

**Autores:**

¹Alina María de Almeida Souza
²Rafael Ángel Lletget Aguilar
³Máximo Antonio González Jurado

- ¹ Universidad de Ohio State (USA). Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.
² Máster en Investigación de Cuidados. Universidad Complutense de Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.
³ Doctor en Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

Dirección de contacto:

Alina María de Almeida Souza
C/ Fuente del Rey, 2. 28023 Aravaca (Madrid).
E-mail: a.souza@consejogeneralenfermeria.org

Fecha de recepción: el 18/02/2015.

Aceptada su publicación: el 30/04/2015.

Los nuevos profesionales de la Enfermería para el siglo XXI

Resumen

El presente trabajo es un documento de posición de opinión de sus autores, que aborda algunos de los retos principales a los que se enfrentan los educadores de Enfermería ante la necesidad de considerar cómo hacer frente a los cambios en el sistema de prestación de asistencia sanitaria, así como a las nuevas demandas de la sociedad dirigidas a alcanzar los más elevados niveles de salud y bienestar. El pensamiento crítico puede considerarse un concepto fundamental para traducir conocimiento en la práctica y para mejorar aptitudes de pensamiento clínico en el ejercicio de la Enfermería. Los planes de estudios de Grado no pueden obviar la necesidad de trabajar las nuevas funciones enfermeras asociadas al aumento de la complejidad del sistema de atención de salud. Con este artículo se pretende invitar a los lectores a reflexionar sobre cómo preparar a los nuevos profesionales enfermeros, a fin de que estos puedan desempeñar una función proactiva y sinérgica dentro de los equipos de atención sanitaria, así como renovar su compromiso con la mejora de la calidad del sistema de salud y su seguridad.

Palabras clave

Competencias esenciales de la Enfermería; formación enfermera; pensamiento crítico; pensamiento/juicio clínico.

Cómo citar este artículo:

De Almeida Souza AM, Lletget Aguilar RA, González Jurado MA. Los nuevos profesionales de la Enfermería para el siglo XXI. *Metas Enferm* jun 2015; 18(5): 24-31.

Abstract

The new nursing professionals for the 21st century

This article is a position document stating the opinion of its authors, and it addresses some of the main challenges found by Nursing Educators when they need to consider how to face changes in the healthcare system, as well as new demands by society targeted to obtaining the highest levels of health and wellbeing. Critical thought may be considered an essential concept in order to translate knowledge into practice, and to improve the clinical thought abilities within the nursing practice. Grade study plans cannot leave out the need to work upon the new nursing functions associated with an increase in complexity in the healthcare system. The intention of this article is to invite readers to reflect upon how to prepare new nursing professionals, so that they may play a proactive and synergic role within healthcare teams, as well as to renew their commitment with an improvement in healthcare quality and safety.

Key words

Essential Nursing Competence; Nursing Training; critical thought; clinical thought / judgment.

Introducción

La Enfermería el siglo XXI está llamada a ejercer un papel importante en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en todo el mundo y, para poder cumplir ese cometido, la profesión ha de enfrentarse con nuevos desafíos en la formación de las enfermeras y enfermeros, sobre todo en cuanto al necesario desarrollo cognitivo y de las habilidades clínicas sustentadas en sólidos conocimientos científicos y técnicos.

En la medida que se amplía el alcance de su práctica, los profesionales enfermeros asumen cada vez más su autonomía y responsabilidad, así como el liderazgo en los entornos sanitarios. Este nuevo escenario requiere del avance en el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y de habilidades avanzadas de pensamiento clínico, a fin de favorecer los procesos de toma de decisión para el cuidado enfermero y de definir intervenciones cuidadoras complejas y de apoyo, tanto a las personas como a sus familias y/o allegados, lo que permitirá obtener mejores y más satisfactorios resultados (1,2).

Es urgente ampliar la práctica profesional enfermera en Atención Primaria para garantizar procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades más eficiente. En este ámbito posiblemente la/el enfermera/o deba asumir un importante rol de liderazgo, teniendo en cuenta su larga experiencia en este campo y las posibilidades de autonomía para ampliar su cobertura de la población y contribuir a un mayor nivel de bienestar y salud (2).

Los sistemas de salud son cada día más complejos y el proceso de trabajo en el ámbito de la salud presenta nuevos desafíos para dar respuesta a las diferentes demandas y necesidades de la población en materia de salud. Los servicios de atención de Enfermería se habrán de enfrentar a pacientes con cuadros clínicos más complejos, con un desplazamiento hacia servicios sociales y domiciliarios debido al acortamiento de las estancias hospitalarias, y ante el exponencial crecimiento del conocimiento con la resultante de las nuevas tecnologías. Los cambios demográficos y, particularmente, el incremento del segmento de la población mayor de 65 años que incide en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y necesidades de atención de Enfermería asumidas por la familia sin apoyo profesional, así como el creciente aumento de la concienciación de la sociedad sobre su derecho a recibir servicios de promoción de la salud orientados a crear condiciones de vida más saludables, son solo algunos ejemplos de las circunstancias que obligan al conjunto de la profesión enfermera a diseñar y a asumir nuevas competencias en materia socio-sanitaria y a participar de las nuevas formas de prestación de servicio a través de nuevos medios de información y comunicación como los programas de eSalud o mSalud (servicios con apoyo de dispositivos móviles).

