

Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista

**Informe del proceso de
elaboración y de las consultas**



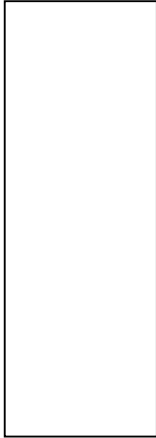
Preparado por la

Profesora Margaret F Alexander, CBE FRCN Hon.DSc.
PhD BSc RN RM RNT

y

Phyllis J Runciman, MPhil MSc BSc
RN RM RHV RNT

para el Consejo internacional de enfermeras



Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, (por impresión, fotocopia, microcopia o cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2003– por el Consejo internacional de enfermeras (CIE),
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 92-95005-72-4

Índice

Capítulo	Página
primero: Los cimientos	5
segundo: Contexto para el marco de competencias del CIE	9
Contexto mundial	10
Contexto de los cuidados de salud	11
Contexto de la enfermería profesional	13
tercero: Cómo se obtiene el marco de competencias del CIE	17
Principales pasos para obtener un marco de competencias	17
cuarto: Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista	27
La práctica profesional, ética y jurídica	28
Prestación y gestión de cuidados	29
Desarrollo profesional	32
quinto: Modelo para la aplicación del marco de competencias del CIE	35
Aplicación en los países que tienen competencias para las enfermeras y que desean adoptar el marco del CIE	36
Aplicación en los países en que no existen competencias para las enfermeras	36
Apéndice uno: Código deontológico para enfermeras, del CIE	41
Apéndice dos: El cuestionario, las respuestas y los que responden	44
Apéndice tres: Países que respondieron a la primera fase del proceso de consultas	46
Apéndice cuatro: Países representados por los participantes en la reunión de la Red de reglamentación del CIE celebrada en el Congreso del CIE – Junio de 2001	47
Glosario	48
Referencias	51
Bibliografía	54

Agradecimientos

Las consultoras reconocen con gratitud el apoyo recibido de

La Sra. Fadwa Affara, anterior consultora del CIE, Política de enfermería y salud.

Las asociaciones nacionales de enfermeras, los miembros de la Red de reglamentación del CIE, los miembros de la Junta Directiva del CIE y todos cuantos dedicaron su tiempo y su pensamiento a los procesos de consultas.

En conjunto, la participación fue sumamente positiva, tanto la de los países que ya habían elaborado su marco de competencias, como – y especialmente - la de los que todavía no lo habían hecho.

Este documento del CIE no hubiera podido recopilarse sin la ayuda y los conocimientos especializados de todas estas enfermeras de muchas partes del mundo.

Capítulo primero: Los cimientos

1.1 Antecedentes

El Consejo internacional de enfermeras (CIE), fundado en 1899, ha actuado desde hace más de un siglo como defensor mundial de la enfermería y la atención de salud, con el fin de promover la más alta calidad posible de los servicios de enfermería. Durante más de un siglo, el mundo en que se dispensan los cuidados de enfermería y de salud ha cambiado radicalmente. El CIE no sólo se ha mantenido al ritmo de esos cambios, sino que ha conservado y desarrollado sistemáticamente su función de liderazgo dinámico en la enfermería.

En los comienzos del siglo XXI, es ya una realidad el mercado mundial que incluye la libre y rápida circulación de los profesionales, entre ellos las enfermeras, por todo el mundo internacional de las calificaciones profesionales y las competencias conexas de muchos grupos distintos de profesionales. Las enfermeras son uno de esos grupos.

El CIE, en virtud de su función de liderazgo mundial en la enfermería, y del hecho de que representa la voz de la enfermería en el plano internacional, considera que ha llegado el momento adecuado para establecer cuáles son las competencias internacionales de la enfermera generalista. El CIE tiene el propósito de que estas competencias ayuden a esclarecer la función de las enfermeras y a orientar futuros acuerdos de reconocimiento recíproco y programas de autorización para ejercer en múltiples países, de los cuales hay una demanda cada vez mayor (CIE 2000a).

En este documento se presenta un marco de competencias del CIE para la enfermera generalista en el momento de su entrada en el ejercicio de la profesión, es decir, después de que la estudiante de enfermera termina con éxito el programa inicial de formación de enfermería de su país. Las competencias han de ser suficientemente amplias para que tengan aplicación en el plano internacional, siendo al mismo tiempo lo bastante concretas para que sirvan de orientación a los países que todavía tienen que elaborar las competencias de las enfermeras. Como las competencias se definieron después de un exhaustivo análisis de escritos publicados en muchos países y de una serie de consultas, el CIE estima que estas competencias son válidas y fundamentales para el ejercicio de la enfermería en los comienzos del siglo XXI. Sin embargo, el CIE espera, y considera de gran importancia, que esas competencias habrán de debatirse e interpretarse en cada país, para que sean suficientemente amplias para todo el contexto nacional. Algunos países desearán ampliar el Marco del CIE desarrollando otras competencias que reflejen las necesidades actuales de la fuerza de trabajo de enfermería de cada país. El CIE reconoce, y ello es importante, que ningún marco de competencias mantendrá su relevancia a lo largo del tiempo en el entorno mundial rápidamente cambiante. Por ello, el CIE se cerciorará de que las competencias se revisen periódicamente, se actualicen según sea necesario y se publiquen como orientación constante para los países.

Las cuatro importantes definiciones siguientes, junto con el Código deontológico, del CIE (ICN 2000b), se sitúan a la base del Marco de competencias del CIE; Véase el Apéndice uno. Es de esperar que todas las asociaciones nacionales de enfermeras miembros del CIE y, en su caso, los órganos de reglamentación adopten estas definiciones y el Código deontológico, del CIE. Las definiciones figuran en las cuatro próximas secciones del presente capítulo.

1.2 Definición de enfermera, del CIE

La definición de enfermera, en la que se basan las competencias, es la definición funcional aprobada por el Consejo de Representantes Nacionales, del CIE.

“Enfermera es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación postbásica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación.” (CIE, 1987)

1.3 Definición de enfermería, del CIE

“La enfermería, como parte integrante del sistema de atención de salud, comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos físicos, los enfermos mentales y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad. En este amplio espectro de la atención de salud, los fenómenos de especial interés para las enfermeras son "las respuestas de las personas, de las familias y de los grupos a los problemas de salud reales o posibles" (ANA, 1980, pág. 9). Estas respuestas humanas van desde reacciones de restauración de la salud ante un episodio único de enfermedad hasta la elaboración de una política de promoción de la salud de una población a largo plazo.

La función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que ellas realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posible. (Henderson, 1977, pág. 7). En el entorno total de la atención de salud, las enfermeras comparten con los demás profesionales de salud y con los de otros sectores del servicio público las funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas.” (CIE 1987)

1.4 Definición de la función de la enfermera generalista, del CIE

Las competencias a las que se hace referencia en el presente documento se aplican a la enfermera generalista. En algunos países, la enfermera, al entrar en el ejercicio de la profesión después de haber terminado con éxito la formación inicial de enfermera de su país, recibe el nombre de enfermera especialista, en otros se la llama enfermera acreditada, o enfermera cualificada. En el presente documento, estos términos se emplean como sinónimos. El alcance de la preparación y del ejercicio profesional permite a la enfermera generalista tener la capacidad y autoridad necesarias para impartir, de manera competente, atención primaria, secundaria y terciaria en todos los contextos y campos de la enfermería. (CIE 1986). La función de la enfermera generalista, tal como se resume en la Especificación para el proyecto de competencias, del CIE, incluye lo siguiente:

*“la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las personas de todas las edades, familias y comunidades;
la planificación y gestión de la atención a las personas de todas las edades, familias y comunidades que padecen enfermedades físicas o mentales y discapacidades o necesitan rehabilitación en contextos institucionales y de la comunidad; y cuidados en la fase final de la vida.” (CIE 2000a:1)*

1.5 Definición de competencia, del CIE

La definición de competencia, en la que se basan las competencias es la siguiente:

“Un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio.” (CIE 1997: 44)

1.6 El Código deontológico, del CIE

El Código deontológico, del CIE (CIE 2000b) es la base de las competencias y es fundamental para la práctica de la enfermería dondequiera y con quienquiera que se practique.

1.7 Estructura del documento

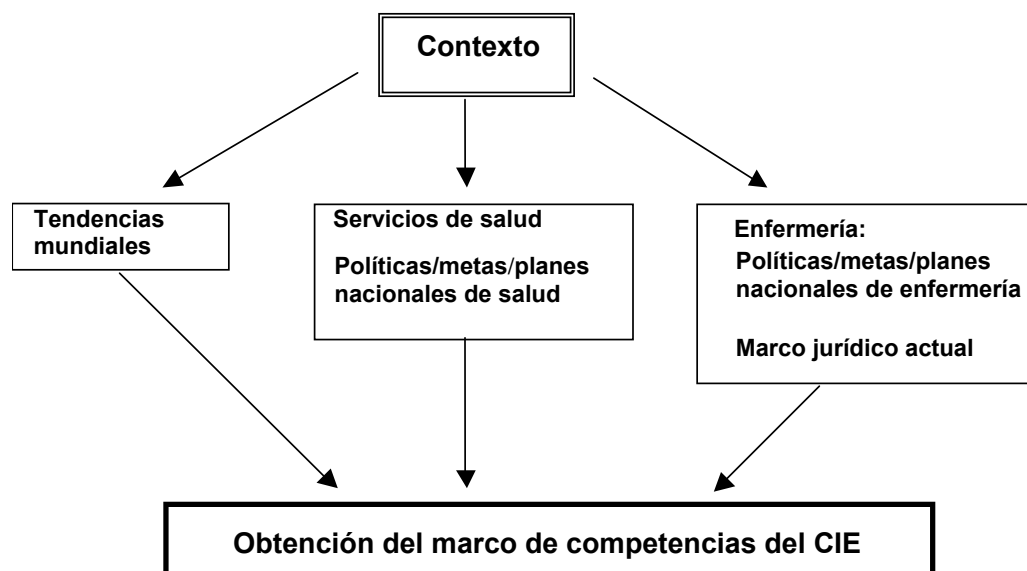
Después del presente capítulo introductorio, en el capítulo dos se presentan los siempre cambiantes contextos mundial, de la atención de salud y de la enfermería profesional, en los cuales trabajan las enfermeras y que influyen en ese trabajo directa o indirectamente. En el Capítulo tercero se describe el proceso empleado para obtener el Marco de competencias del CIE y se incluye un breve resumen de las ventajas y las limitaciones de los marcos de competencias. En el Capítulo cuarto se presenta el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. En el Capítulo quinto se ofrecen sugerencias para aplicar en los países el Marco del CIE y se incluye un modelo para identificar las competencias. El capítulo concluye reafirmando el compromiso del CIE de revisar periódicamente el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.

Capítulo segundo: Contexto para el Marco de competencias del CIE

En todo el mundo las enfermeras son el grupo más numeroso de profesionales de atención de salud. Como tal, son un recurso importante y vital. Es, pues, absolutamente necesario que estén capacitadas para contribuir según su máxima capacidad, en un servicio de salud dinámico y en constante desarrollo, a la promoción de la salud y a la prestación de cuidados a cuantos están enfermos.

En este capítulo se examinan los contextos global, específico de la atención de salud y profesional de la enfermería en los que trabajan las enfermeras.

Figura 1: Contexto del marco de competencias del CIE para la enfermera generalista



2.1 Contexto mundial

Se oye frecuentemente decir que “el mundo se ha hecho más pequeño”, que vivimos en la “aldea global”. A consecuencia de extraordinarios avances tecnológicos y electrónicos, viajan en pocas horas grandes distancias alrededor del mundo, no sólo muchos miles de personas sino también grandes cantidades de mercancías y servicios. Esta economía mundial en rápido desarrollo y la rápida comunicación de la información y de las imágenes en todo el mundo ponen de relieve los aspectos comunes del progreso. Asimismo, hacen resaltar los fuertes contrastes, por ejemplo, el abismo persistente y cada vez mayor entre los ricos y los pobres.

Junto con la globalización del comercio, se observa en algunas regiones el declive de la nación - estado y un cambio importante de las responsabilidades, que dejan de corresponder al gobierno centralizado, se descentralizan y se devuelven a las regiones. Esto va acompañado de un aumento del número y de la influencia de los grupos sociopolíticos locales (CIE 1997 y 2000c). En otras regiones, sucede exactamente lo contrario, se estrecha el control de la administración central y se hace más difícil el florecimiento de los procesos democráticos. Algunas regiones del mundo son testigos de la guerra y los disturbios sociales, con la consiguiente destrucción de infraestructuras esenciales para la existencia de una sociedad humana y civilizada. Otras regiones gozan de una relativa estabilidad y de infraestructuras estables.

