anticonceptivos y realizar el seguimiento de los mismos, incluida la anticoncepción de emergencia.

RA117.-Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los supuestos legales.

RA118.-Identificar dificultades en la fertilidad y derivar al equipo asistencial.

RA119.-Asesorar sobre las distintas medidas preventivas preconcepcionales.

RA120.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en consejo reproductivo, anticoncepción, ITS, de acuerdo a la legislación vigente.

RA121.-Solicitar los exámenes necesarios, según protocolos asistenciales.

RA122.-Consultar y derivar a otros profesionales, en caso necesario.

RA123.-Identificar y captar precozmente a la población de riesgo y/o de mayor vulnerabilidad.

RA124.-Realizar los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y de las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual.

RA125.-Enseñar a la mujer la técnica de autoexploración mamaria.

RA126.-Realizar la exploración física y ginecológica.

RA127.-Participar y colaborar con el equipo asistencial en el seguimiento de los problemas ginecológicos.

RA128.-Colaborar en el asesoramiento de los tratamientos de fertilidad, incluidos los de reproducción asistida.

RA129.-Detectar las necesidades y problemas más frecuentes relacionados con la sintomatología en el climaterio y asesorar sobre el tratamiento de los mismos.

RA130.-Realizar educación sanitaria en los diferentes problemas de salud ginecológica.

RA131.-Ofrecer apoyo emocional a la mujer con problemas ginecológicos.

RA132.-Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el climaterio y problemas ginecológicos, de acuerdo a la legislación vigente.

RA133.-Derivar a la mujer a otros profesionales, cuando sea necesario.

RA134.-Analizar e interpretar la información obtenida de la anamnesis.

RA135.-Diagnosticar y detectar situaciones clínicas, factores de riesgo y problemas de salud en la práctica asistencial de las matronas.

RA136.-Decidir, elaborar y ejecutar un plan de atención y cuidados adecuado a las necesidades o problemas detectados.

RA137.-Manejar las situaciones clínicas de forma efectiva.

RA138.-Utilizar e interpretar adecuadamente las pruebas diagnósticas.

RA139.-Evaluar los resultados de la aplicación del plan de atención y cuidados establecido.

RA140.-Promover un entorno favorable que facilite la comunicación con las mujeres, familia y/o grupos.

RA141.-Mantener una actitud de escucha activa, respondiendo a sus preguntas y facilitándole que expresen sus preferencias, dudas y preocupaciones, transmitiendo confianza y seguridad.

RA142.-Mostrar respeto por los valores y costumbres de la mujer y la familia.

RA143.-Utilizar estrategias de comunicación que promuevan la autoestima, autonomía y dignidad de la mujer.

RA144.-Utilizar las diferentes técnicas de entrevista.

RA145.-Usar habilidades de comunicación adecuadas para asesorar a la mujer en materia de salud materno-infantil, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA146.-Utilizar habilidades de comunicación requeridas ante situaciones especiales: comunicar malas noticias, agresiones, duelo perinatal, personas que presenten dificultades de comunicación y comprensión.

RA147.-Capacitar a la mujer para que tome decisiones informadas en materia de salud sexual, reproductiva y en el climaterio.

RA148.-Utilizar habilidades de comunicación para relacionarse con los diferentes grupos sociales.

RA149.-Utilizar los medios de comunicación de forma efectiva.

RA150.-Comunicarse de forma efectiva con todo el equipo multidisciplinar que intervenga en la atención a la población en materia de salud materno- infantil, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA151.-Participar activamente en las sesiones multidisciplinarias y unidisciplinarias del centro o ámbito relacionadas con la atención materno- infantil, la atención de salud sexual y reproductiva y el climaterio.

RA152.-Reconocer las competencias del resto de profesionales del equipo de salud.

RA153.-Mostrar capacidad de negociación para la prevención y resolución de conflictos dentro del equipo.

RA154.-Identificar los aspectos legales que rigen el ejercicio profesional y la práctica clínica de las matronas.

RA155.-Adecuar las decisiones y comportamientos profesionales a los principios bioéticos.

RA156.-Velar por el cumplimiento de los preceptos legales y éticos de la especialidad de matrona.

RA157.-Participar de forma activa en los comités relacionados con aspectos éticos y legales de la especialidad.

RA158.-Mostrar respeto por los valores, creencias y costumbres de la mujer, pareja y familia.

RA159.-Preservar la dignidad y la intimidad de la mujer y la confidencialidad de la información.

RA160.-Registrar con rigor todas las actuaciones que se deriva de la atención a la mujer y familia.

RA161.-Orientar a la mujer en los diferentes trámites legales relacionados con el ámbito de actuación de la especialidad.

RA162.-Identificar y asesorar a la mujer sobre la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva: Maternidad, adopción, contracepción e interrupción del embarazo, reproducción asistida, delitos contra la libertad sexual, violencia de género, donación de células madre y otras que se pudieran producir.

RA163.-Detectar situaciones de riesgo relacionadas con infracciones de derechos de la mujer y su entorno.

RA164.-Identificar y utilizar los protocolos relacionados con la defensa de los derechos de la mujer y el niño.

RA165.-Consultar o derivar a la mujer a otros profesionales, en caso necesario.

RA166.-Identificar los modelos sanitarios en España y las carteras de servicios que se ofertan a la ciudadanía.

RA167.-Planificar las necesidades de recursos humanos y materiales de los servicios de obstétrico- ginecológicos, de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA168.-Participar en la coordinación entre los niveles asistenciales: hospital materno infantil/atención especializada y programas de atención a la mujer/ salud sexual, reproductiva y climaterio, en atención primaria/ comunitaria.

RA169.-Participar en la elaboración de programas específicos en relación con la salud de la mujer.

RA170.-Participar activamente en la elaboración de protocolos y otros documentos de los servicios obstétrico-ginecológicos y de los programas de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA171.-Participar en la evaluación de los distintos programas y unidades del área obstétrica- ginecológica y de salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA172.-Elaborar indicadores de evaluación de los programas de salud materno-infantil, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA173.-Utilizar y elaborar los distintos sistemas de registro de las unidades obstétrico-ginecológicas y de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA174.-Utilizar las tecnologías de la información y comunicación como herramienta asistencial y de mejora de la atención de las mujeres y neonatos.

RA175.-Participar en los planes de mejora de la calidad, en base a la evidencia científica, en los servicios de obstetricia y ginecología y de salud sexual, reproductiva y climaterio.

RA176.-Realizar una gestión clínica basada en la evidencia.

RA177.-Conocer y utilizar los instrumentos de acceso al mercado laboral.

RA178.-Registrar y emitir informes con rigor de todas las actuaciones que se derivan de la atención a la mujer, neonato y familia.

RA179.-Utilizar los diferentes sistemas de registro.

RA180.-Utilizar las nuevas tecnologías de la información en los sistemas de registro.

RA181.-Mantener actualizados los sistemas de registros relacionados con el ámbito de la especialidad.



RA182.-Participar en la elaboración de los nuevos sistemas de registro de documentación clínica en el ámbito de la especialidad de matrona.

RA183.-Identificar las bases y conocer la utilidad de la práctica clínica basada en la evidencia.

RA184.-Buscar y seleccionar documentación clínica específica de su especialidad.

RA185.-Utilizar las principales bases de datos específicas para la búsqueda de información relevante.

RA186.-Leer críticamente documentación científica.

RA187.-Elaborar procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica

RA188.-Identificar los problemas de investigación desde su práctica clínica.

RA189.-Identificar líneas prioritarias de investigación en materia de salud materno-infantil y salud sexual, reproductiva y en el climaterio.

RA190.-Diseñar y desarrollar proyectos de investigación, especialmente en relación al área de su especialidad.

RA191.-Utilizar metodología de investigación cualitativa y cuantitativa.

RA192.-Diseñar instrumentos para la recogida de datos.

RA193.-Utilizar programas informáticos de análisis de datos cualitativos y cuantitativos.

RA194.-Aplicar los principios éticos de la investigación científica.

RA195.-Escribir trabajos científicos propios de su especialidad.

RA196.-Exponer y defender eficazmente trabajos científicos propios de su especialidad.

RA197.-Transmitir a la población de forma adaptada e inteligible, los hallazgos del conocimiento científico.

RA198.-Detectar las propias necesidades de aprendizaje.

RA199.-Participar activamente en actividades de formación continuada y formación en servicio.

RA200.-Participar activamente en las sesiones clínicas.

RA201.-Participar en pruebas y procesos de evaluación de las competencias clínicas.

RA202.-Manifiestar una actitud favorable en la actualización permanente de la práctica clínica según la evidencia científica disponible.

## 5.8. ► Actividades mínimas

En el programa formativo de la matrona en España, se especifica que, al concluir el periodo de formación, la matrona residente deberá haber realizado, como mínimo, las siguientes actividades bajo adecuada supervisión

**Tabla 19. Actividades obligatorias formativas de la especialidad**

<b>Actividades</b>	<b>Número mínimo</b>
Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva	<b>100</b>
Control y asistencia de mujeres gestantes mediante reconocimientos prenatales	<b>100</b>
Vigilar y asistir a gestantes de riesgo	<b>40</b>
Llevar a cabo un programa de Educación maternal en 2 grupos de mujeres	<b>1 programa / 2 grupos</b>
Asistir a parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados	<b>100</b>
Asistir partos normales	<b>80</b>
Asistir a parturientas que presentan factores de riesgo	<b>40</b>
Participar activamente en la atención del parto instrumental o cesárea	<b>20</b>
Realizar la supervisión cuidado y reconocimiento de puérperas	<b>100</b>
Realizar la supervisión cuidado y reconocimiento de recién nacidos	<b>100</b>
Observación y cuidado de recién nacidos que necesiten cuidados especiales (pretérmino, postérmino...)	<b>20</b>
Realizar toma de muestras cervicales y vaginales para citología, exámenes en fresco, cultivos y otros.	<b>150</b>
Asesoramiento y cuidados a mujeres en materia de ginecología.	<b>40</b>
Asesoramiento y cuidados a mujeres en materia de climaterio.	<b>20</b>
Detección y asesoramiento de mujeres que presentan infecciones de transmisión sexual.	<b>30</b>
Asesorar en material y anticoncepción y sexualidad	<b>60</b>
Atender y asesorar de manera individual a jóvenes en materia de sexualidad y contracepción	<b>25</b>
Participar responsabilizándose de intervenciones grupales de salud sexual dirigida a jóvenes a la comunidad	<b>2 intervenciones</b>
Participar activamente en un programa sobre climaterio	<b>1 programa</b>

**Fuente: (programa formativo de la especialidad 2021).**

Las actividades citadas cumplen, con creces, los objetivos fijados para las enseñanzas prácticas y clínicas Directivas europeas y nacionales:

Por otro lado, a nivel profesional se dispone de regulación, en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006 relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado; en su Artículo 55 se especifica en España el Ejercicio de las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona), que son las siguientes:

1. Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
2. Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
3. Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.
4. Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
5. Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
6. Atender el parto normal, cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
7. Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida, en su caso, del reconocimiento manual del útero.
9. Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.
10. Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.
11. Realizar el tratamiento prescrito por el médico.
12. Redactar los informes que sean necesarios.

## **5.9. ► Evaluación de la adquisición de competencias durante la formación de matrona**

Cabe destacar que en el programa formativo publicado en Orden SAS 1349/2009 se especifican de manera detallada las competencias a adquirir por el residente de matrona en el programa formativo, así como también se detallan las actividades mínimas a realizar por el residente durante su formación; pero no se especifica de qué manera se debe evaluar la adquisición de dichas competencias.

Esta carencia, evidenciada en las matronas, puede extenderse a todas las especialidades enfermeras y produce una gran diversidad y controversia a la hora de evaluar y por tanto, de evidenciar, la adquisición de competencias que adquieren los residentes de especialidades enfermeras, durante su formación en las Unidades docentes

En la Orden SAS/1349/2009 por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), en relación a la evaluación sólo especifica lo siguiente: “4.4. El seguimiento y calificación del proceso formativo de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia se llevará a cabo mediante evaluación formativa continua, anual y final, tal y como indican el Real Decreto 183/2008”.

Consultando el Real decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, en su Capítulo IV referente a la Evaluación, en el Artículo 17 “La evaluación formativa” hace referencia a la necesidad de evaluar el progreso del residente midiendo su nivel de competencia e identificando aspectos a mejorar:

La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

Por otro lado, se determina la necesidad de combinar diferentes instrumentos de evaluación:

Son, entre otros, instrumentos de la evaluación formativa:

- Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente
- en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente y en los informes que se citan en el apartado 3 de este artículo.
- Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.
- El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.
- Informes de evaluación formativa. El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados que se ajustarán a las directrices a las que se refiere el artículo 28 de este real decreto. Los mencionados informes se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

Por tanto, se determina la necesidad de que el residente sea evaluado mediante entrevistas, instrumentos de valoración objetiva, libro del residente y los tutores emitan informes de evaluación basados en estos instrumentos.

En su Artículo 18 hace referencia al “libro del residente” dándole un carácter obligatorio en el contexto de la formación sanitaria especializada, destaca que es propiedad del residente, que en él se registran a modo de portafolio las actividades realizadas y que es un instrumento de autoaprendizaje que favorece la reflexión individual y con el tutor. También se determina que corresponde a la Comisión Nacional de cada especialidad el diseño del mismo y la aprobación es llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el citado Real Decreto se especifica que el libro de residente se considera un recurso de referencia junto con el resto de instrumentos de evaluación para la evaluación del progreso competencial del residente durante su formación.

Es destacable que, respecto a los instrumentos de evaluación objetiva aplicables al residente, no existe ninguna especificación en ninguna de las normas citadas anteriormente, ni tampoco en el Real Decreto 1349/2009 específico de enfermería obstétrico-ginecológica.

#### **5.10. ▶ Funciones principales de la matrona**

Una enfermera o enfermero especialista en obstetricia y ginecología debe contar con la capacidad para atender desde una metodología científica a la mujer en su ciclo vital y, también al recién nacido en su primer mes de vida, así como conocer cuál es el desarrollo y evolución de la mujer en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que tomen parte en su estado de salud.

Este profesional deberá integrarse como miembro de un equipo de salud capaz de organizar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de su campo de actuación.

Por la complejidad de su labor, se enmarcará dentro del marco de principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que establece la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

#### **5.11. ▶ Competencias secundarias**

Matrona no es sólo la persona que se encarga de pesar o tomarle la tensión arterial a la mujer embarazada. Es también aquella con quien se puede consultar dudas sobre el embarazo, quién puede ofrecer recomendaciones de nutrición durante la gestación, que conoce los riesgos de fumar o beber alcohol durante el embarazo, o quien puede vigilar el postparto y la lactancia a fin de que la recuperación de la mujer y el neonato sea la adecuada.

Entre sus diferentes competencias que se establecen en la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, sobre el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, están las ya citadas,

Atención a la madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, parto y puerperio, pero también:

Se capaz de detectar con precocidad aquellos factores de riesgo o problemas de salud tanto en la madre como en el hijo durante el embarazo, parto y puerperio. Para ello deberá realizar las necesarias actividades de diagnóstico, control y seguimiento, derivando su caso particular y tomando las medidas de urgencia oportunas.

Encargarse de la educación para la salud no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad dentro de programas educativos adaptados a las necesidades existentes.

Dar consejos afectivo-sexuales y reproductivos a mujeres y jóvenes.

Promover una sexualidad responsable en la población, informando debidamente sobre las posibilidades anticonceptivas a su disposición.

Detectar en la mujer posibles problemas ginecológicos y/o factores de riesgo genético, actuando con rapidez para derivar el caso al profesional competente.

Asesorar sobre la legislación vigente en materia de derechos de la mujer y su familia.

Desarrollar actividades de investigación para mejorar su actividad.

#### **5.12. ▶ Emisión y registro de informes sobre sus acciones.**

La enfermera o enfermero obstétrico-ginecológico custodiará los informes de sus actuaciones profesionales

#### **5.13. ▶ Ámbito de actuación**

Si nos fijamos en la definición de matrona del ICM en ella se establece que *“puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”*.