El aumento de la complejidad social se refleja en los sistemas de salud de todo el mundo. Los entornos de prestación de servicios de salud son cada vez más complejos y absor-

ben la multiplicidad de la diversidad humana, por lo que se postulan profundos cambios en las formas de prestación de servicios sanitarios en la búsqueda de respuestas a las demandas concretas de la población, teniendo como eje a un usuario/cliente y/o paciente con mayor consciencia de sus derechos y que demandan una mayor eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y calidad de dichos servicios.

Como ya se ha indicado, los cambios también se están procesando en función de la explosión de nuevos conocimientos y de nuevas tecnologías en el área de la salud. Los servicios de atención de salud cuentan cada día con más resultados de investigación y tecnologías. El Instituto de Medicina, en su reciente publicación titulada *Crossing the Quality Chasm*, recomienda un completo rediseño del sistema de prestación de salud de los EE.UU. y presenta principios orientadores para esta "travesía" para los políticos, los líderes sanitarios, los profesionales, los reguladores, los compradores de servicios, etc. (1). Estos principios pueden ser igualmente útiles para otros países en todo el mundo. En este sentido, se verifican nuevas formas de institucionalidad estatal, movimientos para la expansión de la protección social, nuevas formas de financiación, provisión, evaluación, coordinación, participación, control social y control de cuentas, constituyéndose nuevas relaciones entre los sectores público y privado

Todo lo dicho, sumado a que los sistemas de salud vienen reduciendo los gastos en salud globalmente, son motivos más que suficientes que justifican la necesidad de que los servicios de Enfermería estén capacitados para dar respuestas efectivas y seguras, para asumir más autonomía en la toma de decisiones, centrar su acción en la atención más individualizada e integral y, al mismo tiempo, cooperar y armonizar su trabajo en el contexto del equipo sanitario, para alcanzar los objetivos institucionales.

Como ya señaló Ida Orlando, en 1987, estas cuestiones conllevan pensar en un "nuevo tipo de enfermera": aunque el camino de la dependencia a la independencia profesional puede ser visto como un dilema, las enfermeras y enfermeros profesionales necesitan asumir un rol de independencia y trabajar para no capitular ante objetivos de la Medicina y de la burocracia institucional, así como reflexionar sobre un nuevo rol "no complaciente", para implementar una función y un producto distinto, siempre centrado en las personas y en la sociedad, asumiendo su autoridad profesional en la práctica (2). Esto es lo que hay que ir consolidando, día a día, a lo largo de este siglo XXI pues, aunque se ha avanzado mucho, aún no se ha alcanzado la auténtica autonomía profesional.

Para ello se requieren dos habilidades esenciales: pensamiento crítico y pensamiento clínico. En lo relativo al primero, como señala Mechner (3), un comportamiento, aunque no se pueda observar concretamente mientras ocurre, culmina en decisiones concretas de acciones. En Enfermería, las acciones concretas corresponden a la planificación de la

gestión y la provisión directa de cuidados que, a su vez, requiere pensamiento clínico, contextualmente vinculado basándose en un caso, con razonamiento interpretativo, es decir, pensar como una enfermera y desarrollar el proceso de Enfermería.

En resumen, decir que para **alcanzar un status de autonomía profesional se requiere la participación activa, en todos los niveles de definición de políticas y de toma de decisiones, de todos los profesionales enfermeros**. Es importante que su voz esté presente y se pueda demostrar su coste-eficacia y la importancia de la planificación de recursos humanos de Enfermería para asegurar la calidad y la seguridad de los pacientes, observando los principios de la atención centrada en este, los ratios personal de Enfermería/pacientes y el equilibrio de habilidades. Baste recordar aquí a Hegel cuando dice: *"si el campo de las ideas está revolucionado, la realidad no puede permanecer tal cual"* (Carta a Nietbammer, 1808). Por tanto, como indica Heisserer (4), la enseñanza del proceso de Enfermería es algo que requiere ser replanteado para comprender el trabajo de la misma.

Por lo tanto, con este artículo se pretende invitar a los lectores a reflexionar sobre cómo preparar a los nuevos profesionales de la Enfermería, a fin de que estos puedan desempeñar una función proactiva y sinérgica dentro de los equipos de atención sanitaria, así como renovar su compromiso con la mejora de la calidad del sistema de salud y su seguridad.

El pensamiento crítico: aprender Enfermería desde dentro

En las últimas décadas, todas las instituciones de formación y la literatura especializada en educación han enfocado, con especial atención, la cuestión del concepto y de la enseñanza del pensamiento crítico en todos los niveles. Heisserer (4) considera que posiblemente la definición más completa de pensamiento crítico sea la formulada por Diane Halpern: **"Pensamiento crítico se refiere al uso de habilidades cognitivas o estrategias que aumentan la probabilidad de un resultado deseable. El pensamiento crítico es intencionado, razonado y orientado hacia un objetivo. Es un tipo de pensamiento que se manifiesta en la solución de problemas, la enunciación de inferencias, el cálculo de probabilidades y la toma de decisiones. Los pensadores críticos utilizan estas habilidades adecuadamente, sin necesidad de estimulación y, en general, con una intención consciente, en una variedad de ambientes, o sea, están predispuestos a pensar de manera crítica. Cuando pensamos críticamente, estamos evaluando los resultados de los procesos de pensamiento, cómo es una buena decisión o cómo un problema ha sido bien resuelto"** (5).