El cambio político, social, económico y medioambiental parece endémico. Los avances de la tecnología influyen en la mayoría de los aspectos de nuestra vida. La tecnología influye no solamente en el lugar en que trabajamos y en el modo en que lo hacemos, sino también en la naturaleza de las organizaciones en que trabajamos. La competencia ha aumentado impulsada por una mayor conciencia pública de la disponibilidad de bienes y servicios. Las organizaciones han respondido a la demanda con una mayor producción y aprovisionamiento, en un ambiente dominado por la necesidad de demostrar eficiencia, y economía de costos y de conseguir valor por el dinero empleado en todos los aspectos de la empresa. En algunas organizaciones, el movimiento favorable a la eficiencia de los costos y a la consecución de rendimientos del dinero empleado han dado lugar a reducciones del número del personal profesional bien formado y, al mismo tiempo, a la necesidad de ampliar las funciones del personal restante. Se ha introducido el concepto de capacidades múltiples, con el fin de que los trabajadores sean formados para desempeñar diferentes tareas. Algunas veces las capacidades múltiples sobrepasan las fronteras de las profesiones, y contribuyen a la sustitución de personal caro y muy cualificado por trabajadores menos cualificados (CIE 1997). En el mundo en desarrollo, la demanda de bienes y servicios ha dado lugar muchas veces a una mayor explotación de los trabajadores que desconocen sus derechos como ciudadanos y empleados, o de los que quizá ni siquiera se considera que tienen tales derechos.

La aparición del mercado mundial ha venido acompañada de varios tratados o acuerdos de ámbito regional que persiguen el objetivo de fomentar la libre circulación de las mercancías, de los servicios y de las personas, especialmente de los profesionales, a través de las fronteras nacionales. Ejemplo de ello son varias directivas de la Unión Europea (CE 1998) por las que se rige la libre circulación de las enfermeras entre los

países miembros de la Unión Europea, la Legislación Simplificada de la Unión Europea para el Mercado Interno (CE 1996), el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (ALCAN) (Microsoft® Encarta® 2001) y el Acuerdo transtasmano de reconocimiento mutuo entre Nueva Zelandia y Australia (1997). En algunos casos, estos tratados pueden influir positivamente en las normas al promover la uniformidad y reducir obstáculos burocráticos innecesarios que frenan la movilidad. En otros casos, cuando se aceptan como regla unas normas absolutamente mínimas, éstas pueden resultar perjudiciales para las mejoras. Esto no pasa desapercibido para un público cada vez mejor informado cuyas expectativas aumentan en relación con los servicios de que dispone y con las normas de competencia y comportamiento de los profesionales, en cualquier disciplina.

En el sector de la atención de salud son directamente relevantes las recientes actividades de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que ha anunciado que se ha avanzado hacia el reconocimiento internacional de varias cualificaciones profesionales. La OMC va a examinar esas cualificaciones en el campo médico y sectores conexos, entre los que se incluye la enfermería.

2.2 Contexto de los cuidados de salud

Los cuidados de salud no se prestan al margen de las realidades políticas, económicas, sociales y culturales de cada país; estas realidades influyen fuertemente en ellos. Por ejemplo, en la prestación de cuidados de salud en el contexto mundial de hoy se plantean difíciles problemas de establecimiento de prioridades y de racionamiento, que van en sentido contrario al modo de pensar, ampliamente compartido, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de conseguir las máximas posibilidades de salud para todos. La atención de salud ha de responder de modo dinámico, siempre que sea posible, a la explosión del conocimiento, la rapidez de las comunicaciones, a la tecnología avanzada y los nuevos dilemas éticos, de tal manera que mejore la calidad de la prestación de los cuidados de salud.

En el plano de los países, es corriente encontrar políticas nacionales de salud y un plan nacional de salud que ponen de manifiesto las principales características de la prestación de cuidados de salud de ese país. A pesar de las importantes diferencias contextuales de esas políticas y planes, en casi todos los países del mundo están en curso importantes reformas de los cuidados de salud. Quizá la característica más importante de estas reformas es el paso gradual, pero firme, de un servicio 'primordialmente para enfermos' (basado en una alta tecnología muy cara, y en cuidados hospitalarios internos) a un interés en la salud y en un servicio impulsado por la atención primaria de salud. Esto ha de conseguirse sin olvidar los servicios de urgencia.

Dos son los motivos de estas reformas generalizadas. El primero es puramente pragmático. Ningún país tiene recursos económicos infinitos para financiar un servicio de salud cada vez más caro, especialmente en un contexto en el que se acumulan las pruebas, basadas en la investigación, acerca de los elementos determinantes de la salud, sumamente complejos. Estos factores determinantes están estrechamente relacionados con las circunstancias de la vida de las personas, su pobreza o su riqueza,

su entorno (físico y genético), su vivienda y sus oportunidades de trabajo y de ocio. Éstos, a su vez, influyen en los comportamientos de su estilo de vida e, inevitablemente, en su salud. Estas pruebas indican claramente que es necesario promover la salud de manera positiva, en colaboración con las personas, familias y comunidades más bien que esperar a tratar los resultados de una quiebra de la salud.

La segunda razón de la reforma de la atención de salud es de carácter humanitario. Se reconoce cada vez más que es un derecho fundamental de todas las personas, ricos y pobres, jóvenes y viejos, tener igualdad de acceso a los cuidados de salud y vivir una vida sana. La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, en su documento de política general para el siglo XXI, titulado 'SALUD21', expone dos objetivos principales en este marco para la acción. Son los siguientes:

'promover y proteger la salud de las personas a todo lo largo de su vida; y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones y el sufrimiento por causa de ellas.' (OMS 1999a:4)

Algunos años antes, desde el otro lado del mundo, la Región del Pacífico Occidental de la Organización Mundial de la Salud distribuyó su documento de política general, titulado 'Nuevos horizontes en la salud'. En él se resume la reforma de la atención de salud bajo el título de '*cambio de direcciones*':

'pasar del interés en la enfermedad al interés en las personas... poniendo el acento en la salud positiva como parte del desarrollo humano;
pasar de la actitud reactiva curativa a la actitud dinámica preventiva... paso de la enfermedad propiamente tal a los factores de riesgo que contribuyen al problema;
y
pasar del sector de salud a ser compartida entre muchos sectores... a influir en los factores externos relacionados con la salud.' (OMS 1995)

Un examen de lo publicado en inglés acerca de la ampliación de las competencias de las enfermeras revela tendencias comunes en el contexto mundial de la atención de salud, si bien en algunos países el acento se pone en aspectos distintos (Consejo nacional de las juntas estatales de enfermería 1996, Organización Mundial de la Salud 1996, Autoridad hospitalaria de Hong Kong 1997, CIE 1997, Proyecto nacional sobre competencias de la enfermería 1997, Cuarto informe de la Comisión Pew sobre profesiones de salud 1998, ECSACON 2000, Asociación de Enfermeras de Botswana 1999, Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda 2000)

Por ejemplo, la mayoría de los países señalan las consecuencias que en los servicios de salud ejercen:

- el cambio de su perfil demográfico y el aumento de la proporción de las personas mayores que ya han dejado de contribuir al producto nacional bruto del país, pero que dependen cada vez más del apoyo de los servicios de salud y sociales;
- la difusión de las enfermedades transmisibles; algunas de las cuales se creían erradicadas desde hace tiempo, y otras que son cada vez más virulentas;

- el aumento de algunas enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, diversas formas de cáncer y perturbaciones crónicas como la diabetes mellitus;
- el aumento de las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y el suicidio;
- el aumento de los accidentes, de las lesiones y de la violencia, incluidos los incidentes de importancia como las emergencias radiactivas, y los efectos de la guerra, los conflictos civiles y los desplazamientos masivos de personas;
- los efectos de las catástrofes naturales (OMS 1999b), como terremotos, sequías, hambrunas e inundaciones.

Algunas regiones, como el África Oriental, Central y Meridional, insisten en su creciente y renovada carga de enfermedades. Ponen de relieve en particular varios episodios graves de sequía y hambruna por los que la producción de alimentos ha sido escasa y el consiguiente estado de nutrición de las familias es deficiente, en especial el de los niños y el de las mujeres embarazadas. Asimismo ponen de manifiesto los índices de morbilidad y mortalidad excesivamente elevados a que da lugar la tuberculosis, a la que ahora se unen el VIH/SIDA, el cólera y el paludismo (ECSACON 2000). En algunos países de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (OMS1999a) y del Lejano Oriente (OMS 1995) puede verse un panorama similar. En muchos de los países más desarrollados del mundo occidental, las prioridades de la atención de salud se centran en torno al aumento de las enfermedades cardiovasculares, diversas formas de cáncer, las enfermedades mentales, los suicidios de jóvenes y los efectos de la violencia (Informe de la Comisión Pew sobre las profesiones de salud 1998, Departamento ejecutivo de salud de Escocia 2000, Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda 2000).

Como el panorama mundial es dinámico, también la atención de salud está en cambio permanente y ha de ser objeto de vigilancia constante para mejorar la salud de las poblaciones. Los profesionales de la atención de salud disponen de una corriente de nueva información, sostenida por el aumento de las comunicaciones electrónicas, la investigación y el desarrollo científicos, y la creciente base de pruebas relacionadas con la salud o la falta de ella. Esto plantea nuevos problemas. No solamente ha de formarse para el día de hoy a quienes ingresan en las profesiones de atención de salud, sino que ellos, junto con la actual fuerza de trabajo cualificada de la enfermería, han de comprometerse a continuar su formación y desarrollo profesional para estar preparados para actuar de manera competente en el mundo de mañana.

2.3 Contexto de la enfermería profesional

“La necesidad de la enfermería es universal” (CIE 2000b)

En todos los países, las enfermeras son miembros imprescindibles de los servicios de atención de salud. Su función y condición social, su formación, su estatus profesional, jurídico y reglamentario, y sus condiciones de trabajo son muy diferentes en las distintas partes del mundo. Lo que no cambia es la dedicación a los cuidados y al servicio de la humanidad.

El creciente reconocimiento de la importancia fundamental de las enfermeras en el equipo de atención de salud se demuestra en la Declaración de Munich (OMS 2000), que

apoyaron los ministros de sanidad de los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS, y que dice lo siguiente:

“Estamos convencidos de que las enfermeras... tienen unas funciones de gran importancia y cada vez mayores que desempeñar en las iniciativas que lleva a cabo la sociedad para abordar los actuales problemas de salud pública, y para asegurar la prestación de servicios de salud de gran calidad, accesibles, equitativos, eficientes y sensibles con los que se consiga mantener los cuidados y atender los derechos y las cambiantes necesidades de las personas.”

(OMS 2000)

Del mismo modo que la atención de salud no se da separadamente de las realidades políticas, económicas, sociales y culturales de cada país, el ejercicio de la enfermería está fuertemente influido por esas mismas realidades. Estas realidades forman el contexto en el cual se prestan los cuidados de enfermería en todos sus aspectos. Todos los factores, que se exponen en las dos secciones anteriores del presente capítulo, influyen en el contexto profesional de la enfermería.

Quizá la más fundamental de esas influencias es el cambio del *acento*, que pasa de la prestación de cuidados a los enfermos en situaciones hospitalarias de gravedad a la promoción de la salud y a la prestación de más cuidados en contextos de la comunidad y de atención primaria de salud. A este cambio viene a unirse la evolución de la tecnología de la salud, que da lugar a estancias hospitalarias más breves y a que un mayor número de personas con enfermedades graves pueda ser llevada a casa para recibir cuidados en la comunidad. Por otra parte, hay un movimiento simultáneo hacia el trabajo en equipos multisectoriales y multidisciplinarios.

Las enfermeras trabajan como miembros de esos equipos en pie de igualdad aunque, en tanto que generalistas, con una contribución propia y exclusiva que hacer. Cada vez más, los equipos y sus miembros individuales trabajan *en colaboración* con un público informado y capaz de discernir. Esta última situación se da en particular en los países en que el hombre de la calle es consciente de sus derechos en tanto que ciudadano y paciente, donde esas personas reciben ayuda de documentos que se distribuyen, como la Carta del paciente y la Carta del ciudadano, y tienen acceso fácil, generalmente por los medios de comunicación y por Internet, a un conocimiento actualizado sobre su estado de salud. La posesión de este conocimiento hace mayores las expectativas del consumidor y conduce a desafiar más frecuentemente el dominio y el paternalismo tradicionales de los profesionales de la atención de salud. El contraste se produce cuando la masa de la población no tiene acceso a la información, cuando el analfabetismo sigue siendo un problema grave, y cuando los derechos humanos no se respetan. Esta situación hace todavía mayor el abismo que separa a los que comienzan a estar capacitados para influir en su salud y en los cuidados de salud que reciben, y los que son receptores pasivos de un servicio de salud y de enfermería que quizá no satisface sus necesidades.