***CAPÍTULO VII.***  
***LIMITACION EN LA ACCION Y COMPETENCIA***  
***ENFERMERA***



## 1. Legislación en materia de enfermería

Es común observar en diversos centros sanitarios españoles, como la función del personal de enfermería queda dependiente de la del médico, siendo éstos los que toman las decisiones y manejan según su criterio al resto del personal a pesar de que cada profesión tiene de alguna manera delimitada sus competencias tal como se dice anteriormente en el presente texto.

En un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, se interrogaron a un grupo de 20 profesionales de medicina, enfermería, nutrición y odontología para conocer cómo se sienten respecto a su competencia, en su área de trabajo; dando como resultado lo expuesto en la siguiente tabla:

**Tabla 20. Encuesta a profesionales Sanitarios**

<i>Profesión</i>	<i>Te has sentido limitado en tus competencias al momento de desempeñarte en tu práctica profesional.</i>		<i>Has notado que otro gremio de profesionales te resta funciones en el área de trabajo.</i>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Medico	1%	98%	1%	98%
Enfermero(a)	72%	27%	96%	3%
Nutricionista	20%	79%	80%	19%
Odontólogo(a)	5%	94%	3%	96%

**Fuente: (Elaboración propia 2021).**

Una vez realizado el estudio, podemos observar que los profesionales de la medicina no se encuentran limitados para efectuar sus prácticas profesionales en el hospital, un caso similar ocurre con los profesionales de la odontología, al igual que la mayoría de los nutricionistas.

El 96% de los profesionales de enfermería encuestados sienten que le están restando funciones en el centro hospitalario, sin embargo, es importante destacar que el 72% refiere estar muy limitado en sus competencias, esto nos lleva a elaborar un segundo estudio para saber si el gremio de enfermería conoce plenamente sus competencias según lo estipulado en las leyes españolas.

El segundo estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario de Valencia se realizó al mismo grupo de 20 profesionales de enfermería dando como resultado lo siguiente:

<b>Área en donde se desempeña.</b>	<b>Conoce usted cada una de las competencias de la profesión de enfermería según la ley española.</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Urgencias</b>	<b>56%</b>	<b>43%</b>
<b>Ginecobstetricia</b>	<b>48%</b>	<b>51%</b>
<b>Pediatría</b>	<b>55%</b>	<b>44%</b>
<b>Unidad de Cuidados Intensivos.</b>	<b>70%</b>	<b>29%</b>
<b>Quirófano.</b>	<b>65%</b>	<b>33%</b>

Se puede observar que en el estudio realizado se mostró un importante porcentaje del personal de enfermería que no conocen las competencias propias de su profesión, a pesar de saber que están subsumidas en su título universitario por haber cursado sus estudios, lo cual dificulta el desenvolvimiento en el ámbito profesional por ser fundamental que todo enfermero/a conozca cada una de las delimitaciones de las competencias no solamente de la enfermería sino también del resto de las profesiones de salud con el propósito de garantizar un buen servicio a la población en general.

Desde su creación, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha mantenido una posición clara en relación con la importancia de la reglamentación para garantizar una práctica de la enfermería segura y competente en aras de la protección del público. El modo en que se define el ámbito de la práctica de enfermería determina los auténticos parámetros y límites dentro de los cuales las enfermeras ejercen, sin embargo, no existe tal reglamentación, ni clara, ni contundente ni de ninguna manera.

Es vital que la profesión sea capaz de definir claramente los parámetros de su práctica para garantizar que ésta puede adaptarse a las actuales necesidades de la sociedad y satisfacerlas. De lo contrario, la práctica de la enfermería podría sufrir restricciones que

le impidieran responder a todas las necesidades o que den lugar a una dispensa de atención fragmentada.

En la actualidad, las enfermeras/os trabajan en un entorno de atención de salud dinámico. Sus responsabilidades y funciones están en constante evolución y cambio en respuesta a las necesidades de los pacientes, y sujetas también a las necesidades del servicio provocadas por ejemplo por la escasez de personal, los problemas ligados a las competencias laborales requeridas y las limitaciones presupuestarias. Si las enfermeras/os no reciben apoyo para la toma de decisiones en relación con el ámbito de práctica, ello podría tener repercusiones negativas tanto en la calidad de la atención al paciente como en la propia profesión de enfermería.

La atención de salud es una necesidad humana básica y un derecho social, no sólo un bien de consumo, lo cual implica obligaciones y responsabilidades consecuentes para los gobiernos de todo el mundo, a través de sus Ministerios de Salud y sus organismos asociados, desempeñan una importante función en la atención sanitaria. Esta función consiste en fortalecer los sistemas de salud y promover la generación de recursos humanos, financieros, físicos, técnicos y de todo tipo. Gracias a esta labor, los sistemas de salud cuentan con apoyo para lograr la mejora de la salud y del acceso a la atención sanitaria, asegurarse una financiación adecuada y responder a las necesidades de la población.

Sin embargo, en los últimos decenios, los cambios en el entorno mundial y en la atención de salud han tenido efectos significativos y han provocado un reposicionamiento de la función de los gobiernos, tanto en lo que respecta a la atención sanitaria como al bienestar social. Ante la incapacidad de las fuerzas del mercado para satisfacer las necesidades sanitarias de las poblaciones, algunos gobiernos están asumiendo más responsabilidad para mejorar los niveles tanto de equidad como de eficiencia en lo relativo a la provisión de servicios de salud (OMS-EMRO, 2006).

Además, los profesionales de la salud tratan ahora con unos pacientes y un público más informados. Los pacientes exigen un acceso mejorado a los servicios, muchos de los cuales son caros, por lo que tanto en los países de altos ingresos como en los de bajos ingresos, resulta difícil para los gobiernos satisfacer estas exigencias cada vez mayores. Ello repercute en los profesionales de la salud, a quienes se pide continuamente que encuentren medios más eficientes y efectivos de dispensar sus servicios.

Tales presiones económicas están generando cargas de trabajo excesivas, una supervisión inadecuada y una carencia de material y de otros recursos. Ello puede poner en peligro al paciente y coloca a las enfermeras/os en situaciones en las cuales puede verse afectada su capacidad para prestar la atención de conformidad con su ámbito de práctica y su deontología.

## **2. Reglamentación enfermera**

La función primordial de un gobierno en relación con la reglamentación de la enfermería profesional es establecer la legislación adecuada. Las leyes que emanan de los parlamentos deberían estar concebidas para fomentar la capacidad de la enfermería para responder a las necesidades sociales y para promover el papel de la enfermera/o en los servicios de atención sanitaria y en la consecución de los objetivos nacionales e internacionales en materia de salud.

La legislación puede utilizarse como medio para facultar la práctica de la enfermería o constreñirla. Es fundamental comprender los procesos que requiere la preparación de legislación para tener una influencia real en el resultado final. Aunque serán probablemente los juristas que representen a los departamentos de salud de los gobiernos, quienes se encarguen de traducir los objetivos de política en las leyes oportunas, no deja de ser esencial que los representantes de la profesión de enfermería colaboren con los redactores jurídicos para estar seguros de que el resultado final responde realmente a los objetivos de política planteados (CIE, 2007).

Al comenzar a elaborar legislación, debería partirse de una comprensión muy clara del objetivo que cumplen los profesionales de enfermería dentro de los marcos de atención de salud. La contribución que estos profesionales realizan en la organización y dispensa de atención sanitaria de cada sociedad ha de ser claramente especificada.

Toda legislación en apoyo de la enfermería y sus actividades ha de ir precedida de un análisis filosófico y conceptual que le sirva de base sobre el carácter de la práctica de enfermería y su función en el país o jurisdicción de que se trate.

La profesión de enfermería puede, debe, ser reglamentada mediante distintos mecanismos. Estatutos, leyes, decretos u ordenanzas constituyen el nivel más elevado (nos referiremos a todos ellos con el término "legislación"). Una vez establecida la legislación, pueden publicarse normas o reglamentos de segundo nivel. A ello sigue la interpretación y la aplicación tanto de la legislación como de las normas y reglamentos.

La legislación y las normas y reglamentos sobre enfermería constituyen pues, generalmente, los niveles más elevados de reglamentación dentro de un país. La responsabilidad de los consejos (o juntas) de enfermería es la administración de estas leyes y normativas. Mediante la interpretación y aplicación de la legislación y las normativas, los consejos establecen políticas y procedimientos que informan tanto a la profesión como al público de la formación, práctica, conducta y normas de acreditación que han de exigirse.

En la siguiente tabla se resumen los objetivos de los distintos niveles de reglamentación, así como el órgano que asume la responsabilidad correspondiente.

**Tabla 21. Niveles de reglamentación**

	<i>Tipo de reglamentación.</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Autoridad</i>
<i>Uno</i>	<i>Acuerdos transnacionales</i>	<i>Proporcionar una perspectiva jurídica común en todos los países.</i>	<i>Parlamentos regionales Parlamentos nacionales</i>
<i>Dos</i>	<i>Estatuto Ley Ordenanza Decreto</i>	<i>Otorgar autoridad legal a la profesión.</i>	<i>Parlamento Presidente Ministro Emir</i>
<i>Tres</i>	<i>Normas y reglamentos.</i>	<i>Ampliación de la legislación.</i>	<i>Consejo ministerial de Enfermería.</i>
<i>Cuatro</i>	<i>Interpretación y aplicación</i>	<i>Traducir los contenidos jurídicos en directrices específicas. Aplicar la legislación.</i>	<i>Consejo de Enfermería. Otra autoridad con Competencia.</i>
<i>Cinco</i>	<i>Códigos voluntarios, declaraciones de posición, normas y marcos de competencias</i>	<i>Dar orientación y establecer referencias acordadas entre pares para la evaluación profesional</i>	<i>Asociaciones profesionales. Grupos de interés de especialistas.</i>

**Fuente:** CIE:

Es importante señalar que cada uno de estos cinco niveles de reglamentación ofrece diferentes grados de flexibilidad. El primer nivel requiere la existencia de acuerdos mundiales o regionales. El segundo nivel requiere un proyecto de ley parlamentario.

Dado que la elaboración y la aprobación del proyecto de ley suele exigir mucho tiempo a los parlamentos, elaborar o enmendar reglamentación de este nivel puede resultar difícil y lento. Las normas y reglamentos son más fáciles de aprobar, pero no proporcionan el mismo nivel de autoridad y por consiguiente, tampoco de protección.

Las directrices y orientaciones constituyen la reglamentación más flexible y fácil de modificar. Para las profesiones que se encuentran en una etapa temprana de desarrollo, la redacción de códigos voluntarios, declaraciones de posición, normas y marcos de competencias suele representar un paso inicial hacia la reglamentación de la práctica.

El objeto de una reglamentación establecida por ley es garantizar un ejercicio competente y seguro por parte de los profesionales, que han de rendir cuentas de su propia práctica. Para lograr los mejores resultados sanitarios, los gobiernos deberían garantizar que toda novedad o enmienda legislativa contribuya al logro de los objetivos de la reglamentación.

En 1985, el Informe del CIE sobre reglamentación de la enfermería (ICN Report on the Regulation of Nursing) señalaba:

Estudiando la Ley Tipo de Enfermería del CIE para obtener información y orientación sobre la elaboración y aplicación de legislación para reglamentar la profesión de enfermería:

*“¿Cuál es el ámbito adecuado de práctica de la enfermería? ¿Cómo puede conciliarse la ley con el sentido práctico? Con demasiada frecuencia, la legislación y la práctica van por vías separadas. Las investigaciones revelan numerosos ejemplos de enfermeras constreñidas por la ley a una práctica muy por debajo de su capacidad y de las necesidades del público.”*

Treinta y ocho años después, estas declaraciones continúan siendo ciertas. La elaboración de nueva legislación o la enmienda de legislación existente suele ir muy a la zaga de las competencias de las enfermeras y de las demandas en la práctica debido al cambio constante del entorno de la atención de salud. Es esencial que se respalde a las enfermeras y se les permita trabajar con pleno uso de sus capacidades.

Los límites estrictos que sirven para separar más que para definir la práctica de las profesiones del ámbito de la salud no sirven al interés público. Son restrictivos porque

impiden que la profesión de enfermería evolucione y responda a las demandas y prioridades en constante cambio en materia de atención de salud. En el entorno sanitario actual en plena evolución, es importante reconocer que las enfermeras necesitan capacidad para integrar nuevos conocimientos y competencias en su práctica. A dicho fin, han de recibir apoyo para poder renovar y ampliar constantemente sus conocimientos, sus capacidades y su experiencia (CIE, 1998).

Un ejemplo del modo en que puede lograrse esta flexibilidad y receptividad en la legislación lo proporciona la Ley de enfermeras y comadronas de Singapur (2000). Esta ley establece las funciones de la Junta. En relación con el ámbito de práctica, estipula lo siguiente:

Funciones de la junta: establecer las normas y el ámbito de práctica de las enfermeras tituladas, las enfermeras asistentes y las comadronas tituladas”.

Se trata de un enfoque amplio y flexible que da potestad a la Junta para realizar modificaciones en consonancia con las necesidades de los pacientes y con las reformas de los sistemas de salud.

Los marcos de reglamentación deberían, pues, dar cabida a oportunidades e innovaciones en la práctica, y no imponer restricciones inadecuadas a la misma, y no deberían dejar de reconocer que puede haber competencias compartidas entre los distintos grupos de profesionales de la salud.

La posición del CIE sobre la reglamentación de la enfermería ofrece 12 principios que sirven como orientación básica para la elaboración de reglamentación en los diversos entornos jurídicos, culturales y de desarrollo.

Se trata de los principios de finalidad, pertinencia, definición, esencia profesional, multiplicidad de intereses y responsabilidades, equilibrio representativo, optimización profesional, flexibilidad, eficiencia y congruencia, universalidad, equidad, e igualdad y compatibilidad interprofesionales. Puede encontrarse una explicación detallada y actualizada de estos principios en la publicación del CIE titulada La reglamentación en 2020: Exploración del presente - Visión para el futuro (CIE 2009<sup>a</sup>).

Estos principios proporcionan una perspectiva para abordar la reglamentación en entornos jurídicos, culturales y de desarrollos muy diversos. Este tipo de perspectiva basada en principios es cada vez más frecuente en el entorno profesional y económico en general, pues muchos gobiernos de todo el mundo lo adoptan como medio para

describir su propio marco para ampliar y reformar su reglamentación. Por ejemplo, el Grupo de Trabajo para la mejora de la Reglamentación del Reino Unido, la Comisión sobre Productividad de Australia, la Iniciativa Hacia una mejora de la Reglamentación de Irlanda y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han elaborado principios de reglamentación. Estas iniciativas tratan de proporcionar la necesaria protección del público al tiempo que se reduce la burocracia y se impulsa la eficacia y la competitividad en unos entornos dinámicos.

### **3. Competencia en la práctica: enfoques, definiciones y conceptos fundamentales**

#### **3.1. ► Enfoques permisivos y restrictivos**

Existen dos tipos principales de enfoques para describir el ámbito de la práctica: permisivos y restrictivos.

Los enfoques restrictivos definen y protegen los límites profesionales.

Los enfoques permisivos o centrados en el cliente/paciente dan máxima importancia a las necesidades de estos últimos (Chiarella, 2002).

Los enfoques restrictivos describen los distintos aspectos de la práctica, delimitándolos (NNNET, 2005). Estos enfoques aportan claridad y protegen a las enfermeras, a los empleadores y al público mediante la definición de las fronteras y los límites de la práctica. Con frecuencia se traducen en listas de las acciones que sólo pueden realizar las enfermeras/os, o para cuya realización las enfermeras han de estar acreditadas. Tales listas de actividades autorizadas pueden quedar obsoletas muy rápidamente con respecto a la práctica real. Además, esta característica del enfoque comporta el riesgo de que se tome la lista de actividades como limitativa de las capacidades de las enfermeras/os, con lo que podrían perderse oportunidades de ampliación de la práctica.

