

ARTICULO ORIGINAL

INTERVENCIONES, COMPETENCIAS Y SERVICIOS ENFERMEROS

CONFERENCIA INAUGURAL

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA. MÁLAGA 2010

Dr. José Miguel Morales

Profesor

Departamento de Enfermería

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional

Universidad de Málaga

Cuando hablamos de competencia: ¿de qué hablamos?

El término “competencia” es extremadamente polisémico y se emplea tanto en el lenguaje educativo, como en el profesional, no siempre con el mismo enfoque. Al ser un concepto tan polifacético y ampliamente utilizado, no es difícil que genere confusión y malinterpretación, sobre todo en organizaciones, sectores interprofesionales o comparaciones internacionales. Una de las situaciones más típicas en este sentido es el uso de la competencia como elemento de demarcación y frontera interprofesional, pero, las más de las veces, con una utilización

reduccionista que limita su valor como marco organizador del desempeño profesional en nuestra sociedad.

Hay cientos de definiciones de competencias tanto en la literatura pedagógica y de educación, como en la literatura laboral y organizacional. Los primeros enfoques estaban centrados exclusivamente en las capacidades para desempeñar ciertas tareas en un puesto de trabajo determinado (competencias centradas en la tarea). Posteriormente fueron incorporándose visiones más amplias que incluían no sólo la base

técnica, sino también la capacidad de aprendizaje y de adaptación a entornos y que, en definitiva, favorecen la transición hacia profesionales “excelentes”.

Las competencias actualmente se conciben como aquellas características *personales*, relativamente *estables en el tiempo*, y directamente relacionadas con la *consecución de resultados superiores en una función o actividad*¹.

*El Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional establece una definición del concepto de competencia que engloba, no sólo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional, sino también un conjunto de comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, etc., considerados necesarios para el pleno desempeño de la ocupación*².

La Ley de Cualificaciones y de Formación Profesional la define como el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional

conforme a las exigencias de la producción y del empleo³.

A lo largo de todas las definiciones emergen una serie de elementos clave: el concepto es aplicable a personas, bien individual o grupalmente, implica la posesión de determinados conocimientos, habilidades, actitudes y valores, abarca conocimiento formal y conocimiento tácito, orientan el desarrollo de la persona en la medida en que movilizan las capacidades de las personas para lograr un desempeño y son contexto-dependientes, aspecto que, como se verá más adelante, en el campo de las profesiones sanitarias juega un papel esencial.

Por tanto, la acepción más aceptada hoy en día sería la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para un desempeño adecuado en un contexto dado.



Algunos modelos competenciales como el ISFOL (Instituto Italiano para el Trabajo y la Formación) han clasificado las competencias en tres grandes grupos:

Competencias básicas: constituyen el saber mínimo que ocupa el espacio de un desempeño determinado. Son independientes de procesos operativos concretos, pero esenciales para poder acceder a la ocupación determinada. Implican conocimientos genéricos aplicables en contextos diversos, transferibles entre situaciones.

Competencias técnicas: Son aquellas que tienen que ver con el desempeño o ejecución de una actividad determinada en un contexto específico.

Competencias transversales: le permiten al sujeto aplicar su competencia en situaciones diversas, e incluyen factores cognitivos, pero, también afectivos y conductuales y son el camino que permite progresar hacia la excelencia profesional.

Dentro del campo profesional sanitario, Epstein ha desarrollado un importante esfuerzo concep-

tualizador, orientando la competencia profesional desde un modo más cercano al enfoque clínico, como el *uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria, en beneficio de las personas y comunidades atendidas*⁴.

Este enfoque sustenta la competencia sobre la adquisición de habilidades clínicas básicas, el conocimiento científico y con un denso sustrato ético. Para ello, incluye funciones cognitivas (adquisición y uso de conocimiento para resolver problemas reales), funciones integradoras (uso de datos biológicos, psicológicos, sociales, culturales a lo largo del razonamiento clínico), funciones relacionales (comunicación efectiva con pacientes, familiares, colegas...), y una función ética (empatía emocional para usar estas habilidades de forma juiciosa y humanista). Estas características quedan recogidas en su mayoría en lo que K  rouac denominó el 'design' del cuidado⁵: aplicación del mejor

conocimiento, empleo del juicio clínico, el pensamiento crítico, la intuición y la integración de los valores y preferencias de la persona.

heurísticos, intuición, reconocimiento de patrones...)⁶. Así, este enfoque competencial va mucho más allá de la mera presencia de conocimientos



La competencia, según Epstein, está supeditada a una serie de factores de la persona que tienen que ver con sus hábitos mentales, su atención y curiosidad crítica sobre mundo que le rodea, la conciencia propia y tiene 3 propiedades axiomáticas: es **evolutiva**, **caduca** y **contexto-dependiente**.