En su empeño por conseguir la eficiencia de los costos, las enfermeras se ven obligadas a demostrar unos elevados niveles de calidad de los cuidados que prestan, y que, siempre que es posible, están basados en pruebas. En el ambiente actual de contención de los

costos, pueden surgir dilemas éticos a consecuencia de las prioridades establecidas en los cuidados y del racionamiento de éstos. Las enfermeras han de poder reconocerlos y discutirlos, muchas veces en tanto que defensoras de los pacientes.

Otros aspectos esenciales del contexto de la enfermería son el imperativo de responder eficazmente y de manera inmediata y a medio y largo plazo a: las consecuencias de la guerra, el terrorismo y a la violencia de origen étnico, religioso o de género (Universidad del Ulster 2001, OMS 1999b); el incremento de la especialización contra la retención del '*carácter total de la enfermería*' (CIE1997:13); la introducción de la tecnología de salud, con inclusión de la teleenfermería, que capacita a las enfermeras para hacer evaluaciones de salud y, en algunos casos, recetar un tratamiento 'a distancia' o acceder a la ayuda de un especialista mediante las comunicaciones electrónicas; y el debate actual sobre el alcance de la práctica de la enfermera en el momento de su ingreso en la profesión (Milholland 2000). Otro aspecto importante es poder proporcionar cuidados culturalmente sensibles en nuestras sociedades cada vez más multiculturales (Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda 2000).

Habida cuenta de que '*el ejercicio de la enfermería seguirá sacudida en el torbellino de las fuerzas sociopolíticas, económicas y tecnológicas de la sociedad*' (CIE 1997:14), y que la profesión ha de tratar el cambio de modo dinámico, es imperativo que el CIE prepare y publique orientaciones sobre el desarrollo de competencias, junto con un marco de las competencias para la enfermera generalista. En el próximo capítulo se describe el proceso seguido para obtener ese marco.

Capítulo tercero:

Cómo se obtiene el Marco de competencias del CIE

En este capítulo se describe el procedimiento utilizado para obtener el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Aunque a lo largo de todo el capítulo se hace una referencia específica al Marco del CIE, el procedimiento *per se* puede aplicarse para obtener un marco de competencias para las enfermeras en cualquier país.

3.1 Principales pasos para obtener un marco de competencias

En el proceso de obtención de un marco de competencias, son esenciales varios pasos que se enumeran a continuación. Ha de señalarse que, para obtener el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista, ya se habían dado los tres primeros de esos pasos. El CIE, en su función de líder mundial, contrató a consultores para que preparasen dicho Marco de competencias. El CIE facilitó los recursos y dejó claro el propósito de la iniciativa, que consistía en dar orientaciones para los países que quisieran revisar o desarrollar su propio marco de competencias. Siguiendo la lista de los principales pasos, que figura a continuación, se explican todos los pasos, excepto los tres primeros.

Los principales pasos para obtener un marco de competencias son los siguientes:

- establecimiento de un Comité nacional de competencias de la enfermería, o equivalente, con una amplia representación de los principales interesados;
- provisión de recursos financieros y otros en apoyo de la iniciativa;
- aclaración de la finalidad de la iniciativa;
- selección de la definición de competencia;
- identificación de los documentos imprescindibles, entre ellos los siguientes:
- documentos de política internacional, por ejemplo los de la Organización Mundial de la Salud, del CIE y de la Organización Internacional del Trabajo;
- documentos nacionales y regionales, como encuestas y estadísticas del estado de salud de la población, prioridades actuales de la atención de salud y documentos de estrategias relacionados con los planes de prestación de atención de salud y de formación y destino de los profesionales de la atención de salud, entre ellos las enfermeras;
- principales documentos de base relacionados con la enfermería, por ejemplo la Ley y el Reglamento de enfermería, El Código deontológico, el Código de la práctica profesional y/o el Ámbito de la práctica profesional de la enfermería, y documentos de los organismos internacionales como el CIE y la OMS;
- una búsqueda bibliográfica de temas relacionados con las competencias de la enfermería, seguida de un análisis y un examen críticos de las publicaciones y de los documentos principales;
- preparación de un proyecto de marco de competencias;

- consulta con los principales interesados;
- revisión del proyecto del marco, seguida de la publicación y difusión del marco de competencias.

3.1.1 Definición de competencia

Hay muchas definiciones de competencia y, en algunos de los textos publicados, la palabra 'competencia' parece utilizarse como sinónimo del término 'norma' (Autoridad hospitalaria 1997, Asociación de Enfermeras de Botswana 1999, Consejo de Enfermería de Australia Inc. [ANCI] 2000). En las publicaciones sobre educación la competencia se describe en general en términos de resultados del aprendizaje. Las autoridades empleadoras y los dispensadores de atención de salud tienden a describir la competencia en relación con los resultados conseguidos por la persona en su función profesional. La Organización Internacional del Trabajo (OIT 2000) describe las competencias en relación con las funciones laborales en tres niveles de especificidad. La OIT describe las 'competencias fundamentales' como las competencias genéricas amplias que se esperan de todos los empleados, cualquiera que sea su grado o función en una organización; 'competencias de nivel' son las que se requieren del personal en grados o niveles determinados de antigüedad, y las 'competencias específicas del puesto de trabajo' son las más detalladas y de orientación más precisa.

Si bien las principales palabras o frases de las definiciones de competencia varían (Eraut 1998), en las publicaciones de enfermería hay un consenso general en el sentido de que la competencia se basa en una síntesis de varios elementos y *“que el todo es mayor que la suma de las partes”* (Proyecto nacional sobre competencias de la enfermería 1997). En las definiciones de enfermería, se da un acuerdo amplio de que, en el desempeño de las funciones de enfermería según las normas exigidas en el empleo, la competencia refleja lo siguiente:

- conocimientos, comprensión y juicio;
- un conjunto de capacidades - cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales; y
- una gama de atributos y actitudes personales.

La definición de competencia en que se basa este marco de las competencias internacionales para la enfermera generalista es:

“Un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio.” (CIE 1997:44)

3.1.2 Identificación de los principales documentos

La mayoría de los países tratan de seguir la política de la Organización Mundial de la Salud que tiende a fomentar la realización de las máximas posibilidades de salud para todos, y las políticas de la OMS específicas para su región. La mayoría de ellos tienen también, en sus marcos de reglamentación y legislación, publicaciones oficiales importantes para la prestación de cuidados de salud, y estrategias para la fuerza de trabajo. Muchos países tienen ya o están elaborando el marco jurídico y reglamentario dentro del cual ejercen las

enfermeras, códigos deontológicos y códigos de práctica profesional (UKCC 1992). El CIE revisa periódicamente su propio Código deontológico para las enfermeras y en la última edición se recoge el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista (CIE 2000b). Además, la posición del CIE y su Marco y directrices sobre reglamentación, ampliamente utilizados por los países que trataban de establecer o reformar su sistema reglamentario profesional, proporcionan una clara orientación en cuanto a la dirección que seguirá la reglamentación profesional en el futuro. (CIE 1986, CIE 1997). Todos estos documentos importantes han de utilizarse para dar forma al proceso de obtener las competencias de las enfermeras.

3.1.3 Búsqueda documental de los asuntos relacionados con las competencias de la enfermería, seguida de un análisis y un examen crítico

Hay numerosas publicaciones relacionadas con el concepto de competencia, la elaboración de marcos de competencias y su empleo en el contexto de la reglamentación profesional, la formación y el empleo.

Para contribuir al desarrollo del Marco de las competencias de la enfermería, que aquí se presenta, se hizo una búsqueda en varias bases electrónicas de datos de enfermería, de salud y de educación. Todas esas bases estaban en inglés. Por otra parte, el CIE aportó publicaciones. Asimismo, varias asociaciones nacionales de enfermeras que respondieron al cuestionario – véase el Apéndice dos – enviaron ejemplares en papel de las publicaciones de su país o dieron direcciones en la web.

Los objetivos concretos de la búsqueda documental eran los siguientes:

- identificar los marcos de competencias existentes;
- analizar y comparar esos marcos;
- sintetizar los resultados del análisis y establecer el marco de competencias internacionales para la enfermera generalista;
- indicar los procesos por los cuales se obtuvieron los diversos marcos de los países;
- identificar los principales factores contextuales que influyen o, en algunos casos, (Bellack y O'Neil 2000, Consejo de Enfermería de Nueva Zelandia 2000, Cuarto informe de la Comisión Pew sobre las profesiones de salud, 1998) era de esperar que influyeran en la prestación de la atención de salud y en el marco de competencias de la enfermería; e
- identificar los principales puntos fuertes y limitaciones de los marcos de competencias.

Del examen documental resultó que existían varios marcos de competencias, que se centraban exclusivamente en las competencias de la enfermera generalista o las incluían. (Asociación estadounidense de colegios de enfermería [AACN] 1998, Consejo de Enfermería de Australia Inc. [ANCI] 2000, Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional [ECSACON] 2000, Comisión Europea [CE] 1998, Eichelberger and Hewlett 1999, Autoridad hospitalaria de Hong Kong 1997, Proyecto nacional sobre competencias de la enfermería 1997, Consorcio de Nuevo México para el desarrollo de la fuerza de trabajo de enfermería 1998, Asociación de Enfermeras de Botswana 1999, Consejo de Enfermeras

de Australia Occidental 1996, Consejo de Enfermería de Nueva Zelandia 2000, Consejo nacional de salud y bienestar [Socialstyrelsen, Suecia] 1995, Asociación de Enfermeras de Trinidad y Tabago [sin fecha], Consejo central de enfermería, obstetricia y visitas de salud del Reino Unido 2000). El Cuarto informe de la Comisión Pew para las profesiones de salud (O'Neil y la Comisión Pew para las profesiones de salud 1998) establecieron veintiuna competencias para el siglo XXI, que eran aplicables a todos los profesionales de atención de salud.

En las publicaciones aparecieron diversos procedimientos diferentes para obtener los marcos de competencias y llegar a consenso. Estos métodos iban desde consultas relativamente breves aunque de gran alcance durante un periodo de algunos meses, (UKCC 2000) hasta importantes proyectos de investigación, de ámbito nacional, de hasta tres años (NNCP 1997). En muchos países se establecieron grupos de dirección sobre competencias nacionales, o sus equivalentes, con la participación de una amplia diversidad de interesados. Entre éstos figuraban, por ejemplo, enfermeras en ejercicio, directivos, empleadores, formadores, investigadores, representantes de profesiones relacionadas, como asistentes sociales, asociaciones nacionales de enfermeras, sindicatos, pacientes y cuidadores, investigadores, representantes de la profesión jurídica y funcionarios de la administración y ministros. El Consejo de Enfermería de Nueva Zelandia (2000) recurrió a una empresa internacional de consultoría de dirección para que llevase a cabo amplias consultas, con la representación de los dos principales grupos de las minorías étnicas del país. Se adoptaron numerosos modos innovadores de realizar las consultas y buscar el consenso. En algunos proyectos se utilizaron sitios web. En Botswana, país en el que la asociación nacional de enfermeras (Asociación de Enfermeras de Botswana 1999) preparó un proyecto de normas para el ejercicio de la enfermería (como requisito previo a su propósito de llevar adelante la preparación de las competencias), la asociación difundió ampliamente información, haciendo un esfuerzo especial para conseguir observaciones y comentarios del público en general al publicar las normas en los periódicos del país. La Organización Mundial de la Salud (1996) recurrió a un Comité internacional de expertos, representativo de las seis regiones de la organización, para llevar a cabo la labor de esbozar unas “actividades de la enfermería”, que eran similares a las competencias.

En el proceso de obtener las formulaciones de las competencias y llegar a un consenso sobre cuáles eran las competencias esenciales, se recurrió a cuestionarios postales, a grupos especiales y a las técnicas de Delphi normales o modificadas.

3.1.3(a) Ventajas de los marcos de competencias

En los documentos escritos se citaron varias ventajas importantes para obtener o utilizar marcos de competencias (Eraut 1994 y 1998, McAllister 1998). Se dijo que esos marcos:

- dan una idea clara de la función y responsabilidades de la enfermera;
- conforman el proceso de asegurar la protección del público;
- facilitan la libre circulación de las enfermeras en todo el mundo y, por tanto, a través de las fronteras nacionales;
- constituyen una base para el establecimiento de normas;
- fomentan la responsabilidad profesional, individual y colectiva;

- aclaran la contribución de la enfermera en relación con la contribución de los profesionales de salud y de otros profesionales dentro del equipo multidisciplinario;
- constituyen una base para el diseño de los planes de estudios de enfermería y de los procedimientos de evaluación en contextos teóricos y de la práctica, con los que se conseguirá no solamente que las enfermeras estén formadas y preparadas para hacer frente a las necesidades corrientes de cuidados de enfermería y salud de su país, sino que estén dedicadas a mantener su competencia;
- ayudan a especificar las expectativas profesionales relacionadas con las funciones de enfermería; y
- constituyen uno de los fundamentos para establecer criterios de resultados, específicos del puesto de trabajo.