Por esta razón, los profesionales de enfermería suelen oponerse a los intentos de definir los límites de su trabajo, especialmente en el actual clima de rápido cambio, proclive a la aparición de nuevas necesidades y situaciones.

En Ontario (Canadá), el modelo de ámbito de la práctica se establece en la Ley de reglamentación de las profesiones de la salud (1991) y consiste en dos elementos: una



declaración de ámbito de la práctica y una lista de actos autorizados o controlados. En el recuadro siguiente se ofrece un extracto de un documento de referencia titulado Legislación y regulación. Ley de profesiones de la salud reglamentadas: Ámbito de práctica, Lista tipo de actos controlados (CNO, 2009) que especifica los actos controlados autorizados en la práctica de enfermería.

***Actos controlados autorizados en la práctica de enfermería***

Las enfermeras están autorizadas a realizar tres de los 13 actos controlados. Estos tres actos controlados son los siguientes:

1. Administrar un tratamiento intradérmico o bajo membrana mucosa prescrito.
2. Administrar una sustancia por inyección o inhalación.
3. Aplicar un instrumento, la mano o el dedo
  - más allá del oído externo;
  - más allá del punto de las fosas nasales en el que suelen estrecharse;
  - más allá de la laringe;
  - más allá de la abertura de la uretra;
  - más allá de los labios mayores;
  - más allá del anillo anal, o
  - a través de un orificio practicado en el cuerpo.

Una enfermera titulada o una enfermera asistente puede realizar un protocolo de los que figuran en la lista de actos controlados autorizados en enfermería:

- Si ha sido prescrito por un médico, dentista, podólogo, comadrona o enfermera
- Si es iniciado por una enfermera titulada de conformidad con las condiciones especificadas en la normativa al respecto.

(CNO, 2009)

Es verdad, que del 2009 a nuestros días han cambiado, radicalmente al menos, los presupuestos mencionados, pero todavía permanecen sus secuelas. Véase, que se refiere siempre a enfermeras, cuando las “enfermeras” no mujeres no habían irrumpido en la profesión, precisamente por tratarse de una profesión femenina.

La aplicación en la práctica española es diversa, confusa y parcial. La reforma auspiciada por la Unión Europea de la Ley del Medicamento que se publicará en junio de 2023 suprime la restricción existente de la actuación enfermera en materia de inoculación de tratamientos de productos sanitarios por vía parenteral.

Los enfoques permisivos son menos prescriptivos y no definen límites para el ámbito de la práctica. Transfieren claramente el cometido y la responsabilidad del órgano de

reglamentación sobre la práctica profesional a cada profesional y también al empleador (NNNET, 2005). Ello facilita la evolución de la práctica.

An Bord Altranais (2000) proporciona un ejemplo de este tipo de enfoque, al describir el ámbito de la práctica de enfermería/parttería como:

*“el conjunto de cargos, funciones, responsabilidades y actividades para los que una enfermera/comadrona titulada ha sido formada, tiene competencia y se le confiere autoridad dentro del contexto de una definición de enfermería/obstétrica y ginecológica.”*

A tener en cuenta, la limitación de la enfermería a la especialidad obstétrica.

En 1985, el Informe del CIE sobre la reglamentación de la enfermería señalaba:

*“La reglamentación sobre el ámbito de la práctica enfermera define la enfermería y especifica los límites dentro de los cuales las enfermeras/os han de ejercer. Puede otorgarles libertad para actuar conforme a su propio juicio y capacidad, o limitar su actuación a los distintos protocolos prescritos y supervisados por otros.”*

Sin embargo, incluso adoptando un enfoque permisivo pueden limitarse ciertos actos.

Lo cierto, en la actualidad, es que la reglamentación a la que elude, o no existe en España y como ya hemos dicho, es dispersa, confusa y parcial.

### **3.2. ► Cómo definir el ámbito de la práctica de enfermería**

Las descripciones del ámbito de la práctica de enfermería dependen, como hemos visto, de que el enfoque que se adopte sea permisivo o restrictivo. Sin embargo, pueden observarse otros factores que influyen en el modo en que el ámbito de la práctica de enfermería evoluciona y se define en última instancia. Estos factores, que se examinan en el Capítulo 3, pueden incluir entre otros, el papel tradicional/histórico de la enfermera, cuestiones relacionadas con la fuerza de trabajo, la relación entre enfermería y otras profesiones de la salud, las necesidades, demandas y expectativas de la población, y las políticas organizativas. Sin embargo, al igual que ocurre con muchos otros aspectos de la reglamentación, existen diferentes opiniones e interpretaciones de su terminología (por ejemplo, práctica ampliada, avanzada y especializada). Esta falta de coherencia entre los enfoques para abordar la reglamentación de los ámbitos de práctica se debe en parte a las diferentes definiciones y visiones de lo que constituye el ámbito de práctica.

En la Declaración de posición del CIE sobre el ámbito de la práctica de enfermería se afirma lo siguiente:

El ámbito de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones y la elaboración de una política de salud para los sistemas de atención de salud. Además, como el ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, al desarrollo del conocimiento y a los avances tecnológicos, es preciso un examen periódico para cerciorarse de que sigue siendo coherente con las necesidades de salud actuales y favorece unos mejores resultados de salud.

(CIE, 1998, revisado en 2004 y vigente)

Esta declaración de posición pone asimismo de relieve la importancia de establecer una definición de ámbito de la práctica que dé a conocer a todos los interesados las competencias y la responsabilidad de la enfermera, pero que permita adaptarse al cambio.

Las descripciones y definiciones del ámbito de la práctica de la profesión de enfermería suelen abordar los mismos elementos.

Por ejemplo:

El ámbito de la práctica de una profesión es el conjunto completo de cargos, funciones, responsabilidades, actividades y capacidades ejecutivas para los cuales los profesionales de la misma han sido formados y poseen las competencias y la autoridad. El ámbito de la práctica profesional se establece por ley, por medio de normativas profesionales tales como las normas de competencias, los códigos deontológicos, de conducta o de práctica, y en función de las necesidades, las demandas y las expectativas de la población. Por consiguiente, puede ser más amplio que el ámbito de la práctica individual de cada profesional.

El ámbito real de la práctica individual viene determinado por:

el contexto en que se ejerce;

Las necesidades de los consumidores en materia de salud; el nivel de competencia, formación, calificaciones y experiencia de la persona, la política del proveedor de servicios, el marco de gestión de la calidad y de los riesgos y la cultura organizativa.

(ANMC, 2007)

**NORMA PRIMERA**

Las enfermeras y comadronas trabajan en el marco del ámbito de la práctica definido para su profesión.

**FUNDAMENTO**

La práctica de la enfermería y de la partería tiene por objeto luchar contra la enfermedad, restablecer la salud y rehabilitar a los accidentados o enfermos mediante actividades de promoción de la salud y una práctica basada en pruebas empíricas en atención sanitaria primaria, secundaria y terciaria. Las actividades incluyen:

control y evaluación del estado de salud y las necesidades del cliente;

Intervenciones de enfermería como la administración de medicamentos y tratamientos; y asesoramiento y educación sanitaria de particulares o grupos.

El ámbito de la práctica de la enfermería y la partería es el conjunto de actividades y decisiones clínicas que una enfermera o comadrona está autorizada a realizar de forma autónoma en virtud de su formación y de la correspondiente acreditación, y de las cuales ha de rendir cuentas. Viene determinado por las calificaciones, competencias profesionales y función clínica de la enfermera o comadrona. Puede ampliarse para incluir nuevas competencias profesionales y cometidos con el fin de seguir los avances de la ciencia y la tecnología médicas, así como las innovaciones en las modalidades de tratamiento y los cambios en relación con las necesidades sanitarias de la profesión.

(Junta de Enfermería de Singapur, 1999)

*Conceptos fundamentales*

Como vemos, el ámbito de la práctica de enfermería establece las funciones, competencias, cometido y responsabilidad profesional de la enfermera que constituyen la base para establecer normas para la práctica de la enfermería, la formación en enfermería, así como sus funciones y responsabilidades, y además da a conocer a la sociedad, las características que ha de cumplir toda persona calificada para dispensar servicios enfermeros.

Podemos observar, lo que ya no existe actualmente sino de manera residual, la limitación del contenido competencial enfermero cuando se refiere a *profesión "de mujeres"* y la supeditación a los avances médicos.

Sin embargo, es necesario aclarar algunos de los conceptos mencionados en las definiciones anteriores. Es importante porque, dado que los términos asociados con conceptos de reglamentación suelen utilizarse con distintos sentidos, no podemos suponer que los términos mencionados en el presente documento se utilizarán con el mismo sentido en todas las jurisdicciones.

Estas divergencias surgen con frecuencia debido a las distintas tradiciones jurídicas y a las diversas experiencias históricas, que han generado diferencias tanto sutiles como manifiestas. Es esencial que, en todas las jurisdicciones, todos los interesados entiendan del mismo modo la terminología relativa a la reglamentación. Puede encontrarse más amplia información sobre esta terminología en el glosario de términos fundamentales sobre reglamentación del CIE (ICN's Lexicon of key regulatory terms, CIE, 2009) en el que se trata de proporcionar un lenguaje común para describir la reglamentación.

Los términos competencia, responsabilidad o rendición de cuentas y cometido suelen utilizarse cuando se habla de práctica profesional de enfermería y se definen como sigue:

- **Competencia** hace referencia a la aplicación eficaz de una combinación del conocimiento, capacidad y juicio demostrados por una persona en la práctica o en la realización diaria de su trabajo. Las definiciones en materia de enfermería coinciden en general, en que, en el desempeño de las funciones de enfermería según las normas exigidas en el empleo, competencia se refiere a lo siguiente:

Conocimiento, comprensión y juicio;

un conjunto de capacidades — cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales; y un conjunto de atributos y actitudes personales.

- **Responsabilidad o rendición de cuentas** hace referencia al hecho de que cada profesional enfermera/o ha de dar cuenta de sus propios actos o de los actos u omisiones de otros. Aquí se reconoce la responsabilidad legal de los enfermeros/as por sus actos. Por consiguiente, implica que los resultados de esos actos, deberán ser evaluados con respecto a determinados criterios.
- **Cometido** hace referencia a la obligación de la enfermera/o de ejercer de forma competente y a un nivel aceptable, que será definido según la formación recibida. El cometido supone la obligación del profesional, de ejercer un cargo o una función según unos criterios de evaluación esperados.

### **3.3. Funciones exclusivas atribuidas actualmente a los profesionales de enfermería**

Los profesionales de enfermería, adquieren sus atribuciones actualmente, cursando el grado de enfermería, en cuyo título quedan subsumidas las siguientes atribuciones propias:

- El Triage
- La toma de datos clínicos
- Los tratamientos por vía parenteral
- Los tratamientos por vía enteral
- Los tratamientos por vía tópica
- Los tratamientos por vía ótica
- Los tratamientos por vía oftálmica
- El diagnóstico enfermero
- La Indicación, uso y dispensación de medicamentos
- La Indicación, uso y dispensación de productos de uso humano
- La custodia y gestión de productos
- La guarda y custodia de documentos del paciente
- La cirugía menor
- La investigación clínica y teórica enfermera
- La formación de enfermeros/as
- La gestión de la unidad sanitaria
- Utilizar y gestionar el material sanitario
- Dirigir y planificar la actuación del equipo de enfermería
- Todas las acciones pertinentes respecto a la salud individual y social de la población.

#### **3.3.1. en la prestación de los cuidados**

- a. Aplica en el ejercicio de la enfermería los conocimientos y capacidades pertinentes.
- b. Incorpora en el ejercicio profesional las conclusiones de las investigaciones válidas y pertinentes, y otras pruebas.
- c. Inicia y aborda el debate sobre la innovación y el cambio en la enfermería y en la atención de salud.
- d. Aplica el pensamiento crítico y las capacidades de solución de problemas.
- e. Aplica el juicio clínico sólido y la adopción de decisiones en toda la gama de los contextos profesionales y de atención de salud.

- f. Da las razones de los cuidados de enfermería prestados.
- g. Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.
- h. Demuestra comprensión del proceso de defensa.
- i. Actúa como recurso para las personas, familias y comunidades cuando éstas se enfrentan a los cambios de la salud, a las discapacidades y a la muerte.
- j. Presenta la información de manera clara y sucinta.
- k. Interpreta con precisión los datos objetivos y subjetivos y su importancia para la prestación segura de los cuidados.
- l. Demuestra comprensión de la planificación para los casos de catástrofes.

### **3.3.2. en la promoción de la salud**

- a. Demuestra comprensión de las políticas nacionales de salud y de atención social.
- b. Trabaja en colaboración con otros profesionales y comunidades.
- c. Considera a la persona, la familia y a la comunidad desde una perspectiva total que toma en consideración los múltiples factores determinantes de la salud.
- d. Toma parte en iniciativas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y contribuye a su evaluación.
- e. Aplica el conocimiento de los recursos disponibles para la promoción de la salud y la formación de salud.
- f. Actúa para que la persona, la familia y la comunidad puedan llegar a adoptar estilos de vida sanos.
- g. Facilita información pertinente de salud a las personas, las familias y las comunidades, para ayudarles a que consigan una salud óptima o la rehabilitación.
- h. Demuestra comprensión de las prácticas de curación tradicionales que se siguen según las creencias de las personas, las familias o las comunidades.
- i. Presta apoyo o da formación para desarrollar o mantener capacidades de vida independiente.
- j. Reconoce las posibilidades de instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería.
- k. Aplica los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con las personas, las familias y las comunidades.
- l. Evalúa el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud.

**Estudio:**

- a. Hace un estudio pertinente y sistemático de salud y de enfermería.
- b. Analiza, interpreta y documenta los datos con precisión.

**Planificación:**

- a. Formula un plan de cuidados, si es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- b. Consulta con los miembros pertinentes del equipo de salud y de atención social.
- c. Se cerciora de que los pacientes/clientes y los dispensadores de cuidados reciben información (y la entienden) sobre la que pueden fundar el consentimiento para los cuidados.
- d. Recurre a un defensor cuando el paciente/cliente y los dispensadores de atención solicitan apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones.
- e. Establece prioridades para los cuidados, siempre que es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de atención de salud.
- f. Identifica los resultados previstos y el marco temporal para conseguirlos o examinarlos en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- g. Examina y revisa periódicamente el plan de cuidados, cuando es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- h. Documenta el plan de los cuidados.

**Ejecución**

- a. Aplica los cuidados de enfermería previstos para conseguir resultados identificados.
- b. Ejerce la enfermería de manera que respeta los límites de una relación profesional con el paciente/cliente.
- c. Documenta la ejecución de sus intervenciones.
- d. Responde eficazmente en situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes.
- e. Responde eficazmente a las situaciones de urgencia y de catástrofes.



## **Evaluación**

- a. Evalúa y documenta los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.
- b. Colabora con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados para examinar los progresos realizados en la consecución de los resultados previstos.
- c. Utiliza los datos de la evaluación para modificar el plan de los cuidados.

## **Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales.**

- a. Inicia, desarrolla o interrumpe relaciones terapéuticas utilizando capacidades adecuadas de comunicación y de relaciones interpersonales con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- b. Transmite de manera constante información pertinente, precisa y completa acerca del estado de salud del paciente/cliente, de palabra, por escrito o por medios electrónicos.
- c. Se cerciora de que la información dada al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados se presenta de manera adecuada y clara.
- d. Responde adecuadamente a las preguntas, solicitudes y problemas del paciente/cliente y de los dispensadores de cuidados.
- e. Se comunica de manera que capacita al paciente/cliente y a los dispensadores de cuidados.
- f. Utiliza eficaz y adecuadamente la tecnología de la información disponible.
- g. Demuestra conciencia de la evolución tecnológica y de las aplicaciones locales en el campo de la tecnología de la salud.