Cabe destacar que la competencia se adquiere por mecanismos formales de aprendizaje, pero, también por conocimiento tácito, aquel que, en términos de Polanyi, “sabemos que sabemos, pero no sabemos explicar” (uso de

e incorpora la capacidad para manejar situaciones ambiguas, tolerar la incertidumbre y la toma de decisiones con información limitada, como son la mayoría de situaciones clínicas a las que se enfrentan los profesionales.

Competencias y profesiones

Algunos conceptos absolutamente ligados al concepto de competencia y que a veces se confunden en esta sinfonía polisémica de demarcación interprofesional, serían los de cualificación profesional y el de profesión. La **cualificación**

profesional se define bastante bien en la Ley de Cualificaciones y de la Formación Profesional como el “conjunto de competencias profesionales con significación en el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación, así como a través de la experiencia laboral”. En este caso estaríamos hablando de “bloques de competencias” relevantes para determinado desempeño.

Por otra parte, en este debate y especialmente en el campo sanitario, ineludiblemente aparece el **profesionalismo** como elemento con una elevada carga valorativa, no exenta de conflictos, frecuentemente derivados “al terreno de las competencias”. El concepto profesión tradicionalmente se ha definido como una ocupación que monopoliza una serie de actividades sustentadas en un corpus de conocimiento, que permite a quien lo desempeña, autonomía en sus acciones y que implica una repercusión social notable⁷. El proceso de “profesionalización” comprende en primer lugar el surgimiento de una necesidad social

en el contexto donde tiene lugar, la organización de la formación de los nuevos profesionales, el establecimiento de mecanismos de control sobre la práctica y la monopolización del saber, además del establecimiento de unos valores compartidos entre los miembros del colectivo profesional (Pacheco, 1994)⁸. El resultado sería la capacidad de ejercer con autonomía el desempeño que esa pericia distintiva otorga al colectivo, gracias al control de la práctica y la educación y que, además, cuenta con aceptación social por el interés colectivo que supone.

Las fuerzas que mueven a los individuos al agrupamiento profesional tienen que ver con la necesidad y privilegios que otorga la división entre personas cualificadas y no cualificadas, el estatus que confiere el grupo profesional y el reconocimiento social que implica, en la medida en que sea útil. El uso extremo de estas fuerzas serían las que abocan al corporativismo, en el cual, los intereses profesionales se sitúan por encima de la utilidad social y la preservación del estatus y

privilegios gobierna la regulación y normalización de la práctica.

Los conflictos brotan precisamente en el seno de este flujo de fuerzas contrapuestas entre el interés particular frente al del colectivo y entre grupos potencialmente “competidores” entre sí, perseguidores de la adquisición o mantenimiento de estatus y privilegios (social, económico, simbólico, etc). Este desequilibrio entre necesidad social e intereses de grupos concretos habitualmente se deposita tras un escaparate de argumentaciones competenciales, cuando realmente, en la mayoría de los casos, son otros los fundamentos del conflicto. La historia está llena de pugnas interprofesionales (en todas las ramas del saber) que auguraban serias consecuencias sociales si se modificaban ciertos estatus (cuando no un apocalipsis nacional), que luego acabaron en olvido, años de litigios y, todo, sepultado finalmente bajo la inexorable imposición que la función social de determinadas expansiones termina aplicando más tarde o temprano.

