

Ministerio de Salud Pública
Escuela Nacional de Salud Pública

Título:

**Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el
Sistema de Salud Cubano.**

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud.

Autora: Lic. Maricela Torres Esperón

Tutora: Dra.C. Aida Rodríguez Cabrera

Ciudad de La Habana. 15 de Junio del 2006.

INTRODUCCION

La organización, las políticas, las estrategias, la conducción, la financiación, el aprovisionamiento y la gestión de los sistemas de atención a la salud constituyen aspectos de interés público, por tanto son desafíos para la salud pública¹. Para su consecución el desarrollo de los recursos humanos es clave, al punto que fue aprobado como una de las funciones esenciales de la salud pública, la cual en el primer aspecto de su definición declara: “la identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública”¹

Un rasgo que distingue a la salud pública es la multiprofesionalidad, para lo cual cada una de las profesiones que la integran deben al unísono desarrollarse e integrarse entre sí. Por su parte la enfermería aunque sus servicios son un componente esencial para la salud pública, aun se sitúa en las fases iniciales del desarrollo científico. Pues la misma ha transitado de una tendencia empírica y prácticista hacia una profesional, que es hoy reconocida como parte elemental de los equipos de salud.

Su importancia ha sido registrada en el informe de la XXXII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se expone: “Las enfermeras proporcionan o supervisan la mayor parte de la asistencia sanitaria en el mundo. Independientemente de las diferencias nacionales, la enfermería personifica la conciencia pública respecto a la salud mundial”².

La personalidad laboral de la profesión de enfermería ha sido reconocida desde el año 1977 por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su sexagésima tercera reunión donde se aprobó la “Recomendación sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería” (R157)³, la que se encuentra vigente en la actualidad y de la cual se hará alusión en los aspectos que se relacionan con esta investigación:

- ☞ Debería hacerse lo necesario para establecer una estructura racional del personal de enfermería, clasificando a sus miembros en un número limitado de categorías definidas en función de la instrucción y formación recibidas, el nivel de funciones y la autorización para ejercer.
- ☞ Las funciones del personal de enfermería deberían clasificarse según el grado de juicio requerido, la facultad de adoptar decisiones, la complejidad de las relaciones con otras funciones, el nivel necesario de calificaciones técnicas y el grado de responsabilidad por los servicios de enfermería que se prestan.
- ☞ El personal de enfermería de determinada categoría no debería ser utilizado en sustitución del de una categoría superior, salvo en caso de urgencia especial, a título provisional y a condición de que posea una formación o una experiencia suficiente.

De estas tres recomendaciones, la primera se comienza a cumplir en el mundo cuando surge la formación universitaria de enfermería, primero en los países desarrollados en la década de los 60 y a partir de los 70 en América Latina. Existen regiones del planeta donde la situación es diferente, por ejemplo, en Asia Suboriental, a las enfermeras y parteras no se les reconoce un nivel profesional equiparable con el de otros profesionales de la salud y su participación en la toma de decisiones sanitarias de los niveles superiores sigue siendo muy reducida⁴.

Las dos últimas recomendaciones, 30 años después, en la mayoría de los países constituyen un problema a resolver, lo cual se ha puesto de manifiesto, tanto en la última posición del Concilio Internacional de Enfermeras⁵, como en las más recientes declaraciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a la Enfermería^{6 y 7}.

En Cuba la primera recomendación se cumplió desde el año 1980, pues a partir de esta fecha los programas de formación del personal de enfermería se diferenciaron por categorías; licenciado, técnico y más recientemente en el 2003, surgió el enfermero básico. Desde el inicio de la formación universitaria estos profesionales de manera empírica identificaron la necesidad de distinguir las diferencias de funciones entre el licenciado y el técnico y en dos ocasiones por

encargo de los directivos de enfermería nacional se crearon comisiones al respecto, las cuales se disolvieron sin dejar acuerdos en documentos legales escritos, ni publicaciones.

Aunque la profesión en el país ha tenido un desarrollo sostenido durante los últimos 20 años, el cumplimiento de las dos últimas recomendaciones aun constituyen un reto y los resultados que se presentan en este trabajo serán la respuesta para que los directivos del sistema de salud determinen estrategias al respecto.

Lo que motiva esta investigación es que aún cuando desde hace más de 20 años existen en el país diferentes perfiles de formación para el personal de enfermería, las funciones descritas en los documentos oficiales los iguala en los servicios y además para establecerlas no se utilizó ninguna investigación que culminara con la verificación de las funciones en los servicios.

Las funciones descritas para el personal de enfermería en Cuba hasta hoy no han sido obtenidas mediante una investigación científica y no establecen las diferencias por perfiles de formación.

Como antecedentes del problema de investigación se realiza un análisis de los documentos oficiales que desde los inicios del periodo revolucionario han amparado el desempeño profesional de enfermería. Para la elaboración de los mismos se designaron por el Ministerio de Salud Pública comisiones de expertos, que permitieron que en las décadas de 1960 y 70 aparecieran dos documentos: "Organización y funciones del policlínico integral"⁸ y "Programas Básicos del Área de Salud"⁹. En el primero se recogen funciones de la jefa de enfermera y las enfermeras de terreno y en el segundo las de las enfermeras en los programas de salud. Ambos documentos en su tiempo respondían a la necesidad de adecuar el ejercicio de la profesión a los rápidos cambios del Sistema Nacional de Salud, como por ejemplo¹⁰, la creación de los policlínicos integrales, considerado por su dinamismo y funciones el elemento fundamental de vinculación entre la comunidad y la organización de salud, así como para el desarrollo de los programas de salud.

En la siguiente década hubo pasos importantes para el desarrollo de la enfermería en Cuba, pues en el año 1980 se produce la primera graduación de Licenciadas en Enfermería. Como punto de partida de esta formación en el país, en ese mismo año se aprueba la "Resolución 480 del Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social"¹¹, que ampara legalmente el ejercicio de la profesión y que aun se encuentra vigente. Al analizarlo a la luz actual puede decirse que el documento ha perdido vigencia, pues a pesar de haberse aprobado en el año de la primera graduación de enfermería universitaria no tuvo en cuenta los perfiles de formación que se establecían a partir de ese momento. Además, el hecho de haber prolongado su aplicación hasta estos días, hace que el mismo no tenga en cuenta el desarrollo alcanzado por la profesión. Entre los aspectos más críticos de este documento pueden citarse:

1. Se incluyen las mismas funciones para licenciados y técnicos.
2. Se describen las funciones para cada uno de los postbásicos que se tenían en ese momento en el país, por lo que no abarca la totalidad de servicios donde este personal se desempeña, lo que le resta posibilidades de generalización.
3. Aparecen descritas en un solo párrafo, e intercaladas indistintamente, las funciones de las diferentes dimensiones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas y las técnicas asistenciales, aspecto que le resta claridad para su interpretación.
4. Las funciones asistenciales se caracterizan por definir un alto nivel de dependencia del personal de enfermería de otras profesiones, lo que anula la capacidad de tomar decisiones incluso en procedimientos que son sólo inherentes al ejercicio de la profesión.

En esa década de los 80s, se aprueban otros tres documentos donde aparecen funciones para el personal de enfermería; 1) "Lineamientos generales de trabajo para el personal de enfermería en el Plan de Atención de la Familia"¹², que contiene las funciones del personal que labora en la atención a la familia, en centros escolares y de trabajo, este documento se considera muy oportuno en ese momento, pues daba respuesta al nuevo modelo de salud que se desarrollaba en el país, el plan del médico y enfermera de la familia, 2) "Reglamento Hospitalario"¹³ donde se establecen las funciones según el perfil de cargo, en este caso las administrativas y 3) "Orientaciones metodológicas al personal de enfermería de los

hospitales”¹⁴, en el que se definieron las funciones para los directivos de la profesión y se trazaron orientaciones metodológicas a seguir en los controles administrativos y en algunas actividades relacionadas con la atención directa al paciente, como el registro de datos en la historia clínica y el pase de visita. Cada uno en su momento constituyó un paso de avance en la organización homogénea de los servicios de enfermería del país, pero en ninguno se tuvo en cuenta los distintos niveles de formación del personal de enfermería.

Diez años después se aprueban otras “Orientaciones Metodológicas para el personal de Enfermería de los Hospitales”¹⁵, en este caso para regular las funciones de jefas de enfermería en hospitales, áreas y servicios. Dos años más tarde se establecen las Carpetas Metodológicas 1996¹⁶, 1998¹⁷ y 2000¹⁸, en estos se desglosan las funciones de enfermería por programas de salud, en círculos infantiles, centros de trabajo, vicedirectorías de enfermería de municipios y policlínicos y se comienza a establecer la única diferencia que ha existido entre los dos niveles de formación, referidas a que debían ser licenciados los que ocuparan los cargos administrativos.

En estas dos últimas décadas analizadas se observa una tendencia a definir funciones por programas de salud y perfiles de cargo, con un marcado énfasis en las administrativas.

En el año 2001 la Dirección Nacional de Enfermería realizó una identificación de problemas en la profesión, a través de los principales directivos de todos los territorios del país y uno de los detectados fue que el personal universitario y técnico en la profesión realizaban las mismas funciones en los servicios. Se buscó información al respecto en el ámbito nacional y no se encontraron referencias de investigaciones previas concluidas ni divulgadas.

En relación con este problema en los últimos 5 años, los documentos que se han utilizado para establecer funciones del personal de enfermería han sido obtenidos de los resultados de la investigación que se presenta en esta tesis.

La falta de delimitación de las funciones tiene una repercusión importante para la profesión y la sociedad. En la primera porque hace más difícil la consolidación del logro de su identidad profesional, tan necesaria y promulgada en la actualidad, y en la sociedad porque redundaría en la calidad de la atención que se brinda y de alguna manera en la economía del país, pues se está invirtiendo en la formación de un profesional que realiza en la práctica las mismas funciones que un técnico.

La novedad científica de este trabajo está dada por su primicia en el país para resolver este problema y al determinar las funciones del personal de enfermería según sus niveles de formación contribuirá a:

1. Obtener desde una perspectiva científica una mejor comprensión de las particularidades y alcance de la profesión y si éstas se regularizan así en los servicios, facilitará la interacción en los equipos de enfermería y la integración del personal de enfermería en los equipos de salud.
2. Utilizar más racionalmente el personal de enfermería.
3. Ofrecer al Ministerio de Salud Pública un producto que podrá ser utilizado para la renovación de los documentos rectores de formación y desempeño del personal de enfermería.
4. Transformar la planificación y organización del personal de enfermería en los servicios de salud según la calificación, el grado de responsabilidad y complejidad de los servicios.
5. Establecer el punto de partida para la identificación de las competencias del personal de enfermería según sus perfiles de formación.

Objetivo general:

Definir las funciones del personal de enfermería según niveles de formación.

Objetivos específicos:

1. Identificar los principales conceptos y enfoques afines a las funciones del personal de enfermería.
2. Diseñar un algoritmo de investigación que permita la elaboración y validación de la propuesta de funciones del personal de enfermería por niveles de formación.
3. Realizar una valoración crítica de la aplicación y pertinencia de la propuesta de funciones del personal de enfermería según niveles de formación.

Se realizó una investigación de desarrollo de alcance nacional, ejecutada en los años 2002, 2003 y 2004 que comprendió el nivel primario y secundario de atención y dentro de este último los servicios de cuidados intensivos, medicina interna y cirugía.

En la ejecución de la investigación predominó el uso de técnicas cualitativas, como fueron la revisión documental, la consulta a expertos, en este caso a dos grupos diferentes, uno que fungió como comité de experto y el otro con el cual se aplicó el método Delphi, y por último la técnica de observación que se empleó para la verificación en la práctica. Participaron en calidad de expertos 83 personas, de ellos 49 licenciados de enfermería y 34 médicos y como observadores 160 profesionales de enfermería.

Se aplicó además una técnica cuantitativa, la encuesta, para explorar criterios del personal de salud en los servicios a 460 enfermeras/os (276 licenciadas y 184 técnicas) 350 médicos y 20 psicólogos/as.

Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas para la realización de investigaciones, tales como: anonimato, confidencialidad, consentimiento y voluntariedad, a partir de la previa concertación y negociación con las personas que participaron en la misma. Para la realización de las observaciones, se obtuvo el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio según los servicios seleccionados, se recogió el dato primario mediante los instrumentos de observación que fueron enviados en sobre cerrado a la investigadora para su introducción en las bases de datos. Se confeccionó un informe que fue entregado a la Dirección Nacional de Enfermería con el fin de que estos fueran utilizados en beneficio del personal de enfermería en general y en particular de los propios observados.

Los resultados de la investigación han sido utilizados en los actuales documentos rectores de la carrera de enfermería, tanto para el diseño del nuevo modelo pedagógico, como en su perfeccionamiento continuo. También se han empleado en las modificaciones del Reglamento Hospitalario, el Programa de Atención Integral a la Familia y en resoluciones ministeriales relacionadas con el salario y el trabajo de enfermería en el país.

CAPITULO I. ENFOQUES Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

La enfermería ha venido practicándose como profesión hace más de un siglo y la delimitación de sus funciones según su nivel de formación es de vital importancia si se tiene en cuenta que la misma está aliada con otras profesiones de salud mediante actividades de colaboración, remisión y coordinación. De este modo se ha desarrollado su práctica, que tiene como base conocimientos propios y de otras ciencias, por consiguiente, para estudiar las funciones de enfermería se hace necesario adentrarse en los aspectos teóricos que lo sustentan.

Este capítulo tiene como propósito analizar enfoques y conceptos que se relacionan con las funciones del personal de enfermería, para lo cual se ha dividido el mismo en tres acápite, que comprenden la valoración de este personal como capital humano, reflexiones sobre sus funciones y la situación actual y perspectivas para la profesión.

1.1. El personal de enfermería como capital humano.

En los inicios del desarrollo social, que algunos llaman la “era agrícola”, el activo principal fue la tierra, posteriormente en la “era industrial”, lo fue el capital financiero, sin embargo los cambios ocurridos en los últimos años del siglo XX y en los inicios del presente siglo, están dando paso a una nueva era, en la que la fuente de valor más importante de las organizaciones es el conocimiento y su mayor tesoro lo constituye el **capital humano**.

Desde el siglo XIX Carlos Marx hizo dos planteamientos que llevan a pensar en el primer antecedente de lo que hoy se conoce como capital humano. En el primero señala que: "puede considerarse como la producción del *capital básico*, en tanto que ese capital básico es el hombre mismo"¹⁹. Añade que: "La reproducción de la clase obrera incluye la acumulación de su maestría que es transmitida de generación en generación"²⁰. Desde el punto de vista del proceso directo de producción, Marx se refería al desarrollo de las capacidades humanas, pues el ser humano es capaz de crear un valor mayor, que el que se le adjudicaba sólo como fuerza de trabajo.

La revolución científico-técnica exigió la solución inmediata de cuestiones relacionadas con *la creación* de una fuerza de trabajo cualitativamente nueva. Los cambios estructurales en la economía del capitalismo contemporáneo fueron precisamente la base objetiva sobre la que apareció la teoría del “capital humano”. Pero el impulso intelectual directo para su surgimiento partió de obras en las que se estudiaban los problemas del crecimiento económico²¹.

Esta concepción adquirió forma definitiva entre fines de la década del 50 y comienzos de la del 60. Les cupo el papel más activo en su creación a economistas norteamericanos como Gary Becker, Burton Weisbrod, Jacob Mincer, Lee Jansen, Theodore Schultz. Posteriormente aportaron a su desarrollo Samuel Bowles, Yoram Weiss, Yoram Ben-Porath, Finis Welch, Barry Chiswick y otros²².

Gary Becker en 1964 define la teoría del capital humano como las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos. Es el conocimiento y las habilidades que forman parte de las personas, su salud y la calidad de sus hábitos de trabajo. Plantea “el conocimiento se crea en las empresas, los laboratorios y las universidades; se difunde por medio de las familias, los centros de educación y los puestos de trabajo y es utilizado para producir bienes y servicios. Si bien antes se consideraba que la prioridad era el desarrollo económico y que luego vendría todo lo demás- educación, vivienda y salud- hoy es completamente diferente, ya que la vinculación entre educación y progreso económico es esencial”²³.

Por su parte Theodore Schultz plantea: se entienden por "capital humano" a los conocimientos, hábitos y capacidades del hombre, que contribuyen al aumento de la fuerza productiva de su trabajo: “Es una forma de capital porque es fuente de futuras ganancias o de futuras satisfacciones, o de ambas cosas. Es *humano* porque es una parte integrante del hombre”²⁴.

En la década de los 80s economistas rusos plantean: "... pero no se puede decir que en principio se separen el capital físico del humano... la naturaleza económica del capital físico y el capital humano (por consiguiente, de los medios de producción y la fuerza de trabajo) es profundamente diferente. El "capital humano" crea valor, el capital físico lo transfiere; el primero es objeto de explotación, el segundo, instrumento de la misma. El valor latente de los medios de producción está rigurosamente limitado, son sólo capaces de transferir el valor que está plasmado en ellos"²². Se reafirma aquí el valor de las capacidades humanas en el desarrollo del proceso de producción.

Ya en la década de los 90 se habla de capital humano, como parte del capital intelectual y Pablo L. Belly plantea al respecto que el desarrollo del conocimiento tiene como eje central el capital humano, es decir, las capacidades, actitudes y valores de los miembros de una organización, (véase organización como empresa o institución laboral) los cuales deben ser inteligentes, creativos, deben estar plenamente capacitados para la actividad que están desempeñando, estar alineados con los objetivos de la organización y compartir los valores de la misma. El capital humano debe ser visto como las capacidades profesionales e intelectuales que poseen las personas, útiles para la organización y es la base de generación de los otros tipos de capital intelectual ⁽¹⁾. En la medida que el capital humano se desarrolla se convierte en capital intelectual por lo que es importante que los líderes de la organización proporcionen métodos de trabajo para facilitar la conversión de las competencias individuales en capital organizativo y por tanto desarrollar los efectos multiplicadores dentro de dicha organización²⁵.

A inicios de este siglo el Dr. Fidel Castro Ruz, reconoce el valor del capital humano y señala: "Cuba dispone hoy de un importante capital humano, y el capital humano es decisivo; yo diría que es más importante aún que el capital financiero"²⁶. Otro de sus planteamientos al respecto se basan en las críticas al análisis del Producto Interno Bruto, cuando dice "se ignora el concepto de capital humano, los gastos sociales no son tales gastos, sino más bien inversiones"²⁷. Y más recientemente en agosto del presente año refiere "El capital humano puede más que el capital financiero. Capital humano implica no sólo conocimientos, sino también – y muy esencialmente- conciencia, ética, solidaridad, sentimientos verdaderamente humanos, espíritu de sacrificio, heroísmo, y la capacidad de hacer mucho con poco"²⁸.

Otras ideas en este siglo son que la fuerza de trabajo forma parte del capital de una organización, ya que pertenece al conjunto de bienes utilizados en la producción, así como las instalaciones, el equipo, la maquinaria, las materias primas y los insumos, la mano de obra forma parte del proceso productivo. En tal sentido el capital humano también es definido como la mano de obra dentro de una empresa, es el recurso más importante y básico, ya que son los que desarrollan el trabajo y la producción de bienes o servicios. El término capital humano puede aplicarse en muchas áreas de trabajo como la agricultura, la industria o los servicios²⁹.

También en el sector salud el capital humano se está manejando como una categoría básica, por ejemplo, *Rubén Suárez*, Asesor Regional de Economía de la Salud, de la División Salud y Desarrollo, de la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2003 aborda la relación entre el crecimiento económico, globalización y pobreza y se refiere al capital humano como la optimización máxima del estado de bienestar físico, psíquico y social y la enfermedad como depreciación del capital humano³⁰. Estudios publicados por la OPS consideran el valor que tiene para la economía una fuerza de trabajo sana; según este criterio del «capital humano», se consiguen ahorros indirectos cuando gracias a esa mejor salud de los trabajadores se evitan pérdidas de horas de trabajo³¹.

En el sector de la salud, se producen servicios y dentro de éstos uno de los más importantes son los cuidados para promover salud, prevenir las enfermedades y restablecer o recuperar la salud, labor en la que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental, por lo que se puede considerar como un recurso esencial dentro del capital humano del sector.

(1) Capital Intelectual: Posesión de conocimientos, experiencia aplicada, tecnología organizacional, relaciones con clientes y destrezas profesionales de una organización, esta se divide en capital humano, capital estructural y capital relacional. Belly, P, El capital humano. 2002. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/59/caphumano.htm>

El cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana, que se desarrolla en el proceso vital, el cual es muy dinámico y su comprensión implica la complementariedad de saberes y el esclarecer la vida como realidad bio-natural, como interacción social, como interacción hombre-naturaleza, por lo que en el cuidado de enfermería hay entonces un principio de traducibilidad entre valores, actitudes, acciones y expresiones. Es decir, no sólo se debe tener en cuenta el componente tecnológico y de sus habilidades, sino también las actitudes y sentimientos en un nivel ético, humanista y solidario, que se aprende en la interacción y permite descubrir las necesidades de las personas, teniendo en cuenta sus creencias y valores y el lente interpretativo a través del cual mira al mundo^{32,33}. De ahí que el personal de enfermería como capital humano es mucho más que:

- *el conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos,*
- *las capacidades profesionales e intelectuales y*
- *la mano de obra,*

Todos estos referentes teóricos llevan a la autora a plantear la definición de capital humano en enfermería como el conjunto de capacidades técnicas e intelectuales de estos profesionales, así como el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios, que le permite brindar cuidados a las personas para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades, rehabilitar secuelas o ayudarlas a tener una muerte digna.

Para fundamentar la definición anterior la autora se basa en lo expuesto sobre capital humano y la definición de la valoración, la cual por su universalidad es válida para estudiar cualquier esfera de la realidad y por ende la esfera de la salud humana. La valoración es el reflejo subjetivo en la conciencia del hombre, de la significación que para él poseen determinados objetos y fenómenos de la realidad, en estrecha relación con las necesidades, intereses, fines, experiencias precedentes y concepción del mundo del sujeto cognocente. Entre la valoración, el conocimiento y la práctica existe una relación indisoluble. El conocimiento es premisa de la valoración: sólo se puede valorar adecuadamente lo que se conoce y la práctica es la fuente y condición indispensable de la valoración que hace el sujeto de la realidad³³.

El cuidado de enfermería responde perfectamente a este análisis, pues se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera-persona (familia, grupo) que recibe asistencia³⁴. Es privilegiado por la continuidad, la confianza e intimidad que la caracteriza y que le permite a este profesional conocer las necesidades de la persona, tanto aquellas derivadas del estado de salud o enfermedad, como de otras situaciones de angustia y preocupación que alteran su bienestar y pueden retardar su recuperación³⁵.

Uno de los aspectos más importantes para el desarrollo del capital humano en enfermería es la determinación de sus funciones, cuya base teórica se encuentra en diferentes conceptos y enfoques que se presentan en el acápite siguiente.