### **3.3.3. en la gestión de los cuidados**

#### **Entorno seguro**

- a. Crea y mantiene un entorno seguro para los cuidados recurriendo a estrategias de garantía de la calidad y de gestión del riesgo.
- b. Utiliza instrumentos de evaluación adecuados para identificar los riesgos actuales y posibles.
- c. Se cerciora de que las sustancias terapéuticas se administran con seguridad.
- d. Aplica procedimientos de control de las infecciones.
- e. Comunica y registra los problemas de seguridad a las autoridades competentes.

### **Atención interprofesional de salud**

- a. Aplica el conocimiento de prácticas de trabajo interprofesionales eficaces.
- b. Establece y mantiene relaciones de trabajo constructivas con la enfermería y los demás compañeros.
- c. Contribuye a un eficaz trabajo en equipo multidisciplinario manteniendo relaciones de colaboración.
- d. Valora las funciones y capacidades de todos los miembros de los equipos de atención de salud y de cuidados sociales.
- e. Participa con los miembros de los equipos de salud y de atención social en la adopción de las decisiones relativas a los pacientes/clientes.
- f. Revisa y evalúa los cuidados con los miembros de los equipos de atención salud y de cuidados sociales.
- g. Toma en consideración las opiniones de los pacientes/clientes y de los dispensadores de salud cuando las decisiones se adoptan en el equipo interprofesional.

### **Delegación y supervisión**

- a. Delega en otros las actividades compatibles con las capacidades y ámbito de la práctica profesional de ellos.
- b. Utiliza diversas estrategias de apoyo cuando supervisa aspectos de los cuidados delegados en otros.
- c. Mantiene la responsabilidad y el deber de rendir cuentas cuando delega en otros algunos aspectos de los cuidados.

### **3.3.4. en el desarrollo y mejoramiento profesional**

#### **Objetivos**

- a. Promueve y mantiene la imagen profesional de la enfermería.
- b. Defiende el derecho a participar en la planificación del programa y en el desarrollo de la política de salud.
- c. Contribuye al desarrollo del ejercicio profesional de la enfermería.
- d. Valora el grado en que la investigación contribuye a la evolución de la enfermería como medio de mejorar los niveles de los cuidados.
- e. Actúa como modelo personal efectivo.

- f. Acepta las responsabilidades de la dirección cuando son importantes para la prestación de la atención de salud y de enfermería.

### **Mejoramiento de la calidad**

- a. Utiliza pruebas válidas al evaluar la calidad del ejercicio de la enfermería.
- b. Participa en los procedimientos de mejoramiento y de garantía de la calidad.

### **Formación continúa**

- a. Examina periódicamente su propia práctica.
- b. Asume la responsabilidad del aprendizaje y el mantenimiento de la competencia a todo lo largo de la vida.
- c. Actúa para satisfacer las necesidades de formación continua.
- d. Contribuye a la formación y al desarrollo profesional de los estudiantes y de los Compañeros.
- e. Actúa como mentor efectivo.
- f. Aprovecha las oportunidades de aprender con otras personas que contribuyen a la atención de salud.

### **3.3.5. En la gestión de documentos clínicos**

Consistente en gestionar toda la información del paciente, recopilada mediante la anamnesis, sin importar el centro sanitario donde éste haya sido atendido.

- a. Elaboración y almacenamiento de historias clínicas.
- b. Integración de toda la información del proceso asistencial en un mismo archivo.
- c. proporcionar la localización y el manejo de la información.
- d. Cumplir con las políticas del hospital donde se desempeñen en relación a la gestión de documento y de almacenamiento de historias clínicas.
- e. incorporar el empleo de las nuevas tecnologías para la recogida de datos clínicos, para su transferencia a nuevas plataformas.
- f. Mejorar la disponibilidad de la información.
- g. Promover la comunicación interprofesional.

***CAPÍTULO VIII.***  
***FACTORES INFLUENTES EN EL AMBITO DE LA***  
***PRÁCTICA ENFERMERA***

# **1. FACTORES QUE INFLUYENTES**

Hay muchos factores que influyen constantemente en el ámbito de la práctica, conformándolo. Se trata de cuestiones políticas, sociales y medioambientales, en relación con la economía y la profesión, las tradiciones jurídicas, el sistema de atención de salud y las normas culturales.

Factores contextuales como la creciente especialización y diversidad de los entornos de práctica y la creciente información del paciente en todos los centros de atención social y de salud (particularmente los entornos de atención a la tercera edad) han hecho asimismo avanzar y ampliarse la práctica enfermera. Además, las expectativas en cuanto a las competencias tanto dentro de cada profesión sanitaria como entre unas y otras han contribuido asimismo a desdibujar la visión de los papeles tradicionales (NNNET, 2005).

A continuación, abordaremos algunas de estas cuestiones.

## **1.1. ► La carencia de profesionales de la salud**

Lo que diferencia la carencia actual de las carencias temporales y subsanables experimentadas en el pasado es la coincidencia de una demanda creciente y de una oferta de enfermeras en decrecimiento constante. La demanda viene determinada por el envejecimiento de una población con necesidades de atención complejas y una incidencia de las enfermedades crónicas en continuo aumento. Por otra parte, la oferta de profesionales enfermeros/as se ve influida por el envejecimiento de la población activa, la falta de financiación para la formación en enfermería y una tasa de nacimientos en declive en muchos lugares del mundo, incluido nuestro país. A la escasez mundial de profesionales enfermeros se suma el hecho de que, para satisfacer la demanda creciente de atención de salud, se necesita atraer a la población activa hacia las profesiones sanitarias, a la vez que existe una competencia importante por parte de otros sectores profesionales. Ello significa que existe el riesgo de que se vaya reduciendo el número de personas que eligen trabajar en el sector de la salud y más concretamente en enfermería.

## **1.2. ► Planificación de la población activa**

Los gobiernos de todos los países tienen el importante papel de planificar y proveer de recursos la atención de salud, lo que incluye el desarrollo de los recursos humanos. Sin embargo, ello resulta arduo en un entorno cada vez más complejo, fragmentado y

determinado por la tecnología, en el que la competitividad y la gestión del costo han de compaginarse con el acceso a una atención sanitaria aceptable y la seguridad del paciente.

En muchos países, incluido el nuestro, la escasez de trabajadores sanitarios hace que las enfermeras/os estén asumiendo tareas y actividades para las que no han sido formadas ni han sido juzgadas competentes conforme a normas definidas. Además, estas actividades suelen quedar fuera del alcance de la legislación sobre enfermería o de otro tipo y, por consiguiente, son ilícitas. En algunas situaciones, estas actividades se realizan bajo la dirección del empleador y/o del gobierno (no en España de momento) Aun cuando se trate de una práctica avanzada de enfermería, es necesario prestar mucha atención a la capacidad de garantizar al público que está recibiendo unos cuidados seguros y con competencia.

### **1.3. ► Transferencia de tareas**

Este entorno de atención de salud en pleno y rápido cambio y de alto costo, se presta bastante a la superposición de funciones de atención social y de salud, así como a una mayor demanda de servicios con buena relación calidad-precio. Esta demanda va a seguir aumentando a causa del envejecimiento de la población y la creciente incidencia de las enfermedades crónicas. La respuesta, que ya se está observando en plena crisis mundial de los recursos humanos de salud, es recurrir a trabajadores menos calificados y a la transferencia de tareas de los más a los menos formados y de los especialistas a los generalistas.

### **1.4. ► Nuevos modelos de personal**

Sin embargo, esta tendencia creciente a la transferencia de tareas y a la introducción de nuevos modelos de personal está provocando la precarización de los trabajadores de la enfermería reglamentada y haciendo aumentar el número de trabajadores de atención de salud no reglamentados. Es necesario establecer una reglamentación de estos nuevos trabajadores de la salud y de la transferencia de tareas con la colaboración de los profesionales afectados y ha de especificarse claramente quién se encarga de su supervisión. El desarrollo de la carrera, la enseñanza, la supervisión y la evaluación deberían estar siempre a cargo de los profesionales de la salud que transfirieren la tarea. Ello es especialmente importante si se desea que las personas más vulnerables y necesitadas de nuestra sociedad reciban una atención de salud global, y no fragmentada y parcial

### **1.5. ► Tecnología y provisión de atención de salud**

Los avances tecnológicos en los ámbitos de la información y la comunicación están generando nuevas oportunidades para la provisión de atención de salud a nivel local, nacional e internacional. Ello va asociado a nuevos modelos de entrevista, diagnóstico, prescripción y dispensa de tratamiento y atención, así como de evaluación y seguimiento.

La tele sanidad y la tele enfermería representan una nueva era en la provisión de atención de salud. Gracias al poder de la tecnología y a la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, la tele enfermería ofrece buenas oportunidades para responder a los problemas declarados e incipientes de los sistemas de salud, como los que plantean el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas, la atención comunitaria y domiciliaria, la creciente emigración, los problemas de acceso relacionados con circunstancias geográficas, sociales y financieras, el incremento de los costos y la disminución de la financiación y la escasez de enfermeras.

Los profesionales de la enfermería tienen la potestad de tomar decisiones en situaciones de emergencias. La práctica de la enfermería es dinámica y está sujeta a la influencia constante del entorno de atención de salud. Las enfermeras/os recurren cada vez más a los marcos para la toma de decisiones para determinar su propio ámbito de práctica a falta de normativa o reglamentación.

La forma en que se toman las decisiones en salud ha variado en el tiempo, dependiendo de los constructos éticos que han sustentado las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios. En los inicios de la atención sanitaria, la escuela hipocrática dictaba que la enfermedad era un desorden interno de las personas y que el médico era el único profesional con la sabiduría para ponerlo en orden. En otras épocas, la ética médica se guiaba por el modelo paternalista, donde el paciente se consideraba incapaz de saber lo que le convenía y solo debía cumplir las indicaciones que el profesional experto estimaba oportunas. Así, el médico actuaba como un padre que busca el bien del paciente-hijo, pero sin consultarle su opinión

Este modelo de relación usuario-profesional predominó en la historia de los servicios de salud occidentales hasta después de la segunda guerra mundial, donde se incorporaron normas éticas que comenzaron a modificar estos comportamientos

Asimismo, desde la década de 1970, movimientos sociológicos han influenciado la instalación de un nuevo paradigma más inclusivo y recíproco. En las disciplinas de la

salud, este paradigma ha estimulado un mayor énfasis en los constructos éticos de autonomía, beneficencia y justicia para implementar los cuidados. De modo que, respecto a tomar decisiones, se defiende la autonomía moral de las personas, considerando al paciente como alguien con derecho a decidir sobre su propia salud.

Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud, en 1978, declara que “las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud confirmando una forma de relación usuario-profesional de mayor colaboración para tomar decisiones en salud. Así, se observa un especial interés en la temática de la toma de decisiones en salud, sobre todo por el empoderamiento que han desarrollado las personas para decidir sobre su propio cuerpo. Actualmente, dos eventos dan respuesta a esta situación, el primero es un desplazamiento desde el enfoque del consentimiento informado pasivo a una elección informada; el segundo, es la construcción de modelos que intentan explicar el fenómeno

En el siguiente apartado se detalla cuáles son los marcos para la toma de decisiones en el entorno laboral.



## 2. Los marcos para la toma de decisiones

**Figura 8: Liderazgo en la enfermería.**



Son herramientas que:

- Ayudan a los profesionales enfermeros a tomar decisiones fundadas sobre la provisión de cuidados seguros y de gran calidad en su práctica diaria;
- Facilitan el desarrollo de nuevas funciones en la práctica;
- Contribuyen al profesionalismo en enfermería, ayudando a las enfermeras a gestionar el cambio, reglamentar su práctica y determinar claramente los parámetros de la misma;
- Ayudan a las autoridades de reglamentación de la enfermería a cumplir su obligación de proteger al público proporcionando un método coherente para la toma de decisiones fundadas por parte de las enfermeras en relación con su práctica; al igual que a los proveedores de servicios y a los encargados de la elaboración de políticas a reconocer la contribución de las enfermeras a la provisión de servicios de salud actuales y futuros, y a trabajar con ellas para efectuar el cambio.

Los marcos para la toma de decisiones pueden ayudar a las enfermeras, a los empleadores, a los consumidores y a los gobiernos a comprender y controlar la intrincada trama de factores complejos e interdependientes que influyen en el ámbito de la práctica de enfermería.

En cualquier debate sobre reglamentación y ámbito de la práctica es necesario reconocer que hay diferentes partes interesadas que han de contribuir a garantizar una atención al paciente de gran calidad. La complementariedad y la interdependencia de los distintos grupos de interesados deben reconocerse en un sistema que es cada vez más complejo y adaptativo.

### **2.1. Profesionales enfermeros**

Dado que la legislación no puede definir todas las posibles tareas o funciones que una enfermera/o está o no autorizada a realizar, los marcos profesionales para la toma de decisiones orientan a las enfermeras/os cuando se encuentran ante nuevos procedimientos, protocolos y actividades en su práctica diaria.

Además de ayudar al profesional enfermero a determinar qué actividades entran dentro de su ámbito de práctica concreto, los marcos para la toma de decisiones también ayudan a determinar qué tareas delegar a otras enfermeras o a trabajadores de atención de salud no acreditados. Estas herramientas permiten asegurarse de que la persona a la que se confía la tarea es capaz de dispensar el cuidado de que se trate de forma segura y competente.

### **2.2. Pacientes/Población**

Las enfermeras/os y otros profesionales de la salud tratan con unos pacientes y un público cada vez mejor informados. Los pacientes y sus familias necesitan que se les garantice que las decisiones tomadas por las enfermeras/os sobre los cuidados que les dispensan estarán plenamente fundadas. Todo cambio en el ámbito de práctica enfermera debe tener como objetivo primordial satisfacer las necesidades del paciente o de la población.

### **2.3. Empleadores**

El ámbito de práctica enfermera se define en la legislación sobre enfermería. Sin embargo, puede ser que las políticas del empleador sean más restrictivas y no permitan a la enfermera cumplir plenamente su función en dicho centro o entorno de atención de

salud. Por el contrario, un empleador no puede ampliar el ámbito de práctica de una enfermera más allá de lo prescrito por la legislación.

Como ya se ha señalado, redactar y enmendar legislación es un proceso costoso, que requiere mucho tiempo, y que suele ir a la zaga de la evolución de los ámbitos de práctica. Los marcos para la toma de decisiones pueden servir para afrontar las exigencias reales que plantea dicha evolución y ayudar a reducir el riesgo que representa para los pacientes una práctica no segura y no contemplada en la ley.

#### **2.4. Gobiernos y Administraciones públicas**

Los pacientes están pidiendo un acceso mejorado a los servicios y para muchos gobiernos resulta difícil satisfacer las necesidades en constante aumento de su población. Las presiones económicas que sufren los servicios de salud pueden provocar cargas excesivas de trabajo, una supervisión inadecuada, una falta de suministros y baja proporción de personal calificado en relación con el personal no calificado. Ello puede generar un riesgo para el paciente y poner a los profesionales sanitarios (fundamentalmente enfermeros/as) en situaciones en las que le sea imposible dispensar cuidados de conformidad con su ámbito de práctica y su código de conducta.

#### **2.5. Otros profesionales de la salud**

El carácter de la práctica enfermera continúa evolucionando con un creciente reconocimiento de la existencia de competencias compartidas entre distintos profesionales de la salud. Cuando personas con diferente experiencia clínica proporcionan servicios similares surgen problemas complejos de reglamentación. Los marcos para la toma de decisiones pueden ayudar a determinar si deben aceptarse tareas delegadas por otros profesionales de la salud.

#### **2.6. Elementos de un marco para la toma de decisiones**

Existen diferentes marcos para la toma de decisiones, pero todos ellos comparten una serie de puntos similares. En general, reconocen que el ámbito de la práctica de cada enfermera/o viene determinada por el marco jurídico, su formación y competencia, su experiencia y el contexto en el que ejerce.

Otra utilidad de estas herramientas es ayudar a tomar decisiones sobre la delegación de tareas y actividades a otra enfermera o a personal auxiliar no reglamentado y la

supervisión de todas estas personas. En el capítulo 5 se analiza con más detalle este tipo de marcos.