En este proceloso y erróneo marco de conflictos, tradicionalmente suele

asociarse la competencia profesional a la disponibilidad de una titulación determinada (generalmente universitaria), en una visión reduccionista, limitada a una supuesta adquisición de conocimientos otorgada por los estudios correspondientes. En este caso, se confunde con excesiva alegría la **competencia curricular** con la **profesional**. Además, esta acepción fracasa estrepitosamente en la medida en que la competencia profesional se desarrolla en un contexto social, cultural y económico que determina su evolución y características. De sobra es conocida la brecha existente entre la acreditación de conocimientos académicos y la posesión de competencia profesional. De hecho, entre otros, este es uno de los grandes principios que guían todo el proceso de Bolonia con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior.

La influencia del contexto

Como se ha visto, la certificación de la educación formal no siempre refleja capacitación real de la persona para ejercer determinado desempeño. Más aún, según los

países y, más aún, según las instituciones, la distancia entre desempeño y reconocimiento académico puede ser mayor o menor.

Pero, hay otro poderoso factor que ha revolucionado absolutamente el profesionalismo y las fronteras que delimitan los marcos competenciales: la sociedad informacional y del conocimiento. En términos de Castells, *“se trata de una sociedad en la que las condiciones de generación de conocimiento y procesamiento de información han sido sustancialmente alteradas por una revolución tecnológica, centrada sobre el procesamiento de información, la generación del conocimiento y las tecnologías de la información”*.⁹ En este marco, unido a la globalización que ha conllevado, no sólo económica, sino científica, cultural y social, las profesiones se han visto fuertemente influidas por las nuevas tecnologías, lo cual propicia el surgimiento de nuevas profesiones y la reorientación de otras ya existentes. En este sentido, muchas profesiones, han sufrido verdaderas revoluciones y sólo

mantienen tenues hilos simbólicos con su pasado¹⁰.

Así la solvencia explicativa de distintas disciplinas ante problemas de la realidad ha hecho que la transdisciplinariedad sea la moneda común en muchos campos, del que no se excluye el de las Ciencias de la Salud. Es irrisorio preguntar en esta era “de quién es la competencia de la genómica”...¿de los biólogos?¿de los ingenieros biotecnológicos?¿de los bioquímicos? ¿de los médicos?... en salud Pública: ¿de quién es la competencia de los programas de prevención de obesidad? ¿De los endocrinólogos? ¿De las enfermeras de familia?¿de los maestros y educadores? ¿De los responsables de instituciones alimentarias? ¿...?

Así podríamos empezar una interminable lista de situaciones y escenarios en los que los límites y fronteras entre disciplinas cada vez se emborronan más, por una inevitable ósmosis de conocimiento que nuestra era nos ha situado constantemente en nuestras vidas...y el problema es que esto es cada vez más incompatible con los profesionalismos rígidos que

anteriormente se describían sometidos a otro tipo de intereses. De hecho, en el mundo de la investigación, que no puede permitirse el lujo de perder el tiempo con estas cuitas absurdas, la transdisciplinariedad es el mejor contexto para avanzar con rapidez y donde emerge la riqueza de miradas....Lo habitual en equipos investigadores es que médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, Desgraciadamente, no trasciende al ámbito asistencial, porque ahí, las Organizaciones imponen su estructura social y confluyen multitud de intereses a veces contrapuestos, recurriendo a convencionalismos a veces poco sostenibles. No todos los pilotos pueden pilotar un Airbus, no todas las enfermeras pueden llevar a cabo una hemodiafiltración en un paciente crítico, no todos los abogados saben conducir un caso de derecho internacional....y ahí es donde la especialización se convierte en un valor indispensable que aporta sentido a la diferenciación competencial. Pero hay áreas que por su complejidad relativa y facilidad de acceso al conocimiento,

son transfronterizas, porque, precisamente en esta difuminación de límites, se gana en eficiencia, en operatividad, desburocratización, flexibilización de procesos y sobre todo, en accesibilidad y capacidad de resolución.

A veces, determinadas coyunturas políticas y económicas de ciertos contextos marcan el devenir de esta desregulación de límites, generando extremos muy opuestos y que no tienen mucho sentido cuando se las mira en sentido global. NO parece que las enormes diferencias de médico y enfermera por habitante existentes en los países de la OCDE genere mejor o peor salud de sus ciudadanos, ya que ésta depende de factores mucho más germinales, pero, en cambio sí genera unos límites a veces muy rígidos a la hora de regular políticas de servicios de salud, ya que si un gobierno tiene una fuerza laboral determinada (o carece de ella), tiene márgenes temporales muy largos para poder hacer modificaciones y, entre tanto, ha de usar los recursos que tiene, aunque éstos sean ineficientes, inadecuados o insuficientes¹¹ (En otro ámbito, un ejemplo ilustrativo es

cómo en EEUU los asuntos de seguridad nacional recaen más en fuerzas armadas que en fuerzas de seguridad, por razones obvias de hipertrofia militar).