Las habilidades que refiere Diane Halpern (6,7) incluyen conocimientos de antecedentes, conocimiento de patrones de pensamiento crítico, poseer conceptos críticos, conocimiento de estrategias o heurísticas útiles para pensar críticamente y ciertos hábitos mentales. Por otro lado, la cues-

tión de la enseñanza del pensamiento crítico solo se puede realizar al tener claro el marco conceptual, creando los mecanismos para el desarrollo de las habilidades intelectuales requeridas. Es decir, el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico requiere de un trabajo continuo y extendido a lo largo de todo el proceso de aprendizaje desde la más tierna edad y de todo el proceso de escolarización (3). Por tanto, es importante tener en cuenta el historial y el nivel de desarrollo de estas habilidades cuando se trata de formar nuevas enfermeras/os.

Se puede considerar que el pensamiento crítico es un término normativo que se refiere a un tipo de pensar intencionado, razonado y dirigido a la resolución de problemas, tomar decisiones y calcular probabilidades (6-8,5). Sin embargo, el núcleo de esta definición indica la necesidad de contar con habilidades para analizar, interpretar, evaluar, explicar y autorregularse, así como la disposición, entendida esta como el comportamiento subjetivo, de querer involucrarse para usar discrecionalmente estas habilidades (9). El pensamiento crítico es, por tanto, una meta del proceso educativo en su totalidad.

Como menciona Mechner (3), las habilidades de pensar son enseñadas desde la infancia y los educadores son los responsables de **diseñar heurísticas que guíen el descubrimiento, para el desarrollo de habilidades útiles a este menester**. La investigación señala que en los programas universitarios el avance en pensamiento crítico es muy limitado. Así, Richard Paul (7,10) observa que los profesores, los instructores, intencionadamente o no, fomentan altos o bajos niveles de aprendizaje, pero solamente altos niveles de aprendizaje *"producen conocimiento, una mente disciplinada y un dominio del contenido"*. Por tanto, es importante que los educadores de Enfermería tengan en mente que la mejor forma de promover el **pensamiento crítico es infundirlo en la práctica curricular en que los estudiantes están insertos** (6,11). En un mundo que cambia dinámicamente, el pensamiento crítico es una habilidad clave para dar respuestas a las nuevas demandas, tanto individuales como sociales y profesionales.

Simpson y Courtney (12), en una revisión de la literatura sobre pensamiento crítico en la formación enfermera, observan que hay un creciente interés por explorar métodos para promover y ampliar las habilidades de pensamiento crítico entre estudiantes de Enfermería, impulsado por el aumento del interés por este tema en la educación y la velocidad de los cambios en el campo de la prestación de la atención sanitaria.

En un interesante estudio realizado con la técnica Delphi, con cinco vueltas y llevado a cabo con un panel de expertos internacionales de Brasil, Canadá, Corea, Islandia, Japón, Países Bajos, Reino Unido, Tailandia y 23 estados de EE.UU., entre 1995 y 1998, se llegó a una declaración consensuada de definición de "Pensamiento crítico en Enfermería". Se identificaron, asimismo, diez hábitos mentales (componen-

te afectivo) y siete habilidades de pensamiento crítico (componentes cognitivos). Se consideraron hábitos **mentales** la confianza, la perspectiva contextual, la creatividad, la flexibilidad, el espíritu inquisitivo, la integridad intelectual, la intuición, la mente abierta, la perseverancia y la reflexión. Las habilidades cognitivas suponen analizar, aplicar estándares, discriminar, buscar información, pensamiento lógico, predicción y conocimiento transformador (13).

En este sentido, la mayor organización para la acreditación instituciones de formación en Enfermería en los EE.UU., la *National League of Nursing*, ha instituido como un criterio de resultado para la acreditación **el pensamiento crítico**, como una **habilidad esencial para el desarrollo profesional** (14).

Por tanto, no cabe duda que cualquier proceso de formación enfermero tendrá que considerar como básico el desarrollo del pensamiento crítico, buscando abordajes innovadores para su enseñanza.

El pensamiento clínico

Para tomar decisiones clínicas para los cuidados enfermeros es esencial el pensamiento clínico, mediante el cual los profesionales puedan determinar qué es lo que necesita el paciente/cliente y cuándo. Aun siendo un proceso subjetivo, se requieren conocimientos **específicos de la disciplina enfermera**, qué se debe observar en cada situación, qué datos recopilar del sujeto, del historial y de otras fuentes del entorno, cómo interpretarlos, cómo identificar los problemas, priorizarlos, nombrarlos y cómo elaborar un plan de intervención y evaluarlo. En cada situación concreta, con base en sus observaciones y a su experiencia, la/el enfermera/o aplica el proceso de pensamiento clínico de forma continua y dinámica, teniendo en cuenta que las decisiones clínicas requieren la participación del paciente/cliente y la colaboración con otros miembros del equipo sanitario (15-17).

