



Documento
temático



Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia

Copyright

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de cualquier parte de esta publicación mediante impresión, por medios fotostáticos o de cualquier otra manera, su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión de cualquier forma y su venta, sin el permiso expreso, por escrito, del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización pequeños extractos (de menos de 300 palabras), a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2006 por el CIE – Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 92-95040-60-0

Documento temático



Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia

Rosemary Bryant

Índice

Noticia sobre la autora	6
Breve resumen y recomendaciones	7
Introducción	9
Metodología	10
Sección primera: Tendencias actuales de la reglamentación de enfermería	11
Visión general histórica de la reglamentación de enfermería	11
Tipos de reglamentación de enfermería	13
Reforma de la reglamentación	16
El marco reglamentario general	19
Sección segunda: Desarrollo de competencias y formación	22
Participación de los empleadores en la elaboración del plan de estudios y en la formación de enfermería	22
Desarrollo de competencias	25
Competencia, formación continua y reglamentación	31
Sección tercera: Combinación de capacidades, definición de las funciones y las funciones nuevas	34
Contexto para el debate sobre la combinación de capacidades, la definición de las funciones y las funciones nuevas	34
Definición de las funciones	35
Combinación de capacidades	36
Sustitución de las funciones profesionales	39
Economía de la combinación de capacidades	42
La función de otros trabajadores de enfermería o de salud	44
Sección cuarta : Debate y orientaciones para el futuro	45
Debate	45
Recomendaciones	47
Sección quinta: Conclusión	48
Referencias	49

Noticia sobre la autora

Rosemary Bryant, RN, BA, Grad Dip Health Admin, FRCNA

Rosemary Bryant es enfermera y Directora ejecutiva del Royal College of Nursing, Australia, que es la organización australiana miembro del Consejo Internacional de Enfermeras. Tiene amplia experiencia profesional en relaciones con los gobiernos y en enfermería de cuidados intensivos en hospitales y en la comunidad. Ha ocupado puestos ejecutivos como directora de enfermería en una organización de enfermería de la comunidad y en un gran hospital docente y de cuidados críticos; y ha sido también asesora principal de enfermería en la administración del Estado de Victoria, Australia.

La Sra. Bryant tiene amplia experiencia en la elaboración de la política general, tanto en la enfermería como en el sector general de salud. Sus intereses académicos se centran en la reglamentación de los profesionales de salud, y tiene experiencia práctica como miembro de tres órganos de reglamentación.

La autora es la única responsable de los contenidos y conclusiones de este informe.

Breve resumen y recomendaciones

El presente documento tiene por objeto presentar una visión general de las pruebas y de las opiniones actuales referentes a las consecuencias que tienen para los recursos humanos la reglamentación, el desarrollo de competencias y la definición de las funciones. Estos tres elementos están inseparablemente vinculados entre sí y son fundamentales para la práctica de la enfermería en el entorno actual. La recuperación de las pruebas para este estudio resultó difícil en algunos casos y, en general, las fuentes escritas provienen de países anglófonos.

La finalidad declarada de la reglamentación de los profesionales de la salud es proteger al público y uno de los modos de cumplir esta misión consiste en asegurarse de que los profesionales de salud que son objeto de la reglamentación son competentes para ejercer su profesión. Los empleadores y los administradores de los servicios de salud tienen también la responsabilidad de asegurarse de que los profesionales a los que emplean son competentes para dispensar cuidados que cumplan una norma de aceptabilidad para el público receptor de esos cuidados. Definir las funciones de los profesionales de salud es un proceso dinámico pues han de adaptarse a los nuevos avances tecnológicos que, a su vez, crean la necesidad de nuevas funciones en la atención de salud. Para que las enfermeras puedan dispensar cuidados competentes y seguros, es esencial vincular las competencias para las funciones de la enfermería con la formación y la reglamentación.

Se estudian a continuación los modelos actuales de reglamentación, como la reglamentación estatutaria, la reglamentación voluntaria, la reglamentación por la administración central, la autorregulación y reglamentación general. Las consecuencias que los acuerdos de reconocimiento recíproco (ARR) tienen para la enfermeras, como el descenso de los niveles requeridos para la colegiación, son una amenaza para ellas. También se analizan otras formas de reglamentación, como los coeficientes obligatorios de pacientes por enfermera.

La competencia inicial y su mantenimiento son hoy especialmente importantes ya que el público presiona a favor de una mayor transparencia en la reglamentación de los profesionales de salud y a favor de una mayor participación de los consumidores. Esto tiene consecuencias para el trío constituido por forman los formadores, los encargados de la reglamentación y los empleadores. Si el concepto de reglamentación en su definición más amplia se considera el punto de partida y la atención segura y competente es el resultado final, los demás elementos –como la formación de las enfermeras, la competencia inicial y su mantenimiento, las responsabilidades del empleador, la definición de las funciones, la superposición y la combinación de capacidades- actúan entre sí para llegar a la meta final. En esta interrelación, es clara la obligación y la responsabilidad que tienen las organizaciones profesionales de enfermería de participar en todos estos elementos.

Se estudia el desarrollo de competencias en diversos contextos, incluido el contexto del empleo. También se expone el desarrollo de competencias internacionales y sus consecuencias para el movimiento de las enfermeras en todo el mundo.

La combinación de capacidades, las nuevas funciones y la superposición de las funciones influyen en la reglamentación y en el desarrollo de las competencias. Se exponen las nuevas funciones, tales como la de enfermera de atención directa, y su influencia en los resultados obtenidos en los pacientes. La sustitución de los médicos por enfermeras y la de éstas por personal auxiliar sin capacitación, la economía que supone y los efectos que tiene en los resultados conseguidos en los pacientes dan lugar a importantes consecuencias para los recursos humanos del futuro. También es especialmente importante en este contexto la delegación de los cuidados de enfermería y su relación con la reglamentación. Se mencionan brevemente otras funciones clínicas.

Recomendaciones

En resumen, las principales consecuencias para los recursos humanos de enfermería son las siguientes:

1. Para que la reglamentación profesional se mantenga, los consumidores han de intervenir en ella.
2. La reglamentación de enfermería ha de ser suficientemente transparente y flexible para que refleje los cambios del entorno de trabajo y la aparición de nuevas funciones.
3. Deben definirse los límites de la reglamentación, la autorreglamentación profesional, y su coincidencia con otras formas de reglamentación.
4. En un entorno de creciente globalización, los procesos de inscripción deben ser suficientemente flexibles para que en ellos tengan cabida las enfermeras de otros países.
5. La profesión de enfermería ha de permanecer alerta para que los nuevos modelos de reglamentación, como la legislación general y los acuerdos comerciales, no erosionen las normas de enfermería ni menoscaben la identidad de la enfermería.
6. Las enfermeras han de seguir siendo competentes a todo lo largo de su vida laboral y, para conseguirlo, es preciso desarrollar métodos de evaluación.
7. Los empleadores, los encargados de la reglamentación y la profesión de enfermería deben elaborar conjuntamente los programas de formación de enfermería de los niveles anteriores y posteriores a la titulación, y los de formación continua.
8. Los elementos estructurales del plan de estudios de enfermería han de ser intrínsecamente flexibles para poder adaptarse a los cambios de la prestación de los servicios.
9. Algunos aspectos de la formación de enfermería deben realizarse en colaboración con otros profesionales de salud, especialmente en especialidades en las que ejercen juntos numerosos profesionales de salud.
10. Deben desarrollarse las competencias compartidas de las enfermeras y las de aquellas personas con las que sus funciones coinciden.
11. Con el fin de que las enfermeras estén preparadas para asumir funciones más amplias, todos los programas de formación de enfermería deben tener un nivel comparable al de los programas de los demás profesionales de salud.
12. En estos tiempos de creciente migración de las enfermeras, deben evaluarse periódicamente las competencias internacionales y ha de establecerse un ciclo de actualización.
13. En la combinación de capacidades deben tenerse en cuenta los efectos que el cambio de funciones ejerce en los resultados clínicos.
14. La introducción de nuevas funciones de la enfermería ha de negociarse con la profesión y con los encargados de la reglamentación de enfermería.
15. Se precisa más investigación sobre las consecuencias que tienen en los costos las distintas combinaciones de capacidades, teniendo en cuenta variables tales como las diferentes condiciones salariales y otras condiciones de empleo de las distintas categorías de profesionales de salud.
16. Han de elaborarse metodologías que puedan aplicarse en una amplia diversidad de contextos y con las que puedan evaluarse los resultados en los pacientes y su satisfacción a largo plazo.