Hay una profusión de medidas desregulatorias que pretenden contrarrestar los monopolios, corporaciones y prácticas restrictivas que no dan respuestas flexibles a las necesidades de una sociedad compleja. Este sería el caso de la ampliación de competencias prescriptoras en el Reino Unido, que ante la baja accesibilidad de colectivos vulnerables a su medicación, así como a la burocratizada cadena que implicaba la prescripción exclusiva en la profesión médica, sin valor añadido en muchas de las ocasiones, comenzó a desregular y diversificar la facultad prescriptora en diversos colectivos sanitarios con una buena disposición competencial para ello, como era el caso de las enfermeras, farmacéuticos y podólogos. El tiempo ha demostrado sobre todo en el caso de las enfermeras con capacidad de prescripción extensiva, las ventajas de este tipo de medidas, siempre que las competencias se

conviertan en eje vertebrador y no en “casus belli”^{12, 13}.

Un nivel de competencia determinado afecta a variables como las rutinas de trabajo, el ambiente laboral, la toma de decisiones, la influencia en el trabajo de otros o la capacidad de manejar recursos. Cuanto más alto el nivel de competencia, mayor la variedad de contextos en que se da el desempeño y menor el grado de supervisión recibido. En este sentido los niveles de competencia establecidos por las distintas clasificaciones ocupacionales desarrolladas en los distintos países, han permitido establecer con cierta funcionalidad esta gama en función las variables enunciadas.

Niveles de competencia en la clasificación del sistema inglés¹⁴:

Nivel 1: Ocupaciones en las que se aplica el conocimiento a un reducido grupo de labores, rutinarias o predecibles en su mayoría. (Ejemplo: Limpiador o limpiadora de hospital; celador)

Nivel 2: Ocupaciones en las que se aplican conocimientos en una amplia e importante gama de actividades laborales, realizadas en diversos contextos. Algunas son complejas. (Ejemplo: Auxiliar de enfermería)

Nivel 3: Competencia en una gama variada de trabajo, desempeñada en diferentes contextos, usualmente complejos y no rutinarios. Alto grado de responsabilidad y autonomía. (Ejemplo: Técnica o Técnico en radiodiagnóstico)

Nivel 4: Amplia gama de actividades complejas (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos. Alto grado de responsabilidad y autonomía. Tiene responsabilidad por el trabajo de otros y ocasionalmente por la asignación de recursos. (Ejemplo: médico-enfermera)

Nivel 5: Aplica una gama significativa de principios fundamentales y de técnicas complejas en una amplia variedad de contextos a menudo impredecibles. Gran autonomía personal. Responsabilidad frecuente en la asignación de recursos, en el análisis, diagnóstico, diseño, planificación, ejecución y evaluación. (Ejemplo: Directora o Director de un Centro Sanitario).

La complejidad asistencial y la multidisciplinariedad

Además, de la irrupción de la sociedad del conocimiento, hay otro factor que está obligando a diluir límites y repensar competencias, además de entornos y enfoques: la imposibilidad de los Servicios de Salud de hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas con los modelos actuales de organización. Hay un consenso global acerca de la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral, que garantice su efectividad en la continuidad de la atención, en la diversificación de servicios y la orientación de éstos hacia la

persona¹⁵. Estos modelos suponen la redefinición de roles, la reorganización de entornos y la ruptura de barreras organizativas que, en muchos casos, conllevan redistribución o génesis de nuevas competencias¹⁶. Casos como los modelos alternativos de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca han sido paradigmáticos en este sentido, mostrando una alta efectividad sobre reingresos, calidad de vida, y mortalidad aquellos que incorporan enfermeras de práctica avanzada mediante intervención de gestión de casos, clínicas guiadas por enfermeras e intervenciones encaminadas a favorecer el autocuidado de la persona, así como la coordinación asistencial entre proveedores¹⁷.