1.2. El enfoque científico de las funciones del personal de enfermería.

El trabajo como actividad agrupó a los hombres con fines colectivos en la comunidad primitiva, las personas trabajaban y vivían unos al lado de los otros, en las diversas familias, tribus y comunidades, al entrar en contacto descubren en la naturaleza que los rodea los diversos medios de producir y vivir. Estas diferencias son las que propenden el intercambio de productos y el desarrollo social determinó la división del trabajo³⁶.

Engels en su libro *Anti-Dühring* (1845), escribe "Al salir originalmente del reino animal – en sentido estricto, - los hombres entran en la historia, todavía semianimales, toscos, impotentes aún frente a las fuerzas de la naturaleza, todavía ignorantes de las suyas propias, [.....]. Poco a poco las fuerzas productivas van creciendo, la densidad cada vez mayor de población crea intereses, unas veces comunes y otras veces antagónicos, entre las distintas comunidades, que al agruparse en un todo superior, hacen brotar una nueva división del trabajo"³⁷.

Por su parte Carlos Marx, (1893), señala [.....] “el efecto más notable de la división del trabajo no es que aumente el rendimiento de las funciones divididas, sino que las hace más solidarias [.....]. Los individuos están ligados unos a otros, y si no fuera por eso serían independientes; en lugar de desenvolverse separadamente, conciertan sus esfuerzos; son solidarios, y de una solidaridad que no actúa solamente en los cortos instantes en que se cambian los servicios, sino que se extiende más allá. [.....] Es la solución dulcificada, ya que evita que los individuos se queden afuera, garantizando por ende la inclusión social, es decir separa a los sujetos, pero al mismo tiempo los une el interés por el trabajo”^{38,39}.

Carlos Marx clasifica la división del trabajo, en tres formas fundamentales: por tecnología, por funciones y por calificación profesional. La división del trabajo por tecnología es la distribución de los trabajadores en correspondencia con la división tecnológica del proceso productivo, por funciones es el papel que desempeñan los trabajadores en el proceso productivo, se basa en el tipo de actividad que realiza y pueden ser directos o indirectos y por calificación profesional constituye la manifestación específica en el puesto de trabajo de la división del trabajo tecnológica y por funciones, pues establece la calificación que debe poseer un trabajador para ocupar un puesto de trabajo dado, el cual corresponde a una determinada función y en el cual se lleva a cabo una operación tecnológica⁴⁰. En el caso de salud la división tecnológica puede ser por servicios o unidades.

La autora asume esta clasificación pues se ajusta al interés de la investigación para establecer la diferencia según calificación profesional de los enfermeros y considera que la división del trabajo en enfermería es parte de su organización. A fin de diferenciar las distintas categorías del personal y establecer los límites legales del ejercicio de la profesión, según la base de conocimientos, nivel de responsabilidad y la complejidad de los servicios.

El término función tiene distintos significados, puede ser utilizado en el sentido de profesión, cargo o empleo, designando al conjunto de deberes y responsabilidades de una persona. La función surge de la naturaleza misma del proceso social del trabajo, permite identificar la aportación que hace a la sociedad una profesión, describe su finalidad y establece los límites de la misma. Todas las profesiones encuentran su razón de ser en necesidades sociales, en toda colectividad existe la división de funciones entre personas o grupos, de modo que cada cual realice una contribución específica al conjunto de la sociedad⁴⁰.

Para comprender el concepto de función como actividad consciente y orientada a un fin, se retoma lo planteado por Fernando Portuondo en su libro “Economía de las empresas”, donde define que función es el tipo de actividad laboral que caracteriza e identifica el trabajo socialmente útil que realiza el hombre para alcanzar un objetivo determinado. Desde esta perspectiva, la función comprende la esfera de responsabilidad, que establecen las actividades relacionadas entre sí y encaminadas a un fin y que determina el ejercicio de una profesión. Las mismas deben reflejar el conjunto de problemas que el profesional debe ser capaz de enfrentar, analizar y resolver⁴¹.

Ante estas reflexiones, se asume el concepto de función como el papel desempeñado, reconocido y aceptado por la sociedad para los miembros de una disciplina en cuestión, que se materializa en las actividades o tareas que determinan el ejercicio de una profesión.

El establecimiento de las funciones permite⁴²:

- Aumentar la productividad y racionalidad en el uso del personal al promover una organización más eficaz y productiva.
- Determinar los deberes, responsabilidades y jerarquías de autoridad.
- Mejorar la comunicación interpersonal.
- Eliminar duplicidades en las tareas, así como puestos de trabajo con contenidos insuficientes para cubrir la jornada laboral.

Es por ello que si las personas no saben hasta donde pueden llegar y qué se espera de ellas, no se sienten motivados a pensar en un modo constructivo; y aunque el trabajo en equipo tiende a eliminar jerarquías inadecuadas y a derribar obstáculos para el trabajo cooperativo,

tiene que operar dentro de límites fijados cuidadosamente que permitan a sus miembros concentrarse en el asunto que debe ocuparles.

El trabajo en equipo forma parte del quehacer diario de los profesionales de la salud. El mismo se hace evidente en los equipos formados por los enfermeros con sus diferentes perfiles y funciones e insertado con otros profesionales dentro del equipo multidisciplinario. La enfermería es considerada la más vieja de las artes y la más joven de las profesiones, sus funciones han ido variando con el desarrollo de la humanidad, siempre teniendo como premisa "el cuidado", que no es más que el servicio que este grupo ofrece a la sociedad.

Sus inicios se remontan a la comunidad primitiva, en la que este arte de cuidar estuvo relacionado con el papel que tenía la mujer en la sociedad, de ahí que las primeras en realizarlo eran las llamadas "cuidadoras". A partir del siglo XVI fue usado por primera vez en Europa el término enfermería, derivado del latín "nutrire", que significa alimentar y del inglés "nurse", que a su vez tiene sus orígenes en la palabra "nursing" la que definía la labor realizada por las mujeres que se encargaban del cuidado y la alimentación de personas necesitadas, como niños y enfermos⁴³. Para el idioma español la palabra enfermería también tiene sus orígenes en el latín, en este caso "infirmitas" cuyo significado es enfermedad⁴⁴

Es una actividad que se inició con la humanidad misma en la lucha por la supervivencia y la preservación de la vida humana. Durante largo tiempo ha sido un arte y una práctica basada en una filosofía general y sólo en los últimos decenios ha ido tomando su lugar entre las profesiones de salud, tratando de disminuir su dependencia frente a otras disciplinas para desarrollar un marco conceptual que le sea propio⁴⁵. Su práctica como objeto histórico y social surge por la división del trabajo en salud y comprende las modalidades: profesional, técnica y auxiliar, cada una de las cuales desde su nivel de formación deben cumplir con una serie de funciones básicas que se realizan en ámbitos sociales diferentes⁴⁶, que se pueden clasificar de manera general desde dos perspectivas:

1. Las que han sido descritas por el grado de dependencia hacia otros profesionales.
2. Las descritas didácticamente en cuatro dimensiones y que describen las áreas principales de desempeño de este personal.

En el primer grupo se incluyen⁴⁷:

FUNCIONES INDEPENDIENTES O PROPIAS: Aquellas que el personal de enfermería ejecuta en cumplimiento de las responsabilidades de la profesión, para la cual está capacitado y autorizado.

FUNCIONES DEPENDIENTES O DERIVADAS: Son las que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

FUNCIONES INTERDEPENDIENTES: Son las que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

La segunda clasificación incluye⁴⁸:

FUNCIÓN ASISTENCIAL: Está encaminada a apoyar al individuo en la conservación y el incremento de su salud. Responde al cuidado de las personas enfermas y sanas, es decir, ayudarlas a mantener su salud o recuperar las funciones y capacidades deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud.

FUNCIÓN DOCENTE: Permite producir conocimientos, formación de futuros profesionales y conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como la educación permanente para que este personal pueda continuar su perfeccionamiento siguiendo el avance de la ciencia.

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA: Permite asegurar que las actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y organizada y asegurando el uso adecuado de los recursos, o sea que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero, siempre compatible con la calidad de trabajo previamente acordada.

FUNCIÓN INVESTIGATIVA: Es el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería con el objetivo de seguir avanzando en la solidificación de su identidad profesional a través de la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario.

Las dos clasificaciones fueron utilizadas en esta investigación, la primera, para la elaboración inicial de las funciones y en los análisis sucesivos, pues en la actualidad las funciones independientes llevan una carga importante en la labor de enfermería y a su vez las funciones dependientes e interdependientes son necesarias para la interacción en el equipo de salud. La segunda clasificación fue la seleccionada para distribuir las funciones por dimensiones (asistencial, administrativa, docente e investigativa), pues al representar las principales áreas de desempeño de este personal se facilita su comprensión y aplicación en la práctica. Además están definidas en los marcos conceptuales de la profesión.

Para definir las funciones que en la actualidad realiza el personal de enfermería no se puede hablar de una época en particular que las haya determinado y mucho menos se podría hablar de una teoría única como precursora de esta definición. Se debe hablar de una diversidad de momentos y de teorías de la enfermería o sea de la utilización de varios planteamientos teóricos en la configuración de la práctica actual de la profesión.

Florence Nightingale de nacionalidad inglesa, es considerada la madre de la enfermería moderna. Inició su formación como enfermera en Alemania, 1851, en una comunidad religiosa protestante que contaba con un centro hospitalario, donde se preparaban mujeres para brindar cuidados de manera empírica. Fue la primera persona en dar a conocer a la enfermería como profesión, fundó en 1860 el primer programa de formación para enfermeras (se utiliza este término a partir de ahora para designar, tanto a enfermeras, como a enfermeros), en St. Thomas Hospital y en el King's Collage Hospital de Londres⁴⁹. Tuvo entre sus postulados una visión de futuro de la enfermería en cuanto AL CUIDADO, pues en sus libros de notas, señalaba: "Existe necesidad eminente de conceptualizar a la enfermería acerca de su naturaleza y de la necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferentes al de la medicina, por tanto enfermería ES CUIDAR y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud, que es mantener o lograr que la salud de cualquier persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad"⁵⁰, es en 1859 cuando aparece la primera definición de enfermera en la que ella manifestó que la misma requería conocimientos diferentes con el fin de, "situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar sobre él"^{51,52}.

En la descripción de las teorías y modelos de enfermería se plantea que este es el primer modelo, con un enfoque fundamentalmente curativo, porque planteaba que la enfermera debía principalmente modificar el entorno del paciente con el fin de dejar actuar la naturaleza. No obstante su teoría se centró en el medio ambiente, aunque no aparece así en sus escritos, la mención y defensa que hace de los factores naturales del medio la ubican en una tendencia ecologista y dentro de los modelos naturalistas. Fue capaz de observar los efectos beneficiosos de los factores naturales sobre la salud del hombre, si la enfermera era capaz de controlarlos adecuadamente. Para ella la función prioritaria era el cuidado espiritual y el cuidado del ambiente, la comodidad y la higiene^{49,53}, de ahí su aporte en la definición actual de las funciones de la enfermería.

La autora considera que aunque en el enfoque de Florence Nightingale predomina el aspecto curativo, fue revolucionaria al decir: "...lo mismo que la enfermería de la salud, que es mantener o lograr que la salud de cualquier persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad". En esta idea se refleja una visión hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, funciones claves en el desempeño de la enfermería moderna. Otro punto a tener en cuenta en sus postulados es que se refería mayormente a los factores naturales como la falta de luz, de limpieza y de aire puro, aspectos que en la actualidad forman parte del medio ambiente, elemento esencial del estado de salud, no sólo individual, sino también de la población.

Se puede considerar a Nightingale, como precursora de la clasificación didáctica de las funciones de enfermería por dimensiones; la dimensión asistencial se pone de manifiesto en la concepción antes descrita en cuanto al cuidado de enfermería; la dimensión docente al ser fundadora de las primeras escuelas de enfermería como profesión y extender su modelo de formación al resto del mundo; la dimensión investigativa, pues ha sido reconocida como una "destacada investigadora científica"⁵⁰, por sus informes acerca de las condiciones sanitarias de

Crimea y Gran Bretaña, su destreza en el uso de las estadísticas sanitarias demostrado en los numerosos informes que elaboró, a lo largo de su vida, sobre temas diversos de la atención sanitaria, la enfermería y las reformas sociales y la dimensión administrativa porque también es reconocida mundialmente como la “gran administradora de hospitales”⁵⁰, por su labor en varios hospitales londinenses de su época y en el modelo de formación de enfermeras instituyó dos niveles, las Ladies Nurses que tenían la responsabilidad de planificar y supervisar los cuidados de enfermería y las Nurses para ejecutar el cuidado directo, orientado por las primeras.

Hasta la década de 1950 los profesionales de enfermería no empezaron a plantearse seriamente la necesidad de desarrollar, articular y contrastar una teoría global en esta disciplina⁵⁴ y casi un siglo después de los postulados de la Nightingale comienzan a aparecer en la literatura nuevos aportes sobre la definición de la profesión y sus funciones, en este caso de enfermeras norteamericanas, estas corrientes en la búsqueda de un cuerpo de conocimientos para fundamentar la enfermería han sido agrupadas en modelos y teorías, a continuación se analizan las que tiene relación con esta tesis.

Virginia Henderson en 1955 llegó a definir la enfermería en términos funcionales y desarrolló una concepción personal de lo que consideraba la función única de la enfermera, y publica; “la única función de una enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, siempre con el objetivo de ayudarle alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible”⁵⁵.

Henderson en su teoría hace un estudio cuidadoso de las necesidades del paciente e identifica 14 de ellas que constituyen los componentes básicos de la función asistencial, pues a partir éstas la enfermera determina los cuidados que debe brindar a las personas y su entorno, ellas son^{49,55}.

1. Respirar.
2. Comer y beber.
3. Eliminar residuos corporales.
4. Movimiento.
5. Descanso y sueño.
6. Elegir las prendas de vestir y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar en tal forma que sintamos satisfacción por ello.
13. Participar en las actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Uno de los principales aportes de Henderson es que incluye en sus postulados no sólo a las necesidades básicas para conservar la vida como un ser biológico, sino que toma en cuenta la satisfacción de otras necesidades psicológicas y sociales, lo que constituye un paso de avance del pensamiento de las teorías que la antecedieron y en el desarrollo de la profesión al comenzar a ver al individuo como un ser biosicosocial.

Otra autora de esta década fue Dorotea Orem, la que se incluye en los llamados modelos de suplencia y ayuda, define en 1958 “la enfermería es un servicio humano cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión”^{56,57}. Puede observarse a partir de estos conceptos como además de los supuestos de Florence, ya comienza a verse a las personas como parte importante de su propia recuperación y a la enfermera como facilitadora de esta autonomía.

En ese mismo año con un enfoque que se considera una versión moderna del modelo de Nightingale, Ami Francis Brown en su libro *Enfermería Medicoquirúrgica* insistió en “la asistencia y el cuidado de enfermería al paciente como función central de la profesión”⁵⁸. En el año 1959 Norman y Rohweder en su libro “*Bases Científicas de la Enfermería*” y plantearon que la principal función de este personal es “la de ayudar a que el paciente recupere la mejor función posible”⁴⁸, en este caso se referían a las funciones de los órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano, lo que a juicio de la autora es un enfoque biologicista, al enmarcar la profesión solo en el aspecto de los cuidados del ser humano desde el punto de vista biológico, que constituye una de las esferas de actuación pero no es la única.

En 1962, Gertrud B.Ujhely, afirmó que el cuidado es el “apoyo que se da al paciente frente a la enfermedad” y la razón de ser de la enfermería es, “sostener al paciente durante su lucha contra la enfermedad”⁵⁹. La relación interpersonal constituye el epicentro del cuidado y en la actualidad sigue teniendo gran fuerza en la relación enfermero-paciente.

Dos años después en 1964 Lydia E. Hall expresa que las funciones de enfermería se extienden en tres círculos (cuerpo-cuidados, enfermedad-curación y persona introspección), compartidos en diferentes grados con otros profesionales. Sostenía que los cuidados de enfermería son más necesarios cuanto menor atención médica se recibe y que la atención que realizan las enfermeras acelera la recuperación⁴⁹.

En ese mismo año Hildergade Peplau plantea que lo verdaderamente profesional de la enfermería era la relación enfermero-paciente en el aspecto sicodinámico de los cuidados. Para ella el cuidado consistía en un “proceso educativo que tiende al desarrollo y al crecimiento personal” y que las relaciones interpersonales y la labor educativa tienen gran valor en este personal⁶⁰. Su aporte fundamental está en destacar la labor comunicativa de la enfermería e identificar funciones relacionadas con la asistencia en la educación para la salud y la docencia en el ejercicio de formar nuevos profesionales.

En 1970 Martha Rogers refiere que el modelo conceptual de enfermería se edifica alrededor del proceso vital del hombre y que los conocimientos deben ser aplicados en la práctica de los cuidados. Concibe la enfermería como arte o ciencia, identificando una única base de conocimientos que surge de la investigación científica y del análisis lógico que es capaz de trasladarse a la práctica. El valor que da a la investigación en la especialidad es válido hasta nuestros días y define la función investigativa de este personal. Para ella, el mantenimiento y la promoción de la salud deben llegar a ser las primeras funciones de la enfermera y las considera aún más importantes que el tratamiento de las enfermedades⁴⁹. En esta teoría aparece la investigación como un aspecto esencial y se deja explícita la necesidad de tener en cuenta la promoción y prevención en la definición de las funciones del personal de enfermería.

Tanto Rogers como Peplau se incluyen entre los autores que desarrollaron los llamados modelos de interrelación, que son los más recientes y avanzadas teóricamente. Se apoyan en el concepto de la relación del hombre con el hombre y del hombre con el ambiente ecológico. Otra defensora de estos modelos lo fue Callista Roy, la que parte del supuesto de que el hombre es un ser biosicosocial que vive dentro de un entorno, el que junto con la personalidad influye en él, de modo que éste puede desarrollar varias formas adaptativas, si las respuestas fuesen ineficaces requeriría entonces la atención de enfermería⁴⁵.

En el mismo año 1970 se publica el “*Tratado de Enfermería Práctica*” de Dugas que expresó; “el cuidado constituye el papel de la enfermería”, aparece en ese texto el proceso de atención como una serie de pasos que da la enfermera para planear y cumplir la función de “cuidar”⁶¹. La introducción del proceso de atención de enfermería le da a la profesión un método científico para la realización de sus funciones.

Ya en los inicios de la década de los 80, Rosa M. Alberdi expone que la enfermera tiene la función de ocuparse de las necesidades de salud del paciente o de los grupos sociales⁴⁹. Nótese que en esta definición aparecen por primera vez la atención a grupos sociales por parte del personal de enfermería.

Otros estudiosos de la labor de la profesión como Yyer, Tapatich y Renocchi-Losey en 1986 plantean que “la enfermería es un arte que sabe cuidar al paciente mientras dura la enfermedad, también está orientada a ayudar al ser humano a alcanzar el máximo de salud a lo largo de su ciclo vital”⁵². Dentro de sus funciones consideraban la realización del plan de cuidados como el eje que dirige la acción de enfermería hacia el paciente.

A finales de la década de los 80, Ma. Consuelo Castrillón considera que la práctica de enfermería está conformada por tres funciones básicas que se realizan en dimensiones y ámbitos sociales diferentes, ellas son: cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud y educar para la salud, las cuales se conjugan para su realización⁶².

En cuanto al nivel de formación, algunas autoras como Creighton, Peplau y Alberdi expresan que la diferencia fundamental entre la enfermera profesional titulada y la enfermera práctica es que por contar con un nivel instructivo más refinado, la titulada está obligada a valorar e interpretar hechos a fin de decidir acciones⁴⁹. A nuestro juicio esta afirmación es un paso de avance en la definición de las funciones de la enfermera profesional y su diferencia con el resto de los niveles de formación.

En los diferentes conceptos y teorías de enfermería analizadas en este capítulo, en relación a las funciones de la profesión mantienen la esencia con relación a los cuidados e incluyen las funciones administrativas, docentes e investigativas, como aspectos esenciales para el desarrollo de la misma, con lo cual coincide la autora y constituye la base teórica para organizar la propuesta de funciones expuesta en esta tesis.

1.3. Situación actual y perspectivas de las funciones del personal de Enfermería.

Los organismos internacionales han dado siempre una gran importancia al trabajo de enfermería en el campo de la salud y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. En este sentido la OMS, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la OIT consideran que esta profesión debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud. Estos criterios se han manifestado durante muchos años, a continuación se exponen los aspectos que se consideran más relevantes en este sentido³².

En el año 1957 el CIE señaló que la enfermería es parte integral del sistema de atención de salud, que abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, en todos los sitios en los que brinda atención de salud y en otros servicios comunitarios⁶³. (Informe de la Jornada de Trabajos sobre la Función de la Enfermería en la Atención Primaria de Salud”. Nairobi, Kenya, 30 sept-1 oct. 1979).

En 1966 la OMS definió a la enfermera como la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería, que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos⁶⁴.

El CIE en 1975, hizo una declaración oficial: “*Autoridad de Enfermería*” donde plantea; La enfermería es una profesión independiente, aunque contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud que la población necesita. Las enfermeras son responsables de los servicios de enfermería que proporcionan a toda persona enferma o sana⁶⁵.

También la OIT en 1976, planteó que la enfermera profesional ha de haber seguido un programa extenso y general de formación en el sistema educativo después de la segunda enseñanza, en el que se le proporcione formación en materia de enfermería, que le ofrezca amplias y sólidas bases para una práctica efectiva y para su formación superior, para obtener el diploma correspondiente expedido por la autoridad competente del país. Añade, que la enfermera profesional debe tener capacidad para aplicar sus conocimientos en las técnicas superiores de enfermería en materia de prevención, curación o rehabilitación en instituciones o establecimientos municipales y para adoptar por cuenta propia decisiones sobre bases

científicas y principios de dirección, es decir, que debe poder prestar servicio a escala profesional⁶⁶.

En 1985 la OMS declaró que con el fin de alcanzar la meta "Salud para Todos en el Año 2000, las enfermeras deben *ser integradas definitiva y firmemente como líderes y administradoras del equipo de Atención Primaria de Salud*⁶⁷.

En ese mismo año el CIE emite otra declaración: "*La responsabilidad de la enfermera en la definición de la función de enfermería*" que dice: La profesión de enfermería debe definir el papel de la enfermera y la educación de enfermería y los servicios de enfermería deben ser planificados y dirigidos por enfermeras calificadas/os. Además, el CIE apoya firmemente los esfuerzos de las asociaciones internacionales de promover puestos de liderazgo y dirección para las/os enfermeras/os en los servicios de salud. Considera que, por intermedio de las enfermeras que ocupan estos puestos, los sistemas de atención sanitaria podrían establecer y asegurar el mantenimiento de cuidados de enfermería de calidad dispensados al público⁶⁸.

La Resolución 49.1 de la Asamblea Mundial de Salud, aprobada en 1996, refleja el reconocimiento del potencial de enfermería para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de la atención en la salud, por parte de los estados miembros⁶⁹. Sin embargo, el desarrollo de los servicios de salud no ocurre aislado de los procesos económicos, sociales y políticos que se suceden en cada país y si bien el propósito de sistema de salud es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, las familias y la comunidad, existen muchos factores que afectan las condiciones de vida mas allá del sistema de salud y que por tanto no son intervenidos por este sector.