Introducción

El medio de la atención de salud está en flujo constante pues responde a imperativos tecnológicos, demográficos y epidemiológicos. Los financiadores de la atención de salud tratan de contener los costos de la salud, y un número cada vez mayor de gobiernos llegan a acuerdos comerciales con otros países.

En los últimos tiempos hemos visto también que se insiste más en la seguridad de los pacientes y en la calidad de la atención. La escasez de los recursos humanos de enfermería es cada vez mayor, al tiempo que las fronteras nacionales se hacen más permeables y aumenta la movilidad de esos recursos humanos. Los consumidores piden más transparencia en el modo de prestación de los cuidados y en el modo de regulación de los profesionales de salud. La escasez de enfermeras es un factor que complica la búsqueda de unos cuidados seguros para los pacientes. Humphris y Masterson (2000) afirman que los principales factores que motivan la búsqueda de una mayor seguridad en la atención de salud son los siguientes:

- Mayor responsabilidad de la protección de los pacientes, delegada en los empleadores;
- Mayor insistencia en la gobernabilidad clínica, que atribuye a los empleadores una mayor responsabilidad de cerciorarse de que sus empleados son competentes;
- Mayor interés y participación de los grupos de consumidores en la atención de salud;
- Cambios del modo en que se mantiene la calidad en la formación profesional;
- Aumento del número de las enfermeras que trabajan fuera del National Health Service (NHS).

Este último punto se refiere específicamente al Reino Unido, pero la situación puede compararse con la de muchos otros países en los que hay múltiples empleadores de enfermeras. Si bien los hospitales siguen siendo los empleadores principales, los distintos contextos en que están empleadas las enfermeras van diversificándose más y entre ellos figura el del trabajo independiente. Así pues, está desapareciendo el tradicional carácter jerárquico supervisor del empleo en la enfermería.

Este entorno cambiante influye, entre otras cosas, en la reglamentación de los profesionales de salud; en la combinación de capacidades de las enfermeras en los diversos contextos; en la definición de la función de la enfermería; y en la preparación académica de las enfermeras que les procura las competencias necesarias para dispensar los cuidados en unos tiempos de rápido cambio.

El presente documento tiene por objeto dar una visión general de las pruebas y de la opinión actuales de las consecuencias que tiene para los recursos humanos la reglamentación, el desarrollo de las competencias y la definición de las funciones. Estos tres elementos están inseparablemente vinculados entre sí y son fundamentales para ejercer la enfermería en el entorno actual.

El objetivo declarado de la reglamentación profesional de salud es proteger al público, y uno de los modos de cumplir esta misión es conseguir que los profesionales de salud que son objeto de la regulación sean competentes en el ejercicio de su profesión. Los empleadores y los administradores del servicio de salud también tienen la responsabilidad de cerciorarse de que los profesionales de salud a los que emplean son competentes para dispensar cuidados en un nivel aceptable para el público que los recibe. Definir las funciones de los profesionales de salud es un proceso que evoluciona constantemente pues han de adaptarse a los nuevos avances tecnológicos que, a su vez, crean la necesidad de nuevas funciones en la atención de salud. En este contexto, deben negociarse cuidadosamente los consiguientes cambios de la combinación de capacidades. Para que las enfermeras puedan dispensar unos cuidados competentes y seguros es esencial vincular las competencias para las funciones de enfermería con la formación y la reglamentación.

En algunos sectores ha sido difícil obtener pruebas, pues se dispone de pocos instrumentos para evaluar las funciones de las enfermeras y las vinculaciones existentes entre el desarrollo de las competencias, la formación y la capacitación, la regulación y seguridad y la calidad. A los cambios en el entorno de la atención de salud siguen necesariamente modificaciones de los planes de estudios antes de la titulación, la preparación de programas de formación continua, la modificación de la legislación relativa a los profesionales de salud y la promulgación de nueva legislación. Sin embargo, a medida que el ritmo del cambio se acelera tanto en el sistema de salud como en la sociedad en general, el problema que se plantea tanto a los empleadores, los formadores y los encargados de la reglamentación, como a la propia profesión de enfermería es el de responder a esos cambios de manera oportuna y bien pensada.

Para investigar las consecuencias que para los recursos humanos tienen la reglamentación, el desarrollo de las competencias y la definición de las funciones se precisan fondos, y los recursos humanos de enfermería no siempre han ocupado un lugar preferente en las listas de prioridades de esa investigación. No existía el impulso necesario para que los financiadores se hicieran cargo de esta investigación en un contexto en que el número de enfermeras era suficiente. Esto está cambiando. Por la amenaza de que se frenen los incrementos de la productividad, el futuro de los recursos humanos de salud, en particular el de los de enfermería, es algo precario y el gobierno y demás financiadores se ven ahora obligados a abordar estas cuestiones.

Metodología

Un examen de lo publicado muestra que en general son escasas las pruebas basadas en conclusiones de investigación, estudios de casos y otra información en estos campos. Algunos de los meta-análisis de la combinación de capacidades y muchos de los artículos utilizados se basan en resultados de investigaciones. Otros artículos se basan en opiniones aparecidas en materiales publicados. Al citar estudios, se facilita la base para la información. Se incluyen artículos de opinión, pues parecía que la información que contienen estaba cuidadosamente pensada. También se incluyeron los documentos de la conferencia, y el conocimiento general del autor de los diversos aspectos de la temática, basados en la experiencia obtenida en varios sectores del sistema de salud.

Si bien se examinaron algunos artículos publicados en idiomas distintos del inglés, no se obtuvo de ellos información pertinente; por tanto, sólo se utilizaron publicaciones en inglés. En lo fundamental, la información se ha obtenido del Reino Unido, Estados Unidos de América (EE.UU.), Canadá, Australia y Nueva Zelandia y de algunos autores que trabajan en Europa y en otros países. Sin embargo, en el sector de la reglamentación, los países anglófonos no tienen planteamientos reglamentarios homogéneos.