La atención a la depresión es un caso muy ilustrativo: los estudios realizados en España han identificado que aproximadamente el 14% de los pacientes que acuden a AP tienen depresión¹⁸ y se calcula que además el 30% de los pacientes que padecen depresión no reciben un tratamiento adecuado¹⁹. Pese a todo, el consumo de antidepresivos se ha disparado en España de 14,14

millones de envases en 1997 a 26,79 en 2004, con un incremento del 89,24% (de 168,61 a 447,11 millones de euros)²⁰. La atención suele ser poco proactiva con estos pacientes y cuando surge el problema, el manejo suele estar centrado en la prescripción de fármacos, muchas veces en condiciones no óptimas y en la derivación a Salud Mental, con el consiguiente desgaste y agravamiento para la persona y la ineficiencia del sistema para dar una respuesta coherente.

Alternativas como la Atención por Pasos, generada en el Reino Unido, que se centran en la progresión a través de los niveles de atención, se orientan a iniciar de forma precoz acciones tempranas en el nivel más adecuado, en función de las respuestas que vaya presentando el paciente²¹. La mayoría de los individuos con depresión presentan trastornos relativamente leves, que son de inicio reciente y son sensibles al tratamiento y cuidado en el ámbito de atención primaria, por enfermeras y médicos de familia. La minoría con trastornos graves o crónicos, requieren un manejo más intensivo,

con entrada en la atención especializada de salud mental. El apoyo al autocuidado es una característica principal de este abordaje²² y persigue **escoger la intervención menos intrusiva** que se necesite para lograr un cambio clínico en un individuo. Así, se parte de que es a menudo posible “hacer más con menos”, comenzando con una terapia de baja intensidad, controlando la respuesta del paciente e incorporando tratamientos más intensivos, sólo si el problema persiste.

Otro factor contextual que influye enormemente en la gestión de competencias en las organizaciones es la madurez que tenga una Institución para el **trabajo en equipo**. Nuevamente, estamos ante otro concepto ampliamente usado y sometido a una amplia variabilidad acerca de qué se entiende por trabajar en equipo²³.

Los beneficios de trabajar en equipo se han documentado en múltiples estudios: promueve la autonomía profesional, facilita la toma de decisiones, mejora la atención, aumenta la satisfacción laboral,

facilita la retención de profesionales...^{24, 25, 26}. La falta de trabajo en equipo dificulta la provisión de una atención segura²⁷: El 70-80% de los errores ocurren por factores humanos asociados a la poca comunicación entre miembros del equipo y la falta de entendimiento entre ellos²⁸. Trabajar en equipo es “seguro”, ya que favorece la comunicación frecuente, la instauración de objetivos compartidos sólidos, el respeto mutuo y se han mostrado efectos beneficiosos en campos muy diversos, destacando aquellos relacionados con el control del dolor post-operatorio, mejora la recuperación funcional post-quirúrgica, el dolor oncológico o la disminución de estancias hospitalarias^{24,29}.

Es de sobra conocida la amplia investigación existente entre la ocurrencia de accidentes aéreos y la cultura de la tripulación. Tripulaciones procedentes de países con una amplia distancia jerárquica al poder (sociedades jerarquizadas), son más frecuentes los accidentes y muchas compañías ha realizado denodados esfuerzos por modificar

esas pautas culturales que tan deletéreos efectos han tenido en el tiempo.

El trabajo en equipo ha sido definido como un proceso dinámico que implica a dos o más profesionales sanitarios con formación y habilidades complementarias, que comparten objetivos comunes en Salud y ejercen esfuerzos mentales y físicos conjuntos para valorar, planificar o evaluar la atención del paciente. Esto, se lleva a cabo mediante colaboración interdependiente, comunicación abierta y toma de decisiones compartidas³⁰.

Un error habitual en el que incurren muchas organizaciones es asimilar trabajo en equipo al de “trabajar unos al lado de otros” o trabajar colaboración. La colaboración no siempre implica toma de decisiones compartidas. A medida que el trabajo en equipo aumenta, los conflictos competenciales se van aminorando hasta terminar desapareciendo.