En el proceso de toma de decisiones, si todas las condiciones especificadas en el marco se cumplen, se considera que el acto de enfermería entra dentro del ámbito de la práctica y que la enfermera puede proceder a realizarlo. Si no se satisface alguno de los elementos, la enfermera no debería realizar el acto.

### **2.7. Marco jurídico**

Como ya se ha señalado, la legislación sobre enfermería establece las bases para el ámbito de la práctica en el que un profesional enfermero puede ejercer. Cada comunidad autónoma, tiene su propio método de reglamentar la práctica de la enfermería. Tal competencia, suele incluir la formación, la protección del título y los sistemas de acreditación. Una de las primeras decisiones que debe tener en cuenta un profesional sanitario es determinar si una acción entra dentro del marco jurídico pertinente.

### **2.8. Formación y competencia**

La enfermera/o tiene la obligación profesional de ejercer de forma segura y dentro de su ámbito de práctica. A la hora de determinar su ámbito personal, debe juzgar si es competente para llevar a cabo una función o cargo particular. También ha de tomar medidas para desarrollar y mantener la competencia necesaria para el ejercicio profesional.

El ámbito de la práctica de cada enfermera/o depende de su nivel de competencia y formación. La competencia y su mantenimiento, a través del desarrollo profesional continuo, son componentes esenciales de los marcos para la toma de decisiones. Reconociendo todos los límites de su competencia, las enfermeras/os han de tomar decisiones adecuadas que pueden incluir la no aceptación de una actividad que se les delegue. Si es necesario, la enfermera deberá realizar los cursos de formación continua necesarios para adquirir competencia en un determinado ámbito. Puede ser necesaria una formación especializada y/o una evaluación oficial para la realización de determinados actos de enfermería en algunas jurisdicciones.

## **2.9. Experiencia**

La experiencia no es sinónimo de competencia. Las horas de trabajo presencial no aumentan por sí mismas el nivel de experiencia de un profesional. El proceso que siguen los profesionales enfermeros cuando han de realizar juicios sobre el estado de salud de sus pacientes no se conoce con precisión. Sin embargo, se reconoce que tanto los conocimientos, como la capacidad de reflexión crítica, la experiencia anterior y la intuición contribuyen a realizar tales juicios.

## **2.10. Contexto de la práctica**

El contexto hace referencia al entorno en el que ejerce la enfermera/o y, por consiguiente, tiene una gran influencia en cualquier decisión acerca del ámbito de la práctica. Incluye:

A los pacientes y sus necesidades específicas de atención;

El lugar en el que el cuidado de enfermería se dispensa, por ejemplo, el hogar, los centros para enfermos agudos, etc.;

El apoyo clínico y/o la supervisión de que se disponga y los recursos humanos, físicos y técnicos disponibles, el conjunto de capacidades y el acceso a otros profesionales de la salud.

Los marcos para la toma de decisiones suelen basarse en una serie de principios de base que orientan las decisiones acerca del ámbito de la práctica teniendo en cuenta la formación, la experiencia y la competencia. Además de aplicar estos principios a la situación, las enfermeras/os también se tienen que servir de su juicio profesional para fundar sus decisiones.

## **2.11. Principios para determinar el ámbito de la práctica**

Los siguientes principios pueden considerarse como base para tomar decisiones con respecto al ámbito de la práctica de cada enfermera:

- La actividad es conforme a la legislación de enfermería, la política y las directrices de la Junta.
- La motivación principal para realizarla es satisfacer las necesidades del paciente y mejorar su evolución.
- La actividad ha sido debidamente autorizada por una orden o protocolo válidos y de conformidad con las políticas y procedimientos en vigor.

- La enfermera posee la formación adecuada y se considera competente para realizar la actividad.
- La actividad se conforma a las normas aceptadas.
- La actividad que va a realizar la enfermera es adecuada en el contexto de práctica.

Los marcos para la toma de decisiones deberían utilizarse en combinación con otras orientaciones y normas de la práctica profesional, como las normas de competencia, las políticas, normativas y legislación relativas a la enfermería, con el fin de tomar decisiones bien fundadas acerca de la práctica.

### ***3. Delegación, supervisión y mejora del uso de los marcos para la toma de decisiones***

#### **3.1. ► Delegación**

Delegar es transferir autoridad a otra persona para que realice una tarea, actividad o función que normalmente es cometido de quien delega.

Además de ayudar a cada enfermera/o a determinar qué actividades entran dentro de su propio ámbito de práctica, los marcos para la toma de decisiones también son útiles para dilucidar el ámbito de práctica de otros.

Pueden incluir principios para delegar en otra enfermera, aceptar las actividades que otros delegan, y delegar en personal auxiliar no reglamentado, siempre y cuando no sea en materias indelegable, como es la responsabilidad.

Si han de delegarse tareas en otras personas, estas herramientas permiten asegurarse de que la persona en quien se delega es capaz de dispensar el cuidado de forma segura y competente.

Es preciso señalar que algunos marcos para la toma de decisiones hacen una distinción entre los términos delegar y asignar.

“Cuando se asigna una tarea a una enfermera/o se le está pidiendo que realice una acción que normalmente entra dentro de su cometido.”

#### **3.2. ► Responsabilidad y cometido**

Si bien hemos definido ya estos dos conceptos, es importante analizar más a fondo su aplicación en lo que respecta a la delegación de tareas.

Responsabilidad hace referencia al hecho de que cada enfermera/o ha de dar cuentas

de sus propios actos o de los actos u omisiones de otros. Aquí se reconoce la responsabilidad legal de la enfermera por sus actos. Por consiguiente, implica que los resultados de esos actos serán evaluados con respecto a determinados criterios. No era infrecuente en el pasado que las enfermeras aceptasen de forma regular responsabilidad por actividades que no entraban dentro de su ámbito de práctica.

Cuando se delegan actividades en otra persona, tanto quien delega como la persona que acepta la tarea o función delegada son responsables de sus actos.

La responsabilidad no puede ser delegada. La persona que delega es responsable de garantizar que la actividad delegada es adecuada para la persona en quien delega y que esta persona dispone del apoyo y los recursos necesarios. La persona en quien se delega también es responsable y debe indicar a la persona que desea transferirle la tarea si tiene o no competencia para realizarla

Cometido hace referencia a la obligación del profesional enfermero, de ejercer de forma competente y a un nivel aceptable, que será definido según la formación recibida. El cometido supone la obligación de la/el enfermera/o de ejercer un cargo o una función según unos criterios de evaluación esperados.

Un cometido puede ser delegado, siempre que la persona en quien se delegue sea competente para llevarlo a cabo. El profesional que delega su cometido es responsable del mismo y no la persona que acepta la delegación.

### **3.3. ► Supervisión**

El profesional enfermero que ha delegado una tarea o actividad en otro profesional enfermero o en un auxiliar no reglamentado debe supervisar la realización de la tarea o función y garantizar el cumplimiento de las normas de práctica, políticas y procedimientos en vigor.

Así mismo determinar el nivel de supervisión, control y accesibilidad que ha de proporcionar. Es probable que el nivel de supervisión requerido dependa de si la actividad es delegada en una enfermera acreditada o en un auxiliar no reglamentado.

Además, la exigencia de supervisión será diferente en función del carácter de la tarea y de la proximidad de la enfermera supervisora. Sigue siendo competencia de la enfermera/o el cuidado de enfermería en su conjunto.

Por consiguiente, la enfermera/o determina la frecuencia de la supervisión y la evaluación sobre la base de las necesidades del cliente, la complejidad de la actividad delegada, la competencia y experiencia de la persona que la realice y la proximidad del lugar en que se realice. La supervisión puede ser directa, lo que implica que la persona supervisora observa a la persona que supervisa y trabaja con ella. Sin embargo, las

circunstancias de la actividad pueden permitir una supervisión indirecta, en la que el supervisor es accesible pero no está observando la realización de la actividad.

Las tareas delegadas pasan a formar parte del cometido individual de la enfermera o auxiliar no reglamentado en quien se hayan delegado, quienes tienen que dar cuenta de las mismas ante la persona que les delegó las tareas.

### **3.4. ► Principios para orientar la delegación de tareas o actividades en otro profesional enfermero o sanitario o en un auxiliar no profesional sanitario**

Los principios siguientes pueden tomarse como base para tomar decisiones en relación con la delegación de tareas en otras personas:

- La actividad es conforme a la legislación de enfermería, la política y las directrices de la Junta.
- La motivación principal para delegar la actividad es satisfacer las necesidades del paciente y mejorar su evolución.
- La actividad ha sido debidamente autorizada por una orden o protocolo válidos y de conformidad con las políticas y procedimientos en vigor.
- La persona en quien se delega la actividad posee la formación adecuada y es competente para realizar la actividad.
- La actividad se conforma a las normas aceptadas.
- La actividad que va a realizar la persona es apropiada para el contexto de práctica.
- El profesional enfermero que delega una actividad determinada es responsable de la decisión de delegar. La persona delegada acepta la actividad y reconoce su responsabilidad conjunta.
- Existen procedimientos para garantizar una supervisión adecuada.

## ***4. Gestión del cambio y de los conflictos***

Si va a emprenderse la elaboración y/o la aplicación de una definición de ámbito de práctica y/o un marco para la toma de decisiones al respecto, también será necesario considerar de qué modo va a gestionarse el proceso de cambio y cómo va a garantizarse la implicación de todos los interesados. Su éxito y adopción requerirán una cuidadosa gestión del cambio utilizando un método sistemático.



#### **4.1. ► Cómo gestionar el cambio**

La gestión del cambio es un método para reducir y manejar la resistencia al cambio cuando se ponen en marcha procesos, tecnologías o modificaciones de la organización. Es importante distinguir aquí entre cambio y transición.

Cambio es el proceso o “cosa” que tiene lugar, por ejemplo, cuando se reestructura una organización, se crea un nuevo equipo o se elabora o aplica una nueva política.

Transición: Es el proceso mental que cada persona ha de atravesar con el fin de aceptar o rechazar el cambio. Es el proceso de interiorización de lo que está sucediendo.

Nunca debería tratarse de “vender” el cambio a los afectados como medio para acelerar o mejorar las probabilidades de lograr la aceptación y la adopción del marco para la toma de decisiones. La “venta” no es una estrategia sostenible de éxito. El cambio ha de ser comprendido y gestionado de forma que las personas afectadas puedan responder al mismo y afrontarlo eficazmente. El cambio suele ser desestabilizador, por lo que la persona que lo promueve ha de emprenderlo con conocimiento de causa y el apoyo necesario.

John Kotter (1995) describe un modelo útil para comprender y gestionar el cambio. El modelo se desarrolla en ocho pasos, puede ser aplicado a cualquier proceso de cambio y resulta útil para examinar el cambio asociado a la introducción de un marco para la toma de decisiones.

1. Generar un sentimiento de urgencia — motivar al personal para el cambio, plantear objetivos reales y con sentido.
2. Formar el equipo guía — situar a las personas adecuadas en los puestos adecuados con el compromiso emocional justo y con la buena combinación de capacidades.
3. Forjar la visión correcta — generar una visión y una estrategia colectivas, poner de relieve los aspectos emocionales y creativos necesarios para promover el servicio y la eficacia
4. Comunicar para congregar — implicar a tantas personas como sea posible, comunicar lo esencial de forma sencilla y apelar a las necesidades de las personas y responder a las mismas.
5. Posibilitar la acción — eliminar obstáculos, proporcionar información de apoyo constructiva y mucha asistencia, recompensar y reconocer los progresos y los logros; proporcionar los recursos adecuados: tiempo y financiación.
6. Establecer metas a corto plazo — establecer metas que sean asequibles y en pequeños pasos; finalizar cada etapa antes de comenzar una nueva.

7. No abandonar — alentar la determinación y la persistencia para asumir la continuidad del cambio; ofrecer informes frecuentes de progreso que pongan de relieve los objetivos logrados y los futuros.
8. Hacer que el cambio dure — reforzar el valor del cambio satisfactorio; integrar el cambio en la cultura.

Sin embargo, independientemente del atractivo que un cambio concreto pueda suscitar, el cambio en general no suele ser fácilmente aceptado. Es normal que se produzca una cierta resistencia, ya que el cambio suele suponer alteración y estrés. Las personas suelen sentirse inseguras frente al cambio.

Hay cuatro razones básicas por las que el cambio provoca resistencia:

1. Estrechez de miras centrada en el interés personal;  
Las personas suelen preocuparse más de lo que les afecta personalmente;
2. Incomprensión;
  - Falta de comunicación;
  - Información inadecuada;
3. Poca tolerancia al cambio;
  - Sentimiento de inseguridad;
  - Valoración diferente de la situación;
4. desacuerdo en relación con la necesidad del cambio;

#### **4.2. ► Desacuerdo sobre las ventajas y las desventajas.**

Uno de los principales problemas que se plantean a cualquier persona que deba llevar a cabo un cambio es cómo salvar la resistencia de otros a lo que dicha persona propone.

Kotter y Schlesinger (1979) han establecido los seis enfoques descritos a continuación para tratar la resistencia opuesta al cambio. Puede ser necesario utilizar más de uno de ellos. Tratar de llevar a cabo un cambio sin planificar cómo va a tratarse la resistencia puede conducir al fracaso.

1. Formación y comunicación: una de las mejores formas de superar la resistencia al cambio es formar a las personas previamente acerca de lo que se pretende. La comunicación y la formación previas ayudan a las personas a comprender la lógica y la necesidad del cambio. Ello reduce los rumores especulativos en relación con los efectos del cambio en la organización. Un inconveniente importante del

enfoque puede ser el retraso que supondrá y la logística necesaria cuando hay muchas personas implicadas. Este enfoque también requiere confianza mutua.

2. Participación e implicación: Las personas serán más proclives al cambio y menos resistentes si están implicadas en los objetivos del cambio. De nuevo, ello puede requerir tiempo; y si se pide a los grupos que deliberen y tomen decisiones existe el riesgo de que algunas de ellas conduzcan a un cambio inferior al óptimo.
3. Asistencia y apoyo: Las personas pueden resistirse al cambio debido a problemas de ajuste, por lo que puede salvarse la resistencia potencial proporcionando apoyo al personal durante los momentos difíciles. Recibir apoyo ayuda a las personas a superar el miedo y la ansiedad durante los períodos de transición. Es probable que lo que provoque la resistencia al cambio sea la percepción de que el cambio en la organización tendrá efectos perjudiciales. Este enfoque puede requerir formación o asesoría.
4. Negociación y acuerdo: Durante todo proceso de cambio, es probable que alguna persona o grupo sienta que va a salir perdiendo. Cuando dicha persona o grupo tiene un poder de resistencia considerable al cambio, puede salvarse esta resistencia ofreciendo incentivos al personal. La negociación y el acuerdo suelen ir ligados a incentivos y recompensas, que pueden resultar muy útiles cuando la resistencia se deriva de la percepción de pérdida a consecuencia del cambio, sobre todo si dicha resistencia es fuerte. Sin embargo, es probable que resulte inviable ofrecer compensaciones cada vez que se requieren cambios comportamentales, por lo que lo más recomendable es ayudar a la persona a dejar la empresa para evitarle el esfuerzo del cambio. Este enfoque puede ser conveniente cuando quienes resisten al cambio se encuentran en una posición de poder.
5. Manipulación y captación: Cuando las demás técnicas no sirvan o resulten demasiado onerosas, puede recurrirse a técnicas específicas de manipulación y captación. Una técnica eficaz de manipulación frecuentemente utilizada es la captación de las personas resistentes al cambio. Ello implica introducir a una persona en el grupo que va a planificar la gestión del cambio para guardar las apariencias más que por su contribución sustantiva. Ello suele requerir seleccionar a los más resistentes a participar en la labor de cambio. Puede darse a estas personas un papel simbólico en la toma de decisiones sin poner en peligro el cambio.
6. Coacción explícita e implícita: Cuando la rapidez es esencial, y sólo como último recurso, los administradores pueden forzar explícita o implícitamente a los trabajadores a aceptar el cambio dejando claro que resistir puede llevar a la

dirección a tomar medidas si los objetivos fijados no se cumplen. El uso de amenazas puede funcionar a corto plazo, pero es poco probable que genere un compromiso a largo plazo.