Los métodos empleados para reunir la información que figura en este documento fueron los siguientes. Se hizo un examen en dos fases de lo publicado: primera, se hizo una amplia búsqueda de las publicaciones que abarcó el periodo 1994 – 2004; y, en segundo lugar, se hizo una búsqueda de las publicaciones concretamente sobre el periodo 1999 – 2004. Estas búsquedas se centraron en el material publicado en inglés, en francés y en español y se realizaron recurriendo a las bases de datos siguientes: PubMed, Medline, CINAHL, APAIS (Australian Public Affairs Information Service), y APA (Australian Public Affairs). Por otra parte, se hicieron búsquedas a través de la base de datos de la biblioteca de la Organización Mundial de la Salud (WHOLIS). Los términos de búsqueda utilizados fueron: 'competencia' (competency), 'plan de estudios' ('curriculum'), 'combinación de capacidades' ('skill mix'), 'definición de funciones' ('role definition'), 'reglamentación' (regulation), 'recursos humanos de enfermería' ('nursing workforce'), 'formación' ('education'), y 'capacitación' ('training').

Sección primera: Tendencias actuales de la reglamentación de enfermería

Un examen reciente de las tendencias de la reglamentación, hecho por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (Oulton 2005) reveló lo siguiente:

- El interés por la autorreglamentación sigue en aumento entre las profesiones de salud, pero no entre los legisladores;
- Los gobiernos están interesados en limitar el poder de las profesiones de salud;
- La legislación de carácter general es cada vez más común;
- Aumenta el interés por los ARR (Acuerdos de reconocimiento recíproco) de parte de las enfermeras, los empleadores y los gobiernos;
- Es de capital importancia el mantenimiento de la competencia profesional;
- En el contexto de la reglamentación se examinan cada vez con más detalle los contextos de la formación y de la práctica profesional;
- Va en aumento la reglamentación de la práctica especializada y avanzada;
- Va en aumento la participación de los representantes de los consumidores en la reglamentación;
- Se insiste cada vez más en la competencia, en contraposición con las credenciales.

Los factores que impulsan el cambio reglamentario son, entre otros, la escasez mundial de enfermeras, los actuales entornos de la práctica profesional, las demandas del público, el interés de los gobiernos en cambiar las funciones de los profesionales de salud, las migraciones y la liberalización del comercio, y las demás características de la globalización.

Este documento tienen por objeto explorar esas tendencias y sus consecuencias para los recursos humanos de enfermería.

Visión general histórica de la reglamentación de enfermería

La reglamentación, las normas profesionales y el bienestar socioeconómico de las enfermeras son los tres pilares de la misión del CIE. En el decenio de 1980, el CIE llevó a cabo una importante iniciativa para fortalecer la reglamentación de enfermería en todo el mundo, insistiendo en eliminar los obstáculos contrarios a la contratación de las enfermeras en la atención primaria de salud. Este centro de interés mereció el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con la publicación, en 1986, del Informe del CIE sobre la Reglamentación de enfermería, se articularon claramente la finalidad y los elementos de la legislación de enfermería. Ese informe pasó a ser una guía mundial, especialmente para los países que no tienen legislación de enfermería y tratan de legislar para la enfermeras.

La Reglamentación de la profesión médica por ley comenzó en el Reino Unido en 1858 (Davies 2004). Siguió después la reglamentación de la enfermería, que pasó a ser ley primeramente en Nueva Zelandia en hace algo más de 100 años. Después, en la primera parte del siglo XX, se aprobaron numerosas leyes de enfermería en los países desarrollados. El impulso primordial para la primera legislación sobre los profesionales de salud tenía por objeto identificar bona fide a los profesionales de salud y establecer normas para el ingreso en la profesión. El objetivo pasó luego a ser la protección del público y ahora tiende a ser el interés del público, que es un objetivo de aplicación más amplia e incluye la garantía de la calidad y el mantenimiento de niveles clínicos.

Si bien en muchos países la reglamentación de la enfermería por ley existe desde hace muchos años, hay todavía países que no tienen para la enfermería reglamentación, ni normas, ni mecanismos de reglamentación que emanen del gobierno. Países del Oriente Medio, como

Omán, Jordania y Yemen, trabajan actualmente en la elaboración de marcos reglamentarios para la enfermería. En algunos países la reglamentación de enfermería está prevista en forma de ley o de otros sistemas de normas; sin embargo, por diversos motivos, no se ha promulgado o puesto en práctica. Chile es un ejemplo pues aunque tiene un sistema de colegiación de la enfermería, éste no es obligatorio. En la Unión Europea, hay una directiva sectorial sobre la enfermería, en la que se establece un marco jurídico para el ejercicio de ésta.

Por otra parte, puede ser que los países del mundo en desarrollo tengan otras metas adicionales para su reglamentación de enfermería, tales como, en el caso de Nepal, un deseo de mejorar tanto la calidad de los cuidados como la condición social de las enfermeras. El impulso para la reglamentación provino de los grupos de la enfermería más experimentados. Su objetivo primordial en el ejercicio de influencia a favor de la reglamentación de enfermería era legitimar la función de ésta según la situación existente en otros países desarrollados y según la situación de la profesión médica en Nepal.

En cambio, los países desarrollados, especialmente los que tienen tecnologías avanzadas, han centrado el desarrollo de su reglamentación, desde mediados del decenio de 1980, en cuestiones tales como la telemedicina y el reconocimiento recíproco. Más recientemente, el centro de interés ha pasado a la práctica clínica de los profesionales de salud especialmente en el contexto de eventos adversos. Con la Investigación de Bristol, en el Reino Unido, se descubrió una práctica médica sistemáticamente deficiente en el sector de la cirugía cardiaca pediátrica, lo que atrajo la atención pública al problema de la reglamentación de los profesionales de salud (Davies 2004). La Encuesta Shipman expuso aún más los defectos de la reglamentación de los profesionales de salud (Smith 2004). Al ser el interés en la seguridad de los pacientes el objeto de una nueva atención en los países desarrollados, la función de la reglamentación de los profesionales de salud ha vuelto al primer plano. En el Reino Unido, se ha hecho un llamamiento para que haya más transparencia en la reglamentación de los profesionales de salud con mayor participación de la comunidad, probablemente en colaboración o en asociación con la profesión que es objeto de reglamentación.

Una de las funciones primordiales de un consejo de colegiación de los profesionales de salud es proveer al público de profesionales seguros. Para ello, el consejo tiene un interés considerable en los programas de formación antes de la titulación, con los que se prepara a los profesionales para su colegiación. También se interesa, en mayor o menor grado, en los programas especializados y en las ofertas de formación continua. También los empleadores tienen un interés considerable en los programas de formación básica, pues son ellos quienes emplean a los titulados de esos programas para que dispensen los servicios de salud. Uno de los vínculos entre la reglamentación y la formación es el desarrollo de las competencias en que se basa un plan de estudios para formar titulados capaces de ejercer su profesión a ciertos niveles, con lo que se cumplen las expectativas del consejo de colegiación, del empleador y de la profesión.

La función de las enfermeras evoluciona a medida que la profesión responde a las demandas del sistema de salud y de los empleadores. Esto tiene consecuencias para los consejos de colegiación, y para los formadores y los empleadores de las enfermeras. Como antes se ha dicho, los consejos de colegiación y los formadores han de responder a estos cambios para mantener los niveles y preparar titulados que posean las competencias necesarias para ejercer su profesión en nuevas funciones más amplias. A medida que la función de las enfermeras se amplía a nuevas actividades, surgen inevitablemente presiones para que otros trabajadores de salud menos cualificados se hagan cargo de ciertos aspectos de esa función. Es difícil trazar límites en este campo y ello puede dar lugar a litigios sobre la demarcación profesional. Además, es preciso definir la combinación de capacidades que precisan los profesionales en los servicios de salud. Esa combinación depende muchas veces de factores económicos.