Modelos de Práctica Avanzada Enfermera: la respuesta competencial a las necesidades de salud de la población

Desde hace más de 4 décadas, en el mundo anglosajón, han proliferado Los programas de práctica avanzada enfermera³¹. El CIE define la enfermera de práctica avanzada (EPA) como una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se le exige una formación universitaria de segundo o tercer ciclo³².

Las competencias de estas enfermeras suelen integrar la investigación, la formación, la práctica y la gestión, tienen un alto grado de autonomía profesional³³, una cartera de pacientes propia, habilidades avanzadas de valoración del estado de salud, de toma de

decisiones y de razonamiento diagnóstico, ejercicio permanente de una práctica reflexiva, basado en un amplio abanico de conocimiento obtenido de la Enfermería y de otras disciplinas³⁴, reconocimiento de su competencia clínica avanzada y ofrecen servicios de consultoría a distintos proveedores de salud³⁵.

Su efectividad ha quedado patente en campos tan diversos como Unidades de Hospitalización dirigidas por enfermeras³⁶, atención a pacientes ginecológicas³⁷, enfermeras como punto de entrada en AP con atención a demanda aguda³⁸ o en prevención secundaria de procesos cardiovasculares³⁹, entre otros. Los efectos abarcan reducción de estancias, de mortalidad, reingresos o mejora de satisfacción. En el campo de la atención a personas con problemas urológicos, han proliferado las clínicas urológicas guiadas por enfermeras, los servicios urológicos atendidos por nurse-practitioners, las unidades y servicios de incontinencia urinaria dirigidos por enfermeras especialistas, o los programas de seguimiento de pacientes con cáncer

prostático por enfermeras de práctica avanzada^{40, 41, 42, 43, 44, 45}.

Este avance de la Enfermería en torno a la práctica avanzada y la configuración de servicios efectivos que dan respuesta a problemas de salud relevantes, son la prueba de que el marco competencial debe ser un facilitador y nunca un corsé para la organización de los servicios de salud.

Además, la libre circulación de profesionales y el Espacio Europeo de Educación Superior están provocando una aceleración del fenómeno, a la vez que sitúan importantes conflictos en la palestra: enfermeras que en un entorno determinado “son competentes”, tomando un avión, dejan de serlo en un par de horas.

Entonces, ¿Para qué nos deberían servir las competencias profesionales?

Para los profesionales en formación: proporcionan retroalimentación sobre las fortalezas y debilidades individuales y guían el aprendizaje futuro, favoreciendo la auto-reflexión y el acceso a formación.

Para el curriculum: acreditan el logro de objetivos curriculares, fomentan la renovación de los cursos y programas, la comparación entre países y centros y permiten fijar estándares de formación a distintos niveles.

Para las instituciones: guían el proceso de reflexión institucional, so procesos de selección de personas, de promoción profesional, expresan valores institucionales que ayudan a consolidar la cultura organizacional, facilitan la investigación educativa. Pero, sobre todo, facilitan al máximo el diseño de nuevos servicios y su evaluación.

Para la población: mejora la identificación y visibilidad de servicios y proveedores.

Retos pendientes: La evaluación de la competencia y la “re-educación” de los profesionales y las organizaciones

No existen métodos aceptados universalmente para la evaluación de la competencia profesional de las enfermeras⁴⁶. Hay muchos métodos y aproximaciones, pero todos tienen

sus limitaciones. Últimamente, las técnicas de simulación están avanzando mucho en el marco de las Ciencias de la Salud, con resultados en los que se muestra cómo la evaluación simulada de competencias (en entornos artificiales similares al de la práctica real), es válida y adecuada para evaluar la competencia enfermera, en algunas áreas, permitiendo identificar necesidades de desarrollo y formación⁴⁷.

La evaluación por pares también ha sido estudiada en algunos campos, con resultados prometedores aunque hacen falta más estudios que profundicen en su eficacia. La revisión por pares en el ámbito clínico de la enfermería y las matronas, puede facilitar el intercambio de buenas prácticas y el crecimiento personal y profesional, permite a los participantes aprender unos de otros y formarse una idea en su desarrollo^{48, 49,50,51}.