En 1998 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) emite un documento oficial que sustituye a las anteriores posiciones: "*Autoridad de enfermería*", adoptada en 1975, y "*La responsabilidad de la enfermería en la definición de la función de la enfermería*", de 1985, el que titula "Ámbito de la práctica de la enfermería" y dice: "La definición del ámbito de la práctica transmite a los demás las competencias y la responsabilidad profesional de la enfermera. La enfermería es responsable de definir las funciones de la enfermera y el ámbito de la práctica de la enfermería. No obstante, aun cuando incumbe a las enfermeras, a través de las relaciones profesionales y laborales y de los órganos de reglamentación, la responsabilidad primordial de definir, supervisar y evaluar periódicamente las funciones y el ámbito de la práctica, deben pedirse y tenerse en cuenta las opiniones de otras personas de la sociedad en la definición del ámbito de la práctica"⁵.

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana⁷⁰.

En la actualidad, el personal de enfermería representa entre el 50 y el 60% del recurso humano de salud en el mundo y entre los países de la Región de las Américas, se observa un rango muy amplio de enfermeras por 10.000 habitantes, desde 1,07 en Haití, hasta 97,2 en los Estados Unidos. Este último, Canadá y algunos países del Caribe, como Cuba y Guyana Francesa, tienen una situación más favorable, dado que cuentan con un mayor número de enfermeras profesionales por 10.000 habitantes⁷⁰.

En diferentes reuniones internacionales celebradas en la última década del siglo XX por la OMS, la OPS y el CIE, se ha reconocido la importancia de los servicios de enfermería en los sistemas de salud y se ha instado a los gobiernos a desarrollar estrategias que fortalezcan estos servicios para contribuir a satisfacer las necesidades de salud de los individuos y de la comunidad; así mismo, para apoyar eficazmente la gestión y el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, en especial en los países de la Región de las Américas, teniendo en cuenta,

tanto sus características socioeconómicas particulares, como las reformas de los sistemas de salud⁶.

En cuanto a la formación del personal de enfermería en América Latina, según un estudio realizado por la OPS en 1998, el 52% de los programas son de nivel universitario, no obstante este panorama es más complejo, pues la enfermería como sistema de enseñanza varía dentro de los países, pero de manera general se pueden clasificar en tres categorías principales: licenciatura o equivalente, diplomado y técnico. Y se plantea que en América Latina se ha transformado la práctica de enfermería de una formación generalista polivalente, en la década 1950, a una especializada en los años setenta, cuyo proceso de profesionalización se ha caracterizado por tres tendencias⁷¹:

1. Cambio en la educación de enfermería, de una modalidad técnica hospitalaria a la modalidad universitaria.
2. Actualización y modernización de la reglamentación y autorregulación de la educación y práctica de la enfermería.
3. Surgimiento de instituciones privadas, en algunos países, para la formación de personal técnico fuera del control de la profesión.

Otro rasgo que se ha observado es que el nivel de capacitación de las enfermeras varía desde la que tiene una preparación informal, hasta aquellas con categorías profesionales, con formación de pregrado y postgrado. Además, en el mercado laboral no siempre se encuentran diferenciados los cargos de acuerdo al nivel de formación⁶⁹ y se ha evidenciado la falta de delimitación de las funciones y tareas del personal de enfermería, el que posee una preparación tan heterogénea y en la mayoría de los países de la región las mismas funciones y tareas están a cargo de este personal, al margen de su preparación⁷².

En cuanto a referencias encontradas acerca de investigaciones realizadas relacionadas con las funciones del personal de enfermería, aparece un estudio llevado a cabo en el decenio de 1950 por la American Nurses' Association (ANA) que posibilitó analizar las actividades y funciones realizadas por las enfermeras, y estos resultados sirvieron de base para la formulación de las reglas de funciones, estándares y cualificaciones de la enfermeras preparadas por la institución Hunghes en 1958⁷³.

Alrededor de 1977, la OPS elaboró un proyecto para investigar sobre la práctica de enfermería inter países, cuya misión fue analizar el quehacer de la profesión y disponer de la información que permitiera conocer la situación prevaleciente como fuerza de trabajo en seis países de América Latina: Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, México y Perú⁷⁴. El estudio se presentó y analizó en forma separada y conjunta; de allí se obtuvo importante información sobre la disponibilidad, distribución y formación de los recursos humanos en enfermería, y también se evidenció la falta de delimitación de las funciones y tareas de este personal.

En 1987 se desarrolló otra investigación por la OPS sobre la práctica de enfermería en seis países de la región, se definieron temas de interés para investigar y las líneas prioritarias⁷⁰. Entre dichas prioridades fueron incluidas: situación de la práctica de enfermería, condiciones de trabajo del personal, mercado de trabajo, tendencias y perspectivas en relación con las políticas de extensión de la cobertura e impacto de la atención de enfermería en la salud de la población y en la atención primaria.

La prioridad otorgada a la investigación se debió al reconocimiento de la necesidad de realizar un análisis crítico de la situación y de los factores económicos y políticos que condicionan su ejercicio profesional en la toma de decisiones y en la elaboración de planes de enfermería coherentes con las necesidades de salud de la población y con la realidad sociopolítica de los países⁷¹.

El estudio realizado en los seis países se propuso: 1) Determinar las características del personal de enfermería en términos de número, distribución, categorías, funciones y división del trabajo en las diferentes instituciones. 2) Caracterizar el mercado de trabajo por categorías de personal. 3) Analizar los problemas que inciden en el ejercicio de la profesión. 4) Caracterizar la organización técnico-administrativa de los servicios y, 5) Conocer las

expectativas de las enfermeras frente a las nuevas tendencias en la prestación de servicios de salud.

Como resultados de ese estudio se identificaron áreas críticas en: la dinámica del cambio de roles de enfermería para la atención de salud; la división del trabajo dentro del equipo de salud y de enfermería; el rol de la enfermera frente a otros roles ocupacionales en el sector salud; la falta de participación en los niveles de decisión; la inequitativa distribución del personal en áreas geopolíticas e institucionales y en el deterioro en las condiciones de trabajo.

Por otra parte en el IV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Concepción, Chile, 1994 se definieron 5 áreas de acción en la investigación de enfermería en la región: 1- El proceso de trabajo en enfermería, 2- La estructura y las características en los servicios, 3- Las características del conocimiento y la práctica de enfermería, 4- Las políticas de salud y de educación y su repercusión para la enfermería y 5- Las condiciones y determinantes de la salud⁷⁵. La definición de las funciones está implícita en las tres primeras áreas y responde a la idea de que este tipo de investigación sobre los resultados de la práctica enfocada, tanto a la respuesta de los usuarios, como a la entrega de servicios a los pacientes y sus familiares son fundamentales para ayudar a las organizaciones de salud a que logren sus propósitos de mejoramiento de la calidad de la atención y simultáneamente a la disminución de los costos⁷⁶.

Otros elementos importantes sobre esta temática se encuentran en los resultados parciales de un Estudio Multicéntrico sobre la Reforma de Salud y sus Implicaciones para la Práctica, la Regulación y la Educación de Enfermería⁷⁷, realizada en cinco países - Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, en 1999, donde se muestran algunas de las más importantes implicaciones que la reforma de salud ha tenido para la enfermería, las cuales se resumen en: condiciones de trabajo precarias; incremento de la carga laboral; pérdida de seguridad en los trabajos, lo cual es también una consecuencia de las reformas del Estado; falta de suministros para la prestación de servicios; bajos salarios; falta de recurso humano de enfermería; necesidad de trabajar en dos o más instituciones insatisfacción laboral e incremento de procesos de demanda por responsabilidad civil.

A pesar de las recomendaciones surgidas de las reuniones y organizaciones internacionales y de las solicitudes hechas a los gobiernos de incorporar la enfermería en los niveles estratégicos nacional, departamental, distrital, regional y local, los resultados muestran una respuesta inconsistente y un desarrollo incipiente y desigual de los servicios de enfermería en los países de la Región de las Américas. También hay evidencias de que los servicios de enfermería, en la mayoría de los países, enfrentan problemas tales como el desequilibrio entre la oferta y la demanda de personal de enfermería, las deficientes condiciones de trabajo, la falta de posicionamiento de esta disciplina y su participación en la toma de decisiones del sector salud⁷⁴.

Según la OPS dentro de las características de la fuerza laboral en enfermería⁷⁴, uno de los aspectos más importantes a considerar es la oferta de personal, pues en diferentes análisis se ha identificado que si bien el número de profesionales y auxiliares de enfermería ha aumentado, aún se registra escasez en la mayoría de los países. Igualmente, se presenta deserción o abandono de la profesión u oficio, en busca de opciones con mejores remuneración y condiciones de trabajo; falta de aspirantes para ingresar a los programas de formación en enfermería, especialmente en el nivel universitario. Las relaciones enfermera - población, enfermera profesional - auxiliar, enfermera - médico, no han avanzado lo suficiente para dar respuestas a las necesidades de la comunidad y del sector salud.

En la mayoría de los países las condiciones de trabajo son deficientes, expresadas en bajos salarios, sobrecarga laboral por exceso de pacientes, turnos de trabajo prolongados, ambientes laborales poco adecuados, áreas físicas deficientes, falta de dotación de equipos y suministros básicos para el cuidado de enfermería y pocos o inexistentes espacios de participación de enfermería en la toma de decisiones⁷⁴, lo cual es coherente con los hallazgos del estudio multicéntrico mencionado antes.

Sin embargo, en estudios realizados en la segunda mitad de la década de los 90 por diferentes agencias y en distintos países sobre costo efectividad de los servicios de enfermería, muestran

que los cuidados de enfermería son similares en calidad a los proveídos por otros profesionales de la salud, incluyendo los médicos. También hay evidencias en muchos países que reflejan que las profesionales de enfermería en la salud pública han mostrado un alto grado de experticia en los aspectos de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud; las enfermeras ofrecen servicios en una amplia variedad de formas, diagnostican problemas de salud, proveen enseñanza a los pacientes y familias, realizan consejería, hacen seguimiento de los cuidados, colaboran con otros profesionales, remiten pacientes, administran y controlan tratamientos, manejan casos, entre otros. La enfermería juega un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y en la satisfacción de pacientes y empleados^{70,78}.

El estudio mencionado en el párrafo anterior mostró que los pacientes estuvieron satisfechos con la atención recibida, que la calidad técnica de las enfermeras generales es parecida a la de los médicos generales y los servicios son menos costosos. Hartz et al. (citado por OMS, 1998) reportó un estudio de 3.100 hospitales en los cuales se analizaron las características del hospital y sus tasas de mortalidad. Los resultados evidenciaron que los hospitales que tienen un buen porcentaje de enfermeras generales y una alta razón de enfermeras por pacientes tienen tasas menores de mortalidad.

En marzo del 2001, el Programa de Organización y Gestión de Sistemas (HSO) y Servicios de Salud y la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) de la OPS, a partir del análisis de la situación de los servicios de enfermería en los países de la Región de las Américas, de las reformas que se adelantan en los sistemas y los servicios de salud y sobretodo, de las necesidades de los individuos y las comunidades, se propuso gestionar un proyecto quinquenal que fortaleciera el desarrollo de los servicios de enfermería y que contribuyera al logro de las metas de salud en seis áreas estratégicas, una de las cuales incluye la diferenciación de los perfiles y funciones dentro del equipo de enfermería y con otros profesionales⁵. Los resultados de la investigación que se presenta en esta tesis responden a ello y ha influido en el cumplimiento nacional de otras tres de las mencionadas áreas estratégicas. Aspectos que se analizan en el tercer capítulo.

En cuanto a los antecedentes en Cuba las referencias del tema son escasas y de ellas se describen los elementos encontrados.

Al indagar en los inicios de la práctica de la Enfermería en el país se plantea que esta “surgió antes que la misma profesión, la cual estuvo a cargo de diferentes órdenes religiosas, desarrolladas en nuestro país desde los primeros años del siglo XVII”⁷⁹.

En la guerra de independencia se da otra señal de la práctica de Enfermería con la participación de la mujer cubana durante las luchas independentistas, desempeñando un papel importante en el cuidado de enfermos y heridos en los hospitales ambulatorios y de sangre, destacándose entre ellas Caridad Bravo y sus hijas, Rosa Castellanos y Castellanos conocida por Rosa la Bayamesa. También se distinguieron Mariana Grajales, la madre de los Maceos, Bernarda del Toro e Isabel Rubio Díaz, la más genuina representante de las enfermeras cubanas⁸⁰. Sin embargo la enfermera aparece con tal nombre a finales del siglo XIX, cuando se crean las escuelas de Enfermeras durante la primera intervención de Estados Unidos a la isla⁷⁹.

Durante los siguientes 40 años se continuó la formación de personal de enfermería, pero eran insuficientes, pues no tenían una visión estratégica que tuviera en cuenta las necesidades de salud de la población, lo más significativo en esta etapa fue la creación de los cargos de Enfermeras Instructoras, establecimiento oficial de los sueldos para enfermeras, la organización del primer curso postbásico “Cuerpo de Enfermeras Visitadoras” y la incorporación al Concilio Internacional Enfermería (CIE) de la Asociación de Enfermeras de Cuba⁷⁹.

Ya en el período revolucionario, para alcanzar el desarrollo proyectado en los servicios de salud, se hizo necesario un acelerado esfuerzo en la formación del personal médico, de

enfermería y de técnicos de salud. El número de facultades de Medicina y escuela de formación de enfermeras y de otros técnicos medios creció aceleradamente⁸¹.

Desde los inicios de esta etapa se crearon planes de estudio para la formación de auxiliares de enfermería con una duración de seis meses, para satisfacer las necesidades existentes. En 1959 se comienzan el postbásico de instructoras de enfermería general y en 1961 el de enfermería de terreno con el propósito de especializar a las enfermeras graduadas en estas esferas de actuación⁷⁹.

En 1964 se realizan planes de estudios especiales, para la formación de enfermeras básicas generales y en la década del setenta, se comienza con la enseñanza politécnica en todo el país, creándose los Institutos Politécnicos de la Salud, donde se inician nuevas especialidades de cursos posbásicos: Terapia Intensiva, Neonatología, Psiquiatría, Anestesia y Unidad Quirúrgica⁷⁹, los que se han perfeccionado y se mantienen en la actualidad.

En el inicio de la década del setenta, como derivado de la invasión tecnológica en el campo de las ciencias de la salud, surgieron nuevas funciones para la enfermería a nivel mundial. Es en este contexto histórico que, en el año 1973, se crea una comisión universitaria y ministerial para elaborar el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería, dirigido a enfermeras técnicas en ejercicio, el que comenzó en el curso académico 1976-1977 (Plan de estudios de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería. La Habana: MINSAP. 1993). En este plan se destacan los principios de la combinación del estudio con el trabajo, la vinculación de la teoría con la práctica, el carácter científico de los contenidos, la concepción social e internacionalista de la práctica médica y la formación integral de los educandos.

Como parte de este perfeccionamiento se inició en el curso 1987-1988 un nuevo plan de estudios de Licenciatura en Enfermería para Curso Regular Diurno, debido a la necesidad de elevar cualitativamente la disponibilidad del personal de enfermería con formación universitaria. El requisito de ingreso indispensable era ser egresado de los institutos preuniversitarios con el nivel de doce grado. O sea, el desarrollo profesional de los planes de estudios universitarios de enfermería culminó con un programa para trabajadores y el del curso regular diurno, con una duración de cinco años cada uno, ambos vigentes hasta el 2003, año en que para responder a las transformaciones sociales del país se decide realizar un rediseño de la carrera con un nuevo modelo pedagógico, este también tiene una duración de 5 años y su característica fundamental son los niveles intermedios de salida: enfermero básico (1 año), técnico superior (2 años más) y licenciado (2 años más). Los resultados de la investigación que se presenta sirvieron de base para el mencionado nuevo diseño.

De esta forma se logró que en el 2004, se encontraran trabajando en los servicios 84 678 enfermeras y enfermeros, con una tasa de 75.4 por 100 000 habitantes, de ellos 23 439 universitarios, 55 793 técnicos y 5383 básicos y representan el 21,0% del personal de salud del país⁸².

Conclusiones del Capítulo.

En este capítulo los principales conceptos y enfoques apuntan hacia la importancia del capital humano para el desarrollo social y la necesidad de establecer las funciones en los equipos de trabajo para su óptima organización. En el caso de los trabajadores de la salud esto constituye un elemento clave, en tanto conocimientos y desarrollo de valores son la esencia para el éxito.

Para el personal de enfermería como capital humano por su relación privilegiada con las personas, familias o grupos, conocimientos y desarrollo de valores son la esencia de sus funciones, por lo que definir éstas contribuye a una mejor división del trabajo y al desarrollo de dicho capital.

Las funciones de enfermería son parte esencial de las teorías y modelos de la profesión reconocidas hasta hoy y los antecedentes muestran la preocupación de organismos internacionales y nacionales por definir y delimitar estas funciones, tanto en el equipo de la profesión, como en la multidisciplinaria.

CAPITULO II. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN PARA DELIMITAR LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. MATERIALES Y MÉTODO EMPLEADOS.

Utilizar la investigación para definir y delimitar las funciones del personal de enfermería constituyó un reto en tanto con anterioridad sólo se había trabajado en comisiones de la profesión que las designaban según su experiencia, lo que hizo necesario seleccionar técnicas y procedimientos que tuvieran en cuenta, además de los criterios de experticia de los enfermeros, el de otros profesionales en el campo de la salud, así como verificar las funciones en la práctica. De ahí que esta tesis es el producto de una investigación de desarrollo de alcance nacional, ejecutada como proyecto del Programa Ramal de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en los años 2002, 2003 y 2004.

El propósito de este capítulo es presentar el diseño de la investigación y los resultados que se obtuvieron en cada una de las etapas previstas en la misma. Se muestra a continuación una descripción del algoritmo seguido y de los materiales y métodos empleados.

2.1. Criterios de selección de los niveles de salud y servicios donde se realizó la investigación.

Se trabajó en áreas de Atención Primaria y Atención Secundaria de Salud y los criterios para esta selección fueron:

- La Atención Primaria es la base y el núcleo central estratégico de nuestro sistema de salud, donde labora 53,5% del personal de enfermería del país y tiene características propias para el desempeño profesional de la enfermera.
- En la Atención Secundaria hay diferencias en los contextos hospitalarios, tanto estructurales, como socio-culturales y en ellos la enfermera se desempeña en una amplia gama de servicios, por lo que se decidió trabajar el área Médico-Quirúrgica, en los servicios de Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía, ya que las funciones en estos, son las más generales y por tanto pueden ser aplicadas al resto de los servicios. En cuanto a proporción de este personal por los niveles de atención, el 41,9% trabaja en la Atención Secundaria y de ellos el 87,5% en los servicios seleccionados.

2.2. Variables de la Investigación:

En la ejecución del trabajo se definieron las siguientes variables:

Funciones: Actividades y tareas que determinan el ejercicio de una profesión.

Funciones de enfermería: Actividades y tareas que determinan el ejercicio de la profesión de enfermería y que pueden clasificarse en cuatro dimensiones: asistenciales, administrativas, docentes e investigativas.

Perfil Profesional: Principales requerimientos y exigencias de determinado cargo u ocupación.

Enfermera Licenciada: Persona que ha terminado un programa académico de nivel universitario de enfermería y que esté aprobado para brindar servicios correspondientes a su preparación.

Enfermera Técnica: Persona que ha terminado un programa académico de nivel técnico de enfermería y que esté aprobado para brindar servicios correspondientes a su preparación.

Técnicas Asistenciales de Enfermería: Procedimientos que debe realizar el personal de enfermería de acuerdo a una o varias de sus funciones y en las que se lleva a cabo una operación tecnológica.

2.3. Etapas de la investigación

Uno de los rasgos que distinguen la dialéctica materialista es el desarrollo en espiral, en el cual se repiten etapas recorridas sobre una base más alta⁸³. Sobre esta base se diseñó el algoritmo para llegar a la propuesta final de las funciones del personal de enfermería, este se organizó en tres etapas, cada una comprendió la aplicación de diferentes técnicas de investigación, como se muestra en la siguiente figura:

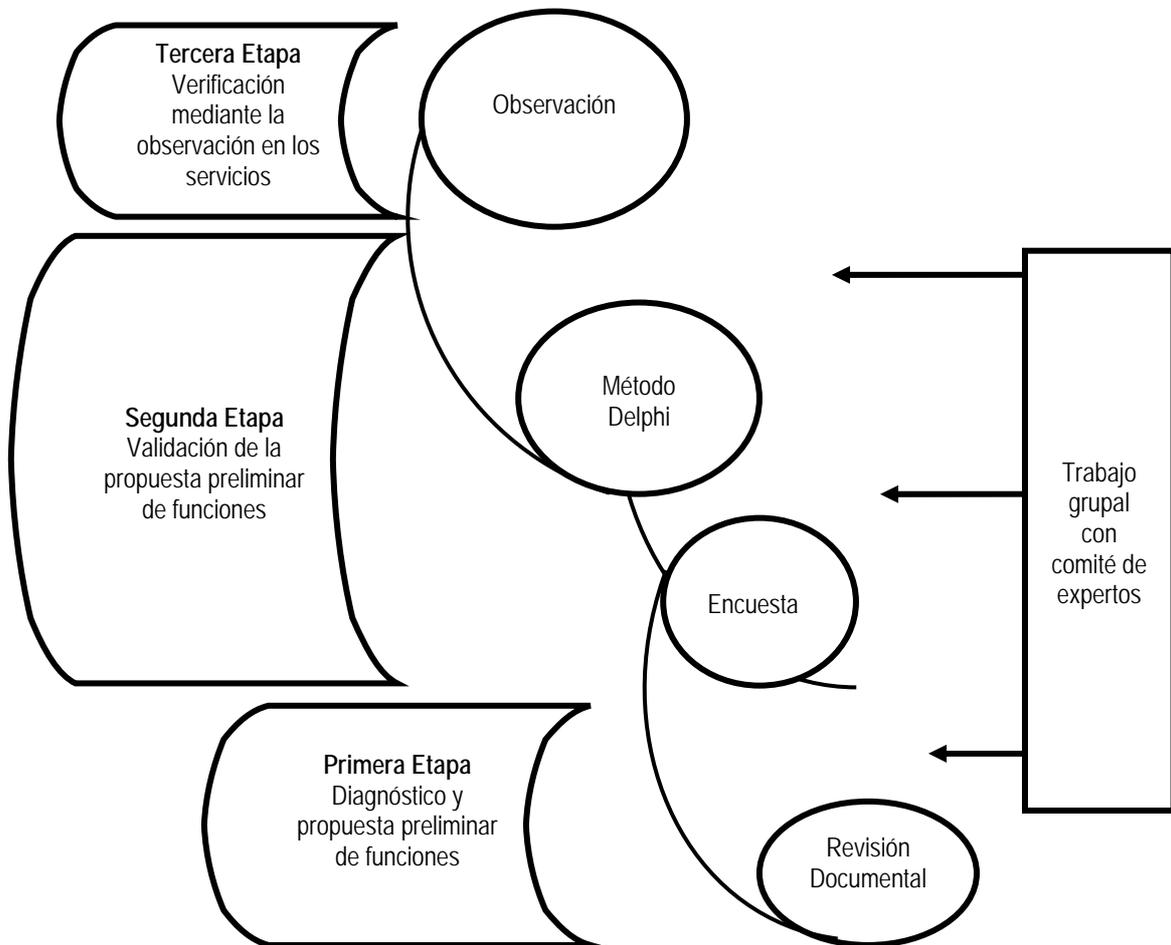


Figura. 1. Esquema de un algoritmo dialéctico para determinar funciones de una profesión.