Por consiguiente, los marcos de competencias tienen una amplia utilidad para la reglamentación profesional, la garantía de la calidad, la revisión de la formación, la contratación y ubicación de la fuerza de trabajo de enfermería, y en el perfeccionamiento de las funciones y las especificaciones de los puestos y en la evaluación de los resultados.

3.1.3(b) Limitaciones de los marcos de competencias

Las obras publicadas revelaron también que los marcos de competencias tienen ciertas limitaciones (Chapman 1999). La crítica más frecuente de esos marcos es que son reduccionistas, tienden a centrarse en tareas o comportamientos discontinuos, no reflejan la importancia del contexto en el que tiene lugar el ejercicio de la enfermería, y no reflejan la naturaleza integradora y total de la enfermería; es decir, que el todo es mayor que la suma de las partes (OMS 2001). No puede dudarse de que, cuando los marcos se derivan del análisis de los trabajos y funciones o de las capacidades y tareas de las funciones de la enfermería esta crítica es válida. Esas listas de competencias tienden a ser largas y muy detalladas, tienden a insistir demasiado en las capacidades y a dar escasa importancia a las diversas formas de conocimiento subyacentes al ejercicio profesional competente. Puede ser también que no lleguen a reconocer suficientemente los atributos personales que la enfermera competente debe tener y ser capaz de demostrar. Puede haber situaciones en las que estén justificadas esas competencias detalladas específicas de un puesto de trabajo. Sin embargo, la función compleja e integradora de la enfermera profesional se refleja más precisamente en declaraciones genéricas, como las que se encuentran en el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.

3.1.4 Obtención del proyecto de Marco de competencias del CIE

Los consultores examinaron de manera independiente todos los documentos pertinentes, los sometieron a un detenido examen de contenido y los compararon. Teniendo en cuenta todo esto, los marcos de las competencias de enfermería se dividieron en tres grupos principales. Fueron los siguientes:

- marcos escritos primordialmente en el contexto de la legislación o la reglamentación nacional de enfermería existentes. En ellos, las competencias se agrupaban generalmente en varios sectores o 'campos' de la práctica y se exponían en términos amplios y generales;

- marcos relacionados con los programas de formación de las enfermeras y la elaboración de planes de estudios. En ellos, las competencias se exponían en forma de resultados del aprendizaje de determinados módulos o materias del programa, en algunos casos con los correspondientes criterios de resultados; y
- marcos diferenciados por el nivel o por la preparación formativa del que ocupa el puesto – por ejemplo, por un auxiliar de atención de salud y de enfermería, una enfermera especialista, o una enfermera de práctica avanzada, y por la formación en los niveles de diploma, título de auxiliar, título medio universitario, título de licenciado y doctorado.

El Marco de las competencias internacionales para la enfermera generalista adopta el **primer** formato. Las competencias son suficientemente amplias para poder ser de aplicación internacional, y suficientemente concretas para que puedan aplicarse en los países para dar orientación en cuanto a las funciones y el ámbito del ejercicio de la enfermería dentro de los marcos actuales, legislativo y reglamentario, del país. Las competencias se han agrupado en tres títulos:

- práctica profesional, ética y jurídica
- prestación y gestión de cuidados
- desarrollo profesional.

De un total de más de 300 competencias extraídas de los documentos, se preparó una serie de seis proyectos de marcos. En cada uno de los proyectos siguientes se perfilaron las declaraciones de competencias para aclarar los términos, cerciorarse de que no había omisiones, y eliminar repeticiones. De este proceso se obtuvieron las 98 competencias del proyecto de Marco del CIE para la enfermera generalista.

3.1.5 Cuestionario para las asociaciones nacionales de enfermeras

Los consultores sabían que algunos países ya poseían marcos legislativos y éticos para la enfermería bien establecidos, y habían publicado declaraciones acerca del ámbito del ejercicio y las competencias de la enfermería. Otros estaban en proceso de hacerlo, y un tercer grupo de países todavía estaba en una fase inicial de su elaboración. Otro grupo no había empezado esta labor. Después de un primer examen de lo publicado, y tratando de identificar el trabajo en curso relacionado con las competencias, los consultores prepararon un cuestionario. El CIE lo distribuyó a las asociaciones nacionales de enfermeras en enero de 2001. El cuestionario y la respuestas, junto con la lista de los que respondieron, se presentan en el Apéndice dos. Si bien el índice de respuesta fue bajo, de este ejercicio se obtuvo información valiosa, pues algunas de las asociaciones de enfermeras adjuntaron ejemplos del marco de competencias o de las normas de enfermería de su propio país. Una minoría de las ANE que respondieron, comunicaron que en sus países existían las competencias para la enfermera. Varias indicaron que los correspondientes trabajos estaban en curso.

3.1.6 El proceso de consultas sobre el proyecto del Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista

3.1.6(a) La primera fase de las consultas

Los consultores presentaron al CIE el primer proyecto del Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista a finales de marzo de 2001. El 5 de abril, el CIE lo envió, para fines de consultas, a su Junta Directiva, a las asociaciones nacionales de enfermeras miembros de la Red de reglamentación, y a otras personas interesadas. Se pidió a todos que enviaran su respuesta el 22 de abril a más tardar. Varios de los que respondieron solicitaron una prórroga de este plazo, que fue concedida. La nueva fecha límite era el 11 de mayo, y para esa fecha se recibieron más respuestas. (Véase en el Apéndice tres la lista de los que respondieron a esta fase de la consulta.) Se pidió a la Junta Directiva del CIE que abordara las cuestiones siguientes:

- si es coherente con la misión, la visión, los valores y las metas estratégicas del CIE;
- si tiene carácter internacional o tiene posibilidades de conseguirlo;
- si es capaz de ampliar los resultados de la enfermería o del CIE y de hacer avanzar el programa del CIE;
- si necesita más atención; y, en caso afirmativo, si es mejor que la preste el CIE u otro grupo;
- si redundaría en interés de los miembros del CIE; y
- si tiene el CIE recursos suficientes.

A todos los demás que respondieron se pidieron comentarios y observaciones sobre el proyecto de Marco de competencias del CIE, el procedimiento utilizado por los consultores para obtener las competencias, el modelo que recomendaban para aplicar el Marco de competencias del CIE en el país (identificando cualesquiera otras competencias específicas del país), y la importancia mundial de las influencias del contexto citadas en el informe de los consultores. También se recibieron con agrado sugerencias para utilizar el Marco en los distintos países.

3.1.6(b) Análisis de las respuestas a la primera fase de las consultas

En conjunto, las respuestas a las consultas fueron muy positivas. Se recibieron observaciones de todo el mundo, de países en los que las enfermeras trabajan en contextos muy diferentes y donde los sistemas de atención de salud y las prioridades son considerablemente distintos.

Desde la Junta Directiva del CIE hubo una respuesta unánimemente positiva y no hubo indicación de que se precisara más atención. Se afirmó que las competencias son coherentes con la misión, la visión, los valores y las metas estratégicas del CIE.

Se recibió un número considerable de útiles observaciones de las asociaciones nacionales de enfermeras miembros de la Red de reglamentación del CIE, y de otras personas interesadas. Esas observaciones iban desde la plena aceptación del documento hasta respuestas positivas en conjunto, pero también planteaban preguntas útiles. Por ejemplo, había preguntas acerca de la terminología y las definiciones, la formulación de algunas de las competencias, la relación entre las competencias y las normas del ejercicio de la enfermería,

y el proceso y amplitud de la consulta. También se hicieron diversas sugerencias de forma, entre ellas, por ejemplo, que se incluyera el Código deontológico del CIE como apéndice del documento final. Algunas de las observaciones eran de carácter general y otros eran muy detalladas. Las respuestas de las asociaciones nacionales de enfermeras procedían de países que tenían marcos de competencias en vigor, de otros se hallaban en proceso de elaborar esos marcos y de países que no los tenían. La mayoría de los países que tenían dichos marcos formularon observaciones sobre la buena adaptación de éstos con el Marco de competencias internacionales propuesto por el CIE. En ningún caso se dijo que el proyecto de Marco de competencias del CIE estuviera en conflicto con los marcos de competencias de los países. Los países que no habían elaborado todavía un marco de competencias recibieron con agrado la iniciativa del CIE y el apoyo que, en su opinión, prestaría en ellos a la enfermería la aplicación de ese Marco.

3.1.6(c) Medidas adoptadas después de la primera fase de las consultas

Después del análisis de todas las respuestas dadas a la primera fase de las consultas, los consultores prepararon un informe provisional en el que se identificaba la necesidad de los tres principales tipos de actuación. Eran los siguientes:

- una segunda fase de consultas para poder debatir más a fondo las cuestiones pendientes de la primera fase de la consulta;
- las medidas que habrían de adoptar directamente los que intervenían en las consultas;
- las cuestiones que habría de abordar el CIE.

3.1.6(d) La segunda fase de las consultas

La segunda fase de las consultas tuvo lugar en la reunión de la Red de reglamentación durante el Congreso del CIE celebrado en junio de 2001, en Copenhague, Dinamarca. En la reunión, que adoptó la forma de un seminario, se presentaron las cuestiones y preguntas principales que, en la consulta con las asociaciones nacionales de enfermeras, se había visto que necesitaban debatirse más. Todos los asistentes habían recibido el Informe provisional de los consultores. A una breve introducción hecha por Fadwa Affara siguió una breve presentación, hecha por dos consultores, con un resumen de los trabajos realizados hasta el momento y una explicación de las tareas pendientes. Se invitó a los participantes en el seminario (50) – véase el Apéndice cuatro – a trabajar en grupos y a facilitar a los consultores una nota escrita con sus observaciones acerca de las preguntas que se indican a continuación:

- Dada la ya antigua incoherencia en el empleo de los términos 'normas' y 'competencias', ¿qué definiciones pueden aceptarse como adecuadas y pertinentes para este documento? Dé ejemplos.
- Concretamente en relación con el Marco de competencias del CIE, y teniendo en cuenta que el Marco expone lo que puede esperarse de la enfermera generalista al comenzar a ejercer su profesión:
 - i) ¿Debe incluirse la competencia en los cuidados de los refugiados y víctimas de la guerra y de la tortura? Nota: Quizá no es posible que las enfermeras de los países que están en paz adquieran práctica en estos sectores.

- ii) ¿Debe incluirse la competencia en el uso de la tecnología de la salud y la teleenfermería? Nota: Esta evolución, aunque tiene carácter mundial, se encuentra en fases muy diferentes en los distintos países.
- iii) En relación con las capacidades de dirección y organización, la consulta reveló opiniones muy distintas sobre las competencias requeridas, por ejemplo para la dirección de unidades/salas y para la gestión del personal. ¿Qué puede esperarse que sea capaz de hacer la enfermera generalista al empezar a ejercer su profesión?
- ¿Qué expectativas tienen los miembros del grupo en relación con la aplicación del Marco de competencias internacionales en los países?

3.1.6(e) Medidas adoptadas directamente por los consultores

En relación con las definiciones de 'normas' y 'competencias', era evidente que seguía habiendo gran confusión, pues los grupos de los seminarios ofrecieron definiciones contradictorias entre sí. Por ello se añadió al Glosario una nueva definición de 'normas': la definición de la Organización Internacional de Normalización. Sin embargo, en vista de la multitud de definiciones de los términos 'competencia' y 'competencias' existente en las publicaciones en el idioma inglés, se prefirió la definición del CIE utilizada en el documento original.

Los miembros del grupo estimaron que debían retenerse las tres competencias de que se trataba, y se presentaron diversas variaciones de la formulación de esas competencias. La nueva formulación se ha incorporado en parte.

En la mayoría de las respuestas sobre la aplicación en los países, se insistía en que debía dejarse claro que el Marco de competencias del CIE tiene por objeto servir de orientación a los países. Ésta ha sido la intención del CIE desde el principio de la iniciativa y así se ha subrayado también en el documento.

Uno de los grupos puso en duda la validez de las competencias incluidas en el Marco del CIE. La validez se basa en el hecho de que las competencias se obtuvieron de una amplia búsqueda en lo publicado y de un análisis de los marcos existentes. Después las competencias se modificaron a consecuencia de los procesos de consultas.