Para la toma de decisiones clínicas **se requiere, a su vez, de una buena base de evidencias de casos clínicos, vinculados al contexto real y el desarrollo de habilidades de interpretación de datos**. Además, son importantes los referentes de conocimiento proporcionados por los contenidos que permiten percibir, poner en evidencia las posibles interpretaciones, la recolección de más evidencia y la definición del mejor modo de proceder. La toma de decisiones clínicas solo se puede entender en el contexto de un paciente o individuo en particular y de una comprensión profunda de la experiencia y vivencias de aquel, sus valores y preferencias.

Esto conlleva, necesariamente, que la formación se base en casos concretos, lo que en última instancia demanda un enfoque distinto para la formación clínica y, a la vez, orienta el uso de la simulación en la formación en Enfermería. En este proceso es necesario una amplia comprensión de la relación entre las decisiones clínicas de la enfermera y el conocimiento empírico y teórico que las informa (18,19). La inves-

tigación viene confirmando que enfermeras y enfermeros con el dominio de estas habilidades tienen un impacto positivo en los resultados de los pacientes (20,21).

Pensamiento crítico y pensamiento clínico son conceptos diferentes pero no disyuntivos; son esenciales y constituyen un todo que permite la comprensión y sistematización efectiva de las posibles intervenciones enfermeras.

La utilización de la expresión "proceso de Enfermería" empieza a aparecer en la literatura especializada a partir de los años 50. El concepto de proceso involucra una serie de etapas para llegar a un resultado. Una de las primeras enfermeras teóricas que plantea esta expresión fue Ida Jean Orlando, la cual, basándose en la evidencia de su propia investigación, describe su teoría sobre el proceso deliberativo, centrado en la interacción enfermera/paciente y que le permite la valoración, la planificación y la implementación de acciones para producir un resultado positivo para el paciente o su mejoría (23).

Tradicionalmente el proceso de Enfermería se inserta en una concepción positivista de utilización del método científico en una forma estructurada para conocer, cuestionar y dar respuesta a aspectos definidos de la realidad. En rigor, esta forma estructurada constituye lo que se conoce por experimento científico y está guiado por los ya conocidos pasos constitutivos de todo proceso de investigación.

Sin embargo, la práctica enfermera no es exactamente un experimento científico, como bien señala Christensen y Kenny (24) de acuerdo con los cuatro patrones de conocimiento (empírico, ético, estético y personal) descritos por Carper (25). De ahí la importancia de atender a las definiciones de Enfermería y de su método de trabajo describen las diferentes enfermeras teóricas a través de sus teorías y modelos. Así, por ejemplo, la ya citada anteriormente Ida Orlando (26) define la Enfermería como una ciencia aplicada, que utiliza saberes básicos de las ciencias biofísicas, comportamentales, humanísticas y filosóficas, teniendo en cuenta las interacciones entre las enfermeras/os y los pacientes en sus entornos propios relativos al ámbito de la salud.

En resumen, considerar que el proceso de Enfermería no consiste solo en la aplicación del método científico en sí mismo, **sino que este ha de estar orientado desde las bases teóricas enfermeras para poder ser considerado un símbolo de profesionalismo, así como una manera sistemática y dinámica de prestar cuidados cohesionados en etapas concretamente definidas**. De esta forma sí se podrá hablar de proceso de Enfermería como la esencia de su práctica cotidiana (27).

Teniendo en cuenta lo dicho, los profesionales enfermeros necesitan mirar su participación en el sistema de salud desde una perspectiva más amplia y podría decirse, menos encorsetada, desafiando la estructura tradicional del proceso de enfermería, para enfatizar la reflexión sobre la importan-

cia del conocimiento del paciente y la distinción entre la persona y la enfermedad (28). Se considera así un cambio de enfoque desde el paciente como objeto del cuidado hacia una persona que se torna participante activa en su cuidado. Es decir, moverse de un plan de cuidados "ideal" pero apartado de la realidad, hacia las circunstancias reales de la práctica del cuidado en un ambiente concreto y teniendo presente el impacto de los avances tecnológicos que están redefiniendo en gran medida la Enfermería y la vida en general.

Como señala Poter et al. (29) el trabajo en Enfermería no es lineal, es decir, no presenta un desarrollo constante o en una misma dirección, sino que se involucra de modo circular, requiriendo habilidades de razonamiento y toma de decisiones complejas. Las enfermeras están continuamente involucradas en procesos cognitivos que utilizan habilidades cognitivas inductivas y deductivas para valorar y diagnosticar cada situación concreta de necesidades de cuidados, así como para planear, implementar y valorar sus acciones en términos de resultados para las personas, paciente, familias y comunidad.

El poder, el género y la medicalización

No pueden obviarse en el presente análisis alguno de los elementos del entorno del sistema "Enfermería" que están influyendo en su desarrollo y autonomía. De un modo más o menos imperativo según los tiempos, la Enfermería ha estado y está influenciada por el poder, el género y la medicalización del sistema sanitario, elementos que requieren, por tanto, no solo de seguimiento y observación, sino de intervención.