Los consejos de colegiación están interesados en que se amplíen las funciones pues necesitan estar seguros de que las enfermeras reciben una formación adecuada y tienen las competencias necesarias para desempeñar las funciones ampliadas. El mejor ejemplo contemporáneo de una función ampliada es el de la enfermera de atención directa y, en la mayoría de los países en que esta función se ha desarrollado, se han establecido procesos para conseguirlo. Sin embargo, la práctica avanzada de enfermería es más amorfa y no es fácil de clasificar.

A la base de todos los elementos necesarios para producir un profesional competente – en este caso, una enfermera competente – se sitúa el imperativo de seguridad y calidad de los servicios de salud. Naturalmente, hay otros elementos que contribuyen a la seguridad y a la calidad de la atención, como el régimen clínico y la adecuada dotación de recursos a los servicios de salud, pero estructuras tales como los planes de estudios basados en las competencias y las normas de colegiación son elementos fundamentales.

Aun cuando los consejos de colegiación han definido las normas y requisitos para el registro inicial, es más problemática su participación en el mantenimiento de las competencias de quienes se inscriben o colegian. Se controla y define el modo de garantizar que las enfermeras son competentes para ejercer cuando se colegian. Sin embargo, es difícil diseñar procedimientos o programas para el mantenimiento de la competencia, especialmente habida cuenta del número de enfermeras en ejercicio y de la amplia variedad de especialidades en que ejercen. Los empleadores tienen gran interés en emplear a enfermeras competentes y ello por la responsabilidad que les incumbe en los errores de sus empleados. Los programas de formación continua son uno de los elementos que sirven para asegurar el mantenimiento de las competencias. Las competencias profesionales de los grupos de enfermería especializados y de los organismos de acreditación son útiles para los sectores de la práctica profesional en que se ejercen, pero no todas las enfermeras actúan en sectores especializados. Además el desarrollo de la competencia profesional ha de ser un proceso reiterativo para que las normas de competencia sigan siendo de actualidad. Más adelante se tratarán los intentos de los consejos de colegiación de asegurar la competencia permanente de sus inscritos.

Tipos de reglamentación de enfermería

¿Reglamentación por ley o por decreto del gobierno?

Hay varios modelos de reglamentación de enfermería. El más general es la reglamentación por ley, en la que se prevé un órgano de gobierno o un consejo y se esbozan las disposiciones para el registro y las disciplinas aplicables. En algunos países, el gobierno regula la enfermería de manera centralizada sin una verdadera legislación; en otros, se incluye a las enfermeras en las disposiciones reglamentarias aplicables a todos los profesionales de salud. La reglamentación central por el gobierno puede tener carácter limitador, pues muchas veces no hace referencia a la profesión que es objeto de ella y, por tanto, puede ser que no facilite el desarrollo de unas normas pertinentes. También puede ser mecánica en su aplicación.

La responsabilidad de la reglamentación puede corresponder al órgano profesional, como sucede en algunos países de América Latina. En los Estados Unidos, Canadá y Australia, países integrados por estados federales, provincias o territorios con grados diversos de autonomía, no hay una reglamentación central o nacional; aunque todos esos países tienen algún grado de reconocimiento recíproco para los fines de la inscripción de enfermería. En Polonia y Eslovaquia, donde la legislación de enfermería es relativamente reciente, el elemento de autorregulación es evidente.

Autorregulación

Para las profesiones de salud que están reguladas por ley, el modelo tradicional ha sido la autorregulación. Se ha considerado que la autorregulación consta de dos componentes – uno obligatorio y otro voluntario (Percival 2001). El componente obligatorio se describe como el

marco jurídico/legislativo de la reglamentación profesional; y el componente voluntario es la carga que supone para cada enfermera ejercer dentro de los límites de los códigos deontológicos y de conducta y según unas normas acordadas. Este último elemento implica que las enfermeras participan en actividades de autorregulación, tales como las de formación continua, y la garantía de su competencia para ejercer (Percival 2001). Como ya se ha dicho, la finalidad general de protección del público es inherente al modelo de autorregulación.

Sin embargo, Davies (2004) afirma que el supuesto de que la autorregulación protegerá al público ha dejado de ser adecuado después de la exposición de los casos Bristol y Shipman en el Reino Unido. (El caso Bristol se refiere al elevado índice de mortalidad en la cirugía cardíaca pediátrica, por incompetencia médica, en un hospital de Bristol, mientras que el caso Shipman se refiere a las revelaciones en torno a la práctica del Dr. Shipman, en la que se le declaró culpable de asesinato de hasta 250 de sus pacientes). Después de estos sucesos, los políticos, apoyados por los medios de comunicación y el público, pidieron insistentemente más transparencia en la vigilancia de los resultados y en el acceso a la información sobre la práctica de cada profesional de salud. Aun cuando estos sucesos afectaban a la profesión médica, también se vieron inmersos en el debate posterior las enfermeras y otros profesionales de salud.

Puede aducirse que el caso de Bristol fue ante todo un fallo del gobierno interno clínico más bien que de la autorregulación legal. Sin embargo, la publicidad que siguió a los casos Bristol y Shipman abrió paso a una solución política de cambios de la autorregulación estatutaria de todos los profesionales de salud.

En los EE.UU., el Centro para la Defensa del Ciudadano (Citizen Advocacy Center (CAC)), respondió a la labor emprendida por el Instituto de Medicina para asegurar el mantenimiento de la competencia de todos los profesionales de salud, (ampliada después en la sección sobre el mantenimiento de la competencia) elaborando una guía para este fin. De importancia capital para el éxito de esta guía es el concepto de colaboración con todos los interesados. Muchos consejos o juntas de registro tienen ya miembros consumidores, en mayor o menor grado. Si bien puede aducirse que la participación de los consumidores resta eficacia a la autorregulación, los consumidores no van a tolerar ya un planteamiento 'cerrado' de la reglamentación de los profesionales de salud. El problema que se plantea es el de mantener un equilibrio entre los consumidores de atención de salud y la profesión que es objeto de la reglamentación. Actuando de otro modo se atraerá la atención política, lo que puede ser el fin de la autorregulación.

Salter (1999) sostiene esta idea en un artículo sobre la autorregulación de la profesión médica. Preocupa a este autor que si la medicina no introduce cambios en su gobierno interno y ello da lugar a nuevos fracasos médicos, la atención del público se centrará en el gobierno que ha asumido la función de asegurar la gobernabilidad clínica estableciendo diversos órganos reglamentarios ajenos a la autorregulación. Aunque el centro de interés del artículo de Salter es la profesión médica, puede igualmente aplicarse a la enfermería y tiene implicaciones especialmente para el mantenimiento de la competencia profesional y para que la enfermería se ejerza sobre una base de pruebas.