Los participantes en las consultas revisaron y consolidaron el documento, tomando en consideración las respuestas dadas a ambas fases de las consultas. Dejaron bien claras la condición y la finalidad del documento, e introdujeron otras definiciones de términos importantes, en particular los relativos a la enfermera generalista. Asimismo, ampliaron el Glosario e insistieron aún más en la relación entre competencia y ejercicio profesional seguro, para mejorar la protección del público. También se abordaron aspectos de redacción y la incorporación del Código deontológico, del CIE (CIE 2000b) como Apéndice. El documento y el Marco de las competencias internacionales para la enfermera generalista se presentó al CIE antes del fin de julio de 2001.

3.1.6(f) Cuestiones abordadas por el CIE

En las consultas se plantearon varias cuestiones que precisaban aclaración. La posición del CIE sobre estos asuntos es la siguiente:

- El Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista tiene por objeto servir de orientación a los países. Sin embargo, el CIE utilizará ese Marco en el plano internacional como instrumento para negociar con organismos internacionales como la OMS y la OMC, en representación de los intereses de la enfermería.
- El documento final estará disponible en los tres idiomas oficiales del CIE, es decir, en español, francés e inglés.
- La información sobre el Marco y los documentos de acompañamiento se difundirán por todas las vías de comunicación del CIE, entre ellas las asociaciones nacionales de enfermeras miembros del CIE, otras personas e instituciones que figuren en las listas postales del CIE, las redes, los boletines y el sitio web del CIE. Además se añadirá a la lista de las publicaciones del CIE y figurará en la Librería del CIE en Internet.
- El CIE seguirá trabajando con las asociaciones nacionales de enfermeras y otros colaboradores para ayudar y contribuir a capacitar a la enfermería cuando sea necesario para aplicar el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.
- El CIE examinará periódicamente el Marco.

3.1.6(g) La tercera fase de las consultas

En septiembre de 2001, el CIE volvió a publicar el Marco de competencias para la enfermera generalista para fines de consultas con su Junta Directiva, con las asociaciones nacionales de enfermeras, con los miembros de la Red de reglamentación, y con otras personas interesadas. Se pidió a los encuestados que se centraran en los Capítulos cuarto y quinto. En relación con el Capítulo cuarto – el Marco de competencias del CIE – se les pidió que hicieran comentarios sobre su importancia, claridad, totalidad y utilidad. En relación con el Capítulo quinto, se pidió a los encuestados que hicieran comentarios sobre el modelo para la aplicación del Marco del CIE. Se pidió que las respuestas llegasen el 14 de octubre de 2001 a más tardar.

3.1.6(h) Análisis de la tercera fase de las consultas; medidas adoptadas

Se recibieron veintinueve respuestas. Doce de los que respondieron habían participado en consultas anteriores. Algunos países dieron respuestas de más de una jurisdicción/organización en un documento recopilado.

Los consultores y el CIE examinaron todas las respuestas detalladamente y de modo independiente. Ambas partes estuvieron de acuerdo en las enmiendas finales.

En el Capítulo cuarto se presenta el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.

Capítulo cuarto:

Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista

El Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista se ha derivado del análisis de los marcos de competencias actualmente existentes y publicados (Parr. 3.1.3) y se ha perfilado recurriendo a las respuestas recibidas de la amplia consulta internacional (Parr. 3.1.6). El Marco del CIE refleja no sólo las opiniones de muchas enfermeras de todo el mundo y de muchas culturas diferentes, que han diseñado esos marcos, sino también las experiencias de quienes los están utilizando actualmente.

El Marco del CIE se refiere a la enfermera generalista que trabaja con las personas, familias y comunidades en diversos contextos de atención de salud institucionales y de la comunidad, en colaboración con otros dispensadores de salud y de atención social.

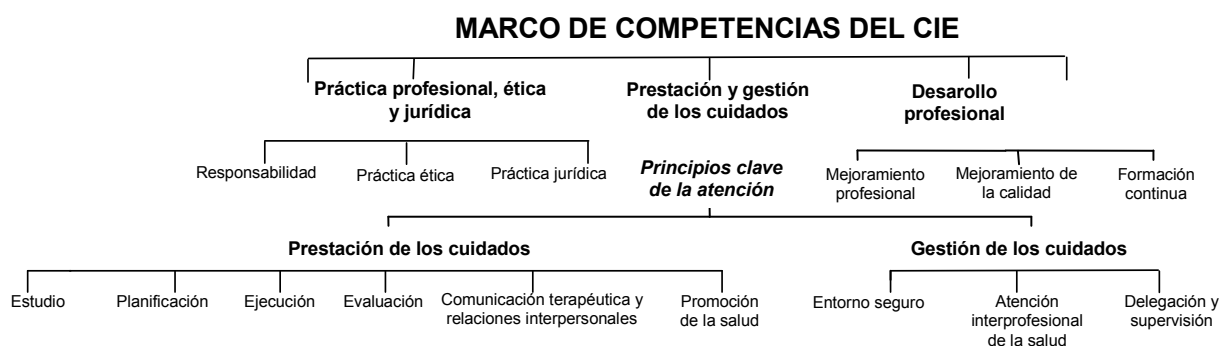
Las competencias del CIE para la enfermera generalista se agrupan en tres capítulos:

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

En la Figura 2 se da una visión general del Marco de competencias, con los principales títulos y subtítulos.

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

Figura 2. Visión general del Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista



1 PRÁCTICA PROFESIONAL, ÉTICA Y JURÍDICA

1.1 Responsabilidad

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

1.2 Práctica ética

- a. Ejerce de manera conforme con el Código deontológico del CIE (2000).
- b. Participa eficazmente en la adopción ética de decisiones.
- c. Actúa en funciones de defensa para proteger los derechos humanos, como se describe en el Código deontológico del CIE (2000).
- d. Respeta el derecho del paciente/cliente al acceso a la información.
- e. Asegura el secreto y la seguridad de la información oral o escrita que haya adquirido en funciones profesionales.
- f. Respeta el derecho del paciente/cliente a la privacidad.
- g. Respeta el derecho del paciente/cliente a elegir y decidir por sí mismo en las cuestiones de enfermería y de atención de salud.
- h. Trata de mejorar adecuadamente las prácticas de atención de salud que puedan poner en peligro la seguridad, privacidad o dignidad del paciente/cliente.
- i. Identifica las prácticas inseguras y adopta las medidas adecuadas.

- j. Reconoce sus propias creencias y valores y el modo en que ellos pueden influir en la prestación de los cuidados.
- k. Respeta los valores, costumbres, creencias morales y prácticas de las personas y de los grupos.
- l. Al dispensar los cuidados tiene en cuenta la cultura del paciente.
- m. Demuestra comprensión de las dificultades de la adopción ética de decisiones y del establecimiento de prioridades para los cuidados en situaciones de guerra, violencia, conflicto y catástrofes naturales.

1.3 Práctica jurídica

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

2. PRESTACIÓN Y GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

2.1 Principios clave de la prestación y la gestión de la atención

- a. Aplica en el ejercicio de la enfermería los conocimientos y capacidades pertinentes.
- b. Incorpora en el ejercicio profesional las conclusiones de la investigación válidas y pertinentes, y otras pruebas.
- c. Inicia y aborda el debate sobre la innovación y el cambio en la enfermería y en la atención de salud.
- d. Aplica el pensamiento crítico y las capacidades de solución de problemas.
- e. Aplica el juicio clínico sólido y la adopción de decisiones en toda la gama de los contextos profesionales y de atención de salud.
- f. Da las razones de los cuidados de enfermería prestados.
- g. Establece prioridades en su trabajo y gestiona el tiempo eficazmente.
- h. Demuestra comprensión del proceso de defensa.
- i. Actúa como recurso para las personas, familias y comunidades cuando éstas se enfrentan a los cambios de la salud, a las discapacidades y a la muerte.
- j. Presenta la información de manera clara y sucinta.
- k. Interpreta con precisión los datos objetivos y subjetivos y su importancia para la prestación segura de los cuidados.
- l. Demuestra comprensión de la planificación para los casos de catástrofes.

2.2 Prestación de los cuidados

2.2.1 Promoción de la salud

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

2.2.2 Estudio

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

2.2.3 Planificación

- a. Formula un plan de cuidados, si es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- b. Consulta con los miembros pertinentes del equipo de salud y de atención social.
- c. Se cerciora de que los pacientes/clientes y los dispensadores de cuidados reciben información (y la entienden) sobre la que pueden fundar el consentimiento para los cuidados.
- d. Recurre a un defensor cuando el paciente/cliente y los dispensadores de atención solicitan apoyo o tienen capacidades limitadas de adopción de decisiones.

- e. Establece prioridades para los cuidados, siempre que es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de atención de salud.
- f. Identifica los resultados previstos y el marco temporal para conseguirlos o examinarlos en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- g. Examina y revisa periódicamente el plan de cuidados, cuando es posible en colaboración con los pacientes/clientes y con los dispensadores de cuidados.
- h. Documenta el plan de los cuidados.

2.2.4 Ejecución

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

2.2.5 Evaluación

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

2.2.6 Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales

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

- g. Demuestra conciencia de la evolución tecnológica y de las aplicaciones locales en el campo de la tecnología de la salud.

2.3 Gestión de los cuidados

2.3.1 Entorno seguro

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

2.3.2 Atención interprofesional de salud

- a. Aplica el conocimiento de prácticas de trabajo interprofesionales eficaces.
- b. Establece y mantiene relaciones de trabajo constructivas con la enfermería y los demás compañeros.
- c. Contribuye a un eficaz trabajo en equipo multidisciplinario manteniendo relaciones de colaboración.
- d. Valora las funciones y capacidades de todos los miembros de los equipos de atención de salud y de cuidados sociales.
- e. Participa con los miembros de los equipos de salud y de atención social en la adopción de las decisiones relativas a los pacientes/clientes.
- f. Revisa y evalúa los cuidados con los miembros de los equipos de atención salud y de cuidados sociales.
- g. Toma en consideración las opiniones de los pacientes/clientes y de los dispensadores de salud cuando las decisiones se adoptan en el equipo interprofesional.

2.3.3 Delegación y supervisión

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

3. DESARROLLO PROFESIONAL

3.1 Mejoramiento profesional

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

3.2 Mejoramiento de la calidad

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

3.3 Formación continua

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

En el próximo capítulo se presenta un modelo para aplicar el Marco de competencias y para identificar éstas.

Capítulo quinto:

Modelo para la aplicación del Marco de competencias del CIE

En este capítulo se ofrecen sugerencias para aplicar en los países el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista y se incluye un modelo para identificar esas competencias. Es importante señalar que **se trata de sugerencias o directrices**. Cuando un país tenga ya un marco de competencias adecuado a las necesidades de su enfermería y que se someta a examen periódicamente, se ofrecen dos posibilidades de actuación. Primera, puede ser que el país y su asociación nacional de enfermería deseen comparar sus competencias y adaptarlas a las del CIE, pero quizá no quieran hacer nada más. Segunda, puede ser que el país y su asociación nacional de enfermería quieran revisar sus competencias para armonizarlas con el Marco del CIE. El material del presente capítulo tiene por objeto prestar asistencia a los países cuando ellos y sus asociaciones nacionales de enfermeras están en el proceso de desarrollar un marco de competencias, o todavía no lo ha hecho. El CIE espera también prestar apoyo a las asociaciones nacionales de enfermeras que pidan asesoramiento para crear su marco de competencias.

El CIE desea que la profesión de enfermería y las autoridades de reglamentación empleen este Marco de competencias de la enfermera generalista para elaborar o revisar las definiciones, especialmente las relacionadas con el ámbito del ejercicio de la profesión. Por otra parte, los docentes pueden utilizarlo para elaborar o modificar los planes de estudios para los programas que preparan a las enfermeras para su entrada en el ejercicio de la profesión. Todas las enfermeras pueden emplearlo como instrumento para formular normas para el ejercicio profesional. El CIE, en virtud de su función de liderazgo de la enfermería en el mundo, espera también que el Marco sea utilizado para orientar futuros acuerdos de reconocimiento mutuo y programas de licencia en múltiples países. Las asociaciones nacionales de enfermeras, con los órganos reglamentarios de la enfermería (si los hubiere) y los principales interesados, se interesarán en la medida en que las enfermeras de su país, al cualificarse para comenzar a ejercer, han conseguido esas competencias del CIE y cualesquiera otras competencias específicas del país que se consideren necesarias.

La medida en que el Marco de competencias se adopte en los distintos países dependerá de la fase de desarrollo de las competencias para las enfermeras en ese país. Del examen documental y de la consulta sobre el proyecto de marco de competencias para la enfermera generalista quedó claro que los países y sus asociaciones nacionales de enfermeras se encuentran en una de las tres fases siguientes:

- países en los que el desarrollo de las competencias de las enfermeras está bien establecido y que disponen de sistemas para aplicar el ejercicio profesional basado en las competencias, la formación y la gestión, y tienen, además, disposiciones para exámenes periódicos.