La figura se explica a continuación mediante la descripción de cada etapa y sus principales resultados.

2.3.1 Primera etapa: Diagnóstico y elaboración de la propuesta preliminar de perfiles y funciones del personal de enfermería técnico y universitario para el Sistema Nacional de Salud.

Para indagar en los antecedentes, tanto nacionales, como internacionales sobre el tema de investigación y establecer un punto de partida de la primera propuesta, se realizó una revisión de la bibliografía disponible y de los planes de estudios de los diferentes niveles de formación, así como los documentos oficiales del país que durante los últimos 40 años han guiado el trabajo de enfermería y que han sido norma para esta profesión.

Como el objetivo de esta primera etapa era analizar y confeccionar la propuesta preliminar de funciones se conformó y dirigió un equipo de investigación compuesto por 14 profesionales de enfermería con las siguientes características: poseer título de Técnico Enfermería, Curso

Potsbásico, Licenciado en Enfermería y Diplomado o Maestría, encontrarse trabajando en los servicios, avalados con buenos resultados y poseer experiencia de 10 a 20 años en una de las especialidades seleccionadas en la investigación: APS, Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía. Según estas especialidades se organizaron en cuatro subgrupos. Cada uno de estos constituyó un comité de expertos que trabajó durante toda la investigación en diferentes momentos de la misma, la forma básica de trabajo fue grupal.

Se seleccionó esta manera de trabajar ya que según lo descrito en cuanto a las técnicas grupales con expertos^{84,85}, en las sesiones se integran las ideas y estos a su vez representan al grupo social al que pertenecen, así como de las discusiones y el consenso se obtiene la norma, lo que el grupo considera que *debe ser*, en relación con el fenómeno social estudiado.

Según las características de los subgrupos, estos se consideraron expertos y la dinámica grupal que se estableció permitió obtener los resultados esperados. La misma se desarrolló de la siguiente manera: los participantes en cada subgrupo eran menos de ocho y la autora de la tesis actuó como moderadora de las sesiones de discusión, dando paso a las intervenciones de unos y otros miembros y a la apertura y cierre de los temas después del consenso, la decisión de cuantas sesiones se realizarían dependió de que se llegara al consenso. En esta ocasión se realizaron 12 sesiones, 3 por cada especialidad, con lo cual se obtuvo la primera propuesta de perfiles y funciones en los servicios de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Cirugía y en la Atención Primaria de Salud, para enfermeros técnicos y licenciados. Estos resultados se utilizaron para el diseño de la próxima técnica que se aplicó (la encuesta).

2.3.2 Segunda etapa: Proceso de validación de la Primera Propuesta de Funciones para el personal de Enfermería:

“El enfoque cualitativo se caracteriza por la frecuente coexistencia de las fases exploratoria y confirmatoria de la investigación...” y “...la validación implica el ensayo de otras opciones teóricas o interpretativas y su sostenibilidad frente al dato empírico”⁸⁶, de ahí que en esta etapa se aplicó primero una encuesta que permitió explorar la sostenibilidad del dato empírico obtenido en la primera etapa de la investigación y ofrecer el producto para la consulta a expertos, la cual se realizó con dos grupos diferentes, uno el comité de expertos seleccionado en la etapa anterior con el cual se alternaron sesiones grupales entre una y otra técnica y con otro grupo de expertos se aplicó el método Delphi (Ver Figura 1). A continuación se describe cada una.

Aplicación de encuestas.

El objetivo de las encuestas fue explorar los criterios sobre las funciones elaboradas en la etapa anterior del personal enfermería y otros profesionales de la salud que se encontraban trabajando en las áreas seleccionadas de la investigación, de ahí que para la selección de los participantes se utilizó un muestreo intencional de máxima variación.

Según la bibliografía la fuerza del muestreo intencional radica en la selección de casos ricos en información, que son aquellos de los cuales pueden extraerse conclusiones de gran relevancia en relación con aspectos centrales a los propósitos de la investigación y al incluir en la muestra sujetos con experiencias muy diversas es posible lograr una mejor descripción e identificación de las causas de variación, al tiempo que se detectan los elementos comunes⁸⁶.

De acuerdo a lo anterior y dado que el propósito del muestreo en la investigación que se presenta no es conseguir representatividad en el sentido estadístico, sino garantizar la autoridad de los juicios y por consiguiente, la validez de la información, pues no se pretende conocer “la opinión promedio” de todos los potenciales respondedores, sino la opinión que esté respaldada por juicios de autoridad y competencia. Por lo que se aplicó la encuesta a 460 enfermeras/os, 350 médicos y 20 psicólogos/as de 13 hospitales clínico-quirúrgicos y 20 policlínicos de Ciudad de La Habana (listado de instituciones, anexo 1). La distribución por especialidades aparece en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de encuestados según profesión y especialidades.

Encuestados	Cuidados Intensivos	Medicina Interna	Cirugía	Atención Primaria	Total
Licenciados en Enfermería	67	64	65	80	276
Técnicos en Enfermería	45	45	44	50	184
Médicos	85	80	80	105	350
Psicólogos	5	-	-	15	20
Total	202	189	189	250	830

Fuente: Encuestas

La característica más importante de la encuesta fue que en ella se listaron las funciones para que los encuestados clasificaran las mismas para cada nivel de formación, según sus experiencias y conocimientos. Una vez tabuladas se pudo comprobar que los encuestados coincidieron con los criterios del comité de expertos en determinar funciones para cada nivel de formación: técnico y licenciadas y hubo 14 funciones asistenciales que consideraron debían ser realizadas por ambos tipos de enfermeros, independientemente de su formación académica. Lo que se explica por la concepción que existe de la profesión sobre el cuidado a las personas, ya que hay funciones que se deben realizar independientemente del nivel de formación del personal de enfermería.

Este análisis y los referentes teóricos llevaron a la autora a subdividir estas funciones por las dimensiones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas y a extraer las técnicas asistenciales, para no cometer el error de incluir técnicas dentro de las funciones, pues las técnicas no son más que actividades que se realizan para cumplir una función determinada. Se adicionaron también los cargos y plazas según el nivel de formación. Para analizar todas estas variaciones añadidas a la primera propuesta se volvió a utilizar la consulta al comité de expertos y en ocho sesiones grupales se llegó a consenso.

Como resultado se obtuvo una propuesta que comprendía: el perfil de las enfermeras licenciadas y técnicas, las funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas y técnicas asistenciales a realizar, por cada una de las especialidades incluidas en el estudio. La distribución numérica se muestra en la tabla que aparece a continuación.

Tabla 2. Distribución de funciones del personal de enfermería según dimensiones y servicios seleccionados.

Nivel de Calificación	Dimensiones	Cuidados Intensivos	Medicina Interna	Cirugía	Atención Primaria
Técnica	Asistencial	31	43	23	18
	Administrativa	9	9	10	5
	Docente	4	4	4	4
	Investigativa	3	3	3	3
	Técnicas de Enfermería	37	41	42	44
Licenciada	Asistencial	87	59	34	20
	Administrativa	17	14	14	14
	Docente	8	8	8	9
	Investigativa	5	4	5	5
	Técnicas de Enfermería	51	42	43	47

Fuente: Resultados del análisis de las encuestas y las sesiones grupales con el comité de expertos.

Esta propuesta además de las diferencias según el nivel de formación tenía dos características fundamentales en cuanto a las dimensiones establecidas; una fue el número elevado de funciones asistenciales por encima del resto, para ambos niveles de formación, aspecto que se consideró lógico, porque en la labor asistencial está la esencia de la profesión. La otra característica está relacionada con la similitud en cuanto a numeración y redacción entre las funciones de las dimensiones administrativas, docentes e investigativas para Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Cirugía y Atención Primaria, aspecto que permitió comprobar que las funciones en estas dimensiones, siempre salvando las diferencias por nivel de formación, pueden ser comunes para cualquier área del desempeño de enfermería.

Aplicación del método Delphi.

Este método debe su nombre al Oráculo de Delfos, en el Templo de Apolo en Grecia, lugar donde se realizaban predicciones. Fue ideado originalmente a comienzos de los años 50 en el Centro de Investigación estadounidense Rand Corporation por Olaf Helmer y Theodore J. Gordon. Se originó como un método para obtener opinión de expertos mediante un proceso de comunicación estructurado, con el objetivo de realizar predicciones sobre un caso de catástrofe nuclear. Desde entonces, ha sido utilizado frecuentemente como sistema para obtener información sobre el futuro^{87,88}. Se considera un método que combina la experiencia de los expertos para obtener información y una herramienta metodológica significativa para la resolución de problemas, la planeación y el pronóstico⁸⁹. Para la salud pública el uso de este método ha sido muy provechoso, por ejemplo la OMS lo aplicó en el año 2000 para la determinación de las funciones esenciales de la salud pública⁹⁰.

Según un estudio realizado en Londres para examinar el rango de utilización del método Delphi en investigaciones de enfermería entre los años 1995 y 2000, plantea que el uso de este método ha permitido en muchos casos la toma de decisiones, así como el establecimiento de prioridades en un número importante de áreas de la profesión. Los temas fundamentales para lo que se ha utilizado son el desarrollo de la práctica, la formación, la dirección, el rol y las competencias, así como en la determinación de prioridades de investigación⁹¹.

Esta técnica es definida como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un conjunto de personas, como un todo, tratar un problema complejo⁹², se basa en el principio de la inteligencia colectiva y trata de lograr consenso de opiniones expresadas anónimas e individualmente por un grupo de expertos calificados en torno al tema que se investiga, a estos se le solicita completen varias rondas de cuestionarios hasta llegar al consenso⁹³.

Se decidió utilizar este método debido a que:

1. La información disponible sobre el tema de investigación no es suficiente, ya que nunca antes se habían determinado las funciones del personal de enfermería a partir de su formación académica.
2. El anonimato de esta técnica impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro o por el peso que supone oponerse a la mayoría, les permite además a los integrantes cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen ante el "grupo" y por último el experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad de saber que en caso de que sean erróneos su equivocación no va a ser conocida por los otros, todo lo anterior posibilita obtener los verdaderos criterios de los participantes.
3. La participación de expertos de varias especialidades es muy útil, porque aunque se están definiendo funciones para el personal de enfermería, el criterio de otros profesionales de la salud relacionados con su trabajo favorece la certidumbre de las definiciones.

En la mayoría de los estudios revisados se realizan entre dos y cuatro rondas, en dependencia del consenso. Se puede aplicar una primera ronda exploratoria, que permite agrupar los elementos comunes y el diseño del instrumento que se utilizará en la segunda ronda. A partir de la cual se calculan medidas de tendencia central y dispersión: Media, mediana, moda, máximo, mínimo y desviación típica, se ofrece la información al panel de expertos en la tercera ronda y si en esta no se llega a consenso se repite el procedimiento, hasta lograrlo.

En el caso de ésta investigación, no se realizó la ronda exploratoria, pues los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas previamente permitieron obtener el producto que se utilizó en la confección del instrumento de la primera ronda y como la respuesta de cada experto era dicotómica, de acuerdo/no de acuerdo con cada función propuesta, se calculó el porcentaje de las respuestas de aceptación. También se ofreció la posibilidad de agregar otras funciones.

El estudio se realizó en Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Cirugía y en la Atención Primaria de Salud, por lo que se crearon cuatro paneles de expertos ⁽²⁾, asignándole desde la primera ronda un instrumento a cada uno, que poseía características comunes en cuanto al perfil por niveles de formación y diferencias por especialidades en las funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas y técnicas asistenciales. Los instrumentos de la segunda ronda fueron los mismos y se le agregó en cada aspecto el valor del porcentaje de aprobación del grupo, obtenido en la primera ronda, así como los nuevos aportes. Lo cual se justifica en que según describe la literatura⁹⁴ se debe calcular el porcentaje de respuestas recibidas para que el experto pueda reevaluar su opinión al conocer lo que opinan los restantes miembros del grupo.

La calidad de los resultados depende de la elaboración cuidadosa del cuestionario y de la elección de los expertos consultados⁹⁵. De ahí que en todos los casos los expertos de esta investigación cumplieran los siguientes requisitos:

Enfermeras

- Licenciadas que se desempeñaron como técnicas con anterioridad a su preparación universitaria (en cuidados intensivos debía tener postbásico de la especialidad)
- Alcanzar 15 años o más de experiencia en el servicio que respondería como experto.
- Poseer categoría docente ó el grado académico de master.

Médicos:

- Especialistas en el área de interés en que respondería como experto.
- Alcanzar 15 años o más de experiencia en el servicio que respondería como experto.
- Poseer el grado científico de Doctor, el grado académico de master o una categoría docente.

Tabla 3. Distribución de expertos por especialidades.

Área	Expertos Enfermeras	Expertos Médicos	Total
Terapia Intensiva	10	10	20
Medicina Interna	8	8	16
Cirugía	8	8	16
APS	9	8	17
Total	35	34	69

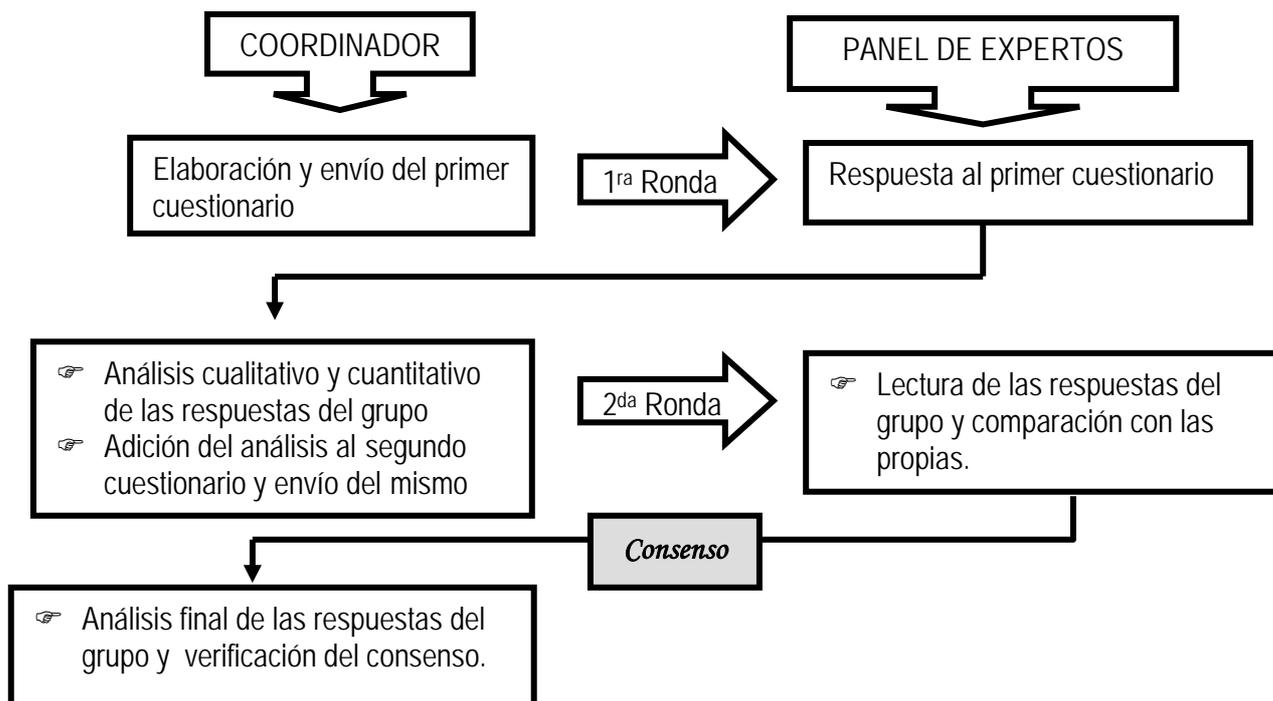
Previo a la aplicación, se conversó individualmente con cada uno del grupo seleccionado, para explicarle en que consistía la investigación, el método que se utilizaría y conocer su aceptación de colaborar como experto. Después de concluidas las rondas se les ofreció la información final. Se cumplió con las características y el algoritmo del método.

Características:

1. Se creó un panel de expertos, que analizó la información disponible sobre el tema.
2. Anonimato, ningún experto conoció la identidad de los demás integrantes del grupo.
3. Iteración y retroalimentación controlada. Esta se consiguió al presentar dos veces el mismo cuestionario, pero incluyendo los puntos de vistas comunes y las sugerencias individuales.
4. Participaron expertos de diferentes perfiles, sobre las mismas bases o “reglas de juego”
5. Se realizó una medición cuantitativa del resultado de las respuestas del grupo.
6. El proceso fue dirigido y controlado por la autora que se auxilió de coordinadores entrenados para cada área (APS, Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Cirugía).

⁽²⁾ Panel de experto: Grupo de personas que opinó como experto por cada una de las especialidades que se trabajó en la investigación.

Figura 2. Diagrama explicativo del método Delphi:



Para determinar el consenso se calculó que según el número de expertos en cada panel, si tres no estaban de acuerdo el porcentaje de aprobación era 80, por lo que se consideró este número como reflejo de la mayoría y por tanto se fijó como estándar para establecer de la inclusión de cada aspecto. En los cuatro paneles de expertos se logró el consenso en la segunda ronda, lo que permitió llegar a la propuesta que se utilizó después para la verificación mediante la observación.

Resultados de la aplicación del método Delphi.

Las definiciones del perfil profesional del licenciado y el técnico tuvieron un 100% de aprobación en ambas rondas, sólo un experto de APS, propuso en la primera ronda incluir entre los grupos de atención al adolescente, aspecto que fue aceptado por todos en la segunda ronda.

En los cargos y plazas se obtuvo más del 90% en todas las propuestas menos en del cargo de ministro que obtuvo un 75% como promedio en los cuatro paneles, los argumentos de los expertos fueron: que todavía el desarrollo de la enfermería en el país no es suficiente para ocupar este cargo y que se debe esperar un poco más adelante para hacer estas propuestas.

En el caso de las funciones y técnicas asistenciales los resultados obtenidos por especialidades fueron los siguientes:

Cuidados Intensivos:

Hubo consenso desde la primera ronda, pues todas las funciones y técnicas obtuvieron más del 90%, se realizó una segunda ronda porque dos expertos propusieron una técnica asistencial para licenciados y esta fue: Realizar sutura de las heridas en piel, la que fue aceptada con el 100% en la segunda ronda y por tanto incluida, además muchas de las funciones aumentaron el porcentaje⁹⁶. En el anexo 2 aparece como ejemplo el instrumento con los resultados de las dos rondas.

Medicina Interna.

En la primera ronda se obtuvo un alto nivel de aceptación por todos los expertos, en las dos rondas sólo dos funciones asistenciales del licenciado no fueron aceptadas en la primera

ronda, pero si en la segunda. Las funciones administrativas, docentes e investigativas fueron aceptadas todas por encima de 95%. En cuanto a las técnicas asistenciales todas estuvieron más del 87% desde la primera ronda y lo mismo sucedió con la propuesta para los técnicos de enfermería.

Cirugía

De las 34 funciones asistenciales asignadas a los enfermeros licenciados 31 obtuvieron más de un 80% de aceptación en las dos rondas, sólo 3 se mantuvieron por debajo del estándar y estas fueron:

1. Evaluar, suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.
2. Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno de retirarlos.
3. Ejecutar y tomar decisiones en la valoración electrocardiográfica

Se considera que el bajo porcentaje de aceptación de estas funciones pudiera estar dado por el grado de independencia que le imprime al personal de enfermería el ejecutarlas, pues el papel que históricamente se la ha asignado a los mismos en los servicios de cirugía, se puede constatar que existe una real percepción de que la enfermera en estos servicios debe estar bajo las ordenes médicas, de ahí que muchos profesionales, incluidos los de la enfermería, todavía consideren que la enfermera no está capacitada para tomar algunas decisiones en este campo. Incluso esto constituye una problemática que ha sido analizada por otros autores⁹⁷, en estudios donde se reconoce la independencia ganada por la profesión de manera general pero en la especialidad de cirugía se hace más difícil de lograr.

No obstante estas funciones fueron incluidas para la observación, pues en el análisis realizado por el comité de expertos posterior a la aplicación del Delphi, se pudo constatar que en los resultados de los otros paneles de experto donde también se incluyeron dichas funciones, las mismas fueron aceptadas, lo cual se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4. Funciones con porcentajes por debajo de 80 en el panel de Cirugía. Comparación con los resultados en otros paneles de expertos.

FUNCIONES	Resultados del Delphi					
	Cirugía		Medicina Interna		Cuidados Intensivos	
	1 ^{ra} Ronda	2 ^{da} Ronda	1 ^{ra} Ronda	2 ^{da} Ronda	1 ^{ra} Ronda	2 ^{da} Ronda
Evaluar, suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo	75	75	87	94	95	95
Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno de retirarlos*.	75	75	-	-	90	100
Ejecutar y tomar decisiones en la valoración electrocardiográfica	50	75	56	87	90	95

* No fue incluida en Medicina Interna

En el caso de la función ejecutar y tomar decisiones en la valoración electrocardiográfica, como puede observarse, fue también controvertida en el panel de expertos de Medicina Interna, lo cual llevó a proponer cambios en la redacción de la misma, quedando entonces para la observación de la siguiente manera: Identificar alteraciones electrocardiográficas participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.

Las funciones administrativas para licenciados en la primera ronda recibieron un 100% de aceptación y se agregó una nueva, que fue llevada a consideración en la segunda ronda y

resultó no aceptada, la misma estaba referida a determinar el cierre de los salones de operaciones en determinadas situaciones y las medidas a tomar en cada caso.

En este caso al igual que en el análisis anterior, la determinación del cierre de los salones siempre ha recaído sobre el personal médico aun, cuando generalmente es el personal de enfermería el que tiene un alto grado de conocimientos sobre la situación real de esta área en particular y en muchas ocasiones, aunque la causa dependa de la labor de enfermería, en la decisión final no participa este personal, aspecto que lleva a otra lectura y es la visión errónea de trabajo en equipo, pues en realidad esta decisión debe partir del consenso de sus miembros, constituido por cirujanos, enfermeros y anesthesiólogos.

En cuanto a las funciones docentes e investigativas todas recibieron el 100% de aceptación en ambas rondas, algo similar sucedió con las técnicas de enfermería a realizar, así como las funciones de los técnicos de enfermería.

Atención Primaria de Salud.

Los resultados de la primera ronda del instrumento mostraron consenso de los expertos en todas las dimensiones en que se subdividen las funciones, se aportaron criterios que son incluidos en la segunda ronda, como es el caso de la nueva función administrativa enunciada para las licenciadas referida a asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional. La cual fue aceptada en la segunda ronda.⁹⁸

Resulta interesante señalar que los resultados obtenidos hasta aquí, fueron además el producto de cinco tesis de maestrías; dos de Atención Primaria de Salud, dos de Salud Pública y una de Enfermería.