## **5. *Cómo gestionar los conflictos***

El conflicto forma parte de la vida. Al igual que todos necesitamos ser capaces de trabajar con otros, también necesitamos saber solucionar eficazmente las diferencias inevitables que pueden surgir con los demás. Mejorar nuestra comprensión del conflicto puede ayudarnos a tratarlo de forma más eficaz.

En ocasiones puede haber conflicto o desacuerdo acerca de la aplicación de principios en relación con el ámbito de la práctica en general y las decisiones sobre delegaciones en particular. Tal como se mencionó anteriormente, proporcionamos aquí algunas técnicas que representan estrategias que pueden utilizarse en cualquier situación que genere desacuerdo.

El conflicto puede ser positivo o negativo y suele considerarse una fuente de emoción, frustración y negatividad y por consiguiente algo que debe evitarse a toda costa. Sin embargo, algunos desacuerdos en el seno de las organizaciones pueden brindar una oportunidad para el pensamiento creativo, la resolución de problemas, el aprendizaje y el crecimiento.

Cuando el conflicto se gestiona bien, puede mejorar la capacidad de cada miembro de un grupo para realizar su tarea y trabajar en equipo, así como contribuir al crecimiento personal.

El conflicto puede aprovecharse para comprender mejor un problema a partir de las perspectivas de otros, en lugar de plantearse en términos de convencer a los demás de que uno tiene razón.

Para gestionar un conflicto de forma constructiva, es necesario:

- racionalizar y asumir el compromiso de resolver el problema;
- reconocer que la resolución del conflicto suele ser necesaria para lograr un resultado positivo o deseado;
- aceptar que un determinado grado de conflicto reforzará el resultado final

- aceptar que puede existir una solución mejor y estar dispuesto a cambiar de posición.

Trabajar teniendo presentes estos criterios aumentará las probabilidades de que la situación de conflicto se resuelva satisfactoriamente.

### **5.1. ► Estrategias de resolución de conflictos**

Una vez establecidas las condiciones para abordar los conflictos de forma constructiva, existen cinco estilos de gestión de conflictos de uso más común. Ha de elegirse el estilo que se adapte mejor a cada situación. Dicha elección variará en función de una serie de factores, como la relación entre las personas en conflicto y la importancia de la cuestión que genera el conflicto para cada una de ellas.

#### **5.1.1. El estilo de evitación (no hay perdedores ni ganadores) es una opción viable cuando:**

- La cuestión es insignificante;
  - Se necesita obtener más información con el fin de tratar el problema; o
  - Se necesita tiempo para evitar que la emoción bloquee la resolución.
2. El estilo de acomodación (perdedor-ganador):
- No debería adoptarse para cuestiones importantes;
  - Es adecuado para abordar inmediatamente problemas que puedan requerir una reevaluación más adelante;
  - puede ser un paso intermedio mientras se construye la confianza y se avanza hacia la resolución mediante la cooperación;
  - Puede provocar la exacerbación del conflicto si no se utiliza adecuadamente o si se percibe como una alternativa fácil a la evitación.
3. El estilo de negociación (se gana algo-se pierde algo):
- supone el reconocimiento de que es esencial encontrar una solución que responda a los problemas de ambas partes; y
  - funciona cuando ambas partes están dispuestas a aceptar una posición intermedia y modificar algunas de sus expectativas.

**5.1.2. El estilo competitivo (ganador-perdedor)**

- supone que ha de haber un ganador y un perdedor;
- requiere que la persona mantenga la autoridad a través de todo el proceso y esté preparada para encontrar poca o ninguna cooperación de la otra parte; y
- Sólo debería utilizarse tras haber evaluado si dicho tipo de resolución es beneficiosa para ambas partes en última instancia.

**5.1.3. El estilo de cooperación (todos ganan) es el que más tiempo requiere, pero:**

- En general ofrece la resolución más duradera con el apoyo de todas las partes;
- promueve la resolución creativa de los problemas;
- exige confianza y cooperación, pero no necesariamente concesiones; y
- Se basa en la información y el análisis de las alternativas.

Es importante que las estrategias se adapten a la situación. A la hora de elegir una estrategia, es necesario tener en cuenta el tiempo de que se dispone para alcanzar un acuerdo, la importancia de la cuestión, la importancia de la relación que se tenga con la otra parte y el poder relativo de ambas partes.

**Figura 9. Personal de Enfermería sometido a niveles de estrés.**



La distinción entre posición e intereses a la hora de abordar una negociación es otra perspectiva para entender la resolución de conflictos.

La posición es lo que uno quiere y el interés porqué lo quiere.

Las negociaciones entre partes en conflicto se producen tradicionalmente a través de un proceso basado en la posición. Cada parte llega con una posición predeterminada y entra en negociaciones frontales tratando de convencer a la otra parte de que su posición es la adecuada para el acuerdo.

Otro modo de resolver los conflictos es basarse en los intereses de las partes, y no en posiciones predeterminadas.

Este proceso promueve resultados satisfactorios para todos los participantes y elimina el sentimiento de pérdida que se produce en las negociaciones basadas en posiciones. Cuando se contemplan los intereses, surge una nueva perspectiva. Además, comprender los intereses posibilita encontrar una solución satisfactoria para ambas partes.

## **6. ANÁLISIS DE COMPETENCIAS INTERPROFESIONALES SANITARIAS EN SITUACIONES TERMINALES**

Muchos y constantes son los esfuerzos realizados por el área de salud para aumentar la expectativa de vida de las personas, datos recientes evidencian que la esperanza de vida al nacer ha ido creciendo en las últimas décadas. En este contexto, es sabido que de la mano del aumento en la expectativa de vida no está precisamente la calidad de la extensión de ésta, siendo este punto analizado constantemente por las instituciones para tratar de realizar acciones destinadas a su mejoramiento.

Además, la gran tecnología con la que se abastecen los centros de salud, sobre todo aquellas áreas de atención y cuidados críticos que se enfocan y destinan sus cuidados a personas con patologías graves y/o pluripatológicos crónicos que requieren de atención especializada y personalizada. Muchas de las personas que requieren atención en estos servicios de alta complejidad padecen de enfermedades terminales, convirtiéndose en un factor estresante y angustiante no solo para el paciente sino además para su familia y entorno, en ese entorno se encuentra el equipo de salud viviendo junto al usuario el proceso de su enfermedad, sabiendo y muchas veces no tocando el tema tan delicado del fin de la vida.

El médico es el encargado legal de comunicar el diagnóstico y las medidas a seguir durante este proceso velando por la buena comprensión y afrontamiento por parte del paciente y de los familiares en aquellas situaciones difíciles como es la limitación de tratamiento, que trata de actividades cuya no implementación van a tener como resultado acelerar la muerte de la persona gravemente enferma, no prolongándola infructuosamente, siendo importantísimo la incorporación de la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud<sup>4</sup> y velar por entregar una atención proporcionada según el estado del usuario, sin dejar de lado el cumplimiento de los principios éticos.

Pero es el equipo de salud quien gestiona estos procesos del que forma parte el profesional enfermero que es fundamental en esta etapa por las diversas áreas de manejo que debe poseer, para favorecer que la atención no sólo se centre en los aspectos biológicos, considerando únicamente la atención técnica que separa el cuerpo



biológico del cuerpo social sino ver, sentir y percibir la subjetividad de la persona y familia que se encuentra en etapa terminal, para así ayudar en la humanización de los cuidados entregados en esta etapa de la vida, entendiéndose por esto como el compromiso no sólo para trabajar en el área práctica, sino también a las dimensiones subjetiva y social de la vida que cuidar, priorizando la construcción de relaciones, comunicación, autonomía y responsabilidad, donde la integridad del sujeto está plenamente garantizada

Se pretende realizar una reflexión respecto a la importancia de la participación del profesional de enfermería en aquellas situaciones de limitación de tratamiento, eventos frecuentes sobre todo en unidades de cuidados intensivos. Para esto se analizarán algunos aspectos legales y éticos de la práctica médica y de enfermería referentes a la correcta atención que se debe brindar a personas y familias que pasan por esta etapa de situación terminal.

Además, se trata de responder algunas interrogantes respecto a la claridad del rol de la enfermería, intervenciones posibles de realizar y fundamento de lo importante de su participación, finalizando con un análisis de los principios éticos en situaciones de limitación de tratamiento.

Después de haber realizado un análisis preciso de cada una de las competencias del personal de enfermería en las diversas especialidades, el rol de la toma de decisiones en la práctica y saber entender cómo gestionar un conflicto en el entorno laboral, por lo que es interesante expresar muchas dudas que se generan al momento de ejercer la profesión:

## ***7. Rol de la enfermera en situación de limitación de tratamiento***

El desempeño de la enfermería cubre varias áreas como: asistencial, docente, administrativa e investigación, todo esto sostenidas dentro de un marco legal. En la actualidad se habla de enfermería refiriéndose como una disciplina debido al establecimiento de un conjunto de conocimientos propio que se ha construido desde Florence Nightingale en adelante.

En los servicios hospitalarios en España, se ponen en práctica estas áreas para ejercer el cuidado de los usuarios de una manera óptima, asimismo se extienden patrones de

conocimiento tanto empírico, estético, personal y ético-moral, siendo este último de vital importancia porque a todas las áreas que asumen, las actividades que se ejecutan deben ser impulsadas por la moral y el buen hacer ético y humano.

La tarea de atender enfermos y que estén en situación de limitación de tratamiento no es trabajo fácil para nadie. Tomando en cuenta esto y con respeto hacia el paciente y familia es un compromiso que tiene que guiar las actuaciones.

Una investigación realizada a enfermeras de unidades de cuidados intensivos en Canadá reveló como resultado que las enfermeras intensivistas podían pasar por alto los deberes éticos esenciales en el extremo-de-vida.

La labor de la enfermería es de no repetir estas situaciones, más bien tratar de humanizar el tratamiento que recibe el enfermo en esta fase de su vida, buscar promover la confianza entre el paciente, familia y equipo de salud, es un trabajo que no está enfocado exclusivamente en el hacer, sino más bien, en admitir al otro ser haciéndole participe respetando su autonomía en lo que resta de su vida, ayudándole a mantener su dignidad en todo momento.

### **7.1. ► *Intervención enfermera en situación de limitación de tratamiento***

Aunque es el médico quien tiene la autorización legal de informar a los pacientes y familiares, acerca del diagnóstico y tratamiento que debe seguir el enfermo en situación terminal. Esto no excluye al profesional de enfermería del manejo de la información ya que existen dos áreas fundamentalmente, que demuestran problemas, primero la interpretación de la información que llega al personal sanitario a través de la tecnología ya sea de parámetros ventilatorios, monitorización, exámenes complementarios, etc. estableciendo las conductas a seguir y en segundo lugar la información entregada creando uno de los principales problemas éticos los pacientes. Debido a esto, el enfermero/a tiene que trabajar juntamente con el médico y la familia con la única finalidad de velar por una comprensión y veracidad de la información y por el acercamiento y entendimiento de las actividades realizadas.

Es competencia enfermera, educar incesantemente de acuerdo con los intereses que tengan el paciente y familia, basando su praxis en un óptimo perfeccionamiento del cuidar acompañado de la compasión, competencia, confidencia, confianza y conciencia tomándolo como hábitos personales y profesionales.

También es competencia enfermera apoyar al equipo médico en la toma de decisiones y ser capaz de criticar y frenar escenarios que sean desproporcionadas para el paciente. De tal manera que el manejo del proceso deliberativo adquiera relevancia como proceso de ayuda para la toma de decisiones fundamentadas en la prudencia.

Al estar continuamente sometidos a estas disyuntivas, el centro de salud pasa de ser una fuente de satisfacción por la materialización del resultado del trabajo y se torna una fuente de desgaste al presenciar muertes, originando un sentido pesimista de la vida, puesto que una muerte conmueve afectando a la ética y la misión del grupo profesional, cuya misión es el salvar vidas. Las muertes pueden conllevar a un ambiente de aspecto negativo en el transcurso de trabajo, siendo fuentes de sufrimiento y desgaste tanto para las familias, como para los profesionales.

Un resumen de estudios relacionados con el tema evidenciado, elaborado en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, revela un medio ambiente de alta presión en el equipo profesional, lo que puede influir en el proceso deliberativo en cuanto a la aprobación para tratamiento, cuidado inútil, toma de decisiones al final de la vida, formación y experiencia en la disciplina, valores y cualidades individuales, poder y autoridad.

.

## ***8. Aspectos legales y éticos del equipo de salud en situaciones de limitación de tratamiento***

Considerando el contenido competencial de la Enfermería dentro del equipo multidisciplinar, profesionales enfermeros, médicos y psicólogos, es importante su papel en la preparación de los familiares del paciente que se encuentren en situación de límite de tratamiento, desde el principio del pronóstico. Debe ser un procedimiento continuo donde participe todo el equipo de salud, pero en sus campos bien diferenciados para evitar situaciones contradictorias, por lo delicado de la comunicación.

El avance en la práctica hacia un rol más activo en la gestión de los fallecimientos ha sido provocado por una creciente conciencia de la comunicación global y de la literatura, el aumento de la experiencia y el debate a nivel local e internacional sobre cuestiones éticas.

La consideración ética para el tratamiento de pacientes terminales, en los programas médico-enfermeros, es actualmente un tema polémico no solo en España, sino de manera universal con la expectativa de que un acuerdo global, que conduzca a cambios definitivos en un futuro próximo y ayude a los profesionales sanitarios a actuar eficientemente.

Los pacientes con enfermedades terminales y que se encuentran en unidades de cuidados críticos, que estén en pleno uso de sus facultades mentales y derechos civiles, deben ser informados en lo referente a las intervenciones que se le realizarán y de los beneficios de éstas según su estado de gravedad, con la finalidad de no entregar acciones que sean excesivas o desproporcionadas y que el único objetivo es alargar la vida del paciente, de tal manera que la información debe ser un punto relevante desde el inicio y así las acciones realizadas por el equipo de salud sean las adecuadas a la situación del paciente sin olvidar a la familia como garante de que el trabajo que se está realizando sea conforme a lo que realmente necesita el paciente en su fase terminal.

De todo el proceso es el profesional médico el responsable legal de conferir información referente al diagnóstico y tratamiento que reciban los pacientes, por supuesto inspirado en los principios universales éticos, que regulan su acción con él y sociedad y dependiendo de la ley que regule las situaciones terminales. Los profesionales de enfermería, por ser los que tienen una relación constante y personal con los pacientes, son los encargados de transmitir esa información hasta lo que consideren más beneficioso para todos.

El Código de Ética Médica Título III, de las relaciones del médico con sus pacientes, artículo 23. enuncia que toda persona tiene derecho a morir dignamente.

Por lo tanto, las programaciones diagnósticas y terapéuticas deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos. El propósito de esto es que el tratamiento no debe ser entregado únicamente para una prolongación penosa y precaria de la existencia del enfermo, sino más bien a una preparación digna del proceso de la muerte.

El profesional de enfermería en este aspecto según el Código Sanitario de 6 de diciembre de 1997, artículo 113/ 4 norma todavía vigente, la función enfermera queda claramente establecida: «Los servicios profesionales de la enfermera engloba la gestión del Cuidado relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y el cumplimiento de gestiones derivadas del

diagnóstico y tratamiento médico, el compromiso de velar por el mejoramiento de la administración de los recursos de asistencia para el paciente».

La enfermería también cumple una tarea indispensable en el tratamiento y preparación de estos pacientes y familias, acompañándolos durante el doloroso proceso de la muerte.

El Código de Ética de la Enfermería expresa que “La enfermera debe comprobar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos, excepto en casos de urgencia, incapacidad del enfermo o ausencia de familiares”. De ahí que el tratamiento para pacientes de este tipo es siempre realizado en equipo, como se ha apuntado anteriormente.