- países en los que el desarrollo de las competencias para las enfermeras progresa: Ese grupo abarca una amplia diversidad de países y en él se incluyen algunos que se encuentran en una fase avanzada y otros que se hallan en una fase muy inicial.
- países en los que el desarrollo de competencias no existe ni se ha estudiado todavía el concepto de competencia de la enfermería.

En los países en los que existen las competencias, la opción de revisarlas en función del Marco del CIE es una posibilidad. El CIE acepta que algunos países se contentarán con su marco actual de competencias, y con sus procedimientos para revisarlo y actualizarlo, y no desearán hacer nada más. Para los otros dos grupos de países, el presente capítulo puede utilizarse, junto con un proyecto específicamente orientado, para guiarlos en la aplicación del marco de competencias y para añadir cualesquiera competencias específicas para el país, que resulten necesarias.

Además, el Marco proporciona dirección y orientación en otros sectores del desarrollo de la enfermería. Los docentes pueden utilizarlo para elaborar o revisar planes de estudios para los programas que preparan a las enfermeras para entrar en el ejercicio de su profesión. Todas las enfermeras pueden utilizarlo como instrumento al formular normas para el ejercicio profesional. La profesión de enfermería y las autoridades de reglamentación pueden consultar el Marco del CIE para elaborar o modificar las definiciones, especialmente las relacionadas con el ámbito de la práctica profesional, y como guía para futuros acuerdos de reconocimiento recíproco y programas de licencia en múltiples países.

5.1 Aplicación en los países que tienen competencias para las enfermeras y que desean adoptar el Marco del CIE

El Comité nacional de competencias de la enfermería, o el órgano equivalente, debe reconstituirse con una amplia participación de todos los interesados. Los miembros del Comité deberán examinar el Marco de competencias del CIE junto con sus propias competencias actuales. Deberán preparar después una amplia consulta sobre las competencias del CIE y revisarlas en su Comité nacional. A todos cuantos se consulte debe facilitarse información sobre los motivos del desarrollo de las competencias del CIE, para que entiendan la condición y la finalidad del documento, por qué se han elaborado las competencias y cuál es la relación de éstas con las competencias actualmente existentes en el país. Teniendo en cuenta los resultados de la consulta, y cuando se considere necesario y factible, las competencias en los países deben armonizarse con las competencias del CIE, han de retenerse las competencias adicionales de los países, y el marco resultante ha de difundirse ampliamente en el país. Todas las disposiciones necesarias para la aplicación y el examen periódico han de seguir los procedimientos vigentes en el país para aplicar y revisar periódicamente sus competencias actuales. Debe facilitarse al CIE información sobre todo el proceso.

5.2 Aplicación en los países en que no existen competencias para las enfermeras

Las publicaciones y el proceso de las consultas pusieron de manifiesto varios pasos importantes en los diversos modos en que las competencias se habían desarrollado o estaban desarrollándose y aplicándose en los distintos países. Esos pasos se han expuesto en el Capítulo tercero, en el que se describe el proceso para obtener el Marco de competencias del CIE. Se exponen aquí en la forma de un modelo paso a paso para aplicar el Marco del CIE y para identificar otras competencias específicas de los países si éstas se desean. Se insiste en que probablemente ningún modelo único se adaptará a todos los países y a todas las asociaciones nacionales de enfermeras. Es de esperar que el modelo que aquí se sugiere proporcione orientación útil a los países que desean ayuda en el proceso de aplicación del Marco del CIE y para identificar y desarrollar otras competencias.

5.2.1 Establecimiento de un comité (o grupo) nacional de competencias de la enfermería

La función de dirección en el establecimiento de este Comité o Grupo corresponderá a la asociación nacional de enfermeras. Sin embargo, en algunos países en los que hay una legislación de enfermería y un órgano reglamentario de la enfermería, este órgano puede encargarse de esa función o pueden desempeñarla conjuntamente ese órgano y la asociación nacional de enfermeras. Deben ser miembros de ese Comité, como mínimo, representantes de quienes dispensan atención de enfermería, imparten formación de enfermería, o se dedican a la gestión y dirección de enfermería y, cuando sea posible, representantes de la investigación de enfermería. Al tiempo que se mantiene óptimo el número de los miembros del Comité para que su labor sea eficaz, es aconsejable incluir a representantes de otros interesados y a miembros del público en general.

5.2.2 Aportación de recursos financieros y otros en apoyo de la iniciativa

Deben asignarse un presupuesto y unos recursos de personal adecuados.

5.2.3 Aclaración de la finalidad y los usos del Marco del CIE

La finalidad perseguida y el modo en que el Marco del CIE va a utilizarse han de exponerse claramente e interpretarse en el contexto específico del país.

5.2.4 Interpretación del contexto nacional

Deben analizarse los factores principales del contexto de un país o región, por ejemplo las prioridades concretas de la atención de salud, la configuración de la fuerza de trabajo y la sensibilidad a las diferencias culturales. Los pasos siguientes han de tomarse a la luz de ese análisis.

5.2.5 Revisión de las definiciones y del Marco del CIE

Es esencial revisar las definiciones del CIE de enfermera, de enfermería, y de enfermera generalista en el contexto nacional, y revisar también el Código deontológico del CIE: todos ellos están a la base del Marco de competencias del CIE. Con esto se conseguirá que todas éstas sean compatibles con las definiciones dadas en el país de esos términos clave y con el Código deontológico de la enfermería del país. Después, es importante examinar si son necesarias otras competencias específicas para el país. Si éstas se consideran necesarias, deben ser compatibles con las competencias del CIE para la enfermera generalista, para facilitar el desarrollo uniforme de la profesión dispensando unos cuidados de enfermería de alta calidad. Por otra parte, se estima que con el Marco del CIE se facilitará la libertad de movimiento de las enfermeras y, en definitiva, se contribuirá al establecimiento de acuerdos de reconocimiento mutuo. Sin embargo, en todo momento debe tenerse presente que el Marco de competencias del CIE es una directriz que ha de considerarse teniendo en cuenta el contexto de cada país.

5.2.6 Examen de las publicaciones pertinentes

Ese examen es importante para incluir todo lo publicado en el primer idioma del país.

5.2.7 Preparación del proyecto de marco de competencias

El proyecto del marco debe hacerse de manera que incluya el Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista, con todas las demás competencias que sean propias del país.

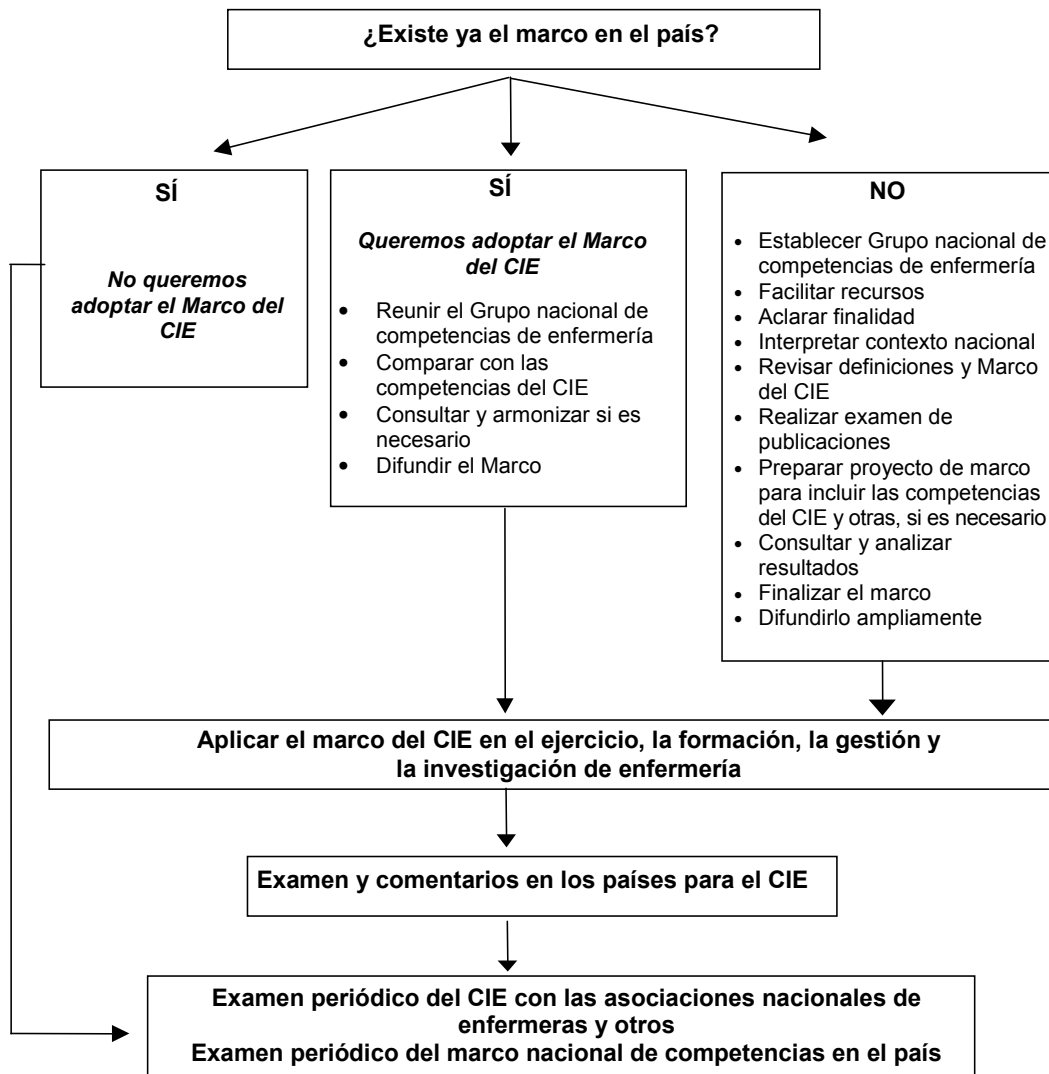
5.2.8 Consultas

El proyecto de Marco de competencias, y los motivos para su preparación, deben difundirse ampliamente para consultas. Para incluirlos en él debe tenerse en cuenta a diversos interesados, por ejemplo los elaboradores de las políticas, miembros del poder legislativo, empleadores, sindicatos, docentes, investigadores, médicos, pacientes/clientes, dispensadores de cuidados y otros miembros de la comunidad. Se ha sugerido que *'los médicos, y no las administraciones, los empleadores o un grupo limitado de 'expertos', son los que deben controlar en último término el desarrollo de las competencias para conseguir que sigan el ritmo del mundo del ejercicio profesional'*. (Sutton and Arbon 1994:391) Sin embargo, puede ser que los médicos reflejen las realidades corrientes de la práctica profesional a costa de metas futuras y de intenciones profesionales. Por ello es importante consultar ampliamente acerca de la identificación, el uso y la revisión de los marcos de competencias. En esas consultas deben tomarse en consideración no sólo los problemas actuales de la enfermería, sino también las predicciones para el futuro del trabajo de la profesión en el equipo multidisciplinario y cada vez más multisectorial de la atención de salud y en otras colaboraciones pertinentes.

5.2.9 Análisis de los resultados de las consultas y preparación del marco del país

Los resultados de las consultas deben ser comparados, analizados y examinados por el Comité nacional de competencias de la enfermería, que decidirá las revisiones adecuadas del marco de competencias del país. Se preparará el marco de competencias definitivo del país, en el que debe incorporarse el Marco de competencias del CIE.

Figura 3. Modelo para la aplicación del marco del CIE



5.2.10 Difusión del Marco y planificación de su revisión y actualización periódicas

Debe hacerse una amplia difusión del Marco en el país. El órgano u órganos competentes del país deben hacer planes para la aplicación y la revisión periódica del Marco de competencias.

5.2.11 Aportación de comentarios y observaciones al CIE

La asociación nacional de enfermeras, en colaboración con el órgano de reglamentación, si existe, debe facilitar al CIE observaciones y comentarios sobre todo el proceso y los resultados de la preparación del marco de competencias en el país.

5.2.12 Compromiso del CIE con la calidad

El CIE está dedicado a trabajar con las asociaciones nacionales de enfermeras, a apoyarlas en sus empresas, y a sostenerlas en sus intentos de trabajar con sus colaboradores. Con el examen y actualización periódicos de estas competencias del CIE para la enfermera generalista se conseguirá que esas competencias sigan manteniendo en el futuro la importancia que actualmente tienen para la enfermería.