2.3.3. Tercera etapa: Verificación mediante la observación en la práctica de los servicios de la Propuesta de funciones para el personal de enfermería:

Como el objetivo de esta etapa fue verificar en la práctica si se realizaban o no las funciones aprobadas en la etapa anterior, se seleccionó la observación como técnica, pues esta "incluye la elección sistemática, observación y registro de comportamientos y medios pertinentes al problema que se investiga"⁸⁵ y su valor radica en que permite obtener la información del objeto de investigación tal y como este se da en la realidad, es decir, información directa, inmediata sobre el fenómeno u objeto investigado⁷³.

En esta investigación se utilizó la observación directa, no participante⁽³⁾ y estructurada, porque los observadores se pusieron en contacto personalmente con el fenómeno que se investigó, se recogió la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social investigado y se realizó con la ayuda de un instrumento, donde el observador tenía la posibilidad de marcar cada vez que se observaba una función determinada (Anexo 3), cada observador tenía además una guía de funciones de acuerdo al servicio donde realizó la misma.

Para realizar la observación es necesario obtener previamente la confiabilidad del instrumento que se utilizará por dos o más jueces de calificación para la misma situación de observación y la validación de los contenidos, mediante el juicio de expertos⁸⁶. Esto se logró en la etapa anterior con la aplicación del método Delphi.

En la selección de los sujetos a observar se utilizó un muestreo no probabilístico, según criterio razonado de autoridad⁽⁴⁾. Las razones fueron:

1. El muestreo probabilístico es muy costoso y conlleva gran apoyo logístico del cual no se disponía en el momento de la investigación.
2. No contar con recursos humanos suficientes para la observación.

⁽³⁾ Se recomienda utilizar en el proceso de verificación de la información. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto básico de metodología de la investigación educacional. Material de la Maestría en Educación Médica, La Habana, 2002

⁽⁴⁾ Los investigadores sopesan cuidadosamente las características de los elementos que integran la población para elegir racionalmente aquellos que a su juicio pueden conformar el mejor modelo de la realidad de acuerdo con los objetivos del trabajo. Silva Aycaguer LC. Diseño razonado de muestras y capacitación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 2000. 17

3. Ajustarnos a las condiciones reales de factibilidad del cliente y su necesidad de inmediatez de los resultados.

A continuación se describen el universo y la muestra por cada especialidad:

El universo estuvo constituido por las 16261 enfermeras de consultorio de comunidad que se encontraban trabajando en abril del 2004 (fecha de la observación), 2124 enfermeras que se encontraban trabajando en el mes de noviembre del 2004 en los servicios de Cirugía (571), Medicina Interna (693) y Cuidados Intensivos (1091) de los hospitales clínicos quirúrgicos, en 13 provincias del país y el Municipio Especial Isla de la Juventud. Aunque la observación se realizó en las 14 provincias del país, de una de ellas no aparecen los resultados por el llenado incorrecto de los instrumentos. Aspecto que se considera no sesga los resultados, pues estos son similares entre provincias.

Descripción de la estrategia de selección de la muestra:

A partir de la estructura del sistema de salud. Provincia – Municipio – Policlínico – Grupo Básico de Trabajo – Consultorio, la selección fue de la siguiente manera:

1. Se incluyeron todas las provincias del país y el Municipio especial Isla de la Juventud.
2. De cada provincia se seleccionó un municipio y en éste un policlínico, donde a su vez del mismo escogieron entre 10 y 20 enfermeras de consultorios de comunidad.
3. En cada provincia se seleccionó entre 1 y 4 hospitales generales o clínicos quirúrgicos en dependencia del número de instituciones dentro de la provincia y de la distribución de personal de enfermería en los mismos. En estos se escogió un servicio de Cirugía, Medicina Interna y Cuidados Intensivos, observándose en ellos 20 enfermeras, 10 de cada nivel de formación.

El criterio que se manejó para esta selección fue el de la factibilidad para los equipos de dirección de las provincias, siempre cumpliendo con los requisitos éticos y respetando el cumplimiento de los criterios de selección de los observadores.

En Atención Primaria se observaron en todo el país durante 8 horas diarias en tres días, (24 horas totales) a 995 enfermeras de consultorio comunitario de todas las provincias, que constituyen el 6,1% del total de enfermeras trabajando en ese momento, la distribución por provincias y categorías aparece en el anexo 4.

En Atención Secundaria se observaron 735 enfermeras y enfermeros en 24 horas distribuidas en los horarios de la mañana, la tarde y la noche, estas constituyen el 34,6% del total posible a observar. La distribución por especialidad, provincia y nivel de formación aparece en el anexo 5 (listado de instituciones donde se realizaron las observaciones, anexo 6).

Criterios de selección de los observadores:

- ☞ Enfermera técnico o universitaria con más de 10 años de experiencia como enfermera en el lugar donde se desarrollaría como observadora.
- ☞ Criterios de la dirección de su institución sobre su buen desempeño, teniendo en cuenta la opinión de la población.

La observación en la atención primaria y la secundaria se realizó en diferentes momentos; la metodología para el entrenamiento de observadores y para el control del proceso en ambos casos, fue como se describe a continuación.

Se seleccionaron 160 observadores (92 en atención primaria y 68 en atención secundaria), de ellos a criterio de las direcciones provinciales de salud se escogió a uno de cada provincia y el municipio especial Isla de la Juventud, 15 en total. Estos se designaron como coordinadores provinciales de la investigación, los cuales participaron en un taller, que comprendió tres sesiones; una para estudiar y discutir por equipos la propuesta, la segunda para explicar la metodología planificada para la observación, los instrumentos e instructivos y en la tercera sesión se realizó un ejercicio práctico a modo de entrenamiento. Los coordinadores provinciales repitieron en cascada el mismo procedimiento empleado en su entrenamiento para preparar el resto de los observadores. El proceso de observación se realizó durante 5 semanas y cada semana el coordinador provincial realizó un monitoreo que comprendía la revisión de los instrumentos llenados por diferentes observadores, la comparación entre los mismos y el

chequeo personal del proceso en los diferentes servicios, esto permitió controlar y mejorar la calidad de la aplicación de la técnica.

Resultados de la aplicación de la observación.

Se comprobó que todas las funciones aprobadas por los expertos se realizan en la práctica, unas en mayor medida que otras, no obstante se cumplió el objetivo de verificar en la práctica si se realizaban o no las funciones propuestas. En cuanto a las diferencias por dimensiones, pudo comprobarse que las más observadas fueron las asistenciales, seguidas de administrativas, docentes e investigativas, esta última en muy baja proporción. Este resultado se explica porque las funciones comprendidas en esta dimensión no se realizan con la misma frecuencia que las incluidas en el resto de las dimensiones, sobre todo si tiene en cuenta que para ejecutarlas es necesario estar haciendo o ser parte de una investigación, aunque en el sistema de formación de enfermería se incluye el enfoque científico y los métodos de investigación, en la práctica profesional aun se emplean poco, lo que requiere de atención para promoverla y desarrollarla.

Las funciones asistenciales más observadas fueron las relacionadas con la aplicación de medicamentos (Anexo 7), la realización del proceso de atención de enfermería y las de atención a pacientes encamados. En el caso del personal de enfermería de la atención primaria hubo alta frecuencia en las relacionadas con la ejecución de actividades de prevención, promoción y la visita al hogar.

Como un resultado adicional, en los servicios donde se realizó la observación se identificaron necesidades de aprendizaje en el personal de enfermería y localmente se trazaron estrategias para darle solución a estas necesidades. Ello aunque no fue un objetivo de la investigación se considera un valor agregado de la misma en los servicios.

Según se mencionó en el primer capítulo en la actualidad la carrera de enfermería se realiza con niveles intermedios de salida y el primero de estos es el enfermero básico, el cual surgió como una nueva modalidad de formación y sus funciones no se incluyen en los resultados de esta investigación, pues en el momento que se realizó la verificación en la práctica se encontraban los primeros grupos en formación.

2.4. Procesamiento de la información.

Se crearon 24 bases de datos, cuatro para los resultados de las encuestas, cuatro para los del Delphi y 16 para los instrumentos de observación, estas permitieron tabular la información y realizar el análisis integral. Se trabajó con los sistemas Excel y SPSS-10. Se realizó un análisis cuanti-cualitativo, tanto de los resultados de las encuestas, de los instrumentos de los expertos, como de la observación. La información se resumió en tablas estadísticas y en textos.

Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se expuso el algoritmo seguido en técnicas y procedimientos para definir las funciones del personal de enfermería según el nivel formación. Su carácter dialéctico y participativo permitió que con cada etapa se enriqueciera la otra y la no existencia de investigaciones previas hace innovadora la estrategia utilizada, la cual pudiera ser empleada con este fin por otras profesiones.

El haber seleccionado diferentes niveles de atención y de estos las especialidades que por su generalidad son aplicables a las demás, se obtuvo una propuesta que puede ser utilizada por el sistema de salud de manera general. La misma se presenta y analiza en el tercer capítulo.

CAPITULO III. FUNCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVELES DE FORMACIÓN. VALORACION CRÍTICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y SU APLICACIÓN.

La imagen y la función del personal de enfermería han sido objeto de diversas transformaciones, pues como otras profesiones, se basa en un concepto social y como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto⁹⁹. Esto se confirma con las diferencias encontradas entre las propuestas elaboradas anteriormente sobre las funciones del personal de enfermería en Cuba y la que se presenta en esta tesis, sobre todo si ésta última ha sido obtenida como resultado de una investigación científica.

El valor de un estudio de investigación se comprueba por el grado en que sus resultados se aplican a la práctica⁷³. De ahí que el propósito de este capítulo es presentar la propuesta final obtenida en la investigación y realizar una valoración crítica de la aplicación y pertinencia de los resultados obtenidos.

3.1. Los perfiles profesionales y su relación con las funciones.

En esta investigación se construyeron y validaron los perfiles profesionales del personal de enfermería licenciado y técnico, pues la relación entre estos y las funciones se fundamenta en que, en el perfil profesional se identifican los conocimientos teóricos, las aptitudes que debe demostrar el profesional y toda la información que se necesite, para poder establecer posteriormente las funciones¹⁰⁰.

También el perfil profesional es descrito como la imagen contextualizada de la profesión en un momento y lugar que orienta la determinación de los objetivos curriculares, sirve de referencia para la valoración de la calidad en la formación y para la elaboración de calificadores de cargo¹⁰¹. Para definirlo se debe partir del objeto de la profesión, los principales problemas que aborda y los modos de actuación que debe adquirir para darle solución a esos problemas, lo que dará respuesta a su encargo social¹⁰².

Estos referentes teóricos permitieron validar con los expertos los siguientes perfiles profesionales para el personal de enfermería licenciado y técnico:

Perfil profesional del personal de enfermería licenciado:

Es un profesional que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, embarazada, adolescente, adulto y adulto mayor), familia y comunidad. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas en instituciones y servicios de los tres niveles de atención de salud, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Perfil profesional del personal de enfermería técnico:

Es un enfermero técnico superior que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

Como puede observarse la diferencia fundamental en estos perfiles está en la autonomía para la toma de decisiones y la ejecución de técnicas de alta complejidad del personal licenciado. Aspecto que hizo que con esta investigación se revisaran y llevaran al criterio de experto cambios en los cargos y plazas establecidos para el personal de enfermería en el país (anexo

8), cuyos resultados proponen una transformación importante sobre todo en el campo de la administración y la docencia, pues con ello el personal licenciado podrá ocupar, como cualquier universitario, plazas como directivos del sistema de salud, siempre y cuando cumpla los otros requisitos que establece el perfil del cargo.

Esta perspectiva está a favor del empoderamiento del personal de enfermería en Cuba si se parte de la acepción de este concepto, que se refiere a: "dotar al personal de autoridad y conocimientos y en función de ello otorgarles poder de decisión sobre la actividad que realiza"¹⁰³.

3.2. Aspectos distintivos de la propuesta de funciones que se presenta en la tesis.

El hecho de que por primera vez en el país se presente la diferenciación por categorías profesionales con la determinación de las dimensiones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas y separar las técnicas asistenciales como actividades para hacer cumplir las funciones, constituye un nuevo paso hacia la organización de los equipos de enfermería y multiprofesionales ya que ofrece mayor claridad al desempeño profesional, permite establecer mejor los límites y la posibilidad de una utilización más eficiente de este personal para reducir al mínimo la duplicación y superposición en el trabajo.

Según se explica en el capítulo dos, las especialidades seleccionadas para realizar la investigación son las más generales del área de desempeño del personal de enfermería. Esto permitió a la autora integrar los resultados de manera que las funciones y técnicas asistenciales que aparece en el anexo 9 son transferibles a cualquier servicio o especialidad. No obstante las especificidades de otras especialidades no incluidas en el estudio deberán definirse con el mismo rigor científico en el futuro.

Las funciones definidas tienen un enfoque integral, ya que ven a las personas, la familia y la comunidad con una visión holística, se incrementan las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, en respuesta a las necesidades reales y exigencias de los servicios que se prestan. Asimismo se amplían los ámbitos de desempeño (locales, provinciales, nacionales e internacionales) acorde con su nivel de calificación.

Otra característica que distingue esta propuesta de funciones de las anteriores, es que se declaran las relacionadas con la ética, basados en que el primer compromiso de la enfermería es el de defender la vida en sí misma, reconociendo a cada persona su dignidad, su individualidad, intimidad y autonomía¹⁰⁴.

Desde el punto de vista asistencial se proponen funciones que incrementan la actuación independiente, sobre todo por el personal licenciado, pues éste debe planificar y controlar los cuidados de enfermería, así como mantener un papel activo en la identificación de complicaciones, su valoración y toma de decisiones, con lo cual se refuerza además el trabajo en equipo.

En este sentido pudiera llamar la atención la redacción de algunas funciones para los licenciados como son la 29, 30, 31, 32, 37, 38, 41 y 47 (Anexo 9) que básicamente se refieren a situaciones críticas donde está en juego la vida del paciente y donde se plantea la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso. Esta manera de definir las funciones para nada pretende que los universitarios de enfermería asuman funciones de los galenos, en cuanto al diagnóstico e indicación de tratamientos, sólo se refiere a la preparación que debe poseer un profesional de enfermería para interactuar en el equipo de salud y tomar decisiones según los protocolos de atención establecidos y la complejidad de acciones. Lo cual se comprobó en las observaciones realizadas, donde se reportó en dichas funciones, la mayor frecuencia en el servicio de cuidados intensivos (Anexo 7).

Estas funciones están sustentadas en el currículo de la carrera universitaria del país, pues en las dos modalidades que precedieron los resultados de esta investigación (Curso por Encuentro^{105,106,107,108} y Curso Regular Diurno^{109,110,111}), documentos consultados previos a la

definición de funciones. En estos diseños se imparte en el segundo año Fisiología I y II, cuya preparación comprende todos los sistemas de órganos, la fisiopatología de las diferentes afecciones según sistemas de órganos se integran en Enfermería III, IV, V y VI, las dos primeras en tercer año y las otras dos en cuarto. Otras asignaturas que sustentan la preparación para poder realizar muchas de las funciones que aparecen en esta tesis son Ciencias Morfológicas I y II, Farmacología I y II y Medios Diagnósticos. Todos estos contenidos se complementan en la práctica preprofesional que comprende cinco estancias; Enfermería Médico Quirúrgica, Enfermería Pediátrica, Enfermería Ginecobstétrica y Enfermería en Atención Primaria, todas con examen teórico práctico al final y por último el Examen Estatal único para todos los graduados, establecido desde 1992 para el curso diurno y desde 1994 para el curso por encuentro.

En cuanto al plan de estudio actual mantiene estos contenidos y como se mencionó en el capítulo I, las funciones definidas en esta investigación han servido de base para que dicho diseño curricular responda al encargo social de la profesión y se encuentran en los documentos rectores actuales.

En la dimensión administrativa las funciones expresan la planificación, organización, dirección y control de los recursos humanos y materiales en sus servicios; asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucionales, municipales, provinciales y nacionales; administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención; diseñar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería; controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos, lo que aumenta la participación del personal de enfermería en la definición y evaluación de las políticas de salud.

Sucede lo mismo con la dimensión docente para las políticas educacionales, pues aquí se incluye planificar, ejecutar y controlar el proceso enseñanza aprendizaje en la formación del personal de enfermería, desempeñar funciones directivas y metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales y en ellas coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías.

Al analizar las funciones del personal de enfermería licenciado y técnico la autora considera necesario referirse a un término que desde el punto de vista conceptual ayuda a entender mejor las diferencias por niveles de formación y se trata de los niveles de cualificación.

El término cualificaciones fue reconocido por la OIT en la "Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente" (R195) en el año 2004 y designa la expresión formal de las habilidades profesionales del trabajador, reconocidas en los planos internacional, nacional o sectorial ¹¹².

Se entiende por niveles de cualificación a la descripción del nivel educativo y/o de la cantidad de experiencia usualmente presente en el ejercicio de la ocupación de que se trate, también incluye una descripción de las atribuciones de la ocupación en términos de autonomía, complejidad, responsabilidad por materiales o valores y por el trabajo de terceros, entre otras ¹¹³.

Según estos referentes teóricos y el análisis de los resultados de esta investigación la autora propone las siguientes definiciones de los niveles de cualificación:

Nivel de Cualificación del personal de Enfermería Licenciado

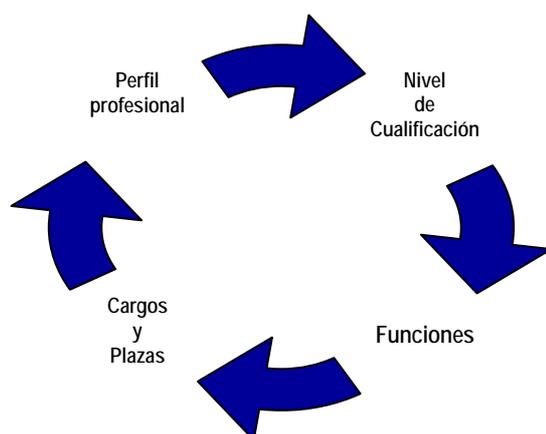
Corresponde a actividades profesionales que implican alta complejidad técnica e intelectual. Realiza funciones de integración, coordinación y organización de los trabajos realizados por él y por sus colaboradores. Realiza actividades profesionales con alto grado de autonomía e iniciativa que incluyen responsabilidades de gestión, supervisión, control de la calidad y toma de decisiones, solución de problemas profesionales ⁽⁵⁾ y su aplicación.

(5) Problemas Profesionales: Estado o proceso relacionado con la salud, con un problema médico actual o potencial o con una etapa del desarrollo, manifestado por el individuo, familia o la comunidad, que es susceptible de tratamiento o solución por el licenciado en Enfermería.

Nivel de Cualificación del personal de Enfermería Técnico

Requiere generalmente la aplicación de técnicas que exigen un grado medio-alto de especialización y cuyo contenido exige actividad intelectual compatible. Realiza funciones y tareas con considerable grado de autonomía e iniciativa, que pueden incluir responsabilidades de control de calidad de su trabajo y de otros trabajadores.

Los niveles de cualificación deben verse integrados al perfil profesional, ambos a las funciones y con todo ello determinar luego los cargos y plazas, sus relaciones se representaron de la siguiente manera:



3.3. Pertinencia de los resultados en el área nacional e internacional.

En el primer capítulo se hizo referencia en cuanto a que el problema de esta investigación no sólo es de Cuba y el hecho de que en nuestro país caminemos hacia su solución nos convierte en pioneros al respecto e imposibilita la comparación con otros estudios similares. Lo que si se puede hacer es analizar como Cuba con los resultados de esta investigación responde al Plan de Mediano Plazo 2002-2005 de los Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud ⁶, el cual propone seis áreas estratégicas las cuales son:

1. Posicionamiento de enfermería en las instancias de decisión de los diferentes niveles del sistema de salud y de los organismos territoriales e internacionales, de forma tal que permita la participación de esta disciplina en la definición, ejecución y evaluación de políticas de salud y en la toma de decisiones sobre el sistema y los servicios.
2. Fortalecimiento de los servicios de enfermería comunitaria urbana, urbano – marginal, rural y los servicios especializados, acorde a las necesidades de los grupos de personas y avances de la tecnología, que propicien los procesos de desarrollo integral.
3. Adecuación de los programas de formación y educación continuada del personal de enfermería para que den respuesta a las necesidades de la población y a los servicios de salud, con modelos de atención y de participación adecuados a las condiciones económicas, políticas, sociales, y a las proyecciones de los mismos.
4. Diferenciación de los perfiles y funciones dentro del equipo de enfermería y con otros profesionales, considerando los recursos locales disponibles y el fortalecimiento de la participación equitativa y proactiva de la enfermería en los equipos de salud.
5. Desarrollo del sistema de información de enfermería unificado a nivel nacional y compatible entre países, cuando sea posible, que de soporte a la gestión de los servicios de enfermería y a la investigación, en los diferentes niveles, para la toma de decisiones y el mejoramiento de la práctica.
6. Fortalecimiento de servicios de enfermería especializados en las diferentes áreas, acorde con los avances tecnológicos, las necesidades de los individuos, las comunidades y los modelos de atención.

Verdayes M D. Referentes metodológicos en el diseño curricular de la Licenciatura en Enfermería. Una propuesta novedosa. Rev Hab de Ciencias Med, 2004. 3(9):8-12

El área estratégica cuatro propone como actividades: Definir el papel (funciones) de los proveedores de salud y áreas prioritarias, desarrollar marcos y guías para una práctica diferenciada dentro de enfermería y de los equipos de salud y revisar los sistemas de descripción de cargo que corresponden a la división del trabajo, definir el papel (función) de la enfermería y partería en los ámbitos del servicio, la docencia, la investigación y la gestión, así como en el diseño, la aplicación y evaluación de políticas de salud en los organismos nacionales e internacionales⁶.

Los resultados del estudio realizado para esta tesis dan cumplimiento dentro del último quinquenio en el país a las actividades del área estratégica cuatro y por consiguiente al logro de esta meta, pues ofrecen el insumo para las modificaciones de los documentos legales que amparan el ejercicio de la profesión, ya que las modificaciones en la descripción de las funciones responden desde el punto de contextual a las transformaciones actuales del sistema de salud.

Estos resultados ya han sido utilizados por el Ministerio de Salud Pública como el organismo competente para tal caso, ejemplo de ello es la Resolución 17/96 de la cual se emitió el Anexo 1¹¹⁴ en julio del 2004 que la modifica. Ésta solo permitía ocupar cargos de dirección en unidades de salud a médicos y estomatólogos, sin embargo existían en el país en la fecha de esta modificación, 232 licenciados en enfermería ocupando cargos de dirección, vicedirección docente y de asistencia médica en policlínicos y otras instituciones, sin recibir la remuneración salarial por el cargo, dicho anexo declara la posibilidad de que otros profesionales de la salud ocupen legalmente estos cargos incluyendo los enfermeros. Con ello también se influyó en el cumplimiento de la estrategia uno, de las mencionadas anteriormente.