Reglamentación voluntaria

La reglamentación voluntaria es también una característica de la enfermería. Ejemplos de ello son los diversos órganos de acreditación establecidos por organizaciones profesionales de enfermería, y los sistemas establecidos para registrar la participación en el desarrollo profesional continuo. Los sistemas de acreditación se han desarrollado ante todo para la práctica especializada y avanzada y están firmemente establecidos en varios países, principalmente en los Estados Unidos de América. También están muy extendidas otras formas de reglamentación voluntaria, como las medidas destinadas a mantener la competencia (por ejemplo, la participación en la formación continua). Los órganos profesionales de enfermería, especialmente los establecidos para las enfermeras especialistas,

también han elaborado normas para la práctica profesional en las que se prevé la base para las competencias especializadas.

Legislación general sobre las profesiones de salud

En cierta medida, el tipo del poder principal de reglamentación no es tan importante como los procesos y la naturaleza de la reglamentación. Un avance recientemente experimentado en la reglamentación de las profesiones de salud ha sido la introducción de legislación de carácter general aplicable a todas las profesiones de salud reguladas. Han introducido esa legislación varios países, como Hungría y el Reino Unido. En este último, se ha establecido el Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC) al amparo de un instrumento reglamentario y no en virtud de legislación específica, como antes se hacía. Un nuevo órgano reglamentario –el Consejo de regulación de las profesiones de salud– supervisa las actuaciones del Consejo de Enfermería y Obstetricia. El Instrumento legislativo puede modificarse sin remitirlo al Parlamento. Así pues, las disposiciones estipuladas en el Instrumento pueden modificarse de modo que reflejen los cambios del entorno de la atención de salud. Sin embargo, esta flexibilidad tiene el aspecto negativo de que el gobierno interno de la enfermería puede verse afectado sin las garantías debidas o sin referencia a un auditorio más amplio.

Aun cuando no cuentan con legislación propiamente tal, los profesionales de salud de Etiopía se rigen por un consejo de profesionales a través de su Ministerio de Sanidad. En la región de Asia y el Pacífico, el Territorio del Norte de Australia posee una legislación general para los profesionales de salud, y el Territorio de la Capital de Australia se halla en proceso de conseguirla. El Gobierno de Nueva Zelandia está examinando desde hace algunos años una legislación de carácter general para todos los profesionales de salud y recientemente ha aprobado la Ley de Garantía de la competencia de los profesionales de salud (HPCA). Esta legislación sustituye a 11 estatutos reglamentarios de profesiones de salud. Una de las razones aducidas para introducir esta legislación es que la mayoría de los estatutos eran antiguos, inflexibles e incapaces de dar cabida a los cambios del ejercicio de la profesión resultantes del cambio tecnológico.

Además, el otro cambio importante ocurrido en Nueva Zelandia es que se insiste en la competencia de los profesionales de salud. El Gobierno desea también establecer la coherencia entre las profesiones y redactar una lista de las tareas que pueden realizar solamente las personas autorizadas para ello. En la Ley de Garantía de la competencia se prevé que:

- Las autoridades de inscripción son las encargadas de garantizar que los profesionales de atención de salud mantienen su competencia;
- Las autoridades de inscripción han de tener facultades para establecer los requisitos para la inscripción;
- En las funciones de inscripción y disciplinarias participen personas no expertas;
- Se mantengan autoridades de inscripción separadas e independientes para las diferentes profesiones;
- Se prevean disposiciones específicas para cada profesión (Ministerio de Sanidad, Nueva Zelandia 2002).

Se considera que las ventajas de una ley única son la coherencia, la flexibilidad, la transparencia y la simplificación de la reglamentación de las nuevas profesiones. Se deja a cada autoridad de inscripción la facultad de establecer las cualificaciones y competencias necesarias para cada profesión. Por otra parte, cada autoridad de inscripción establecerá el ámbito de la práctica de cada profesión. No obstante, los ámbitos de la práctica de las distintas profesiones no serán necesariamente excluyentes entre sí. Donde haya profesionales de más de una profesión cualificados para prestar el mismo servicio, como puede ocurrir entre las enfermeras o las matronas y los profesionales médicos, deben acordarse unas normas y competencias coherentes. Cuando haya un litigio entre profesiones acerca de funciones o tareas específicas, se recurrirá al Ministro de Sanidad para un arbitraje. (Ministerio de

Sanidad de Nueva Zelanda 2002:1-6). En la sección sobre las competencias se exponen las disposiciones ampliadas relativas al mantenimiento de la competencia de los profesionales de salud en Nueva Zelanda.

La legislación general para las enfermeras conlleva varias consecuencias para los recursos humanos. A primera vista y desde la perspectiva del Gobierno, la legislación general es apropiada y se percibe como una buena política y, quizá, de sentido común. Sin embargo, hay diferencias entre todas las profesiones de salud y la mayoría de ellas tienen su propia idiosincrasia. Por ejemplo, un gran número de profesionales de atención de salud ejercen de manera independiente en mayor o menor grado, mientras que la mayoría de las enfermeras siguen siendo empleadas. Algunos grupos profesionales, como los odontólogos, tienen tareas muy concretas que pueden realizar y hay también zonas grises en las que su práctica profesional se superpone con la medicina. Análogamente esa zona gris se da también entre la enfermería y la medicina. Por tanto, es importante para las enfermeras que la legislación general prevea una flexibilidad suficiente que permita una reglamentación que impulse, y no frene, el ejercicio de la enfermería. La ampliación de las funciones de la enfermería y los demás cambios se producen en respuesta a modificaciones de la tecnología sanitaria, y no debe obstaculizarse la respuesta de los recursos humanos de enfermería a esos cambios. Esto no equivale a sugerir que las nuevas funciones de la enfermería deban desarrollarse de manera desestructurada o no planificada; pero es importante que el proceso se facilite y no se obstaculice y que las enfermeras conduzcan esos cambios en beneficio de los pacientes.

En el marco de la legislación general, las disposiciones para el mantenimiento de la competencia para ejercer han de estar fundadas en la profesión, especialmente en el caso de la enfermería, para que puedan desarrollarse sistemas prácticos de competencia. Una vez más, como las enfermeras son generalmente empleadas, los sistemas de competencia, para ser eficaces, han de estar adaptados.

Probablemente el aspecto más importante de la legislación general es la necesidad de que garantice el mantenimiento de la autorregulación profesional individual. Cualquiera que sea el modelo utilizado, es esencial que las enfermeras (junto con los consumidores) se regulen a sí mismas para mantener su autonomía profesional. La amenaza principal a este respecto es que, si la autorregulación no se hace de manera eficaz, las funciones de una autoridad de reglamentación de las enfermeras pueden transferirse a otras profesiones o a los burócratas.

Reforma de la reglamentación

Evaluación reglamentaria

En 1995, la Comisión Pew publicó en los Estados Unidos un informe titulado Reforma de la reglamentación de los recursos humanos de salud (Comisión Pew para las profesiones de salud, 1995), que suscitó muchas respuestas, positivas y negativas. Esas respuestas se publicaron en 1997; figuran a continuación algunas de las respuestas más relevantes dadas a las recomendaciones relativas a la reglamentación de los profesionales de salud.

En la Recomendación 9 de la primera publicación Pew de 1995 se dice lo siguiente:

Los Estados deben elaborar instrumentos de evaluación que midan los objetivos, los éxitos y los inconvenientes de sus sistemas y órganos reglamentarios para poder proteger y promover mejor la salud del público.

Esta recomendación obtuvo uno de los niveles más altos de respuesta de todas las recomendaciones. Se prestó un fuerte apoyo a cierto tipo de evaluación interna o externa, aunque se identificaron los inconvenientes de ambos tipos de evaluación (Gagnola y Stone 1997).