Se reconoce en general que el CIE es el defensor de unas elevadas normas de enfermería y de atención de salud en todo el mundo. *'Desde antiguo se reconoce su función en la promoción de sistemas de reglamentación que engendran fortaleza, cohesión e integridad en la profesión y en sus miembros.'* (CIE 1997:1) El CIE reconoce actualmente, como evolución lógica y necesaria, la necesidad de identificar un marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Dado el carácter dinámico de la prestación de atención de salud en todo el mundo y la importancia de la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las personas y al cuidado de los enfermos, se espera que este Marco del CIE pase a ser una parte vital del fundamento en que se basará el reconocimiento internacional de las cualificaciones profesionales de la enfermería. Asimismo orientará los futuros acuerdos de reconocimiento recíproco y los programas internacionales de autorización en múltiples países.

Consejo Internacional de Enfermeras

Código deontológico para enfermeras

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2000.

Preámbulo

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

EL CÓDIGO

El Código deontológico para enfermeras, del CIE, tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

1. La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

2. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

3. La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la enfermería.

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas cuando un compañero u otra persona pongan en peligro los cuidados que ellas reciben.

Glosario de los términos utilizados en el Código para enfermeras

Compañeros de trabajo	Las demás enfermeras y otros trabajadores y profesionales de salud o no relacionados con ellas.
Relación de cooperación	Relación profesional que se basa en acciones y conductas de grupo y recíprocas que tienen por objeto conseguir ciertas metas.
Información personal	Información obtenida a través de un contacto profesional propio de una persona o familia y que si se difunde puede violar el derecho a la intimidad personal, causar inconvenientes, dificultades o perjuicios a la persona o familia.
Salud personal	El bienestar mental, físico, social y espiritual de la enfermera.
La enfermera comparte con la sociedad	La enfermera, en tanto que profesional de la salud y ciudadana, inicia y apoya acciones adecuadas para responder a las necesidades de salud y sociales del público.
Grupos relacionados	Otras enfermeras, trabajadores de atención de salud u otros profesionales que prestan servicios a las personas, familias o comunidades y que trabajan para conseguir unas metas propuestas.

*Copyright © 2000 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)
ISBN: 92-95005-16-3*

El cuestionario, las respuestas y los que respondieron

El Consejo Internacional de Enfermeras está tratando de identificar unas competencias globales para las enfermeras generalistas y solicitamos la ayuda de ustedes en este importante proyecto. Tómense el tiempo necesario para responder a las sencillas preguntas que figuran a continuación. Nos servirá de gran ayuda.

Le rogamos, marque la respuesta correcta.

1. ¿Ha preparado su Asociación un conjunto de competencias que debe tener en su país la enfermera recientemente cualificada? Sí No

2. ¿Se han publicado en inglés esas competencias nacionales? Sí No

Si ha respondido **Sí** a la pregunta 2, y si su Asociación está dispuesta a enviar al CIE un ejemplar de esas competencias, le rogamos que las adjunte cuando devuelva este cuestionario. El CIE garantiza que se respetará el secreto de la información, es decir, que no se identificará a ningún país ni a ninguna ANE cuando los resultados se presenten en la monografía que ha encargado el CIE sobre el tema de las Competencias para la enfermera generalista.

3. ¿Ha publicado su Asociación información sobre el modo en que se elaboraron las competencias, es decir, sobre el proceso de su preparación? Sí No

Si ha respondido **Sí** a la pregunta 3, y su Asociación está dispuesta a enviar al CIE un ejemplar de esa información, rogamos a Ud. que la adjunte cuando devuelva este cuestionario. Se aplicará a misma garantía de confidencialidad indicada en la pregunta 3.

4. Si ha respondido **No** a las preguntas 1 y 2, ¿se está haciendo algún trabajo para la preparación de competencias para la enfermera recientemente cualificada?
Sí No

Respuestas al cuestionario

Índice de respuesta:

Respondieron al cuestionario 25 (21%) de las 118 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) miembros del CIE (cuando se distribuyó el cuestionario).

Por lo bajo de este índice, no puede considerarse que las respuestas sean representativas de la posición de las ANE en relación con la participación en la elaboración de las competencias.

Pregunta UNO:

La gran mayoría de las ANE que respondieron no habían preparado competencias, si bien una pequeña minoría dijo que su asociación había participado en las competencias o normas preparadas por su país.

Pregunta DOS:

De las seis ANE que dijeron que habían preparado competencias o normas, tres cuyo primer idioma no era el inglés habían publicado esas competencias o normas en inglés. Seis ANE enviaron ejemplares de las competencia o normas de su país.

Pregunta TRES:

Seis ANE dijeron que se había publicado el procedimiento por el que se desarrollaron las competencias o normas.

Pregunta CUATRO:

Nueve de las 25 ANE (36%) dijeron que en su país se estaba trabajando para preparar las competencias. Una dijo que esto formaba parte de la reforma de la formación de enfermería. Otra dijo que formaba parte de la preparación de un instrumento para el análisis de los puestos de trabajo.

Países cuyas asociaciones nacionales de enfermeras respondieron

Alemania, Aruba, Australia, Botswana, Corea, Dinamarca, Eslovenia, Fiji, Filipinas, Grecia, Hong Kong, Hungría, Islandia, Japón, Kuwait, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Reino Unido, San Vicente y las Granadinas, Suecia, Taiwán, Tanzania, Trinidad y Tabago, (un país cuyo nombre no se indica)

**Países que respondieron a la primera fase
del procedimiento de consultas**

Alemania	Eslovaquia	OMS Euro
Armenia	EE.UU*	Palestina
Australia*	Eslovenia	Países Bajos*
Bahrein*	Islandia	Reino Unido*
Botswana	Italia	Samoa
Canadá*	Jamaica	Sudáfrica
China	Kenia	Suecia
Chipre	Kosovo	Tailandia
Colombia	Mónaco	Taiwan
Dinamarca	Nueva Zelandia*	Trinidad y Tabago

*** Países de los cuales respondió más de una organización o persona**

**Países representados por los participantes
en la reunión de la Red de reglamentación del CIE, celebrada en el
Congreso del CIE – Junio de 2001**

Alemania	EE.UU	Portugal
Australia	Ghana	Reino Unido
Bahrein	Groenlandia	Singapur
Canadá	Irlanda	Tailandia
Dinamarca	Jamaica	Taiwan
Emiratos Árabes Unidos	Japón	Tanzania
Eslovenia	Nepal	
España	Nueva Zelandia	

GLOSARIO

Ambito de la práctica profesional	La diversidad de actividades que puede desempeñar una enfermera. Define los límites del ejercicio profesional de la enfermera especialista. (CIE 1997)
Capacidades múltiples	Una combinación de capacidades derivadas de varios sectores de trabajo. (CIE 1997)
Cliente	Véase <i>infra</i> la definición de Paciente/cliente.
Competencia	<p>Nivel de actuación que demuestra una eficaz aplicación de los conocimientos, las capacidades y el juicio. (CIE 1997) En las definiciones de la enfermería, hay un amplio acuerdo en que en el desempeño de las funciones de la enfermería según los niveles requeridos en el empleo, la competencia refleja lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• conocimientos, comprensión y juicio• una gama de capacidades – cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales• una gama de atributos y actitudes personales
Deber de rendir cuentas	La condición de tener que responder de las propias decisiones y actos. Esta responsabilidad no puede delegarse. (Autoridad hospitalaria de Hong Kong, 1997)
Defensa	Hablar a favor de otro, en circunstancias en que los pacientes no pueden representarse a sí mismos, sus necesidades, deseos valores y opciones. (Adaptado de Sutor 1993)
Dispensador de cuidados	La persona, asalariada o no, que ayuda de manera regular a otra persona, frecuentemente un pariente o amigo, prestándole todos los cuidados que precisa a consecuencia de una enfermedad o discapacidad. Este término incluye al esposo o esposa, socios, padres, los demás parientes, guardianes y cuidadores voluntarios, que no son profesionales de salud. (Adaptado del Consejo de tecnología de la salud, de Escocia; obtenido en tiempo real en abril de 2002 www.htbs.co.uk)
Enfermera generalista	En algunos países, la enfermera, al entrar en el ejercicio de su profesión después de terminar con éxito la formación inicial de enfermera de su país recibe el nombre de Enfermera especialista y, en otros, el de Enfermera acreditada o enfermera cualificada. En el presente documento, esos términos se consideran sinónimos. El

alcance de la preparación y del ejercicio profesional permite a la enfermera generalista tener la capacidad y autoridad necesarias para dispensar de manera competente la atención primaria, secundaria y terciaria de salud en todos los contextos y ramas de la enfermería. (CIE 1986)

Grupos estructurados

Es un método de investigación que implica entrevistar a las personas mientras interactúan en pequeños grupos. Es un método de búsqueda de opiniones y actitudes sobre un asunto determinado. Las respuestas se analizan y se comunican. (Adaptado de Bowling 1997)

Medicina o prácticas de curación tradicionales

La suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de las distintas culturas, explicables o no, que se emplean para mantener la salud y para prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar la enfermedad física y mental. (Organización Mundial de la Salud, Recuperado en tiempo real, abril de 2002, www.who.int)

Mentor

La enfermera experimentada que aporta una comprensión de la naturaleza del ejercicio profesional facilitando oportunidades de aprendizaje y apoyo. (Adaptado de Morton-Cooper y Palmer 1993) Entre los términos relacionados figuran los de preceptor, asesor, instructor, supervisor clínico.

Norma

El nivel conveniente y asequible de realizaciones con el que se compara el ejercicio real de la profesión. (CIE 1997)

Acuerdos documentados que contienen especificaciones técnicas u otros criterios precisos que han de utilizarse constantemente como las reglas o directrices o las definiciones de características, para conseguir que los materiales, los productos, los procedimientos y los servicios sean adecuados para su fin. (Organización Internacional de Normalización, conseguido en tiempo real, abril de 2002, www.iso.ch/iso/en/aboutiso/introduction/index.html)

Paciente/cliente

El usuario de los servicios de atención de salud, esté sano o enfermo. (OMS 1999)

Responsabilidad

Obligación que asume una persona cuando acepta desempeñar una función delegada. La persona que autoriza la función delegada conserva el deber de rendir cuentas. (Autoridad hospitalaria de Hong Kong 1997)

**Técnica
Delphi**

Es un método de investigación que trata de hallar un nivel de consenso sobre un asunto (por ejemplo en este caso, la identificación de competencias de la enfermería). Supone el envío de un cuestionario postal a varias personas. El cuestionario recurre a preguntas abiertas para buscar las opiniones y actitudes de quienes responden. Las respuestas se analizan, las preguntas se agrupan por títulos y se pasan a un segundo cuestionario. Éste se envía a los mismos que antes respondieron, pidiéndoles que ordenen su nivel de acuerdo con cada uno de los puntos. Esos órdenes se resumen luego y el cuestionario se envía por tercera vez pidiendo a los mismos que respondieron pidiéndoles que hagan una nueva ordenación. El análisis expresa el grado de consenso acerca del asunto del cuestionario. (Adaptado de Bowling 1997)

**Tecnología
de salud**

Es una intervención destinada a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar o tratar la enfermedad, rehabilitar o dispensar cuidados de larga duración. En ella se incluyen las medicinas, los aparatos, los procedimientos clínicos y los aspectos organizativos, administrativos y del sistema de apoyo del contexto de la atención de salud. (Adaptado del Consejo de tecnología de la salud para Escocia, recuperado en tiempo real en abril 2002, www.htbs.co.uk)

**Tecnología de
la información**

El tema general relacionado con todos los aspectos de la gestión y procesamiento de la información, especialmente dentro de una gran organización o compañía. (IT-Webopedia 1997)

REFERENCIAS

- Asociación estadounidense de colegios de enfermería, 1998. *The Essentials of Baccalaureate Education for professional nursing practice*. Asociación estadounidense de colegios de enfermería, Washington, DC
- Consejo de Enfermería de Australia Inc., 2000. *ANCI National competency standards for the Registered Nurse (3ª Ed.)* Consejo de Enfermería de Australia Inc. Dickson, ACT 2602
- Bellack J P, O'Neil E H 2000 *Recreating nursing practice for a new Century* Nursing and Health Care Perspectives 21(1):14-21
- Bowling A 1997 *Research Methods in Health* Open University Press, Buckingham, Reino Unido
- Chapman H 1999 *Some important limitations of competency-based education with respect to nurse education: an Australian perspective* Nurse Education Today 19(2):129-135
- ECSACON (Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional), 2000. *ECSACON Professional Regulatory Framework*, Secretaría de la comunidad regional de salud del Commonwealth, Tanzania
- Eichelberger L W, Hewlett P 1999 *Competency Model 101: The process of developing core competencies* Nursing and Health Care Perspectives 20(4):204-208
- Eraut M 1994 *Developing professional knowledge and competence* Falmer Press, Londres, Reino Unido
- Eraut M 1998 *Concepts of competence* Journal of Interprofessional Care 12(2):127-139
- Comisión Europea, 1996. *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento europeo: Legislación simplificada para el mercado interno: proyecto piloto*. COM (96) 204 final, 8.5.1996
- Comisión Europea, 1998. Comité consultivo sobre Formación de enfermería. *Informe y recomendación sobre las competencias necesarias para desempeñar la profesión de enfermera encargada de cuidados generales en la Unión Europea*. Comisión Europea, Bruselas XV/E/8481/4/97-EN
- Consejo de tecnología de la salud, Escocia. *Definiciones*, obtenido en tiempo real en abril de 2002 www.htbs.co.uk
- Henderson V 1977. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra
- Autoridad hospitalaria de Hong Kong, 1997. *Core competencies for Registered Nurses in the Hospital Authority: A Framework to enhance professional development and achieve quality client-centred care* Autoridad hospitalaria, Hong Kong
- Consejo Internacional de Enfermeras, 1986. *Informe sobre La reglamentación de enfermería: Informe sobre la situación presente, posición para el futuro*, CIE, Ginebra
- Consejo Internacional de Enfermeras, 1987. *Definición de enfermera: Definición de trabajo*, CIE Consejo de Representantes Nacionales, Nueva Zelanda
- Consejo Internacional de Enfermeras, 1997. *El CIE y la reglamentación: un modelo para el siglo XXI*, CIE, Ginebra