En el cumplimiento de la segunda y la tercera estrategia también los resultados de la investigación tuvieron una contribución, porque éstos fueron utilizados en el nuevo diseño del programa del médico y la enfermera de la familia y para el nuevo diseño del plan de estudio de la carrera de Licenciatura en Enfermería, el llamado nuevo modelo pedagógico, sus documentos rectores y su perfeccionamiento continuo.

Conclusiones del capítulo.

La diferencia fundamental entre funciones del personal de enfermería licenciado y técnico está en que la labor de los licenciados necesita mayor complejidad técnica e intelectual, así como un alto grado de autonomía.

La propuesta final de funciones de enfermería por niveles de formación que se expone en este capítulo tiene un enfoque integral-holístico y responde a las perspectivas nacionales del sistema de salud y a las estrategias internacionales para la profesión.

CONCLUSIONES

El enfoque de enfermería como capital humano permite reafirmar que en las funciones de esta profesión no sólo se debe tener en cuenta conocimientos y capacidades técnicas, si no también el desarrollo de valores éticos, culturales, humanos y solidarios.

La enfermería en su tránsito de vocación a profesión atravesó por diversas etapas sucesivas sobre la base de la práctica social y en la búsqueda de su cuerpo de conocimientos se han construido conceptos y teorías para describirla y explicarla, en los cuales aparece como elemento central la definición de sus funciones.

Según los conceptos y teorías de enfermería reconocidas hasta hoy la principal función de la profesión es cuidar, entendido como encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de la salud de las personas, familias o grupos, de lo cual deriva la dimensión asistencial de las funciones y para lograr la integralidad de estos profesionales se incluyen la dimensión administrativa, docente e investigativa. Estas cuatro dimensiones fueron utilizadas en esta investigación en coincidencia de la autora con estos términos.

El algoritmo metodológico para darle salida a la investigación se considera transformador en cuanto a la definición de funciones pues este se basó en las leyes de la dialéctica, por su crecimiento en espiral, el carácter participativo y la verificación en la práctica, que además lo hace transferible de ser utilizado en otras profesiones.

Los perfiles profesionales, las funciones del personal de enfermería según el nivel de formación, las técnicas asistenciales y la descripción de cargos y plazas que los mismos pueden ocupar, se presentan por primera vez en el país como el resultado de una investigación científica. Constituye éste un producto para el perfeccionamiento de la gestión administrativa, pues ofrece una mayor objetividad para la toma de decisiones en la organización del trabajo y en los equipos de salud, así como una mejor orientación a los profesionales de enfermería en su desempeño.

Esta definición de funciones que se presenta supera cuantitativa y cualitativamente a las realizadas con anterioridad en el país, y ha sido oportuna para las transformaciones que han ocurrido en el último quinquenio para enfermería nacional y además responden a las estrategias regionales de la profesión.

RECOMENDACIONES

1. Proponer a las autoridades nacionales de la Salud Pública Cubana:
 - 2.1 Aplicar los resultados de esta investigación en la organización del trabajo de enfermería en los servicios, para el uso más racional del este personal.
 - 2.2 Revisar la resolución vigente para el trabajo de enfermería que permita modificarla según las realidades actuales de formación y desarrollo de la profesión.
 - 2.3 Dado que el nivel de enfermero básico surgió durante el proceso de esta investigación y que en el momento de la verificación en la práctica los primeros estudiantes se encontraban en formación, se recomienda realizar otra investigación que permita presentar con el mismo rigor científico las funciones de este personal.

INFORMES TÉCNICOS Y PUBLICACIONES DE LA AUTORA RELACIONADO CON EL TEMA DE LAS FUNCIONES

Informes Técnicos

Propuesta preliminar de Funciones del personal de enfermería Técnico y licenciados. ENSAP. 2003.

Funciones del personal de enfermería en el Equipo Básico de Salud. ENSAP. 2004.

Perfiles profesionales, funciones, técnicas asistenciales y cargos y plazas del personal de enfermería según niveles de formación: Básico, Técnico y Licenciado. ENSAP. 2004.

Propuesta de perfiles, funciones, competencias, habilidades, técnicas asistenciales y niveles de cualificación del personal de Enfermería en Cuba. (Coatura). ENSAP. 2005.

Publicaciones

Barroso Romero Z, Torres Esperón M. Fuentes Teóricas de la Enfermería Profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cub de Salud Pública*. 2001. 22(1): 24

Torres Esperón, M y Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Rev Cubana Salud Pública*, 2002; 28(3): 17

Torres Esperón M. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista Cubana Salud Pública* 2004;30(4):15

Torres Esperón M, Hernández Rodríguez J, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los Cuidados Intensivos. *Revista Cub de Med Intensiva y Emergencias*, 2004. 3(4): 21-24

Torres Esperón M, Dandicoirt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de Enfermería en Funciones de las enfermeras técnicas y licenciadas en el equipo de salud del nivel primario, 2003. *Rev. Med General Integral*, 2005. 21(3-4): 23-25

Torres Esperón M, Urbina Laza, Segredo Pérez AM, Fernández Díaz I. Ampliación del perfil de desempeño de la enfermera del Equipo Básico de Salud, en función de la mejora de la atención médica integral dispensarizada. En: *CDS Dirección en Salud II*. ENSAP, 2005.

Torres Esperón M, El personal de Enfermería como capital humano. Su valor en la Atención primaria de Salud. Capítulo I, de la publicación científica: "Formados para un nuevo modelo. Experiencia de gestión asistencial". Uruguay, 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS; 2002. 31, 70
2. XXXII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. La importancia del personal de Enfermería: Centros Colaboradores de la OMS para la Red de Enfermería y Partería. Washington: OPS; 1997. 3
3. Organización Internacional de Trabajo. Recomendación sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería. Ginebra. OIT; 1977. 4
4. Segunda Conferencia Ministerial de la OMS sobre Enfermería y Partería en Europa. Munich: OMS; 2000. 4
5. Madden-Styles M, Affara FA. El Consejo Internacional de Enfermeras y la reglamentación: Modelos para el siglo XXI. Ginebra: CIE; 1998. 21-24
6. Servicios de Enfermería y Partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan de Mediano Plazo 2002-2005. Washington: OPS; 2004. 8
7. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2003. 10
8. Manual Organización y Funciones del Policlínico Integral. La Habana: MINSAP; 1967
9. Ministerio de Salud Pública. Programa Básico del Área de Salud. La Habana: MINSAP; 1974
10. Rojas Ochoa, Francisco. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Rev Cub Salud Pública*, 2003; .29 (2): 157-169
11. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Resolución 480 del Comité estatal del trabajo y seguridad social. La Habana: MTSS; 1980.
12. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos generales de trabajo para el personal de enfermería en el Plan de Atención de la Familia. La Habana: MINSAP; 1984.
13. Ministerio de Salud Pública. Reglamento Hospitalario. La Habana: MINSAP; 1980.
14. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones Metodológicas para el personal de Enfermería de los hospitales. La Habana: MINSAP; 1984.
15. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones Metodológicas para el personal de Enfermería de los hospitales. La Habana: MINSAP; 1994.
16. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. La Habana: MINSAP; 1996.
17. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. La Habana: MINSAP; 1998.
18. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. La Habana: MINSAP; 2000.
19. Marx C, Engels F. Crítica de la Economía Política. Obras Completas, V. 46, Moscú: Editorial Progreso; 1983; 221
20. Marx C, Engels F. Crítica de la Economía Política. Obras Completas, V. 49, Moscú. Editorial Progreso; 1983; 201

-
21. Becker G. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. New York: Mosby; 1964. 1
22. Economía política no marxista actual: un análisis crítico. Moscú: Editorial Progreso; 1981. 625-651
23. El capital humano y la gestión por competencia. WWWR [en línea] 2003/02/12 [fecha de acceso 18/11/2004] Disponible en: <http://gestiopolis.com/recursos/documentos>.
24. Schultz T. *Human Capital: Policy Issues and Research Opportunities*. "Human Resources, Fiftieth Anniversary Colloquium VI", New York: Mosby; 1972. 5
25. Belly P. El capital humano. wwwr [en línea] 2002/enero/20 [Fecha de acceso 25/sept/2005] Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/59/caphumano.htm>
26. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la Mesa Redonda No.2 de la Cumbre del Milenio, Naciones Unidas, Nueva York, 7 de septiembre del 2000. Granma 2000/09/08; 3 (col 2).
27. VI Simposio Internacional de Economía de la Salud. wwwr [en línea] 2004/oct/20 [Fecha de acceso 19/nov/2004] 30(1). Disponible en: <http://Proyecto\capital humano\VI Simposio Internacional de Economía de la Salud.htm>.
28. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de medicina. Teatro "Carlos Marx", 20 de agosto de 2005. Granma 2005/agosto/21; 2 (col 3).
29. Hernández Salgado A. Capital humano y su relación con las empresas. wwwr [en línea] 2004/enero/20 [Fecha de acceso 08/11/04]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/capital-humano/capital-humano.shtml>
30. Suárez R. "Salud, Capital Humano y Crecimiento Económico: teorías y evidencias", VI Simposio Internacional de Economía de la Salud. Rev Cub Salud Pública 2004;30(1): 7
31. Buxton M, Hanney S, Jones T. Estimación del valor económico de las investigaciones sanitarias para la sociedad: una revisión crítica. *Bull World Health Org*, 2004; 82 (10): 733-739
32. Torres Esperón M. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Rev Cub Salud Pública 2004;30(4):15
33. Prieto Ramírez D. La salud como valor social. Cuaderno de Bioética.1999;(1):58-59
34. Torres Esperón M, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Rev Cub Salud Pública* 2002; 28(3): 17
35. Hackspiel M. El cuidado de una vida humana. Cuaderno de Bioética 1991;(1):160-163
36. División del trabajo. La piedra angular del proceso organizacional. wwwr [en línea] 2003/junio/03. [Fecha de acceso 12/11/04] Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos>.
37. Engels F. *Anti-Diuring*. La Habana: Editorial política; 1975. 86-87
38. Marx C. *El Capital*. La Habana: Editorial política; 1975. 523-525
39. Marx C. *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. La Habana: Editora política; 1975. 67
40. Marx C. "División del trabajo" En: *El Capital*". Tomo I. La Habana: Editora. Ciencias Sociales; 1973.292-314

-
41. Portuondo F. Economía de las empresas industriales. La Habana: Editora Pueblo y educación; 1983. 59- 66
 42. Torres Álvarez O. Diseño Integral del puesto de trabajo. Ciudad de la Habana: Instituto de Estudios e investigaciones del trabajo; 1999. 69
 43. Donahue MP. Nursing, the Finest Art. Unites Estates. Mosby Company; 1986. 3,4
 44. Hernández Selva N, Packer A. Construyendo el saber y hacer enfermero. Uruguay: Ediciones Trilce; 2004. p. 31
 45. Barroso Romero Z, Torres Esperón M. Fuentes Teóricas de la Enfermería Profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cub Salud Pública. 2001. 22(1): 24
 46. Castrillon MC. La formación de Enfermería. La dimensión social en la práctica de enfermería. La Habana: Pueblo y Educación; 1986. 72
 47. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. La Habana. Editorial Científico Técnica; 1982. 554
 48. Normark P, Rohweder J. Bases Científicas de la Enfermería. México. La prensa médica; 1959. 25
 49. Marrimer Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002. 69-70
 50. Montgomery D. Florence Nightingale, Mystic, Visionary, Healer. Pennsylvania: Springhouse Corporation; 1999. 231-232, 323-330
 51. Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Evaluación y Calidad del P.A.E. México: Interamericana;1997. 48
 52. Iyer P, Taptich B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. España: Interamericana; 2001. 9,10
 53. Almeida de Figueredo NM. Práticas de Enfermagem. Fundamentos, conceitos, situações e exercucios. Sao Caetano do Sul: Difusão Enfermagem; 2002.30
 54. Chinn P, Kramer M. Theory and nursing. 4ta ed. St. Lois: Mosby, 1994. 234
 55. Henderson V. The nature of nursing. American Journal of Nursing; 1964.(5): 62-68
 56. Brown IM. Research the development of Nursing Theory. American Journal of Nursing 1998; 3(5):12-20
 57. Christy TE. Clinical Practice as function of nursing education: A historical analysis. Nursing Outlook 1980; 28(7): 17-19
 58. Brown F. Enfermería Medicoquirúrgica. 3era edición. México: Interamericana; 1967. 78
 59. Stewart F. Historical Perspective of nursing research. Boston: Mosby; 1976. 345
 60. Peplau H.G. Future directions in psychiatric nursing from the perspective of history. Journal of Psychosocial Nursing 1989; 27(2), 18-28
 61. Dugas BW. Tratado de Enfermería Práctica. México: Interamericana; 1974. 68.

-
62. Castrillon Agudelo M. La práctica de Enfermería como objeto de estudio. Rev Colom Enf 2001;32(2): 18-21
63. Organización Mundial de la Salud. Cuarto Informe del Comité de Expertos de Enfermería. Ginebra: OMS;1979.
64. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: CIE/OMS; 1979.
65. Autoridad de Enfermería. Ginebra: CIE; 1975.
66. Informe de la Reunión conjunta de la OIT y OMS sobre condiciones de trabajo y de vida del personal de Enfermería, Ginebra: OMS; 1973.
67. Organización Mundial de la Salud. Executive Board Emphasises Key Role of Nurses in Primary Health Care, Ginebra: OMS, 1985.
68. Consejo Internacional de Enfermeras. Informe sobre la reglamentación de enfermería. Ginebra: CIE; 1986.
69. La Enfermería en la Región de las Américas. Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Washington: OPS; 1999.
70. Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la Equidad, el Acceso, la Calidad y la Sostenibilidad de los Servicios de Salud. Plan de Mediano Plazo. 2001-2003. Washington: OPS; 2001.
71. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO). Programa de desarrollo de Recursos Humanos (HSR). La Enfermería en la Región de las Américas. Washington: OSM/OPS; 1999.
72. Barazal Gutiérrez A. La educación de enfermería en la Américas. Rev Enferm Hosp Italiano. 2001; (14): 15.
73. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ta. Edición. México: Interamericana; 1994. 11, 323, 358.
74. Investigación sobre fuerza de trabajo en enfermería en seis países. Educ Med Salud. 1988; 22(1): 64-90.
75. Lineamientos de investigación en enfermería. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington: OPS; 1992.
76. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería en las Américas. Publicación Científica. Washington: OPS; 1999. Publicación Científica: No. 571.
77. Guevara E. Cross Country Comparison of Health Care Trends and Impact on Nursing Practice. Washington: PAHO; 1999.
78. Nurse Effectiveness: Health and Cost-Effective Nursing Services. Washington: PAHO; 1998.
79. Ancheta E. Historia de la Enfermería Cubana. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. 5, 33
80. Sanidad y beneficencia de la Habana. Boletín oficial de la secretaria, Habana 1909. En: Cuaderno de Historia de la Salud Publica. 1ra ed. La Habana: Ciencias Médicas; 1983.144-430.

-
81. Torre Montejó E, López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñiz J, Rojas Ochoa F. Salud para todos si es posible. 1ra ed. La Habana: ENPSES; 2005. 76.
82. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.113
83. Oníkov L. Shishlin N. Diccionario Político. Moscú: Editorial Progreso; 1983. 155
84. Callejo J. Articulación de perspectivas metodológicas: capacidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. Rev Papers 1998; 56: 31-55.
85. Callejo Gallego. J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76 (5). 22-28.
86. Maestría en Educación Médica [Monografía en CD-ROM. Texto básico de metodología de la investigación educacional. Bacallao J, Alerm A, Artilles] La Habana: ENSAP; 2002.
87. El método Delphi, una técnica de Previsión para la incertidumbre. www [en línea] 2001/oct/05 [Fecha de acceso 08/junio/2003] Disponible en URL: <http://www.nisc.es/insalud.hospital/htm>
88. Contel Segura J.C "Atención Social y Sanitaria en Europa". www [en línea] 2002/feb/05 [Fecha de acceso 08/junio/03] Disponible en URL: <http://www.nisc.es/insalud.hospital/htm>
89. Couper MR. The Delphi Technique: Characteristics and sequence model. Avances in Nursing Science 1984; 7(7) 72-77
90. Funciones esenciales de la salud pública. Washington: OMS; 2000.
91. Bernard B. The Delphi approach: recent applications in health care. Nurse Researcher 2005; 8(4). 24-26
92. Linstone H, Turoff M. The Delphi Method. Techniques and Applications. Londres: Addison-Wesley; 1975. 3
93. Bravo Estevez M, Arrieta Gallastegui J. El método Delphi. Su implementación en una estrategia didáctica para la enseñanza de las demostraciones geométricas. Rev Iberoamer Educ. 2003; 35(3): 34-37
94. Universidad de Deusto San Sebastián. El Método Delphi. [en línea] 2002/marzo/12 [Fecha de acceso 23/oct/03] Disponible en: http://www.codesyntax.com/Eneko/Metodo_delphi.doc,
95. Puente W. Técnicas de Investigación. International Corporate Communications. [en línea] 2004/abril/23 [Fecha de acceso 15/08/05] Disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>
96. Torres Esperón M, Hernández Rodríguez J, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los Cuidados Intensivos. Rev Cub de Med Intensiva y Emergencias 2004. 3(4): 21-24
97. Almeida de Figueiredo N. Ensinando a cuidar de clientes em situações clinicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul: Editora Com Ltda; 2002. 25.
98. Torres Esperón M, Dandicoirt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de Enfermería en Funciones de las enfermeras técnicas y licenciadas en el equipo de salud del nivel primario, 2003. Rev. Med General Integral 2005; 21(3-4): 23-25
99. Organización Mundial de la Salud. El contexto del ejercicio de la Enfermería. En: El ejercicio de la enfermería. Ginebra: OMS; 1996. 13.

-
100. Una metodología de diseño curricular para programas de formación profesional por competencias. San Salvador, 2001. [en línea] 2002/may/25. Disponible en: <http://www.insaforp.org.sv/cdi/fulltex/insamet2.pdf>
101. Caballero González JE. Análisis del perfil del egresado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica Cubana. Rev Cub Educ Med Super 2000; 14 (1).10-16
102. Castillo Guerrero Ma, Nolla Cao N. Concepciones teóricas en el diseño curricular de las especialidades biomédicas. Rev Cub Educ Med Sup 2004; 18 (4): 16-19
103. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: ENSAP 2005.10.
104. Alvarado García A. La ética del cuidado. Rev Aquichan 2004; 6(4): 30-39
105. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso por encuentros 1982-1987. La Habana: Minsap;1982.
106. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso por encuentros 1988-1993. La Habana: Minsap;1987.
107. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso por encuentros 1992-1997. La Habana: Minsap;1991.
108. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso por encuentros, actualización 2000-2001. La Habana: Minsap;1999.
109. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso diurno 1988-1993. La Habana: Minsap;1987.
110. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso diurno 1992-1997. La Habana: Minsap;1991.
111. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la Carrera de Enfermería. Curso diurno, actualización 2000-2001. La Habana: Minsap;1999.
112. Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente. Ginebra: OIT; 2004.
113. Vargas Z, Fernando: Competencias Claves y aprendizaje permanente. Ginebra: OIT/CINTERFOR; 2004
114. Ministerio de Salud Pública. Resolución 17/96. Anexo 1. La Habana: MINSAP; 2004.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Algarín Fiesta M, García Fernández A, Lago Barrón. Salud Laboral. Un debate permanente. Madrid: SATSE; 1998.
2. Almeida de Figueireido NM. Prácticas de Enfermería. São Caetano do Sul: Difusao. 2002.
3. Arnal M. División del trabajo. [citado 7 agosto 03]. Disponible en URL: <http://www.elalmanaque.com/marnal/lex18.htm>
4. A Lores H, Gómez O, García G, Maturi B, Shachner R, Rivera F, Diz R. Una herramienta para la gestión de la calidad. ISO 9000. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. 2002; 17: 29 - 33.
5. Aj Davis. Report of the World Health Assembly 2001. Review Nursing Ethics. 2001; (8): nov.
6. Bach S. Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de recursos humanos. Unidad de Investigaciones sobre Relaciones Laborales Escuela de Administración de Empresas Warwick: Universidad de Warwick; 2003.
7. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional. Clasificaciones de ocupaciones, competencias y formación profesional: ¿paralelismo o convergencia? Cinterfor/OIT. [Monografías en Internet]. [citado 8 Nov 04]. Disponible en URL: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/vargas/clasific/cap3.htm>
8. Crohar- Murray ME, DiCroce H. Leadership and Management in Nursing. Stanford: Apleton & Lange; 2000.
9. Dal Poz M, Galin P, Novick M, Varella T. Relaciones laborales en el sector de la salud. Fuentes de información y métodos de análisis. Quito: OPS-CEPAL-OIT; 2000.
10. Fone D. Innovation and change in public health. Review Community Health Nursing frameworks for practice. Second edition. China: Baillière Tindall; 2003.
11. Farias do Nascimento MT, Conceição Stipp MT. Gerencia de unidad de cuidados críticos. Rev. de Enfermería. Escola Anna Nery. 2002; 2 (8):189-194.
12. Fávero N, Antonietto da Costa MR, Costa Mendes IA. El gerenciamiento de la enfermera en los servicios de salud hospitalarios: una alternativa cimentada en los valores humanos. Rev. de Enfermería. Escola Anna Nery. 2002; 2 (8): 297-304.
13. Gastrell P, Edwards Y, Community Health Nursing. London: Baillière Tindall. 2004.
14. Hernández Salgado A, Capital humano y su relación con las empresas. Fecha de acceso [Monografías en Internet] [citado 8 Nov 04]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos15/capital-humano/capital-humano.shtml>
15. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Uruguay: Inst. Nac. Enf; 2000.
16. Jo Clarark M. Nursing in the community. Dimensions of Community Health Nursing. Stanford: Appleton & Lange; 1998.
17. Lóbrega da Silva MT, Pérez EM, Enfermería: Tendencias y Nuevos Desafíos. Rev. de Enfermería. Escola Anna Nery. 2002; 2 (8): 181-188.
18. McClure ML, Hinshaw AS, Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses. Washington: American Nurses Publishing; 2002.
19. Mercado Martínez FJ, Robles Silva L. Investigación Cualitativa en Salud. Perspectiva desde el occidente de México. Guadalajara: 1998.
20. Medina Hoyos D.N, Behn Theune V. Importancia del Constructo Locus De Control para Enfermería. Revista Ciencia y Enfermería. 1999; 1 (5): 13 – 18.
21. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS. Observatorio de los recursos humanos de salud. Quito: OPS-CEPAL-OIT; 2000.
22. Retana N, Alvarez Martín I, Rodríguez Rodero J. Oposiciones en Atención Primaria y Especializada de la salud. Madrid: Síntesis; 2000.
23. Ramos Calero E, Enfermería Comunitaria. Métodos y técnicas. Madrid: Enfermería 21; 2000.