En cuanto a las esferas de poder, estas necesitan información continua y evidencia sobre la importancia de los servicios de Enfermería en los sistemas de salud. Por tanto, es sumamente importante que los "nuevos profesionales enfermeros" promuevan actividades de visibilización y sensibilización social, reuniendo y poniendo de manifiesto evidencias de sus buenas prácticas, manteniendo abiertas vías de comunicación continua con las esferas del poder en todos los niveles.

La cuestión de género requiere un abordaje estratégico y conjunto con los sectores sociales que buscan avanzar en los principales aspectos que se señalan como problemas de género y que, entre otros, enfatizan en las diferencias socialmente observables en el trabajo de las mujeres. En general, están sometidas a bajos salarios, a malas condiciones de trabajo y a una menor perspectiva de desarrollo. En 1999, la OMS, por ejemplo, ya señalaba que en países en desarrollo los salarios de las enfermeras eran menores que los de otros profesionales con el mismo nivel de preparación (30) y Pizurki et al. (31), en 1987, observaron que entre todas las profesionales marcadas por el estereotipo de género, la Enfermería era la más severamente afectada: "las enfermeras están doblemente condicionadas a jugar un papel subordinado: primero por la sociedad y segundo por el colectivo médico".

Es cierto que estos aspectos discriminativos se han suavizado, aunque solo en algunos entornos, pero en el día a día de las enfermeras y enfermeros siguen estando presentes, en España y fuera de sus fronteras, realidades similares a las citadas. A modo de ejemplo, decir que si bien los entornos de la práctica clínica especializada cada día disponen de una mejor tecnología y la tendencia discurre hacia una mayor valoración de los trabajadores de la Medicina y la Enfermería en cuanto a mayor prestigio y mejores salarios, por el contrario, en sectores de baja intensidad tecnológica, como por ejemplo la Atención Primaria de salud o los servicios de atención a pacientes crónicos o en situación de terminalidad, aun cuando estos servicios sean de vital importancia para la sociedad y desempeñen una labor sumamente importante de promoción de estilos de vida saludables, prevención de complicaciones o calidad humana del cuidado, su consideración es de una categoría inferior.

La medicalización de los sistemas sanitarios tampoco facilita el reconocimiento y la participación autónoma de los profesionales enfermeros en el sistema. A modo de ejemplo, comentar que la orientación organizativa sanitaria en función del trabajo médico dificulta la tarea autónoma de las enfermeras/os, al no permitir acoplar los tiempos del trabajo a los tiempos de los pacientes o en función de sus prioridades y/o tratamiento enfermero.

Estas cuestiones son barreras que han de ser superadas y, para ello, es necesario empezar a introducir evidencia de "buenas prácticas" y guías clínicas en la rutina diaria de la práctica enfermera. Hay datos que demuestran que muchos pacientes no reciben la atención adecuada e incluso reciben atención prejudicial o innecesaria, siendo igualmente importante poner en evidencia a través de una comunicación abierta todos los logros de mejora de la atención prestada. Superar barreras exige un cambio de actitudes y requiere persistencia y una acción orientada a grupos específicos en el sistema sanitario y en la sociedad (19). Pensar como un/a profesional de la Enfermería constituye un proceso complejo, que requiere un enfoque integral de conocimientos, habilidades y actitudes para asumir la responsabilidad de las decisiones con un sentido fundamental de lo que es bueno y correcto para prestar un cuidado de excelencia.

Repensar las estructuras y los procesos curriculares para formar un nuevo profesional enfermero

Decía el poeta inglés William Butler (Dublín, 1865), "la Educación no solo es llenar una cubeta. Es encender un fuego". Y qué razón tenía.

La formación de los nuevos profesionales que se propugna requiere de un análisis detenido de, al menos, cuatro principios rectores. El primero y más importante es el enfoque curricular centrado en el cuidado, si bien las competencias a adquirir y sus dimensiones, la población y el contexto salud-enfermedad donde se van a aplicar los cuidados y la ca-

lidad y seguridad del sistema sanitario son, igualmente, componentes del proceso educativo y, por tanto, importantes elementos de análisis.

Aunque los actuales planes de estudios del Grado en Enfermería se propusieron acercarse a esta orientación, un detenido estudio de muchos de ellos permite observar qué lejanos están algunos y cuán medicalizados otros tantos.

Para enunciar y analizar dichos componentes como principios rectores requieren ser individualizados, si bien la realidad es que todos ellos constituyen una unidad, es verdad que evidentemente abierta y compleja, pero única: **Un currículo enfermero que tenga como eje central el cuidado requiere un análisis detenido de la realidad del sistema de salud, del perfil epidemiológico y nosológico**, de la base de evidencias para las intervenciones y prestaciones de cuidados que permita modelar las habilidades de observación y utilización de la información para tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia y, todo ello, dentro de un marco de referencia histórico, ético y cultural que permita aprehender la Enfermería y ponerla de manifiesto en su contexto real.

Tal análisis ciertamente implica un alejamiento de algunos de los actuales planes de estudio en exceso centrados en las especialidades médicas y, muchas veces, en una visión simplificada del conocimiento enfermero y que crean ilusión acrítica de la realidad. **La "nueva enfermera/o" necesita desarrollar habilidades para aprehender "las relaciones mutuas y las influencias recíprocas entre las partes y el todo"** (32,28).