Consejo Internacional de Enfermeras, 2000(a) *Competencias internacionales para la enfermera generalista: Especificación para un proyecto*. Documento inédito, CIE, Ginebra

Consejo Internacional de Enfermeras, 2000(b) *Código deontológico para enfermeras*, del CIE, Ginebra

Consejo Internacional de Enfermeras, 2000(c). *Marco y directrices para la elaboración de normas internacionales*. (Preparado como proyecto inicial para el CIE por Percival E) Documento inédito, para consulta

Organización Mundial del trabajo, 2000. *Career Development Open Forum* Documento inédito, OIT, Ginebra

Sitio web de la Organización Internacional de Normalización. *¿Qué son normas?* Obtenido en tiempo real, abril de 2002 <http://www.iso.ch/iso/en/aboutiso/introduction/index.html>

IT-Webopedia 1997 Obtenido en tiempo real, abril de 2002. www.pcwebopedia.com

McAllister M 1998 *Competency standards: Clarifying the issues* Contemporary Nurse 7:131-137

Microsoft® Encarta® 2001 *Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte*. Enciclopedia, Obtenido en tiempo real, abril de 2002 <http://encarta.msn.com>

Milholland K. para el Consejo Internacional de Enfermeras, 2000. *Teleenfermería, , Telesalud: la enfermería y la tecnología avanzan juntas*, CIE, Ginebra

Morton-Cooper A, Palmer A 1993 *Mentoring and Preceptorship* Blackwell Science, Oxford, Reino Unido

Junta nacional de consejos de enfermería de los estados, 1996 *Informe anual 1996: Elaboración de la definición y las normas de competencia*. Junta nacional de consejos de enfermería de los estados Inc. EE.UU

National Nursing Competency Project (NNCP) 1997 *Final Report* NNCP,50 Driveway, Ottawa, Canadá

New Mexico Consortium for Nursing Workforce Development 1998 *Standards for differentiated competencies of the nursing workforce at time of entry/advanced beginner - Philosophy* (<http://hsc.unm.edu>)

Asociación de Enfermeras de Botswana, 1999. *Normas generales de la práctica de enfermería*. Asociación de Enfermeras de Botswana, Gabarone

Consejo de Enfermeras de Australia Occidental, 1996. *Competencies for Division 1: National Statement pertaining to the role of the Registered Nurse*. Consejo de Enfermeras de Australia Occidental, Perth WA

Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda, 2000 *Defining the nurse of the future*. Informe de la consultora KPMG, Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda (<http://www.nursingcouncil.org.nz>)

Cuarto informe de la Comisión Pew sobre las profesiones de salud. O'Neil E H, y Comisión Pew sobre profesiones de salud, 1998 *Recreating Health Professional Practice for a New Century The Fourth Report of the Pew Health Professionals Commission* Comisión Pew sobre las profesiones de salud, San Francisco, California

Departamento ejecutivo de salud, de Escocia, 2000. *Salud en Escocia 1999*. Departamento ejecutivo de salud, de Escocia, Edimburgo

Sutor J 1993 *Can nurses be effective advocates?* Nursing Standard 17(7):30-32

Sutton F A, Arbon P A 1994 *Australian nursing - moving forward? Competencies and the nursing profession* Nurse Education Today 14(5):388-393

Consejo nacional de salud y bienestar (Socialstyrelsen), 1995. *Las enfermeras responsables de la atención general: Descripción de las competencias necesarias*. Consejo sueco de salud y bienestar, Estocolmo

Ley Transtasmania de reconocimiento mutuo, Ley 190 de 1997, modificada

Asociación de Enfermeras Especialistas de Trinidad y Tabago. (Fecha desconocida; información solicitada por el RNA en 2001) *Competencias generales de la enfermera especialista, en el Commonwealth*. Colegio de Enfermería del Caribe, Trinidad y Tabago

Consejo central de enfermería, obstetricia, y visitas de salud, del Reino Unido, 1992. *The scope of professional practice* UKCC, Londres

Consejo central de enfermería, obstetricia, y visitas de salud, del Reino Unido, 2000. *Requirements for pre-registration nursing programmes* (Carta del secretario 17/2000) UKCC, Londres

Universidad del Ulster, 2001. *MSc Disaster Relief Nursing Programme* Universidad del Ulster en Coleraine, Irlanda del Norte

Organización Mundial de la Salud, 1995. *Nuevos horizontes para la salud*. Organización Mundial de la Salud, Manila

Organización Mundial de la Salud, 1996. *Práctica de enfermería*. Informes técnicos de la OMS 860. Organización Mundial de la Salud, Ginebra

Organización Mundial de la Salud, 1999(a). *SALUD21: el marco de salud para todos en la Región Europa de la OMS*. Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhague

Organización Mundial de la Salud, 1999(b) *Elaboración de un conjunto de materiales de enfermería y partería como preparación para casos de catástrofes naturales*, Organización Mundial de la Salud, Copenhague

Organización Mundial de la Salud, 2000. *Declaración de Munich – Enfermeras y matronas: equipo de salud*. Oficina regional de la OMS para Europa, Copenhague

Organización Mundial de la Salud, 2001. (En prensa) *Enfermeras y matronas a favor de la salud: Estrategia europea de la OMS para la formación de enfermería y partería – Directrices, sección 2: formación y capacitación basadas en las competencias*. Organización Mundial de la Salud Copenhague, obtenido en tiempo real en abril de 2002 www.who.dk/nursing

Organización Mundial de la Salud, *Medicamentos esenciales y política de medicinas: definiciones*, obtenido en tiempo real en abril de 2002 www.who.int

Organización Mundial del Comercio *Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas*. Obtenido en tiempo real en abril de 2002 www.wto.org

BIBLIOGRAFÍA

- An Bord Altranais 2000 *Scope of Nursing and Midwifery Practice Framework* An Bord Antranais, Dublín, Irlanda
- Ashworth P D, Gerrish K, Hargreaves J, McManus M 1999 *'Levels' of attainment in nursing practice: reality or illusion?* *Journal of Advanced Nursing* 30(1):159-168
- Ashworth P, Morrison P 1991 *Problems of competence-based nurse education* *Nurse Education Today* 11(4):256-260
- Bradshaw A 1997 *Defining 'competency' in nursing (Part I): A policy review* *Journal of Clinical Nursing* 6(5):347-354
- Bradshaw A 1998 *Defining 'competency' in nursing (Part II): An analytical review* *Journal of Clinical Nursing* 7(2):103-111
- Burchell H, Jenner E A 1996 *The role of the nurse in patient-focused care: models of competence and implications for education and training* *International Journal of Nursing Studies* 33(1):67-75
- Consejo de Europa, 1995. *Función y formación de las enfermeras*. Prensa del Consejo de Europa, Estrasburgo
- Cruickshank J F, Mackay R C, Matsuno K, Williams A M 1994 *Appraisal of the clinical competence of registered nurses in relation to their designated levels in the Western Australian nursing career structure* *International Journal of Nursing Studies* 31(3):217-230
- Fey M K, Miltner R S 2000 *A competency-based orientation program for new graduate nurses* *Journal of Nursing Administration* 30(3):126-132
- Cuarta Conferencia internacional sobre la reglamentación de enfermería y obstetricia, 1999 *Regulation across borders: the people's health and professional regulation* EDS, Londres
- Goorapah D 1997 *Clinical competence/clinical credibility* *Nurse Education Today* 17:297-302
- Grussing P G 1984 *Education and practice: Is competency-based education closing the gap?* *American Journal of Pharmaceutical Education* 48(2):117-124
- Heitlinger A 1999 *Nurses and nursing: a comparative perspective* *Journal of Interprofessional Care* 13(2):165-174
- Hewlett P O, Eichelberger L W 1999 *Creating academic/service partnerships through nursing competency models* *Journal of Nursing Education* 38(7):295-297
- Hindsen U, Fridlund B 1995 *The nurse in clinical practice: A qualitative analysis of nursing competence* *Scandinavian Journal of Nursing Science* 9(3):139-144
- Howat P, Maycock B, Jackson L, Lower T, Cross D, Collins J, van Asselt K 2000/2001 *Development of competency-based University health promotion courses* *Promotion & Education* VII(1):33-38
- Jamison J R 1993 *Competency-based professional standards: A fundamental consideration* *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 16(7) :498-504
- Khoza L B, Ehlers V J 1998 *The competencies of newly qualified nurses as viewed by senior professional nurses* *Curacionis* 21(3):67-76
- Milligan F 1998 *Defining and assessing competency: the distraction of outcomes and the importance of educational process* *Nurse Education Today* 18(4):273-280

Ministerio de Educación, Cultura y Ciencia y Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes, 1997 *Qualified for the Future - Coherent training system for nursing and patient care in The Netherlands: A summary* Zoetermeer, Rijswijk

Ministerio de Educación y Ciencia de la República de Lituania, 1998 *Competency-based outcome of General Practice Nursing Education* Ministerio de Educación y Ciencia de la República de Lituania, Vilna

Consejo nacional de enfermería, obstetricia y visitas de salud, de Escocia, 1999 *Partnerships in development and delivery. Fitness for Practice - Implementation in Scotland: Curriculum guidelines for pre-registration nursing programmes* Consejo nacional de enfermería, obstetricia y visitas de salud, de Escocia, Edimburgo

Organización de Enfermeras de Nueva Zelanda, 1993 (Revisado por el Comité asesor de enfermería y obstetricia en 1998) *Standards for Nursing Practice* Organización de Enfermeras de Nueva Zelanda, Wellington

Asociación de Enfermeras de Noruega, 1992 *Nursing 2010*. Asociación de Enfermeras de Noruega, Central Trykkeriet

Ovalle M 2000 *Planteamiento basado en las competencias: adecuación para la formación de enfermería*. Documento inédito, preparado para la Unidad de enfermería y partería de la OMS Europa, Copenhague

Perala (Ed.) 1998 *The Direction of Nursing: A Strategy for Quality and Effectiveness* Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, Helsinki, Finlandia

Organismo de garantía de la calidad, 2001 *Benchmarking academic and practitioner standards* Organismo de garantía de la calidad, Londres (www.qaa.ac.uk)

Runciman P, Dewar B, Goulbourne A, Knani A 2000 *The work of newly qualified nurses: Core skills and Competencies*. Serie de seis folletos. Consejo nacional de enfermería, obstetricia y visitas de salud, de Escocia, Edimburgo

Runciman P 1990 *Competence-based education and the assessment and accreditation of work-based learning in the context of Project 2000 programmes of nurse education: A Literature Review* Consejo nacional de enfermería, obstetricia y visitas de salud, de Escocia, Edimburgo

Tappen R M, Weiss S A, Whitehead D K 1998 *Essentials of Nursing Leadership and Management Appendix 3 - NLN Competencies: Educational Outcomes of Associate Degree Nursing Program Roles and Competencies* F A Davis Company, Filadelfia

Consejo nacional de enfermería, obstetricia y visitas de salud, del Reino Unido, 1999 *Fitness for practice: The UKCC Commission for nursing and midwifery education* UKCC, Londres

Organización Mundial de la Salud, 2000. Oficina regional para Europa. *Enfermeras y matronas a favor de la salud: Estrategia europea de la OMS para la formación de enfermería y partería*, OMS, Copenhague

Organización Mundial de la Salud, Oficina regional para el Mediterráneo Oriental, 1998 *La formación de enfermería en la Región del Mediterráneo Oriental: directrices sobre orientaciones para el futuro*, Publicaciones técnicas, Serie 26, OMS EMRO, Alejandría, Egipto