-
24. Rasmussen BH, Jansson L, Norberg A. Striving for becoming at-home in the midst of dying *Am J Hosp Palliat Care* 2000 ; 17 :31-41
 25. Santana S, Cabrera A. *Gestión de Servicios de Salud. Experiencias Nacionales.* Uruguay: Mosca; 2001.
 26. Caldeira dos Santos S, Los caminos de la efectividad de los cuidados de enfermería. *Rev. de Enfermería. Escola Anna Nery.* 2002; 2 (6): 475-489.
 27. Teixeira Lopes G. La trayectoria de la investigación científica en el campo de la enfermería. *Rev. de Enfermería. Escola Anna Nery.* 2002; 2 (6): 53-62.

ANEXOS

ANEXO 1

Instituciones de la Atención Primaria donde se aplicó la encuesta.

1. Policlínico “Plaza de la Revolución”
2. Policlínico “19 de Abril”
3. Policlínico “Puentes Grandes”
4. Policlínico “Héroes del Moncada”
5. Policlínico “Vedado”
6. Policlínico “Héroes de Corinthya”
7. Policlínico “Rampa”
8. Policlínico “Reina”
9. Policlínico “Tomás Romay”
10. Policlínico “Diego Tamayo”
11. Policlínico “Manduley”
12. Policlínico “Héroes de Girón”
13. Policlínico “Docente de Playa”
14. Policlínico “28 de Enero”
15. Policlínico “Alamar”
16. Policlínico “Mantilla”
17. Policlínico “Wajay”
18. Policlínico “Lidia y Clodomira”
19. Policlínico “Cristóbal Labra”
20. Policlínico “Carlos J Finlay”

Hospitales donde se aplicaron las encuestas

1. Hospital Clínico Quirúrgico “Calixto García”.
2. Centro de Investigaciones Medicoquirúrgicas. CIMEQ.
3. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”.
4. Hospital Clínico Quirúrgico “Freyre de Andrade”.
5. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.
6. Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”.
7. Hospital Clínico Quirúrgico “Julio Trigo López”
8. Hospital Clínico Quirúrgico “Luís de la Puente Uceda”.
9. Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”.
10. Hospital Clínico Quirúrgico “Miguel Enríquez”.
11. Hospital Clínico Quirúrgico “Salvador Allende”.
12. Hospital Clínico Quirúrgico de Santo Suárez.
13. Hospital Clínico Quirúrgico de 10 de octubre.

ANEXO 2

Resultados de las dos rondas de la Encuesta a Expertos sobre funciones asistenciales, administrativas, docentes, investigativas y técnicas asistenciales, para licenciados y técnicos de enfermería en Cuidados Intensivos.

LICENCIADO EN ENFERMERIA

FUNCIONES ASISTENCIALES:	% de aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias.	100	100
2. Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión	100	100
3. Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.	100	100
4. Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería, registrándolos en la H.C.	100	100
5. Evaluar las respuestas del individuo y registra en la H.C	100	100
6. Garantizar las condiciones optimas para la recepción y traslado del paciente	100	100
7. Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.	100	100
8. Controlar y realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.	100	100
9. Controlar el cumplimiento del tratamiento preanestésico	100	100
10. Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por los agentes anestésicos y otros fármacos	100	100
11. Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia quirúrgica tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico, dehiscencia de la herida.	100	100
12. Preparar ,conectar y controlar funcionamiento del equipo de overholt y otros drenajes pleurales	100	100
13. Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía , colostomía , traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad..	100	100
14. Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas.	100	100
15. Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.	100	100
16. Indicar, ejecutar, interpretar y consultar investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, Benedict o Imbert, ECG, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma.	90	95
17. Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar tratamiento en pacientes con signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico.	95	95
18. Interpretar y tomar decisiones ante investigaciones clínicas con alteración (hemogasometría, hemograma, glicemia, hemocultivo, benedict, imbert, E.C.G., orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, monograma, creatinina, leucograma.)	80	90
19. Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones. Ej. Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos.	100	100
20. Identificar y tomar decisiones en pacientes con alteraciones en los parámetros vitales	100	100
21. Tomar decisiones, controlar y ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.	100	100

22. Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo	95	95
23. Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.	100	100
24. Ejecutar el manejo de bombas percutoras.	100	100
25. Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.	100	100
26. Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos y evaluar el momento oportuno para retirarlos.	90	100
27. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.	100	100
28. Ejecutar y tomar decisiones en la valoración electrocardiográfica.	90	95
29. Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar)	100	100
30. Planificar, controlar y ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos. (gavaje, gastrostomía y eyunostomía)	100	100
31. Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de de sonda vesical	100	100
32. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral.	90	100
33. Identificar y tomar decisiones en pacientes con signos y síntomas de alteración del equilibrio hidromineral.	90	95
34. Identificar y tomar decisiones en pacientes con alteraciones del equilibrio ácido básico.	90	95
35. Identificar, tomar decisiones, controla y ejecuta la necesidad de administrar aerosol.	100	
36. Identificar, tomar decisiones, controlar y ejecutar acciones en pacientes con signos y síntomas de intoxicación digitalica.	90	95
37. Prevenir deformidades articulares en pacientes comatosos y con enfermedades neuromusculares.	100	100
38. Prevenir y detectar úlceras por presión.	100	100
39. Valorar y ejecutar debridación de las úlceras por presión. De ser necesario consultar con especialistas.	100	100
40. Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos	100	100
41. Realizar ventilación manual.	100	100
42. Seleccionar, ejecutar y controlar el tipo de fisioterapia respiratoria	100	100
43. Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.	95	100
44. Detectar y valorar la crisis convulsiva ejecutando acciones independientes.	100	100
45. Indicar y participar en la RCP básica y avanzada.	100	100
46. Interactuar en la implantación de marcapaso.	100	100
47. Controlar funcionamiento de ventiladores mecánicos.	100	100
48. Detectar y consultar intubación selectiva.	100	100
49. Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieran.	100	100
50. Aplicar y controlar programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.	100	100
51. Valorar y decidir conducta frente a reacciones adversas durante y después de la administración de drogas vaso activas (como dopamina, dobutamina, digitálicos, trombóliticos y nitroprusiato)	90	95
52. Valorar y tomar decisiones ante emergencia quirúrgica y politrauma: (herida con armas blancas en tórax con compromiso respiratorio)	95	100
53. Decidir y tomar conducta ante intoxicación por fármacos.	95	100
54. Aplicar la política de uso de desinfectantes, antisépticos y esterilizantes.	100	100
55. Detectar y comunicar signos reales de muerte.	100	100

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS	% de Aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de Enfermería.	100	100
2. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.	100	100
3. Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional	100	100
4. Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucionales, de servicio, municipal, provincial y municipal.	100	100
5. Administrar unidades y/o servicios de salud, en los distintos niveles de atención.	95	100
6. Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitarias.	100	100
7. Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería.	100	100
8. Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.	100	100
9. Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.	100	100
10. Velar por el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.	100	100
11. .Controlar el cumplimiento de los principios éticos y biéticos.	100	100
12. Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.	100	100
13. Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería.	100	100
14. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.	100	100
15. Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.	100	100
16. Participar en los pase de visitas conjunto de médicos y de enfermería.	100	100
17. Planificar, controlar y supervisar los pase de visitas de enfermería.	100	100
18. Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.	100	100

FUNCIONES DOCENTES	% de aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.	100	100
2. Planificar ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.	100	100
3. Asesorar en materia de planificación educacional en los ámbitos de su competencia a nivel municipal, provincial, nacional e internacional.	100	100
4. Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras escuelas universitarias nacionales e internacionales.	100	100
5. Integrar los tribunales de cambio de categoría docente.	100	100
6. Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales	100	100
7. Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías tanto nacionales como internacionales.	100	100
8. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.	100	100

FUNCIONES INVESTIGATIVAS	% de Aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda

1. Realizar y/o participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.	100	100
2. Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.	100	100
3. Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.	90	95
4. Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centro de investigación.	100	100
5. Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.	100	100

TECNICAS DE ENFERMERIA QUE PUEDE REALIZAR	% de Aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Realizar examen físico.	100	100
2. Oxigenoterapia.	100	100
3. Administración de nutrición enteral.	100	100
4. Administrar medicamentos por vía oral.	100	100
5. Administración de medicamentos y nutrición por vía parenteral	100	100
6. Administración de medicamentos por vías mucosas.	100	100
7. Administración de medicamentos por vía dérmica.	100	100
8. Aplicar tratamientos con fuentes radioactivas	100	100
9. Aspiración de secreciones pulmonares en pacientes intubados	100	100
10. Medición de constantes vitales.	100	100
11. Realizar benedict e imbert.	100	100
12. Realizar lavados oculares.	100	100
13. Cura de ostomias.	100	100
14. Monitorización de la P.V.C. y LINEA ARTERIAL.	100	100
15. Aerosolterapia.	100	100
16. Realizar electrocardiograma.	100	100
17. Realizar electroencefalograma	100	100
18. Realizar potenciales evocados	100	100
19. Canalización de vías centrales con acceso periférico	100	100
20. Canalización de vías venosas periféricas	100	100
21. Extracción de muestras sanguíneas venosas y arteriales mediante punción directa	100	100
22. Fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos	100	100
23. Fisioterapia respiratoria.	100	100
24. Realizar Diálisis Peritoneal, previa punción por especialista.	100	100
25. Hemodiálisis.	100	100
26. Inmovilización de fracturas, esquinces, luxaciones	100	100
27. Colocar Sondas Nasogástricas	100	100
28. Realizar aspiración gástrica.	100	100
29. Colocar Sondas Vesicales	100	100
30. Cura de las heridas quirúrgicas	100	100
31. Manejo del balón de contrapulsación (en cirugía cardiaca)	100	100
32. Manipulación de bombas perfusoras.	100	100
33. Movilización de pacientes	100	100
34. Preparación y administración de fármacos	100	100
35. Preparación y administración de contrastes radio-opacos (para radiografías contrastadas.)	100	100
36. Preparación y administración de sustancias radioactivas	100	100
37. Curas de las úlceras por presión.	100	100
38. Debridación de las úlceras por presión	100	100

39. Administrar enemas con distintos fines	100	100
40. Higiene corporal del paciente encamado	100	100
41. Reanimación Cardio-Pulmonar	100	100
42. Intubación endotraqueal.	100	100
43. Extubación.	100	100
44. Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos (sangre, orina, esputos, heces,...)	100	100
45. Retirar drenajes quirúrgicos	100	100
46. Retirar puntos y demás medios de sutura quirúrgica	100	100
47. Retirar catéteres centrales y arteriales	100	100
48. Monitorización clínica y eléctrica (invasiva y no invasiva)	100	100
49. Llevar hoja de balance hidromineral.	100	100
50. Realizar hemocarboperfusión.	100	100
51. Realizar mortaja.	100	100
52. Realizar sutura de las heridas en piel		100

ENFERMERO TÉCNICO

FUNCIONES ASISTENCIALES	% de Aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias.	100	100
2. Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión	95	100
3. Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en los individuos.	100	100
4. Valorar la información recogida para realizar acciones de Enfermería, registrándolos en la H.C.	100	100
5. Garantizar las condiciones optimas para la recepción y traslado del paciente	100	100
6. Realizar la recepción del paciente revisando la historia clínica .	100	100
7. Identificar, comunicar y ejecutar acciones en pacientes con alteraciones de los parámetros vitales.	100	100
8. Realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.	100	100
9. Identificar, comunicar y ejecutar acciones ante reacciones producidas por los agentes anestésicos y otros fármacos	95	100
10. Identificar y comunicar signos y síntomas de emergencia quirúrgica tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico, dehiscencia de la herida.	100	100
11. Preparar ,conectar y controlar funcionamiento del equipo de overholt y otros drenajes pleurales	100	100
12. Ejecutar acciones en la atención a pacientes con pleurotomía , colostomía , traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad..	95	100
13. Tomar muestras, interpretar y consultar investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma , glicemia , hemocultivo, Benedict o Imbert ,EKG, orina ,heces fecales ,cultivo de secreciones , exudados , hemogasometría ,ionograma ,creatinina , leucograma	95	100
14. Identificar y ejecutar tratamiento en pacientes con signos y síntomas de alteraciones del equilibrio ácido básico	95	95
15. Identificar y ejecutar tratamiento en pacientes con signos y síntomas de alteración del equilibrio hidromineral.	95	95
16. Identificar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones .Ej: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos.	100	100

17. Ejecutar la administración de medicamentos por diferentes vías	100	100
18. Identificar, comunicar y ejecutar acciones en pacientes con alteraciones en los parámetros vitales.	100	100
19. Prevenir deformidades articulares en pacientes comatosos y con enfermedades neuromusculares.	100	100
20. Ejecutar el manejo de bombas perfusoras	100	100
21. Evaluar y ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales	100	100
22. Ejecutar la preparación del paciente en investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tracto urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar)	95	100
23. Ejecutar las acciones en correspondencia con los resultados de las investigaciones clínicas de laboratorio, imaginología y otras.	95	100
24. Detectar y comunicar signos y síntomas de complicación como hipohiperglicemias, convulsiones, sangramientos, shock	100	100
25. Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.	95	100
26. Detectar y valorar crisis convulsivas, ejecutando acciones independientes	100	100
27. Identificar arritmias cardíacas.	100	100
28. Participar en RCP básica y de avanzada	100	100
29. Interactuar en la implantación de marcapaso	100	100
30. Detectar y consultar intubación selectiva.	100	100
31. Ejecutar y evaluar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieran.	100	100
32. Aplicar el programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.	95	100
33. Aplicar la política de uso de desinfectantes, antisépticos y esterilizantes.	95	100
34. Detectar y comunicar signos reales de muerte.	100	100

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS	% de aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.	90	95
2. Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.	95	100
3. Velar por el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.	100	100
4. Participar en el control del cumplimiento de los principios éticos y biéticos.	100	100
5. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.	100	100

FUNCIONES DOCENTES	% de aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.	95	95
2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.	95	95
3. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.	95	95
4. Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.	95	95

FUNCIONES INVESTIGATIVAS	% de Aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.	100	100
2. Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.	100	100
3. Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centro de investigación.	85	90

TECNICAS DE ENFERMERIA QUE PUEDE REALIZAR	% de aprobación	
	1ra Ronda	2da Ronda
1. Oxigenoterapia.	100	100
2. Administración de nutrición enteral	100	100
3. Administración de medicamentos y nutrición por vía parenteral	100	100
4. Administración de medicamentos por las diferentes vías	100	100
5. Aspiración de secreciones traqueotomía en pacientes intubados	100	100
6. Realizar electrocardiograma.	100	100
7. Canalización de vías centrales con acceso periférico	100	100
8. Canalización de vías venosas periféricas	100	100
9. Extracción de muestras sanguíneas venosas y arteriales mediante punción directa	100	100
10. Aerosol terapia.	100	100
11. Fisioterapia respiratoria.	100	100
12. Inmovilización de fracturas, luxaciones, esquinces	100	100
13. Colocar sonda Nasogástrica	100	100
14. Colocar Sonda Vesical.	100	100
15. Limpieza, desinfección, control y protección de las heridas quirúrgicas	100	100
16. Ejecutar el manejo de bombas perfusoras.	100	100
17. Medición de constantes vitales.	100	100
18. Movilización de pacientes	100	100
19. Preparación, dilución y administración de fármacos	100	100
20. Preparación, manipulación y administración de contrastes radio-opacos (en radiología)	100	100
21. Prevención, detección y tratamiento de las Úlceras por presión	100	100
22. Administrar enemas con distintos fines	100	100
23. Realización de la higiene corporal del paciente encamado	100	100
24. Reanimación Cardio-Pulmonar	100	100
25. Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos (sangre, orina, esputos, heces.)	100	100
26. Rasurar zona para intervención quirúrgica.	100	100
27. Retirada de puntos y demás medios de sutura quirúrgica	100	100
28. Retirada de catéter venosos y arteriales	100	100
29. Extubación.	95	95
30. Realizar mortaja.	100	100

ANEXO 3

Ejemplo de Instrumento de Observación

Instrucciones para la verificación práctica.

1. Los observadores deben estudiarse a profundidad el listado de funciones.
2. Realizar un taller con el personal de enfermería que participará en la validación el que debe organizarse de la siguiente forma:
 - a) Dividir el grupo en dos o tres subgrupos para que se estudien la propuesta y expresen criterios de cambios si fuera necesario.
 - b) Discutir en plenaria los resultados.
3. El observador debe realizar observaciones a las enfermeras incluidas en el proceso de verificación y marcar el número de veces que se realizan mismas y si realizan otras incluirlas. (como mínimo deben realizarse 3 observaciones de 8 horas a cada enfermera, distribuidas en los diferentes horarios donde se desempeñan)
4. Al final de las observaciones volverse a reunir con el personal de enfermería y presentarle como quedó la propuesta en su área de salud.

Si se observan otras funciones que no vienen en la propuesta se deben agregar y computar igual que las demás.

Nota: Si durante el proceso de validación se identificaran necesidades de aprendizaje del personal de enfermería se deben recoger en el informe, así como las alternativas de solución empleadas para solucionarlas.

A CONTINUACIÓN APARECE UN EJEMPLO DE UN INSTRUMENTO UTILIZADO.

MODELO DE LA OBSERVACIÓN PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIO

No. _____

Años de trabajo en el servicio: _____

En los cuadros colocar palotes cada vez que se observe la función

Funciones Asistenciales

No.	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Total
1.				
2.				
3.				

Funciones administrativas

No.	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Total
1.				
2.				
3.				

Funciones Docentes

No.	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Total
1.				
2.				
3.				

Funciones Investigativas

No.	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Total
1.				
2.				
3.				

Técnicas asistenciales

No.	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Total
1.				
2.				
3.				

Nota: Se observará que las tablas tienen una numeración mayor que la propuesta y es porque se pueden agregar otras que pudieran aparecer

ANEXO 4

Tabla 5. Distribución de enfermeras observadas por provincias en la Atención Primaria de Salud.

Provincia	No. de enfermeras trabajando en EBS en abril del 2004.	No. de enfermeras observadas.	%
Pinar del Río	1218	220	18,0
La Habana	920	17	1,8
Ciudad Habana	3180	188	5,9
Isla de la Juventud	115	51	44,3
Matanzas	920	39	4,2
Cienfuegos	576	20	3,4
Villa Clara	1225	44	3,5
Sancti Spiritu	876	52	5,9
Ciego de Avila	579	64	11,0
Camagüey	1155	29	2,5
Las Tunas	731	40	5,4
Santiago de Cuba	1491	101	6,7
Granma	1206	40	6,9
Holguín	1311	25	1,9
Guantánamo	758	65	8,5
Total	16261	995	6,1

Fuente: Informes de las direcciones provinciales de Enfermería e instrumentos de observación

Tabla 6. Categorías de enfermería según condiciones del Equipo Básico de Salud.

Categoría	Trabajando con médico		Trabajando sin médico		Total	
	No	%	No	%	No	%
Enfermera técnica	629	85.9	103	14.1	732	73.5
Enfermera universitaria	231	78.1	65	21.9	296	26.5
Total	836	84.1	159	15.9	995	100

Fuente: Instrumentos de observación

Tabla 7. Categorías de enfermería según años de experiencia en el Consultorio.

Categoría	Menos de 5 años		Entre 6-10 años		Entre 11-15 años		Entre 16-20 años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Enf. técnica	118	16.6	268	36.6	203	27.7	143	19.5	732	73.5
Enf. Universitaria	55	20.9	96	36.5	67	25.4	45	17.1	263	26.5
Total	173	17.3	364	36.5	270	27.4	188	18.8	995	100

Fuente: Instrumentos de observación

ANEXO 5

Tabla 8. Distribución por provincias de enfermeras observadas en el servicio de Cirugía

Provincia	No. de enfermeras trabajando en nov/2004.	No. de enfermeras observadas	%
Pinar del Río	25	19	76
C. Habana	189	14	7,4
Isla Juventud	5	5	100
Matanzas	33	6	18,1
Cienfuegos	22	14	63,6
Villa Clara	45	20	44
Sancti Spiritu	22	16	72,7
Camagüey	30	20	66,6
Ciego de Avila	32	20	62,5
Las Tunas	32	20	62,5
Stgo de Cuba	47	20	42,5
Holguín	32	20	62,5
Guantánamo	27	20	74
Granma	30	20	66,6
Total	571	234	40,9

Fuente: Informes de las direcciones provinciales de Enfermería e instrumentos de observación

Tabla 9. Distribución por provincias de enfermeras observadas en el servicio de Medicina Interna.

Provincia	No. de enfermeras trabajando en nov/2004.	No. de enfermeras observadas	%
Pinar del Río	30	20	66,6
C. Habana	217	13	5,9
Isla Juventud	8	1	12,5
Matanzas	38	10	26,3
Cienfuegos	32	18	56
Villa Clara	36	20	55
Sancti Spiritu	33	14	42,4
Camagüey	39	20	86,9
Ciego de Avila	34	20	58,8
Las Tunas	72	20	27,7
Stgo de Cuba	49	20	40,8
Holguín	37	20	54,5
Guantánamo	35	20	95
Granma	33	20	60,6
Total	693	236	34,0

Fuente: Informes de las direcciones provinciales de Enfermería e instrumentos de observación

Tabla 10. Distribución por provincias. de enfermeras observadas en el servicio de Cuidados Intensivos.

Provincia	No. de enfermeras trabajando en nov/2004.	No. de enfermeras observadas	%
Pinar del Río	30	19	63,3
C. Habana	346	18	5,2
Isla Juventud	18	18	100
Matanzas	48	10	20,2
Cienfuegos	27	20	74
Villa Clara	103	20	19
Sancti Spiritu	51	20	39,2
Camagüey	49	20	40,8
Ciego de Avila	50	20	40
Las Tunas	98	20	20,4
Stgo de Cuba	131	20	15,2
Holguín	51	20	39,2
Guantánamo	37	20	54
Granma	52	20	38,4
Total	1091	265	24,2

Fuente: Informes de las direcciones provinciales de Enfermería e instrumentos de observación

Tabla 11. Distribución por categorías de enfermeras observadas en los servicios de Cirugía, Medicina Interna y Cuidados Intensivos.

Categoría	Cirugía		Medicina Interna		Cuidados Intensivos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Lic. en Enf. por curso para trabajadores	30	27.2	29	23.9	13	10.2	57	19.8
Lic. en Enf. por curso para trabajadores, con postbásico	6	3.3	3	2.2	16	12.9	19	6.6
Lic. en Enf. por curso para trabajadores, con Diplomado	2	1.1	-	-	3	2.8	4	1.3
Lic. en Enf. por curso para trabajadores, con postbásico y Diplomado	-	-	-	-	1	0.9	1	0.3
Lic. en Enf. por curso regular diurno	68	64.8	73	71.6	80	63.9	191	66.5
Lic. en Enf. por curso regular diurno con diplomado	5	3.3	3	2.3	15	9.3	15	5.2
Subtotal	111	100	108	100	128	100	347	100
Enf. Técnica	108	87,8	88	68,7	22	16,0	179	46,1
Enf. técnica con postbásico	15	12,1	40	31,2	115	83,9	149	38,4
Subtotal	123	100	128	100	137	100	388	100
Total	234	31,8	236	32,1	265	36,0	735	100

Fuente: Instrumentos de observación

ANEXO 6

Relación de Hospitales donde se realizó la observación por Provincia.