No solamente en España, la Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (1991) hace referencia a los derechos de los pacientes “críticamente” enfermos, dentro de los cuales destaca el derecho de obtener información acerca de su situación, sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de importancia a los que serán sometidos, con el propósito de que ellos mismos den su aprobación para que éstos se lleven a cabo, con la privacidad y decoro debidos, con exclusiva referencia al trato respetuoso y considerado en su comunicación con los médicos y enfermeras.

En estas situaciones, el secreto profesional, inherente a las profesiones sanitarias es más intenso que en ninguna otra situación.

Es por esto que se debe de reflexionar al respecto y además tener total claridad de cuál es el rol de enfermería en aquellas situaciones de limitación de tratamiento

En todo caso, es la legislación quien marca las pautas y límites en esta materia.

### **8.1. ► Principios éticos en situaciones de limitación de tratamiento**

Beaumcham y Childress<sup>23</sup> en su libro sobre Principios de Ética Biomédica, destacan cuatro principios éticos, a los que denominaron “moral común universal”, estos son:

- Autonomía: Se refiere a que toda persona tiene el derecho de decidir por sí misma sobre todo lo que le afecte de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin imposición de ningún tipo.
- Beneficencia: Manifiesta que todo ser humano debe vivir de acuerdo con su propia concepción de vida, a sus doctrinas e ideas en busca de su felicidad.
- No maleficencia: Determinando no hacer daño aun cuando, la persona lo solicite.
- Justicia: Se refiere a que toda persona tiene el derecho de no ser discriminada por consideraciones de sexo, culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas.

El profesional de enfermería debe conocer estos principios y ejercerlos respetando cada uno de ellos para poder otorgar cuidados dignos a los pacientes y atención a sus familias.

Como ya hemos señalado que el profesional de enfermería que presta sus servicios en unidades de paciente crítico está arriesgándose continuamente a circunstancias complejas donde la limitación de esfuerzo terapéutico es frecuente en su implementación. El conocimiento, prácticas y habilidades adquiridas deben ser llevadas a la práctica en base a la ética y la moral con el objeto de reflexionar en aquellas situaciones complejas procediendo correctamente o de la manera más conveniente socorriendo y orientando en la toma de decisiones, además cooperar y dar animo a la familia para soportar el grave proceso que tienen que afrontar

Se aplicó una encuesta a profesionales de enfermería en el Hospital Pediátrico Docente “William Soler” Habana Cuba, con el fin de determinar el nivel de conocimiento respecto a los principios éticos. Los resultados, demostraron que los principios éticos y bioéticos más conocidos por el personal de enfermería, fueron, el respeto a las personas, secreto profesional y justicia, mientras que los de beneficencia y autonomía fueron los menos reconocidos. Las enfermeras (no participaron enfermeros) que tenían mayor conocimiento fueron aquellas que habían participado en cursos de ética y bioética.

Además, investigaciones realizadas a enfermeras de Turquía, cuyo objetivo era evaluar las actitudes enfermeras de cuidados intensivos a determinadas acciones éticas, relacionadas con las decisiones sobre el final de su vida útil, en unidades pediátricas de

cuidados intensivos. Los resultados revelaron que las enfermeras intensivistas pasaban por alto los deberes éticos esenciales en el extremo de vida.

Se han reflejado estos ejemplos y no casos de nuestro país, para facilitar la comprensión y no suscitar controversias.

Estos dos ejemplos, sugieren una reflexión, respecto a que los profesionales de enfermería deben estar preparados para ejercer adecuadamente la profesión en todas sus facetas, porque el cuidado de la salud es extraordinariamente amplio, cambiante y universal, tanto como personas y situaciones existen.

El cuidado de la salud, en el ámbito que nos ocupa, debe ser más intensamente que en otros ámbitos, implantado en prácticas éticas, en un actuar correcto y velando constantemente por aquellas alternativas que sean favorables para el paciente, además, el profesional de enfermería debe estar preparado para crear por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermería - paciente, en la cual se pueda al tanto de la persona cuidada, entender sus necesidades, ofrecer apoyo cuando la necesite, aliviar su dolor aún en el caso de que no lo pueda expresar, siendo el paciente terminal más vulnerable y sensible y por tanto la actuación enfermera deberá ser más especializada y delicada.

Una perspectiva más actualizada utilizando aspectos interpersonales, la gestión mediadora, los conflictos y las habilidades de solución de controversias para ajustar principios éticos y tramitar las alternativas que se plantean en las unidades de enfermos terminales, poner en valor, la competencia enfermera del liderazgo (defender el bien del cliente) en los procesos de mediación, actuando como defensores de estos pacientes de alto riesgo.

## **9. ORGANIZACIÓN BÁSICA DE LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS OFICIALES DE GRADO**

El sistema universitario español, desde hace más de dos décadas, ha promovido una reforma de su oferta formativa, y de la organización de la misma, al acoger los principios que constituían la esencia del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) iniciado en 1999 con el Proceso Bolonia, agrupa las titulaciones universitarias en tres ciclos, estas titulaciones siguen el sistema de créditos ECTS (European Credit Transfer System) que garantizan la convergencia de los distintos sistemas europeos en educación superior”

Así, la adaptación de una estructura cíclica configurada por el grado, el máster y el doctorado, que consecutivamente iba incorporando una formación más especializada en términos profesionalizantes y de investigación, se ha completado en todas las universidades que conforman el sistema universitario español.

Estamos a la espera de la creación de un nuevo espacio Europeo de Educación para el año 2025 cuyos objetivos fueron fijados en la Cumbre Social Europea, de noviembre de 2017 en Gotemburgo, compromiso que adquirió España.

De momento, los principios en los que se fundamenta el EEES implican construir el andamiaje de una formación universitaria focalizada en el estudiantado y en sus competencias, entendidas estas como el conjunto conocimientos, capacidades y habilidades académicamente relevantes, que le confiere el título universitario alcanzado.

Estas competencias permiten al estudiantado su inserción en el mundo laboral y, lógicamente, formar parte activa de la sociedad. De esta forma, progresivamente en gran parte de Europa, la oferta académica universitaria ha ido convergiendo en torno a esa estructura organizativa cíclica. Junto con una nueva estructuración de los estudios y la incorporación de un enfoque formativo centrado en las competencias del estudiantado, cabe reseñar dos principios más que sustentan el gran acuerdo que es el EEES<sup>10</sup>:

1. estriba en asumir la necesidad de impulsar una docencia más activa, basada en una metodología de enseñanza-aprendizaje, en la cual la clase magistral debe compartir protagonismo con otras estrategias y formas de enseñar y aprender, que buscan reforzar la capacidad de trabajo autónomo del estudiantado, y que tiene en el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación uno de sus principales pilares.
2. radica en promover y facilitar la movilidad internacional de nuestro estudiantado hacia su estancia en otras universidades en el extranjero, especialmente en otros países europeos. Para conseguir este objetivo se adoptó el modelo común de cómputo del tiempo de dedicación académica en créditos del Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (ECTS, en su acrónimo en inglés).

Las enseñanzas oficiales de Grado, como ciclo inicial de las enseñanzas universitarias, que tienen como objetivo fundamental la formación básica y generalista del estudiantado en las diversas disciplinas del saber científico, tecnológico, humanístico y artístico, entre las que se haya la Enfermería, a través de la transmisión ordenada de conocimientos

---

<sup>10</sup> Espacio Europeo de Educación Superior



competencias y habilidades que son propias de la disciplina respectiva -o de las disciplinas implicadas-y que los prepara para el desarrollo de actividades de carácter profesional y garantiza su formación integral como ciudadanos/as

Una vez revisado cada uno de los artículos en materia de educación universitaria, es importante detallar los ámbitos del conocimiento en los cuáles se deben inscribir los títulos universitarios oficiales de Grado y de Máster:

- Actividad física y ciencias del deporte
- Arquitectura, construcción, edificación y urbanismo, e ingeniería civil
- Biología y genética ▪ Bioquímica y biotecnología
- Ciencias agrarias y tecnología de los alimentos
- Ciencias del comportamiento y psicología
- Ciencias económicas, administración y dirección de empresas
- Ciencias de la educación
- Ciencias medioambientales y ecología
- Ciencias sociales, sociología, ciencia política y relaciones internacionales
- Ciencias de la Tierra
- Derecho y especialidades jurídicas ▪
- . Enfermería
- Estudios de género y estudios feministas
- Farmacia
- Filología, estudios clásicos, traducción y lingüística
- Física y astronomía ▪ Fisioterapia, odontología, podología, nutrición y otros ámbitos de conocimiento de la salud.
- Historia del arte y de la expresión artística, y bellas artes
- Historia, arqueología, geografía, filosofía y humanidades
- Industrias culturales: diseño, animación, cinematografía y producción audiovisual ▪ Ingeniería eléctrica, ingeniería electrónica e ingeniería de la telecomunicación
- Ingeniería industrial, ingeniería mecánica, ingeniería automática, ingeniería de la organización industrial e ingeniería de la navegación
- Ingeniería informática y de sistemas

- Ingeniería química, ingeniería de los materiales e ingeniería del medio natural
- Matemáticas y estadística
- Medicina y ciencias biomédicas
- Periodismo, comunicación, publicidad y relaciones públicas ▪ Trabajo social
- Química
- Veterinaria
- Interdisciplinar

El Ministerio de Educación modificó la redacción del Real Decreto de Enseñanza Universitarias incluyendo como ámbito de conocimiento específico a la Enfermería, tradicionalmente considerada como disciplina menor.

Después de publicado el nuevo anexo en el que aparecen todas las áreas del conocimiento que incluyen de forma diferenciada a la Enfermería y a la Fisioterapia diversas sociedades de profesionales de enfermería aprobó de manera unánime esta modificación reivindicada muchos años que supuso el justo reconocimiento de la Enfermería como carrera facultativa.

Comentarios merecedores de mención entre mucho de enfermeras con anterioridad al reconocimiento citado:

Ana Fernández jefa del departamento de enfermería de un centro de salud ubicado en la ciudad de Valencia afirmaba que “no es posible que los enfermeros se encuentren en un rango muy inferior en comparación con la carrera de medicina ya que con ello no se está reconociendo la ardua labor que realizan cada uno de estos profesionales en los distintos recintos hospitalarios del país”

La profesora Eva Esparza profesora jubilada de una escuela de enfermería de la ciudad de Barcelona “ la enfermería es más que solo asistir al médico en sus procedimientos ya que, constituye una serie de cuidados y técnicas que van adquirido durante el transcurso de la carrera siendo merecedoras de un mayor protagonismo en el sistema sanitario del país con lo que espera que se le dé el derecho de contar con su propia facultad de enfermería, así como también de un área donde puedan realizarse diversas investigaciones”.

La Medicina y la Enfermería son las dos disciplinas de salud que se encargan de uno de los aspectos más importantes y a la vez delicados dentro de la sociedad: la enfermedad y la salud de las personas. Se trata de dos ramas de conocimiento que, pese a ser distintas, necesitan la una de la otra para cumplir con su propósito en común y así ocurre en la actualidad en la mayoría de las ocasiones.

Tradicionalmente se ha considerado la Medicina como una disciplina más prestigiosa que la Enfermería, considerando a las enfermeras como simples ayudantes de los médicos. Afortunadamente, tal como lo hemos expuesto en esta investigación ambas disciplinas son igual de importantes, medicina-enfermería forman un mini equipo sanitario inseparable; ambos profesionales, han recibido una formación pertinente en cuanto a lo que debe ser su contenido competencial, además de otras áreas del conocimiento que les permiten abordar los problemas de salud.

La formación recibida en Medicina y Enfermería es distinta en cuanto a contenidos y en cuanto a duración de los estudios

El Grado de Medicina tiene una duración de seis cursos.

El Grado de Enfermería tiene una duración de cuatro cursos, como todos los grados universitarios.

Ambos tienen la posibilidad de especializarse y/o doctorarse.

“La posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.” (ley 44, 2003)

En España, si bien no es obligatorio en sentido estricto, lo cierto es que no especializarse en medicina es cerrarse prácticamente a todas las salidas profesionales de trabajo en organismos oficiales.

En el caso de la Enfermería, especializarse siempre es una buena opción, pero no solo no es necesario, a excepción de la especialidad de obstetricia y alguna excepción más en la práctica, muchos puestos de trabajo de especialista están cubiertos por enfermeros/as generalistas y viceversa.

El programa de estudios de la enfermería incluye la formación en farmacología con los mismos créditos que en medicina y su aplicabilidad en la práctica profesional durante el pregrado lo cual es fundamental para el desarrollo de la profesión enfermera, pero ello sigue siendo un tema de discusión la prescripción de medicamentos por parte del profesional de enfermería, quienes alegan estar capacitados para la prescripción como es legal en otros países europeos, pero en España los profesionales enfermeros no pueden prescribir por ley.

## ***CONCLUSIONES***

- I. La feminización de las profesiones sanitarias es un hecho cierto, si bien, ha estado siempre abanderada por la Enfermería, al haber sido desde siempre ejercida mayoritariamente por mujeres y por ello ha sufrido las prohibiciones, maltratos, marginaciones, persecuciones... que han sufrido las mujeres mismas y en la actualidad todavía perduran algunas secuelas, por lo que podemos afirmar como se demuestra en este estudio, que el factor principal de la marginación de la Enfermería es una cuestión de discriminación por sexo, que se ha unido al profesional de manera inseparable, si bien el mayor aumento de profesionales femeninas y las políticas de igualdad laboral a tenor de la L.O. 3/2007, de 22 de marzo, han contribuido al casi inexistente agravio machista.
  
- II. En una estéril búsqueda de fuentes fidedignas sobre el tema, en nuestro siglo XXI perduran conceptos admitidos en la creencia popular, sin ningún rigor crítico y en muchas ocasiones falsos (título universitario de doctor-a). Si bien, tres pilares legislativos otorgan nuevas perspectivas sobre los profesionales de la salud: 1. La titulación superior de Grado universitario (Bolonia, 1999-2010); 2. La unificación del régimen jurídico estatutario (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, de Estatuto Marco), funcionarial (Ley 7/2007, de 12 de abril, Estatuto Básico Empleado Público) y laboral (R.D.L. 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores) y 3. La delimitación de competencias y funciones específicas (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación profesional).
  
- III. La delimitación de competencias de los profesionales de salud, se hallan reguladas en el cuerpo normativo interno, detectándose en la actualidad la necesidad de reformularse, en aras de las capacitaciones y habilidades propias evolucionadas por la superación de los programas formativos de Grado, postgrado y especialidades a cada profesión sanitaria. La necesidad del SNS español de la búsqueda de la eficiencia y eficacia y en pro de la calidad, seguridad, credibilidad e interés general, hace virtud de la revisión competencial. El aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional hacen necesario hallar respuestas costo-

eficientes y efectivas ante los nuevos desafíos sociales, creando la necesidad a las organizaciones sanitarias sobre el desarrollo de diferentes modelos de ordenación de los cuidados, que incorporen nuevos perfiles y roles enfermeros y médicos, capaces de adaptarse a estas nuevas necesidades.