En la actualidad, debido a la falta de consenso global acerca del mejor método, una revisión por Hamilton en 2007, recomienda como mejor estrategia para la evaluación de

competencias, las que combinan varios métodos⁵².

Por último, es imprescindible un Reaprendizaje de las organizaciones y los profesionales acerca de la transdisciplinariedad y adaptarlos al escenario actual de complejidad y explosión de conocimiento. Mientras esto no se haga, los problemas no irán sino agravándose, en la medida en que colisiones intereses corporativos, alejados de la búsqueda de soluciones a las demandas sociales.

Un enfoque muy prometedor está empezando a implantarse con fuerza: la educación interprofesional en disciplinas sanitarias. Se puede definir como el desarrollo de acciones formativas pregrado, encaminadas a la comprensión de los roles propios y del resto de miembros del equipo profesional, la promoción de la comunicación y el trabajo en equipo de forma integral, así como la cooperación en la atención a los pacientes.

Algunos estudios con estudiantes de Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional han mostrado cómo tras ser sometidos a un

programa de educación interprofesional, todos mejoraron de forma significativa su percepción de competencia para trabajar en equipo, así como del conocimiento de las otras profesiones y apreciaron cómo la formación les había hecho darse cuenta de la importancia de la comunicación y el trabajo en equipo para la atención a pacientes, siendo los estudiantes de Medicina los que obtuvieron mayor ganancia con respecto a los valores basales⁵³.

REFERENCIAS

- 1 Gasalla Dapena JM. Política y dirección de Personas. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona. 2002.
- 2 CINTERFOR (Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional). Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/i_a.htm [consultado el 25.09.2010]
- 3 Ley 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional
- 4 Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35
- 5 Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
- 6 Polanyi M. Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1974.
- 7 Fernández Pérez J. Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. Rev Electrónica Invest Educ. 2001; 3(1)
- 8 Pacheco T. La institucionalización del mundo profesional. En T. Pacheco y A. Díaz Barriga (Coords.). Cinco aproximaciones al estudio de las profesiones. México: Centro de Estudios sobre la Universidad (UNAM), 1997.
- 9 CASTELLS M. *La dimensión cultural de internet*. Disponible en: <http://www.uoc.edu/culturaxxi/esp/articulos/castells0502/castells0502.html> [consultado el 20.09.2010]
- 10 Dingwall RWJ. Las profesiones y el orden social en una sociedad global. Rev Electrónica Invest educ. 2004; 6(1)
- 11 Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones?. INDEX. 2007; XVI(56): 9-11
- 12 Courtenay M, Carey N. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. J Adv Nursing. 2008; 61(3): 291-99
- 13 Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. Enferm Comunit. 2006; 2(1): 49-57
- 14 Adaptado de: Irigoien M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud. Montevideo: Cinterfor-OPS, 2002: 252.
- 15 Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la Atención Integral. Enferm Comunit. 2005, 1(2).
- 16 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care. 2005;11(8):478-88
- 17 Morales Asencio JM, Sarria-Santamera A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. Rev Cal Asist. 2006; 21(1): 51-59.
- 18 Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. BMC Public Health. 2008;8: p.256.
- 19 Fernández A, Haro JM, Codony M et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. J Affect Disorders. 2006;96(1-2):9-20.
- 20 Girona-BrumósL, Ribera-Montaña R, Juárez-Giménez JC, Lalueza-Broto MP. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):143-53.
- 21 Davison GC. Stepped care: doing more with less? . 2000; 68(4): 580-5.
- 22 Chapple A, Sergison M. Primary care. Challenging tradition. Nursing times. 1999; 95(12): 32-3.
- 23 Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. Health Services Research. 2006; 41(4): 1576–1598