<u>Provincia</u>	<u>Hospital</u>
Pinar del Río	Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado" Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio"
Ciudad de La Habana	Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" Hospital Clínico Quirúrgico "Calixto García" Hospital Militar "Luís Díaz Zoto" Hospital Militar "Carlos J Finlay"
Isla de la Juventud	Hospital Clínico Quirúrgico "Héroes de Baire"
Matanzas	Hospital Clínico Quirúrgico "Mario Muños Monroy"
Cienfuegos	Hospital Clínico Quirúrgico "Gustavo Aldereguía Lima"
Villa Clara	Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milian Castro"
Camagüey	Hospital Clínico Quirúrgico "Amalia Simone Angilagos" Hospital Provincial "Manuel Ascunse Doménech"
Sancti Spiritu	Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" Hospital Municipal Docente "Joaquín Panecas" Hospital Clínico Quirúrgico "Ricardo Santana"
Las Tunas	Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna"
Holguín	Hospital Docente Provincial "Vladimir Ilich Lenin" Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landin"
Stgo de Cuba	Hospital General "Ambrosio Grillo" Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora"
Guantánamo	Hospital General Docente "Dr. Agosthino Neto" Hospital Pediátrico "Pedro A Pérez"

ANEXO 7

Tabla 12. Frecuencia de observación de las funciones asistenciales de los Licenciados en enfermería, según servicios seleccionados.

FUNCIONES	CIRUGÍA	MEDICINA INTERNA	CUIDADOS INTENSIVOS	EBS
1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.	1109	2878	2922	2795
2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua teniendo en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias.	2100	2703	2865	3895
3. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad según los contextos de desempeño	724	2726	1175	4552
4. Cumplir los principios éticos y legales.	507	2578	509	2871
5. Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución y/o eliminación.	n/i	n/i	n/i	1446
6. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.	n/i	n/i	n/i	2723
7. Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.	n/i	n/i	n/i	
8. Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.	597	2703	1861	2779
8.1.Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.	1888	2726	1945	5127
8.2. Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolos en la H.C.	253	2578	1678	2834
8.3. Evaluar las respuestas del individuo, familia o comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la H.C	466	2316	1764	2508
9. Planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.	n/i	n/i	n/i	5061
10. Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, familias y comunidades.	n/i	n/i	n/i	4764
11. Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.	n/i	n/i	n/i	4924
12. Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.	n/i	n/i	n/i	169
13. Planificar y ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.	n/i	n/i	n/i	1876
14. Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.	n/i	n/i	n/i	7010
15. Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.	n/i	n/i	n/i	1816
16. Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no trasmisibles.	n/i	n/i	n/i	4265
17. Planificar y ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.	n/i	n/i	n/i	2675
18. Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.	n/i	n/i	n/i	2144
19. Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida	n/i	n/i	n/i	1631
20. Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.	n/i	n/i	n/i	811
21. Planificar y controlar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.	n/i	n/i	n/i	1242
22. Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.	2320	3387	1078	2193
23. Realizar la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.	2143	3155	816	2632
24. Realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.	2212	n/i	463	n/i
25. Preparar a los pacientes para las investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar, ultrasonido ginecológico, punción del saco Douglas, amniocentesis y otros).	1541	1232	1031	315
26. Cumplir tratamiento médico.	2109	3655	2349	3513
27. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.	2114	2042	2154	4611
28. Realizar cuidados con el fallecido	215	223	477	5
29. Identificar reacciones adversas de los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	24	419	434	n/i
30. Identificar signos y síntomas en emergencias quirúrgicas tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico o dehiscencia de la herida, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	218	n/i	687	n/i

31. Identificar, signos y síntomas de complicaciones, Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, infecciones y paro cardiorespiratorio y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	25	633	1448	36
32. Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de over hott y otros drenajes pleurales.	316	139	758	n/i
33. Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad.	288	92	1129	n/i
34. Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas, desinfecciones concurrentes y terminales.	239	n/i	737	n/i
35. Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.	362	n/i	724	n/i
36. Identificar signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	457	627	867	n/i
37. Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	213	486	480	24
38. Tomar decisiones y/o consultar acciones en correspondencia a los resultados de las investigaciones clínicas.	174	90	1012	315
39. Tomar decisiones, controlar y/o ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.	512	269	1260	238
40. Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	1541	772	1448	678
41. Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.	280	705	708	n/i
42. Decidir y ejecutar colocación y permanencia de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.	456	674	633	n/i
43. Ejecutar el manejo de la bomba de administración de sustancias farmacológicas.	146	644	652	n/i
44. Ejecutar acciones, evaluar, tomar decisiones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.	372	n/i	1506	n/i
45. Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno para retirarlos.	576	n/i	747	n/i
46. Identificar alteraciones electrocardiográficas participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.	93	518	689	n/i
47. Planificar, controlar, y/o ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos. (gavaje, gastrostomía y yeyunostomía)	191	131	1052	n/i
48. Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de la sonda vesical.	186	713	796	n/i
49. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición enteral.	47	903		59
50. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral.	581	364	675	41
51. Interactuar en la implantación de marcapasos.	n/i	n/i	332	n/i
52. Controlar funcionamientos de ventiladores mecánicos.	n/i	n/i		n/i
53. Detectar y consultar conducta a seguir en la intubación selectiva.	n/i	n/i	942	n/i
54. Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieren.	n/i	n/i	668	n/i
55. Participar en Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada.	199	35	644	n/i
56. Seleccionar, ejecutar y controlar la modalidad de fisioterapia respiratoria.	244	521	766	45
57. Seleccionar la administración de oxígeno por los diferentes métodos.	101	642	1000	n/i

ANEXO 8

Cargos y plazas que puede ocupar el personal de enfermería licenciado:

Ministerio de Salud Pública, Nivel Central:

- ▣ Viceministro Docente
- ▣ Director Nacional
- ▣ Asesor de las direcciones nacionales
- ▣ Metodólogo Nacional

Nivel Provincial:

- ▣ Director.
- ▣ Vicedirector
- ▣ Asesor de las direcciones provinciales

Municipios de Salud:

- ▣ Director.
- ▣ Vicedirector
- ▣ Enfermero responsable en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.
- ▣ Enfermero responsable en la prevención y control infecciones intrahospitalaria y comunitaria.
- ▣ Asesor de las Vicedirecciones
- ▣ Responsable de un programa municipal

Policlínicos:

- ▣ Director.
- ▣ Vicedirector
- ▣ Supervisor de Enfermería
- ▣ Jefe de Central de Esterilización
- ▣ Jefe del Servicio de Urgencias
- ▣ Enfermero responsable en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.
- ▣ Enfermero asistencial de consultas, departamentos, servicios y consultorios de escuelas, círculos infantiles, centros laborales y comunitarios.

Hogares de ancianos, maternos y de impedidos físicos y mentales, centros penitenciarios y centros comunitarios de salud mental, clínicas de medicina natural y tradicional:

- ▣ Director.
- ▣ Jefe de Enfermería.
- ▣ Supervisor de Enfermería.
- ▣ Jefe de Central de Esterilización.
- ▣ Enfermera asistencial de consultas, departamentos y servicios.

Nivel Secundario y Terciario de Atención:

Hospitales provinciales generales, clínico-quirúrgicos, gineco-obstétricos, materno infantil, pediátricos y especializados, hospitales municipales e institutos de investigación

- ▣ Director.
- ▣ Vicedirector
- ▣ Jefe de área según organización de la Institución.
- ▣ Supervisor de Enfermería.
- ▣ Enfermero responsable en la prevención y control de la infección hospitalaria.
- ▣ Jefe de salas de los diferentes, salas, servicios y unidad quirúrgica y departamentos, consulta externa.
- ▣ Jefa de central de esterilización.
- ▣ Enfermera docente asistencial

-
- ☐ Enfermera asistencial de consultas, departamentos, servicios y unidades.

Cargos y plazas que puede ocupar el personal de enfermería técnico.

Policlínico:

- ☐ Jefe de Central de Esterilización. (enfermero con posbásico)
- ☐ Jefe del Servicio de Urgencias. (enfermero con posbásico)
- ☐ Enfermero responsable en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual. (enfermero con posbásico)
- ☐ Enfermera asistencial de consultas, departamentos, servicios y consultorios de escuelas, círculos infantiles, centros laborales y comunitarios.

Hospitales rurales, Centros docentes y laborales especializados, Círculos Infantiles, Hogares de ancianos, maternos y de impedidos físicos y mentales, casa de abuelos, hospitales de día, centros penitenciarios, turísticos y de recreación, desempeñándose como:

- ☐ Jefe del Servicio de Urgencias. (enfermero con posbásico)
- ☐ Enfermero/a asistencial de consultas, departamentos y servicios.

Hospitales provinciales generales, clínico-quirúrgicos, gineco-obstétricos, maternos infantiles, pediátricos y especializados, hospitales municipales e institutos de Investigación

- ☐ Enfermero/a asistencial en los diferentes servicios y unidad quirúrgica.
- ☐ Enfermero/a asistencial del servicio de consulta externa especializada o no.
- ☐ Jefe Central de esterilización. (enfermero con posbásico)
- ☐ Enfermero/a Central de esterilización
- ☐ Enfermera/o responsable en la prevención y control de las infecciones hospitalarias (enfermero con posbásico)

ANEXO 9

Funciones y técnicas asistenciales del personal de enfermería por niveles de formación.

Enfermeros Licenciados

Asistenciales:

1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.
2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa teniendo en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias.
3. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad según los contextos de desempeño
4. Cumplir los principios éticos y legales.
5. Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución y/o eliminación.
6. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
7. Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
8. Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
 - 8.1. Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
 - 8.2. Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolos en la H.C.
 - 8.3. Evaluar las respuestas del individuo, familia o comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la H.C
9. Planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.
10. Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, familias y comunidades.
11. Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.
12. Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.
13. Planificar y ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
14. Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
15. Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
16. Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
17. Planificar y ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
18. Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
19. Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida
20. Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.
21. Planificar y controlar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
22. Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
23. Realizar la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.
24. Realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.

-
25. Preparar a los pacientes para las investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar, ultrasonido ginecológico, punción del saco Douglas, amniocentesis y otros).
 26. Cumplir tratamiento médico.
 27. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
 28. Realizar cuidados con el fallecido.
 29. Identificar reacciones adversas de los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 30. Identificar signos y síntomas en emergencias quirúrgicas tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico o dehiscencia de la herida, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 31. Identificar signos y síntomas del trabajo de parto y complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 32. Identificar, signos y síntomas de complicaciones, Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, infecciones y paro cardiorespiratorio y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 33. Preparar, conectar y controlar funcionamiento del equipo de over hott y otros drenajes pleurales.
 34. Controlar, tomar decisiones y brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procederes de alta complejidad.
 35. Definir las soluciones y otros elementos a utilizar durante las curas de heridas, desinfecciones concurrentes y terminales.
 36. Evaluar, controlar y realizar curas húmedas y secas, incluyendo las de alta complejidad como por ejemplo abdomen abierto.
 37. Identificar signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 38. Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 39. Tomar decisiones y/o consultar acciones en correspondencia a los resultados de las investigaciones clínicas.
 40. Tomar decisiones, controlar y/o ejecutar la administración de analgésicos y antipiréticos.
 41. Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 42. Evaluar suspender y comenzar vía oral en caso de síntomas y signos del sistema digestivo.
 43. Decidir y ejecutar colocación y permanencia de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
 44. Ejecutar el manejo de la bomba de administración de sustancias farmacológicas.
 45. Ejecutar acciones, evaluar, tomar decisiones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
 46. Ejecutar fijación, mantenimiento y control de drenajes quirúrgicos, evaluar el momento oportuno para retirarlos.
 47. Identificar alteraciones electrocardiográficas participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
 48. Planificar, controlar, y/o ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos. (gavaje, gastrostomía y yeyunostomía)
 49. Decidir y ejecutar la colocación y permanencia de la sonda vesical.
 50. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición enteral.

-
51. Ejecutar y evaluar la administración de nutrición parenteral.
 52. Interactuar en la implantación de marcapasos.
 53. Controlar funcionamientos de ventiladores mecánicos.
 54. Detectar y consultar conducta a seguir en la intubación selectiva.
 55. Elaborar y ejecutar técnica de comunicación extraverbal en los pacientes que lo requieren.
 56. Participar en Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada.
 57. Seleccionar, ejecutar y controlar la modalidad de fisioterapia respiratoria.
 58. Seleccionar la administración de oxígeno por los diferentes métodos.

Administrativas:

1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
2. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
3. Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
4. Controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
5. Controlar por el cumplimiento de los principios éticos.
6. Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
7. Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
8. Administrar unidades y/o servicios de salud, en los distintos niveles de atención.
9. Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitarias.
10. Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.
11. Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
12. Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
13. Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
14. Controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
15. Controlar el cumplimiento de los principios éticos-legales.
16. Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.
17. Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según la pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería.
18. Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
19. Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
20. Planificar, controlar y/o participar en el pase de visita enfermería.
21. Dirigir y controlar y/o realizar la entrega y recibo de servicios.

Docentes:

1. Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
3. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
4. Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.
5. Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
6. Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
7. Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
8. Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
9. Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
10. Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.
11. Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

Investigativas:

1. Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
2. Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
3. Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
4. Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

Técnicas asistenciales de enfermería

1. Administración de medicamentos por vía oral, IM., ID, SC, EV (mocha bránula y trocar)
2. Administración de medicamentos por vías mucosas.
3. Administración de medicamentos por vía dérmica.
4. Canalización de vías venosas periféricas.
5. Extracción de muestras sanguíneas venosas punción directa.
6. Fisioterapia respiratoria.
7. Alimentación por (Gavaje, Cuchara, vasito y absorbente)
8. Instauración de sonda nasogástrica: neonato, lactante, niño y adulto.
9. Administrar aerosolterapia y oxigenoterapia.
10. Mensuraciones y ponderaciones: neonato, niño, adulto y embarazada
11. Lavado de manos (social, médico y quirúrgico)
12. Desinfección concurrente y terminal.
13. Traslado del paciente de la cama a la camilla o viceversa.
14. Anotación en la Historia Clínica.
15. Recepción del paciente.
16. Realizar los diferentes tendidos de camas.
17. Aseos matutinos y vespertinos.
18. Mecánica corporal.
19. Ejercicios activos y pasivos.
20. Colocar al paciente de acuerdo a los tipos de posición y decúbitos.
21. Restricción e inmovilización del paciente.
22. Medición de constantes vitales.
23. Técnica de lavado ótico.
24. Técnica de lavado gástrico.
25. Técnica de lavado ocular
26. Técnica de lavado vesical.
27. Técnica del cateterismo vesical
28. Registro y control de ingresos y egresos de líquidos en el organismo
29. Rasurado y preparación de la zona a intervenir quirúrgicamente o puncionar
30. Curas de las Úlceras por presión.
31. Realización de Electrocardiogramas.
32. Realización de enemas con distintos fines.
33. Realización de la higiene corporal del paciente encamado.
34. Baño del recién nacido
35. Reanimación Cardio-Pulmonar en neonatos, niños y adultos.
36. Medición de la PVC
37. Aspiración naso-buco endotráqueal
38. Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos. (Sangre, orina, esputos, heces, secreciones...)
39. Retirada de algunos drenajes quirúrgicos.
40. Descontaminación del material.
41. Confección y preparación del material.
42. Examen físico general, por aparato y sistemas
43. Aplicación de calor (Bombillo, bolsa, fomentos)
44. Técnica de pediluvio y maniluvio.
45. Aplicación de frío. (bolsas, fomentos)
46. Cura de la traqueostomía

-
47. Aspiración de secreciones de traqueostomía
 48. Cambio de cánula de traqueostomía
 49. Cura de colostomía.
 50. Cura de iliostomía
 51. Cura de la yeynostomía
 52. Realizar Imbert
 53. Realizar Bénédict.
 54. Aplicación de frío.
 55. Cura del pie del diabético.
 56. Preparación y realización de trombolisis.
 57. Cura secas y húmedas
 58. Retirada de puntos y demás medios de sutura quirúrgica
 59. Toma de muestra para exudado vaginal, endocervical y citología vaginal.
 60. Inmovilización en accidentados
 61. Valoración de apgar del recién nacido
 62. Cura del muñón umbilical
 63. Fototerapia
 64. Alojamiento conjunto
 65. Preparación del material para el exanguíneo transfusión
 66. Preparación del material para el cateterismo umbilical
 67. Preparación de la consulta.
 68. Preparación de los salones de actividad quirúrgica
 69. Vista domiciliaria
 70. Técnica del maletín
 71. Examen de mama
 72. Administración de citostáticos
 73. Realización de electrocardiograma
 74. Preparación y realización de trombolisis
 75. Maniobras de Leopold
 76. Test de Shiller
 77. Debridación de tejido necrosado
 78. Cateterismo epicutáneo
 79. Preparación y realización de mortaja al fallecido

Enfermero Técnico.

Asistenciales:

1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.
2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua respetando sus valores, costumbres y creencias.
3. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad, según los contextos de desempeño.
4. Cumplir de los principios éticos y legales.
5. Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución y/o eliminación.
6. Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
7. Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
8. Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
 - 8.1 Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
 - 8.2. Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolos en la H.C.

-
- 8.3. Evaluar las respuestas del individuo, familia o comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la H.C
 9. Planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.
 10. Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, familias y comunidades.
 11. Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.
 12. Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.
 13. Planificar y ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
 14. Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
 15. Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
 16. Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
 17. Planificar y ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
 18. Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
 19. Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida
 20. Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.
 21. Ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
 22. Identificar, en su comunidad o servicios de urgencia, signos y síntomas de complicaciones, Ej: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos, comunicarlo al facultativo y cumplir acciones según el caso.
 23. Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado del paciente.
 24. Realizar recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con la especialidad y motivo de ingreso.
 25. Realizar la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.
 26. Preparar a los pacientes para las investigaciones clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, hemograma, creatinina, leucograma) e investigaciones clínicas especiales (colon por enema, tractus urinario simple, urograma, Rx de columna, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, mielografías, laparoscopia, arteriografía, punción lumbar, ultrasonido ginecológico, punción del saco Douglas, amniocentesis y otros).
 27. Cumplir tratamiento médico.
 28. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
 29. Realizar cuidados con el fallecido.
 30. Identificar reacciones producidas por los fármacos y otras sustancias, comunicarlo y cumplir acciones indicadas
 31. Identificar signos y síntomas de emergencia quirúrgica tales como: evisceración, sangramiento, shock hipovolémico, dehiscencia de la herida, comunicarla y cumplir acciones.
 32. Identificar signos y síntomas del trabajo de parto y complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.
 33. Identificar signos y síntomas de intoxicación alimentaria o medicamentosa, comunicarlo y cumplir indicaciones.
 34. Identificar signos y síntomas de alteraciones del equilibrio hidromineral y ácido básico, comunicarlo y cumplir indicaciones.
 35. Identificar signos y síntomas de complicaciones. Ej.: Hipo e hiperglicemia, shock, convulsiones, sangramientos, comunicarlo y cumplir indicaciones.
 36. Identificar alteraciones en las cifra de los parámetros vitales, comunicarlo y cumplir indicaciones.
 37. Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.

-
38. Identificar reacciones adversas a los fármacos y otras sustancias, detener la aplicación, comunicarlo y cumplir indicaciones.
 39. Cumplir indicaciones en pacientes con alimentación por diferentes métodos (gavaje, gastrostomía y yeyunostomía).
 40. Brindar atención a pacientes con equipo de over hott y otros drenajes pleurales.
 41. Brindar atención a pacientes con pleurotomía, colostomía, traqueostomía, abdomen abierto y otros procedimientos de alta complejidad.

Administrativas:

1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
2. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
3. Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
4. Vigilar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
5. Vigilar por el cumplimiento de los principios éticos.
6. Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
7. Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
8. Participar en el pase de visita de enfermería.
9. Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.

Docentes:

1. Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
3. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
4. Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.

Investigativas:

- 1 Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.
- 2 Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

Técnicas asistenciales de enfermería

1. Administración de medicamentos por vía oral, IM., ID, SC, EV (mocha bránula y trocar)
2. Administración de medicamentos por vías mucosas.
3. Administración de medicamentos por vía dérmica.
4. Canalización de vías venosas periféricas.
5. Extracción de muestras sanguíneas venosas punción directa.
6. Fisioterapia respiratoria.
7. Alimentación por (Gavaje, Cuchara, vasito y absorbente)
8. Instauración de sonda nasogástrica: neonato, lactante, niño y adulto.
9. Administrar aerosolterapia y oxigenoterapia.
10. Mensuraciones y ponderaciones: neonato, niño, adulto y embarazada
11. Lavado de manos (social, médico y quirúrgico)
12. Desinfección concurrente y terminal.
13. Traslado del paciente de la cama a la camilla o viceversa.
14. Anotación en la Historia Clínica.
15. Recepción del paciente.
16. Realizar los diferentes tendidos de camas.
17. Aseos matutinos y vespertinos.
18. Mecánica corporal.
19. Ejercicios activos y pasivos.
20. Colocar al paciente de acuerdo a los tipos de posición y decúbitos.
21. Restricción e inmovilización del paciente.
22. Medición de constantes vitales.

-
23. Técnica de lavado ótico.
 24. Técnica de lavado gástrico.
 25. Técnica de lavado ocular
 26. Técnica de lavado vesical.
 27. Técnica del cateterismo vesical
 28. Registro y control de ingresos y egresos de líquidos en el organismo
 29. Rasurado y preparación de la zona a intervenir quirúrgicamente o puncionar
 30. Curas de las Úlceras por presión.
 31. Realización de Electrocardiogramas.
 32. Realización de enemas con distintos fines.
 33. Realización de la higiene corporal del paciente encamado.
 34. Baño del recién nacido
 35. Reanimación Cardio-Pulmonar en neonatos, niños y adultos.
 36. Medición de la PVC
 37. Aspiración naso-buco endotráqueal
 38. Recogida de distintas muestras corporales para análisis y cultivos. (Sangre, orina, esputos, heces, secreciones...)
 39. Retirada de algunos drenajes quirúrgicos.
 40. Descontaminación del material.
 41. Confección y preparación del material.
 42. Examen físico general, por aparato y sistemas
 43. Aplicación de calor (Bombillo, bolsa, fomentos)
 44. Técnica de pediluvio y maniluvio.
 45. Aplicación de frío. (bolsas, fomentos)
 46. Cura de la traqueostomía
 47. Aspiración de secreciones por traqueostomía
 48. Cura de colostomía.
 49. Cura de iliostomía
 50. Cura de la yeynostomía
 51. Realizar Imbert
 52. Realizar Bénédict.
 53. Cura del pie del diabético.
 54. Preparación y realización de trombolisis.
 55. Cura secas y húmedas
 56. Retirada de puntos y demás medios de sutura quirúrgica
 57. Toma de muestra para exudado vaginal, endocervical y citología vaginal.
 58. Inmovilización en accidentados
 59. Valoración de apgar del recién nacido
 60. Cura del muñón umbilical
 61. Fototerapia
 62. Alojamiento conjunto
 63. Preparación del material para el exanguíneo transfusión
 64. Preparación del material para el cateterismo umbilical
 65. Preparación de la consulta.
 66. Preparación de los salones de actividad quirúrgica
 67. Vista domiciliaria
 68. Técnica del maletín
 69. Examen de mama
 70. Administración de citostáticos
 71. Preparación y realización de mortaja al fallecido