- IV. La necesaria reordenación competencial sobre el objetivo de estudio, sería facilitar que cada profesional pudiera desarrollar las competencias para las cuales se les capacita en sus programas formativos y que desde el sistema sanitario, se asigne el desarrollo de estas competencias a cada grupo profesional con un criterio de cualificación y de coste-efectividad, siendo viable que en una misma unidad trabajen profesionales sanitarios y los técnicos auxiliares, además de otros profesionales, que por las características de la unidad así lo requieran, sin embargo, en la práctica no ocurre así, detectándose una anomalía de lo que debiera ser un trabajo del equipo multidisciplinar dictado por el legislador.
- V. En la práctica, la atribución de competencias a las diferentes profesiones sanitarias calificadas así legalmente, conforman un inmenso conglomerado de variaciones, no solo desde las diferentes administraciones, entes sanitarios, grupos profesionales incluso no profesionales sanitarios que intervienen con el beneplácito social y de las autoridades sanitarias en diferentes sectores de salud, como es la alimentación, la farmacología, escarificaciones y punciones y un largo etc. propiciando un intrusismo profesional poco seguro y recomendado. De la investigación resaltamos que el 72% de la Enfermería entrevistada, se ha encontrado en su actividad laboral limitadas sus funciones, frente al 1% de los facultativos médicos, reforzando el dato, resulta que el 96% de los encuestados, declaran que otro profesional resta sus funciones.
- VI. Detectamos a través del estudio investigador que debemos considerar que la responsabilidad profesional en todas sus formas debe ser tomada en cuenta de *manera individual, en la que cada uno es responsable conforme a su acción u omisión. Se pueden delegar algunas funciones según las competencias de cada profesional y en ciertos casos, se pueden cooperar o bien colaborar. Dejando claro, que siempre hay que tener en cuenta la responsabilidad ya que ésta, no es delegable. En algunas circunstancias*

*se puede cooperar, pero habría que analizar e individualizar cada caso para perfeccionar las responsabilidades. Colaborar siempre, asumir competencias impropias solo in extremis*

*VII. Últimamente la gran pandemia de Covid´19 y sus secuelas, ponen de manifiesto la necesidad de diversificar y ampliar competencias enfermeras (no medicas), no solo por reconocimiento y entrega, sino también por cualificación en la llamada “Ciencia del Cuidado”, históricamente enfocada sobre las mujeres no solo profesionales. La posición de los profesionales enfermeros dentro del contexto sanitario debe permitir diseñar un sistema organizativo flexible cuya estructura articule adecuadamente nuevos servicios de una manera ágil y eficaz. Dejando patente la necesidad de elaborar una guía competencial con amplio consenso.*

*VIII. El género y la competencia de los profesionales de la salud gozan actualmente de una confusión académica, asistencial y gestora que impide el recto funcionamiento del sistema sanitario promocional, solo subsanable con un método troncal que haga sentir posible la legítima promoción y el orgullo de ser sanitario, por su capacitación y atribución de competencias propias con el fin de otorgar la excelencia de los cuidados a toda la ciudadanía.*

## ***INDICE REFERENCIAL***



## BIBLIOGRAFIA

1. España. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280; 22 de noviembre de 2003.
2. Rosado P, Martínez V, González J, Igual C, Blasco M, Mendilibar P, Tirado J. Manual de legislación para profesionales de la salud. Valencia, España: CECOVA; 2017.
3. López M. ¿Cuáles son las profesiones sanitarias y sus funciones (I)? Editorial jurídica Sepin. 2019, disponible en <https://blog.sepin.es/2019/09/profesiones-sanitarias-funciones/>
4. Benavides G, Moya C, Segura A, Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit. 2006 junio; 20 (3): 239-243. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300011&lng=es).
5. Urbina O, Torres J, Otero M, Martínez N. Competencias laborales del profesional de enfermería en el servicio de neonatología. Educ Med Super. 2008 diciembre; 22 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000400006&lng=es).
6. Segura A, Larizgoitia I, Benavides F, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gac Sanit. 2003 Diciembre ; 17 (Suppl 3): 23-34. Disponible en : [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112003000900005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000900005&lng=es).
7. Ponte F. Historia de la medicina de familia en España. Un camino largo y complejo. AMF. 2009; 5 (4): 201-298.
8. Micheli, Alfredo de. (1998). La medicina y la ilustración en la Nueva España. En Gaceta médica de México, vol. 134, n° 3, pp. 343-349.
9. Amodio, Emanuele. (1997). Curanderos y médicos ilustrados. La creación del protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII. En Asclepio, vol. XLIX, pp. 95-129.
10. España. Ley disponiendo lo conveniente sobre el servicio general de sanidad. 28 de noviembre de 1855.

11. Gual A, Nolla M. *Regulación de la profesión médica*. Madrid: Fundación Educación Médica; 2015.
12. Puerto F. *La farmacia renacentista española y la botica de El Escorial*. Madrid: Francisco Campos [coord.], *La ciencia en el Monasterio del Escorial: actas del Simposium*. 1993; 1: 73-132.
13. García Sanz E. *Farmacia hospitalaria, ayer y hoy: análisis del consumo de inhibidores de tirosina quinasa en pacientes no ingresados*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Farmacia, Departamento de farmacia y tecnología farmacéutica; 2015.
14. Gallastegui I. *La odontología española del siglo XIX: influencia de Florestán Aguilar en el desarrollo de la misma*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina; 1980.
15. *Colegioveterinariobadajoz.com (INTERNET) Ilustre Colegio de Veterinarios de la Provincia de Badajoz (citada 08 febrero de 2021) disponible en <https://www.colegioveterinariosbadajoz.com/index.php/colegio/historia/el-nacimiento-de-la-veterinaria#:~:text=Sin%20duda%20la%20actividad%20veterinaria,ayudara%20en%20la%20caza%20de> 16Berríos P, *Historia de la Medicina Veterinaria. Sus Orígenes (INTERNET) (Citada 08 febrero 2021) Disponible en: <http://www.patologiveterinaria.cl/Monografias/MEPAVET2%202006/html/Mepavet2006-4.htm>**
16. *Historiaveterinaria.org (INTERNET) Hitos de la Historia Veterinaria, Elanco, (citada 08 febrero 2021) Disponible en: <https://www.historiaveterinaria.org/update/cuadernohistoriaelanco-1525333808.pdf>*
17. Cid J, *Temas de historia de la Veterinaria, Volumen II, El capítulo de la sangre en los libros de medicina animal españoles y de la nueva España en el siglo XVI* Pérez J, Universidad de Murcia 2004, disponible en: [https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=bOMASPRZd1sC&oi=fnd&pg=PA7&dq=historia+de+la+veterinaria&ots=e8WtF3CQqB&sig=gp9QEIoO77\\_vxrBRhD2heaVeHe8#v=onepage&q=historia%20de%20la%20veterinaria&f=false](https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=bOMASPRZd1sC&oi=fnd&pg=PA7&dq=historia+de+la+veterinaria&ots=e8WtF3CQqB&sig=gp9QEIoO77_vxrBRhD2heaVeHe8#v=onepage&q=historia%20de%20la%20veterinaria&f=false)
18. Rodrigo O, *Evolución de la Enfermería Española como profesión a partir de su integración en la universidad, Tesis Doctoral, 2017, Universidad de Barcelona, (citada 08 febrero 2021) disponible en <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456322/Tesis%20Olga%20Rodrigo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>*
19. *Enfermerosblastos.webnode.es (Internet) Historia de la Enfermería en España (citada 09 febrero 2021).*

20. Rasposo I, Fernández R, Martínez A, Saéz J, Chouza M, Barcia M, La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas Universitarias de Fisioterapia. (Internet) Rev. Fisioterap 2001; 23 (4) :206-217 (citada 09 febrero 2021) Disponible en: <https://www.um.es/historiaciencia/HistoriadelafisioterapiaenEspanasiglosXIXyXX.pdf>
21. Cotoga.es (INTERNET) Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia. Un Poco de Historia (Citada 09 febrero de 2021) Disponible en: <http://cotoga.es/terapia-ocupacional/historia/>
22. Podologoenjerez (INTERNET) Clinica del Pie López D, Historia de la Podología, 30 agosto 2017 (citado 09 febrero 2021) Disponible en: <https://www.podologoenjerez.com/historia-de-la-podologia/>
23. Rueda A, Contribución al estudio de la historia de la optometría en España, 2005, Citada 10 febrero 2021, Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/3795/1/T18588.pdf>
24. Hablemosdeneurociencia.com (INTERNET) Marín N, Historia de la Logopedia: un recorrido por los acontecimientos más importantes, 8 noviembre 2016 (citado 09 febrero 2021) disponible en: <https://hablemosdeneurociencia.com/historia-la-logopedia/>
25. Annecuador.com (Internet) Matriz Conceptual de la ciencia de la nutrición citada (10 febrero de 2021) Disponible en: <http://www.annecuador.com/quienes-somos/resena-carrera-de-nutricion>
26. Hernandez J, Bernabeu-Mestre J, Antecedentes históricos de la actividad dietética en España: los trabajos del Laboratorio de Higiene de la Alimentación de la Escuela Nacional de Sanidad (1932-1936) Vol14 (1) 32-38 Enero 2010 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-articulo-antecedentes-historicos-actividad-dietetica-espana-X2173129210494009>
27. Codem.es (INTERNET) Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Noviembre 2003 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d0386888-e45e-43bc-bcfa-da85b7d9507f/48AC032C-66E3-43CC-9AE9-5B177B28D624/4edb2560-2c41-4a54-80bd-99ef4b440820/lops\\_definitivo.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d0386888-e45e-43bc-bcfa-da85b7d9507f/48AC032C-66E3-43CC-9AE9-5B177B28D624/4edb2560-2c41-4a54-80bd-99ef4b440820/lops_definitivo.pdf)
28. García-Suárez M, Méndez-Martínez C, Martínez-Isasi S, Gómez-Salgado J, Fernández-García D. Basic Life Support Training Methods for Health Science Students: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2019 Mar 3;16(5):768. doi: 10.3390/ijerph16050768. PMID: 30832440; PMCID: PMC6427599. (citada 20 marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30832440/>

29. Zarzeka A, Panczyk M, Belowska J, Mazur N, Lourido BP, Gotlib J. Nurse prescribing: Attitudes of medical doctors towards expanding professional competencies of nurses and midwives. *J Pak Med Assoc.* 2019 Aug;69(8):1199-1204. PMID: 31431780. (citada 20 marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431780/>
30. Martínez-Segura E, Lleixà-Fortuño M, Salvadó-Usach T, Solà-Miravete E, Adell-Lleixà M, Chanovas-Borrás MR, March-Pallarés G, Mora-López G. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios [Competence of triage nurses in hospital emergency departments]. *Emergencias.* 2017 Jun;29(3):173-177. Spanish. PMID: 28825237. (citado 28 de marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825237/>
31. Pol-Pons Rn Ibclc A, Aubanell-Serra ScB M, Vidal Rn M, Ojeda-Ciurana Rn I, Martí-Lluch PhD R, Ponjoan PhD A. Breast feeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery.* 2016 Nov;42:87-92. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.011. Epub 2016 Oct 1. PMID: 27771592. (citado 28 marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27771592/>
32. Centropsicologicopc.es (INTERNET) Brito O, Funciones y competencias profesionales del Logopeda, 3 octubre 2016 (citado 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.centropsicologicopc.es/funciones-y-competencias-profesionales-del-logopeda-articulo-de-nuestra-logopeda-obelecia-judith-brito-alonso/>
33. Cofm.es (INTERNET) El real Colegio de Profesores Boticarios de Madrid en el siglo XVIII (citada 10 febrero de 2021) Disponible en: <https://www.cofm.es/recursos/doc/portal/2019/05/08/el-real-colegio-de-profesores-boticarios-de-madrid-en-el-siglo-xviii.pdf>
34. Cofm.es (INTERNET) Estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 2009 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.cofm.es/recursos/doc/portal/2019/05/08/2009-estatutos-del-colegio-oficial-de-farmaceuticos-de-madrid.pdf>
35. Copevet.org (INTERNET) Taylor J, Competencias profesionales en medicina veterinaria, Asociación Panamericana de Ciencias Veterinarias, 2012 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://copevet.org/wp-content/uploads/2018/09/Competencias-profesionales-en-la-Medicina-Veterinaria.pdf>
36. Uab.cat (INTERNET) Grado de Veterinaria (citada 19 marzo 2021) Disponible en: <https://www.uab.cat/web/estudiar/listado-de-grados/plan-de-estudios/competencias/veterinaria-1345467893070.html?param1=1263367158989#:~:text=Competencias%20espec%C3%ADficas,y%20bienestar%20de%20los%20animales>

37. Bellotto Maria Luisa, Linares Imma Palma. Las competencias profesionales del nutricionista deportivo. Rev. Nutr. [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Feb 10]; 21(6): 633-646. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000600003>.
38. Codinuova.es (INTERNET) Competencias de dietista-nutricionista, Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionista de la Comunitat Valenciana (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.codinuova.es/servicios/actualidad/851-cuota-correspondiente-al-1-trimestre-2016-cuota-desempleados-y-maternidad-paternidad-3#:~:text=Conocer%2C%20valorar%20cr%C3%ADticamente%20y%20saber,intervenci%C3%B3n%20profesional%20del%20Dietista%2DNutricionista>.
39. Oftalmoseo.com (INTERNET) Dictamen a solicitud de la Sociedad Española de Oftalmología, febrero 2019 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.oftalmoseo.com/wp-content/uploads/2020/06/2-dictamen.pdf>
40. PeinadoHerreros José María. Competencias Médicas. Educ. méd. [Internet]. 2005 Septiembre [citado 2021 Feb 11]; 8( Suppl 2 ): 04-06. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132005000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000600002&lng=es).
41. García F, Competencias Profesionales del Podólogo, Rev Esp Podol, 2015, XXVI (2): 38-41 (Citada 10 febrero 2021) Disponible en: <file:///C:/Users/admin/Downloads/X0210123815501361.pdf>
42. Sspa.juntadeandalucia.es (INTERNET) Manual de Competencias Profesionales Terapeuta Ocupacional, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, mayo 2015 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-68-03-Manual-de-Competencias-Terapeuta-Ocupacional.pdf>
43. Colfisiocv.com (INTERNET) Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.colfisiocv.com/node/1792>
44. Sspa.juntadeandalucia.es (INTERNET) Manual de Competencias Profesionales Dentista, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, mayo 2015 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-48-03-Manual-de-Competencias-Dentista.pdf>

45. Ferreiros-Martínez R, Hidalgo B, Lorenzo M, Carbonell R, Alonso-Cerezo M, Herramientas para la evaluación de las competencias profesionales, *Rev Lab Cli* Vol 11 Num 2Abril-junio 2018 Pags. 93-96 (citada 10 febrero 2021) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-herramientas-evaluacion-competencias-profesionales-S1888400817301071>
46. Pinilla-Roa A, Evaluación de competencias profesionales en salud, *Rev. Fac. Med.* 2013 (61:1; 53-70) (Citada 10 febrero 2021) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a08.pdf>
47. López-López MJ, Navarro-Abal Y, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Healthcare students' personality traits and competence-based learning methodologies. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Apr;99(17): e19812. doi: 10.1097/MD.00000000000019812. PMID: 32332624; PMCID: PMC7220779. (Citado 19 marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332624/>
48. Serna-Aristizabal AP, Casas-Díaz Y, Gonzalez-Hernandez PA, Garcia-Ramos D. Healthcare students' personality traits and competence-based learning methodologies. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Apr; 99(17): e19812. doi: 10.1097/MD.00000000000019812. PMID: 32332624; PMCID: PMC7220779. (Citado 19 marzo 2021) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332624/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

*Bibliografía básica Gestión de Servicios y Cuidados de Enfermería: - M<sup>a</sup> Paz Mompert García –*

*María Rosa Martínez Barellas ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN Enfermería S.21. 2003 –*

*Temes, José Luis & Mengíbar Torres, Mercedes GESTIÓN HOSPITALARIA McGraw-Hill Interamericana. 2007 –*

*Marriner Tomey, A. GUIA DE GESTIÓN y DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA Elsevier España 2009*

*Bulechek, G; Butcher, H.; McCloskey, J: "CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)". Elsevier Barcelona, 2009*

*Mooehead, S.; Jonson, M.; Maa, M.L.; Swanson, E.: "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)". Elsevier España S.L. Barcelona, 2009*

*Jonhson, M; Bulechek, G; McCloskey, J y coll: "Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC". Elsevier España, S.A. Madrid, 2004*

*Revistas: Todo Hospital; Revista Gaceta Sanitaria; Revista Enfermería clínica;*

*Revista de Calidad Asistencial WEBGRAFIA <http://www.isciii.es> (INVESTEN)  
<http://www.enfermundi.com> <http://www.nurseweek.com> <http://www.allnurses.co>*