Otra recomendación relativa a la reglamentación fue la siguiente:

Los Estados deben entender los vínculos, las superposiciones y los conflictos existentes entre su sistema de reglamentación de los recursos humanos de atención de salud y otros sistemas que inciden en la formación, la reglamentación y la práctica de los profesionales de atención de salud y en la labor de desarrollo de colaboraciones para modernizar la estructura y los procesos reglamentarios.

Esta recomendación suscitó uno de los índices de respuesta más bajos. Las respuestas incluían la opinión de que las asociaciones profesionales eran las entidades mejor situadas para establecer las normas profesionales, los requisitos de formación y los ámbitos de la práctica profesional (Gagnola y Stone 1997).

No se ha conseguido ninguna publicación en la que se evalúe la reglamentación de los profesionales de salud. En uno de los artículos (Bryant 2002) se examinaba la reglamentación de enfermería en cada una de las jurisdicciones australianas aplicando como marco los principios de reglamentación, del CIE. En ese documento se analizaba la legislación y se evaluaba la medida en que ésta estaba en conformidad con los principios. Sin embargo, no se evaluaban los resultados o efectos de la legislación. Quizá la legislación de este tipo parece que escapa a toda evaluación porque es producto de legislaturas que responden a la demanda popular en las democracias. El impulso para la elaboración de nueva legislación o para modificaciones de la existente proviene del electorado y ello puede parecer una forma de evaluación de la situación existente.

El empleador como regulador

El Informe Pew inicial se centraba en el empleador como encargado de la reglamentación. Los empleadores influyen en la manera en que las enfermeras ejercen su profesión en un plano institucional, mediante las políticas y los procedimientos locales, todo lo cual constituye una forma de reglamentación. Si bien se reconoce que el empleador tiene una responsabilidad y un deber delegado de cerciorarse de que sus empleados están debidamente cualificados y son competentes para rendir en la función para la que son contratados, con la autorregulación profesional se consigue que la profesión controle el mantenimiento de los niveles y normas profesionales. Sin embargo, el empleador conserva el derecho de imponer a sus empleados políticas y procedimientos que, en determinados momentos, pueden ser contrarios a las normas profesionales. Un buen ejemplo a este respecto son los coeficientes de pacientes por enfermera, que pueden ser causa de considerables conflictos entre las enfermeras (como empleadas) y el empleador. Se expone a continuación una solución a este conflicto, pero se trata de una solución que impone otro tipo de reglamentación del ejercicio de la enfermería.

Coeficientes obligatorios de pacientes por enfermera

Una de las formas más publicitadas de reglamentación de la profesión de enfermería es la de los coeficientes obligatorios de pacientes/enfermera. Estos coeficientes se introdujeron mediante legislación en California (1999) y mediante el contrato colectivo para la enfermería (acuerdo profesional relativo a los sueldos y condiciones laborales) en Victoria, Australia (2001). En ambas jurisdicciones los coeficientes de pacientes/enfermera son obligatorios en numerosos contextos clínicos. Por otra parte, están previstos distintos coeficientes en los distintos niveles de complejidad hospitalaria, en California y en Victoria (Buchan 2004). En California, los coeficientes se están introduciendo de forma gradual, mientras que en Victoria la aplicación se hizo en un mismo día.

En cada jurisdicción, los sindicatos de enfermería se opusieron a los coeficientes porque era necesario regular las cargas de trabajo de las enfermeras en un contexto de escasez de éstas, unida a la presión para contener los costos globales de la atención de salud. En Victoria, el sindicato de enfermería –Federación Australiana de Enfermería (ANF)– presentó los siguientes hechos como argumentos para aplicar los coeficientes:

- No puede decirse que haya camas disponibles cuando las enfermeras son insuficientes para atenderlas;
- El número de enfermeras de turno tiene un complemento de enfermeras que se fija con seis semanas de antelación;
- Los coeficientes están plenamente financiados, lo que significa que hay en el presupuesto de enfermería financiación suficiente para emplear enfermeras y esta financiación está aislada en el presupuesto de enfermería y no puede aplicarse a otras secciones del hospital.
- Con los coeficientes se evita tener que recurrir a agencias de enfermería para colmar deficiencias de la nómina, lo que podría resultar caro;
- Si bien los coeficientes son obligatorios, permiten discreción profesional y flexibilidad;
- La existencia de coeficientes obligatorios garantiza una mejor calidad de la atención dispensada a los pacientes y la retención de las enfermeras (Buchan 2004).

Un motivo similar es de aplicación también a los coeficientes de California. Los coeficientes han sido controvertidos en cada caso. En California, el Gobernador Schwarzenegger ha retrasado la fase siguiente de la aplicación, que debía comenzar el 1º de enero de 2005. En Australia, la FAE se opuso eficazmente al intento de la administración de suprimir los coeficientes, convocando una huelga en 2003.

Varios son los argumentos a favor y en contra de los coeficientes obligatorios de pacientes por enfermera. Entre ellos se incluye la pérdida de flexibilidad en la contratación de personal, el problema del cumplimiento y la cuestión de la definición del mínimo – si éste es en realidad el promedio o el máximo (Buchan 2004). Además la obligación se refiere a las enfermeras (y en California se ha debatido la inclusión de enfermera de segundo nivel en el cálculo de los coeficientes), y no se tiene en cuenta el número del resto del personal de apoyo, como el personal de ayuda no cualificado y los asistentes administrativos. Si bien el personal de ayuda no cualificado ayuda directamente en los cuidados de enfermería y, por tanto, puede considerarse parte de los recursos humanos de enfermería, la existencia del asistente administrativo de sala también presta un servicio que incide en la capacidad de las enfermeras para hacer su trabajo.

Buchan (2004) señala además que, si bien algunos de los argumentos a favor de los coeficientes obligatorios son la disminución de la rotación del personal y del ausentismo y unos mejores resultados en la atención a los pacientes, en realidad estos beneficios son consecuencia de una mejor dotación de personal de enfermería, lo que puede conseguirse sin coeficientes impuestos. El problema que plantean los coeficientes es la necesidad de presentar a los financiadores de la atención de salud las conclusiones de los estudios en curso sobre la relación entre los niveles de dotación de personal y los resultados de la atención de salud. Si la imposición de coeficientes se extiende, ello tendrá consecuencias de gran alcance para los recursos humanos de enfermería.

Acuerdos de reconocimiento recíproco

Una de las evoluciones recientes en el campo de la reglamentación profesional es la firma de acuerdos comerciales que incluyen los servicios entre países. Esos acuerdos se llaman de manera general acuerdos de reconocimiento recíproco (ARR). En esos acuerdos se incluye frecuentemente a la enfermería y otras profesiones. La Organización Mundial del Comercio (OMC), integrada por 147 países, establece normas para el comercio entre las naciones y, en el marco de esas normas, están permitidos los ARR (Affara 2004).

Los acuerdos de comercio regionales están vigentes en diversas partes del mundo. Unos incluyen a un gran número de países, como el Tratado de la Unión Europea y el Acuerdo de Cooperación Económica Asia-Pacífico; y otros se aplican a un menor número de países, como el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (Canadá, México y los EE.UU.) y el Acuerdo Transtasmanio de Reconocimiento Recíproco (Australia y Nueva Zelandia) (Affara 2004).