Proyecto de formación de "nuevos profesionales enfermeros" del Consorcio del Norte de Oregón

El *Oregon Consortium for Nursing Education* (OCNE) es el Consorcio del Estado de Oregón para la educación en Enfermería, una asociación entre ocho Escuelas de Enfermería de las universidades comunitarias del Estado de Oregón y cinco campus de Escuelas de Enfermería de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregon (*Oregon Health & Science University*) en los EE.UU. A través del OCNE los programas de Enfermería de Oregón han sido capaces de ampliar, de forma importante, su capacidad y matrícula y los estudiantes de estos programas están formados en las competencias necesarias para dar respuesta a las necesidades de atención de la población que envejece y es étnicamente diversa (33-35).

Las competencias esenciales definidas buscan repercutir en las necesidades de la población en su Estado de acuerdo con las tendencias y los cambios que se están dando en el sistema de salud, los avances de la ciencia de la Enfermería y las necesidades de fuerza laboral para el sistema. De modo abreviado son las siguientes:

1. Compartir valores esenciales de la Enfermería; 2. Comprender la realidad del cuidado a partir de la re-

flexión y el autoanálisis; 3. Aprender de modo intencional a lo largo de la vida profesional; 4. Procurar el liderazgo profesional en el ámbito de los servicios de atención sanitaria; 5. Colaborar e integrarse como parte del equipo de salud; 6. Ejercer la práctica enfermera en el sistema de salud; 7. Aplicar los cuidados centrados en la interrelación; 8. Desarrollar una comunicación efectiva; 9. Enunciar juicios clínicos y tomar decisiones de modo fundamentado; 10. Trabajar basándose en la mejor evidencia disponible.

En el proyecto del Consorcio Oregón se considera como los ejes más importantes para la organización curricular la selección de actividades de aprendizaje en función de las competencias y sus dimensiones, los conceptos relacionados con el enfoque de los cuidados, la población y el entorno salud-enfermedad y la calidad y seguridad de los servicios enfermeros.

Las competencias y sus dimensiones

Las competencias son los elementos esenciales para orientar la estructura curricular, permitiendo el desarrollo de los aspectos teóricos y prácticos, así como los resultados previstos en cada periodo de formación. Cada una de las competencias se despliega de acuerdo con los dominios del conocimiento, las habilidades y las actitudes que se esperan alcanzar, de forma estructurada y secuenciada en la programación. Asimismo, se habrán de describir los descriptores o dimensiones de las competencias enunciadas.

El enfoque de los cuidados

Un programa de formación ha de responder a un determinado referencial educativo o marco de referencia que oriente la perspectiva desde donde hay que preparar a los nuevos profesionales. En el proyecto de Oregón el enfoque se fundamenta en las prioridades definidas por el Instituto de Medicina (36), que apunta las prioridades nacionales para el sistema de salud: la promoción de la salud, la gestión de las enfermedades crónicas, la atención de pacientes agudos y los cuidados al final de la vida. Además, prever la inclusión de los aspectos de gestión de calidad, liderazgo y atención centrada en la población que se reflejan en las competencias para todos los periodos de formación, fundamentado todo ello, asimismo, en la investigación existente y las buenas prácticas.

El OCNE trata de elaborar un currículo esencialmente centrado en las experiencias clínicas de cuidados, pero huyendo de la tradicional distribución de la práctica de acuerdo con las disponibilidades del servicio que ofrece oportunidades relativamente aleatorias de experiencias clínicas en los periodos que están los estudiantes. Se trata de ofertar experiencias en todo el espectro de la vida en el proceso salud-enfermedad, ofreciendo oportunidades con pacientes con enfermedades prevalentes, toda la trayectoria de las enfermedades crónicas y la atención al final de la vida. Experiencias especialmente diseñadas en correlación con los resultados esperados de los cursos y el desarrollo de com-

petencias. En este sentido las experiencias de enseñanza-aprendizaje incluyen cinco módulos de aprendizaje que van ampliando la complejidad de acuerdo con el nivel del estudiante en el proceso de formación (37).

La población y el entorno salud-enfermedad

El enfoque en la población considera las características demográficas de esta y sus expectativas de vida, incluyendo los aspectos culturales y étnicos. Por ejemplo, en el proyecto Oregón, los cursos no están organizados por estados de desarrollo o especialidades, sino que se enfocan a partir de las alteraciones en materia de salud más prevalentes en la población, los riesgos y las condiciones de vida en todas sus etapas, así como los condicionamientos éticos y culturales.

Calidad y seguridad

El proyecto Oregón incluye como materia de estudio todas las cuestiones de calidad/seguridad propuestas por la OMS de acuerdo a las iniciativas internacionales (38) y las normativas locales que enfatizan el cuidado centrado en el paciente y el trabajo en equipo que genera colaboración interprofesional e interdisciplinaria. Tiene como estrategia la práctica basándose en la evidencia y la mejora de la calidad. Cabe también señalar la importancia de las nuevas tecnologías que permiten el registro y almacenamiento de evidencias y también los procesos de valoración y evaluación de la calidad.