- 24 Rafferty AM, Ball J, Aiken LH. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care*. 2001;10(Suppl. II): ii32–ii37
- 25 Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *B J Health Care Manag*. 2000; 6(8): 364–371.
- 26 Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*. 1999; 27(9): 1991–1998
- 27 Institute of Medicine (2004) *Keeping Patients Safe*. National Academy Press, Washington, DC
- 28 Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51.
- 29 San Martín Rodríguez L, Dámour D, Leduc N. Influencia del nivel de colaboración interprofesional sobre la gestión del dolor de pacientes onco-hematológicos. *Metas*. 2008; 11(2): 27-32
- 30 Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008; 61 (2): 232–241
- 31 Sherwood GD. Defining nurse practitioners scope of practice: expanding primary care services. *Internet J Adv Nurs Practice* 1997; 1(2)
- 32 CIE. *Advanced practice nursing: a global perspective*. Adelaide, South Australia, 2002. Disponible en: <http://www.icn.ch/Adelaide.htm>, visitada el 5-08-05
- 33 Reimanis CL, Cohen EL, Redman R. Nurse Case Manager Role Attributes: Fifteen Years of Evidence-Based Literature. *Lippincott's Case Manag* 2001; 6(6):230-239
- 34 Gouleta C, Launzob S, Ricardc N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enf Clínica* 2003; 13(1): 48-52
- 35 Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Gonzalo Jiménez E, del Río Urenda S, Martín Santos FJ, Terol Fernández FJ. La larga y penosa travesía de los cambios en los hospitales: enfermería de práctica avanzada en atención especializada en el entorno anglosajón. *Evaluación de una revisión cualitativa*. *Evidentia*. 2006; 3(7)
- 36 Harris R, Wilson-Barnett J, Griffiths P. Effectiveness of nursing-led inpatient care for patients with post-acute health care needs: secondary data analysis from a programme of randomized controlled trials. *J Eval Clin Practice*. 2007; 13: 198–205
- 37 Dawes HA, Docherty T, Traynor I, Gilmore DH, Jardine AG, Knill-Jones R. Specialist nurse supported discharge in gynaecology: a randomised comparison and economic evaluation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;130(2):262-70
- 38 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 6;324(7341):819-23.
- 39 Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. . Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. 2003;326(7380):84
- 40 McGlynn B, Meddings RN, al-Saffar N, Gurun M, Hollins GW, Harnett AN. The development and audit of a nurse-led urology/oncology clinic. *Nurs Times*. 2004; 23-29;100(12):54-6
- 41 Henderson A, Andrich DE, Pietrasik ME, Higgins D, Montgomery B, Langley SE. Outcome analysis and patient satisfaction following octant transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: a prospective study comparing consultant urologist, specialist registrar and nurse practitioner in urology. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2004;7(2):122-5.
- 42 Coulthard MG, Vernon SJ, Lambert HJ, Matthews JN. . A nurse led education and direct access service for the management of urinary tract infections in children: prospective controlled trial. *BMJ*. 2003;327(7416):656.
- 43 Moore KH, O'Sullivan RJ, Simons A, Prashar S, Anderson P, Louey M. .Randomised controlled trial of nurse continence advisor therapy compared with standard urogynaecology regimen for conservative incontinence treatment: efficacy, costs and two year follow up. *BJOG*. 2003;110(7):649-57.

44 Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Kloseck M. Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ*.2002;14;166(10):1267-73

45 Helgesen F, Andersson SO, Gustafsson O, Varenhorst E, Goben B, Carnock S, Sehlstedt L, Carlsson P, Holmberg L, Johansson JE. Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse: a randomized study. *Scand J Urol Nephrol*. 2000;34(1):55-61

46 Robb Y. Measurement of clinical performance of nurses: a literature review. *Nurse Education Today*. 2002; 22(4):293-300.

47 Jones T, Cason C, Mancini M. Evaluating nurse competency: Evidence of validity for a skills recertifying program. *J Prof Nursing*. 2002; 18(1):22-28.

48 Froman R. Assessing the credibility of a clinical ladder review process: An interrater reliability study. *Nursing Outlook*. 2001;49(1):27-29

49 Roper KA, Russell G. The effect of peer review on professionalism, autonomy, and accountability. *J Nurs Staff Dev*. 1997;13(4):198-206

50 Gopee N. The role of peer assessment and peer review in nursing. *Br J Nurs*. 2001;10(2):115-121.

51 Rout A, Roberts P. Peer review in nursing and midwifery: a literature review. *J Clin Nurs*. 2008;17(4):427-442.

52 Hamilton KES, Coates V, Kelly B, Boore JRP, Cundell JH, Gracey J, et al. Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *J Nurs Manag*. 2007;15(8):773-791.

53 Hallin K, Kiessling A, Waldner A, Henriksson P. Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. *Med Teach*. 2009;31(2):151-7