En realidad, si bien los ARR son solamente un aspecto de un acuerdo de comercio general, tienen efectos muy amplios para las profesiones a las que se aplican. Con el fin de facilitar la circulación de los trabajadores de un país a otro, la meta de recursos humanos que se persigue es la de aumentar determinados recursos humanos y facilitar a los países la contratación de trabajadores en determinados sectores. En el caso de la enfermería, los ARR han dado lugar a que se dediquen esfuerzos considerables a la noción de equivalencia de las calificaciones y de los requisitos de colegiación, entre los distintos países. Por ejemplo, algunos países, como Australia y los EE.UU., regulan un segundo nivel de enfermeras mientras que otros solamente regulan un nivel. Algunos países colegian por separado a las matronas, mientras que muchos no designan en su legislación una categoría distinta para ellas. Para aplicar un ARR, puede ser necesario que un país cambie algunas de sus normas de colegiación para ponerse al mismo nivel que los demás países que son parte en el acuerdo.

Las consecuencias de los ARR para la enfermería son similares a las de la globalización general. Se da por supuesto que la firma de un ARR facilitará el movimiento de las enfermeras entre los países participantes en ese acuerdo y, en realidad, esa puede ser la meta que se persigue. La simplificación y la coherencia de los sistemas reglamentarios se dan por supuestas en ese entorno en el que los gobiernos se preocupan poco de las opiniones de la profesión, o ni siquiera consultan a la profesión de que se trate, durante las negociaciones. El peligro que se presenta es que, en el proceso de la negociación del acuerdo prevalezcan, por defecto, las normas más bajas. Esto puede tener un efecto pernicioso para el requisito de colegiación y para las normas de la formación de enfermería en uno o más de los países participantes. En la hipótesis del caso menos favorable, puede ser que, para superar la autorregulación actual, se establezca un nuevo órgano reglamentario que supervise el proceso del movimiento de las enfermeras entre los países que han firmado un ARR. De esta manera, la autonomía reglamentaria se perderá o quedará gravemente limitada en detrimento de la profesión de enfermería y del público.

El marco reglamentario general

La reglamentación de la atención de salud tiene por sí misma un ámbito mucho más amplio que la autorregulación de los profesionales de salud. En muchos países hay legislación relativa a todos los aspectos de la prestación de atención de salud, que puede ser ampliación de la legislación que rige el funcionamiento de los hospitales y demás servicios de salud de la comunidad. Frecuentemente esa legislación también se aplica al sector privado. Esta reglamentación tiene por objeto primordial proteger al público garantizando un alto nivel de los cuidados y de las instalaciones para la prestación de esos cuidados. Esa reglamentación puede incluir también medidas generales de salud pública relativas a la difusión de las enfermedades. Hay además una reglamentación laboral que cubre las condiciones de trabajo y los salarios de los trabajadores de salud. Esta última puede influir en medida importante en las pautas de trabajo de las enfermeras. Por otra parte, la reglamentación laboral también puede proteger las condiciones de trabajo y los niveles salariales de los empleados y, por ello, puede considerarse una importante ventaja.

Los cambios de la política general y la reestructuración institucional del sector público, frecuentemente impulsados por la necesidad de contener el gasto, influyen en el entorno reglamentario. Esto es lo que está ocurriendo en muchas partes del mundo. En el sector de salud, ello puede dar lugar a una desregulación que permite la aparición de un sector privado más fuerte y, en el sector público, la descentralización del control de los servicios de salud. La racionalización de los servicios de salud es otra de las estrategias que se aplican a menudo para contener los costos. En este contexto, las administraciones consideran a veces que la reglamentación profesional es innecesariamente restrictiva. En algunos casos, la reglamentación de los profesionales de salud se ha concebido de manera inadecuada, lo que ha dado lugar a disposiciones legislativas de carácter restrictivo. En otros casos, la

reglamentación de los profesionales de salud dota de mayores capacidades y permite que las enfermeras y otras personas amplíen el ámbito de su práctica profesional.

Las disposiciones restrictivas pueden guardar relación con actividades, tareas o funciones que actualmente están reservadas para las enfermeras cualificadas. También puede ser un objetivo la flexibilidad de los recursos humanos de enfermería, especialmente en el sector de la práctica especializada. Por ejemplo, en los países en que existe la función de la enfermera de atención directa, la profesión ha tenido cuidado al describir la función y prescribir las cualificaciones necesarias para desempeñar esa función. En situaciones extremas, las administraciones a veces presionan a las profesiones para que introduzcan categorías inferiores de trabajadores. En situaciones en que las enfermeras llevan a cabo acciones laborales, puede ser que las administraciones traten de minar la función de la enfermería haciendo caso omiso de la legislación de enfermería. En situaciones tales, a veces se olvida que el consumidor o la comunidad son los que más tienen que perder.

Si bien la autorreglamentación profesional es el marco para la práctica de la enfermería, hay muchos otros sistemas reglamentarios que también influyen en el modo en que la enfermería se ejerce. Son, entre otros, los sistemas reglamentarios que contienen unos requisitos que son obligatorios y otros que son voluntarios. En particular, a consecuencia de los programas de seguridad y de calidad, recientemente ha aumentado el número de órganos que se ocupan de la práctica clínica, como el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido, diversos órganos de acreditación de los cuidados de salud en muchas partes del mundo y, naturalmente, para quienes operan en instituciones de atención de salud financiadas públicamente, hay muchas normas obligatorias corroboradas por la legislación.

Ashworth et al. (2002) informan sobre la reglamentación en el sector público del Reino Unido y sobre la ampliación del control que la Administración ejerce a través de la reglamentación. Esos autores identifican varios problemas relacionados con la reglamentación, entre los que figuran los siguientes: resistencia; cumplimiento ritualista; implicación de encargado de la reglamentación (cuando el encargado de la reglamentación se aproxima demasiado a los que son objeto de la reglamentación); ambigüedad u opacidad de los resultados (cuando los resultados buscados son vagos o contradictorios); y problemas de datos (cuando el significado y la equivalencia de los datos son variables).

En un artículo de Walshe (2002), que se ocupa también del sector público del Reino Unido, se describen los numerosos órganos de reglamentación nuevos que se han establecido para responder a los problemas que plantea la calidad de los cuidados dispensados. Walshe dice que esta reglamentación, plenamente autónoma respecto del gobierno, responde a una política de descentralización de los servicios de salud. Por tanto, es preciso que mantengan las normas los órganos independientes y no la administración y el control central. Walshe considera que este nivel, más elevado, de reglamentación puede ayudar a mejorar los resultados de el NHS, y afirma que, para ser eficaz, la reglamentación ha de tener las siguientes características:

1. Debe responder a las necesidades de las personas que son objeto de ella y reconocer la diversidad de las organismos.
2. Debe tener diversas intervenciones reglamentarias para evitar el criterio de "lo mismo es válido para todos", y poder responder a las necesidades.
3. Ha de trabajar desde una base tripartita y no desde un planteamiento bilateral, lo que significa que ha de colaborar con la organización a la que regula y con otros grupos, tales como los consumidores y el personal, o las profesiones.
4. Ha de equilibrar la independencia con la responsabilidad y, al hacerlo, ha de mantener cierta distancia de los amos políticos. (Walshe 2002).