Conclusiones

A partir de la síntesis del proyecto del Consorcio del Estado de Oregón para la educación en Enfermería, es posible hacer algunas generalizaciones que pueden ser de relieve para reflexionar sobre la necesidad de valorar los actuales currículos de Enfermería y buscar mejores métodos para la formación de esos "nuevos profesionales enfermeros" que den respuestas directamente orientadas a las demandas de la realidad del siglo XXI.

El cuerpo de conocimientos que fundamenta la práctica de la Enfermería se ha incrementado visiblemente en el último siglo, por lo que es esencial para el aprendizaje revisar las competencias definidas en los proyectos educativos que pautan la educación de Enfermería no solo en España sino en Europa. **Es también importante realizar un análisis crítico que permita cuestionar el significado del conocimiento enfermero en cuanto a qué aporta a la práctica profesional y de qué manera mejora la calidad y la seguridad de los cuidados** (28, 35), dado que el cuerpo de conocimiento no es un resultado final, sino una elaboración dinámica donde es importante distinguir entre los constructos teóricos y su posible aplicación a la práctica enfermera, objetivo principal de la educación enfermera generalista.

En una revisión bibliográfica sobre los elementos esenciales del cuidado centrado en el paciente se señala que aunque no se encuentra una definición común aceptada por los distintos autores, estos consideran que emergen de la literatura

los siguientes temas principales que le caracterizan: la participación del paciente y su participación en el cuidado; la relación paciente-enfermera; el contexto en el que se presta el cuidado (39).

El enfoque de los cuidados deberá revisarse, asimismo, de acuerdo a las prioridades definidas por las instituciones sanitarias (Ministerio de Sanidad, Consejería de Salud, etc.), pero teniendo en cuenta que en vez de dar una amplia visión para la comprensión superficial de estas materias, será preferible concentrar el contenido del plan de estudios en los problemas prevalentes de salud en el medio social real, contextualizados en el ciclo vital, la cultura, la etnia y los valores y creencias del contexto sociocultural (40,41).

Cabe también señalar la importancia de las nuevas tecnologías para la información y comunicación que permitirían el desarrollo de habilidades cognitivas y psicomotoras, así como la valoración continua del alcance de las competencias y su evaluación final. De igual modo, es preciso tener presente la formación para el liderazgo en todos los niveles de la práctica profesional. El nuevo enfermero/a debería estar formado para liderar procesos de gestión y de definición normativa en todos los niveles.

Aunque es difícil aportar soluciones generalizables y factibles, el aprendizaje de la enseñanza clínica también requiere de un análisis de los modelos tradiciones de estancias y rotaciones en los servicios de forma estandarizada; por lo general, los centros sanitarios afrontan la falta de espacio clínico para acomodar a un, cada vez mayor, número de estudiantes, principalmente espacios clínicos que utilicen modelos de atención individualizada. Por ello, será preciso, en primer lugar, poner una nueva mirada hacia los avances de los nuevos principios pedagógicos para facilitar el aprendizaje, así como recurrir a la utilización del aprendizaje activo en simulaciones clínicas de casos, análisis de casos basados en la evidencia y a través de experiencias de aprendizaje especialmente diseñadas para la adquisición de conocimientos en la práctica clínica concreta.

Se espera que este artículo pueda contribuir a la reflexión sobre la formación actual de los profesionales de la Enfermería y sobre cómo avanzar para cambiar la realidad. **El desarrollo de la Enfermería como una actividad profesional sin duda está inmerso en el contexto sociocultural en donde se desarrolla y los sistemas político, educativo, sanitario y económico determinan los aspectos esenciales que definen el efecto bucle del conocimiento, la educación y la práctica.** Recordar, por ello, a Morín (32) y los siete saberes necesarios para la educación del futuro.

Enfrentar las cegueras del conocimiento: el error y la ilusión; alimentar los principios de un conocimiento pertinente; enseñar la condición humana; enseñar la identidad terrenal; enfrentar las incertidumbres; enseñar la comprensión; y cultivar la ética del género humano.

Agradecimientos

A la bibliotecaria Belinda Yúfera, por su ayuda en la búsqueda y revisión de la bibliografía utilizada.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de interés

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:
encuentra@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Competencias esenciales de la Enfermería; formación enfermera; pensamiento crítico; pensamiento/juicio clínico.



Contacta con los autores en:

a.souza@consejogeneralenfermeria.org

Bibliografía

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2001.
2. Orlando JJ. Nursing in the 21st century: Alternate paths. *Journal of Advanced Nursing* 1987; 12(4):405-12.
3. Mechner F, Fredrick M, Jenkins T. How Can One Specify and Teach Thinking skills. *European Journal of Behavior Analysis* 2013; (14):285-93.
4. Heisserer G. Thoughts on Thinking: The Challenge of Critical Thinking. [Editorial] *Critical Thinking* 2006; (1):6-9.
5. Halpern DF. Teaching for Critical Thinking: Helping College Students Develop the Skills and Dispositions of a Critical Thinker. *New Directions for Teaching and Learning* 1999; (80):69-74.
6. Bailin S, Case R, Coombs RJ, Daniels BL. Conceptualizing critical thinking. *Journal of Curriculum Studies* 1999; 31(3):285-302.
7. Paul R, Elder L. La mini-guía para el Pensamiento crítico. Conceptos y herramientas. Foundation for Critical Thinking 2014. [citado 6 may 15] Disponible en: <https://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-ConceptsandTools.pdf>
8. Halpern FD. Teaching critical thinking for transfer across domains: Disposition, skills, structure training and metacognitive monitoring. *American Psychologist* 1998; 53(4):449-55.
9. Facione PA. Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. The Delphi Report. Millbrae, CA: The California Academic Press; 1990.
10. Paul R, Elder L. Estándares de Competencia para el Pensamiento Crítico. Estándares, principios, desempeño, indicadores y resultados con una rúbrica maestra en el pensamiento crítico. Fundación para el Pensamiento Crítico 2005. [citado 6 may 15]. Disponible en: https://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-Comp_Standards.pdf
11. Ab-Kadir MA. Critical thinking: A family resemblance in conceptions. *Journal of Education and Human Development* 2007; 1(2):1-11.
12. Simpson E, Courtney M. Critical thinking in nursing education: Literature review. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8:89-98.
13. Scheffer BK, Rubinfeld MG. A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education* 2000; 39(8):352-9.
14. Martin C. The Theory of Critical Thinking of Nursing. *Nursing Education Perspectives* 2002; 23(5):243-7.
15. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. En: Hughes RG (ed). *Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare; 2008.
16. Henderson V. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(1):21-34.
17. Smith M, Higgs J, Ellis E. Factors influencing decision making. En: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N (ed) *Clinical reasoning in the health professions*; 2008. [citado 6 may 15]. Disponible en: <http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780750688857/9780750688857.pdf>
18. Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon T, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decision making. The real world potential for evidence based decisions in nursing. *Evidence Based Nursing* 2004; (7):68-72.
19. Tanner C. Thinking like a nurse: A Research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education* 2006; 45(6):204-11.
20. Levett-Jones T, Sundin D, Bagnall M, Hague K, Schumann W, Taylor C, et al. Learning to think like a nurse. *HNE Handover for Nurses and Midwives* 2010; 3(1):15-20.
21. Lorenz JM. Critical Thinking at the Bedside: Nurses use research and evidenced-based data to improve patient care. *Advance for Nurses* 2014; 2(3):8-12.
22. Orlando JJ. *The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study*. New York: G. P. Putnam's Sons; 1972.
23. Faust C. Orlando's deliberative nursing process theory: A practice application in an extended care facility. *Journal of Gerontological Nursing* 2002; 28(7):14-8.
24. Christensen PJ, Kenney JW. *Nursing Process: application of conceptual model*. Philadelphia (PA): Mosby; 1995.
25. Carper BA. Fundamental patterns of knowledge in nursing. *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1):13-24.
26. Orlando IA. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: National League for Nursing; 1990.
27. Hagos F, Alemseged F, Balcha F, Berhe S, Aregay A. Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Sone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nursing Research and Practice* 2014; article ID 675212, 8 p.
28. Doody O, Doody CN. Transformational leadership in nursing practice. *British Journal of Nursing* 2012; 21(20):1212-8.
29. Potter P, Boxerman S, Wolf L, Marshall J, Grayson D, Sledge J, et al. Mapping the Nursing Process. *Journal of Nursing Administration* 2004; 34(2):101-9.
30. WHO Group on Nursing. *The future: Nursing Beyond the Year 2000*. En: Anderson TE, McFarlane MJ (ed.) *Community as partner: Theory and practice in Nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers; 1995.
31. Pizurki H, Mejia A, Butler I, Ewart L. *Woman as provider of health care*. Geneva: WHO; 1987.
32. Morin E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Madrid: Paidós; 2011.
33. Gubrud PM, Schoessler M. OCNE Clinical Education Model. En: Ard N, Valliga TM (ed) *Clinical Nursing Education: Current Reflections*. New York, N.Y.: National League for Nursing; 2009. p. 39-58.
34. Oregon Consortium for Nursing Education (OCNE). *Curriculum Basics*. [citado 6 may 15]. Disponible en: <http://www.ocne.org/students/Curriculum.html>
35. Tanner C. Transforming prelicensure nursing education: preparing the new nurse to meet emerging health care needs. *Nurs Educ Perspect* 2010 Nov-Dec; 31(6):347-53.
36. Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change. Advancing Health*. Washington, D.C.: The National Academic Press; 2011.
37. Gubrud-Howe P, Schoessler M. From Random Access Opportunity to a Clinical Education Curriculum. *Journal of Nursing Education* 2008; 47(1):3-4.
38. Organización Mundial de la Salud. *Alianza Mundial de la Seguridad del Paciente*. Geneva: WHO; 2014.
39. Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69:4-15.
40. Niederhauser V, Gubrud-Howe PM, Codier E. Creating Innovative Models of Clinical Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 2012; 51(10):1-6.
41. Nielsen AE, Noone J, Voss H, Mathews LR. Preparing nursing students for the future: An innovative approach to clinical education. *Nurse Education in Practice* 2013; 13(4):301-9.