En un artículo sobre la escasez de enfermeras en los Estados Unidos, Nevidjohn y Erickson (2001) citan varias cuestiones reglamentarias y de política general que agravan la escasez. Entre ellas cabe mencionar la cantidad y la complejidad de la documentación que piden los

órganos reglamentarios y las compañías que hacen los reembolsos. Las enfermeras están preparadas sobre todo para la práctica clínica y se sienten frustradas ante las demandas excesivas de documentación que les apartan de sus pacientes. Nevidjohn y Erickson recomiendan también que, en los tiempos de escasez, los consejos estatales de enfermería examinen sus políticas y demás requisitos reglamentarios, y hagan frente al requisito de cerciorarse de que los colegiados están formados en cierta medida para responder a la necesidad de ser flexibles, especialmente para con las enfermeras extranjeras. La escasez da lugar a la posibilidad de prácticas inseguras por los altos coeficientes de pacientes/enfermera, y uno de los métodos para aliviar la escasez consiste en admitir a la práctica a enfermeras de fuera del país.

En una presentación de conferencia, Moore y Picherack (2003) comunican desde el Canadá que nos encontramos en medio de una nueva era de reglamentación en la que los intereses generales del público en la política general compiten con el mandato de protección del público. Estos autores defienden que hemos de equilibrar esos dos intereses para dar cabida al programa general de globalización de los recursos humanos de enfermería. La mayor movilidad de los recursos dentro de los países y entre ellos plantea importantes problemas de equidad.

Sección segunda: Desarrollo de competencias y formación

Como ya se ha visto, la formación y la competencia para ejercer la profesión son objeto de una atención cada vez mayor de parte de los encargados de la reglamentación, pues ellos son los responsables de la competencia básica de las enfermeras a las que admiten a la colegiación. Además, tienen un interés cada vez mayor en el mantenimiento de la competencia a consecuencia del movimiento a favor de la seguridad y la calidad y de la mayor conciencia que tienen los consumidores de la necesidad de competencia en los profesionales. También se examinan cada vez con más detenimiento los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras para el ejercicio profesional pues, en un entorno cambiante de la atención de salud, las enfermeras han de estar formadas para cumplir las actuales funciones de la enfermería y han de ser capaces de adaptarse a los cambios de las funciones de ésta. Uno de los aspectos más importantes para conseguir unos recursos de enfermería competentes es la necesidad de formar a las enfermeras mediante un plan de estudios basado en las capacidades o competencias necesarias para ejercer esa función. Esto tiene consecuencias para el trío que forman los dispensadores de formación, los empleadores de las enfermeras y los encargados de la reglamentación. Frecuentemente los empleadores de las enfermeras están mejor situados que los demás para establecer las competencias iniciales que se precisan para la práctica básica y para la práctica avanzada. Además, la cuestión de la competencia no acaba con la colegiación inicial, pues es necesario asegurar el mantenimiento de la competencia de las enfermeras. Esto es en cierta medida problemático porque resulta difícil de medir y de vigilar.

Es conveniente que los empleadores participen en la elaboración de los planes de estudios para la formación de enfermería anterior a la titulación, y en la preparación de los programas de formación continua, para conseguir el objetivo de unos recursos humanos de enfermería competentes. En esta sección se examinan las pruebas disponibles en relación con la participación de los empleadores en la elaboración del plan de estudios; las tendencias de la formación de enfermería; los vínculos existente entre formación y desarrollo de competencias; y los vínculos entre competencia, formación continua y reglamentación.

Participación de los empleadores en la elaboración del plan de estudios y en la formación de enfermería

Hay pocas pruebas documentadas de la participación de los empleadores en la elaboración de los programas de formación de enfermería. Por otra parte, en varios artículos se recomienda que se establezcan vínculos más estrechos entre la formación y el servicio como medida esencial para que de los programas de formación de enfermería salgan titulados competentes y equipados para ejercer en el futuro.

Formación multidisciplinaria antes de la titulación

Uno de los temas que surge de los escritos publicados es el de la flexibilidad de la formación para satisfacer las demandas de prestación de atención de salud en el futuro. Humphris y Hean (2004), en un artículo sobre la formación de los recursos humanos del futuro, defienden la necesidad de cambios en los programas de formación para satisfacer las demandas de los servicios futuros. En concreto, estos autores recomiendan que, antes de la colegiación, los estudiantes de todas las profesiones de salud se reúnan para recibir una educación y formación compartidas con el fin de impulsar la idea del trabajo en equipos.

Masterson y Humphris (2001) defienden la formación compartida en su libro sobre el desarrollo de nuevas funciones clínicas en la atención de salud. Estos autores sugieren que debe alentarse a los profesionales de salud a que elaboren metas compartidas y, de esa manera, unos conocimientos compartidos como ingrediente esencial para la prestación de

una atención de calidad. Se cita la práctica en colaboración como resultado deseable de la formación compartida.

En el examen nacional de la formación de enfermería en Australia, aparecido en *Our Duty of Care* (2002), se informaba de la necesidad de un planteamiento integrado de la formación de enfermería para que ésta pueda reaccionar a los cambios habidos en la prestación de los servicios de salud. Asimismo, sugería que las necesidades de formación y capacitación de las enfermeras habrán de considerarse en el futuro en el contexto de su sector específico de empleo. Por ejemplo, las necesidades de formación del personal de atención directa, incluidas las enfermeras, habrán de considerarse en su conjunto y no de la manera separada en que actualmente se hace.

El Instituto de Medicina (IOM) de los EE.UU., en su informe sobre la formación de los profesionales de salud, opina que el futuro de la formación de estos profesionales ha de abordarse desde un punto de vista multidisciplinario (Board on Health Care Services, IOM 2003). En particular, destaca la formación clínica y los entornos de formación con ella relacionados pues las reformas culturales se consideran necesarias para sostener la reforma en este campo. Al identificar cinco competencias esenciales – dispensar cuidados centrados en el paciente; trabajar en equipos interdisciplinarios; emplear la práctica basada en pruebas; aplicar el mejoramiento de la calidad; y utilizar la informática – el IOM considera que la eficacia en la consecución de un planteamiento multidisciplinario puede contribuir a esta reforma. Este planteamiento de la formación de los profesionales de salud basado en las competencias ha aparecido en respuesta a los problemas de seguridad de los pacientes. El IOM comunicó que la atención a los pacientes es diferente en los distintos lugares geográficos de los EE.UU. y que va en aumento el movimiento de los consumidores a favor de una mayor responsabilidad y transparencia en la atención de salud. El IOM defiende que un planteamiento de la formación basado en las competencias puede tener como resultado una mejor calidad, pues los formadores tendrán, sobre los resultados de la formación, una información que puede ser más eficaz en la atención a los pacientes.

El IOM hace varias recomendaciones relativas al modo y a la calidad de la formación de los profesionales de la salud. Si bien algunas guardan relación con aspectos concretos de los sistemas de América del Norte, merecen citarse aquí las recomendaciones 4 y 5:

Recomendación 4

Todos los consejos de las profesiones de salud deben exigir a los profesionales de salud autorizados que demuestren periódicamente su capacidad para dispensar cuidados a los pacientes – como definen las cinco competencias identificadas por el comité – con mediciones directas de la competencia técnica, evaluación de los pacientes, evaluación de los resultados en los pacientes, y otros métodos de evaluación basados en pruebas. Estos consejos deben tratar simultáneamente los distintos métodos de evaluación.

Recomendación 5

Los órganos de certificación deben exigir que los titulares de sus certificados mantengan su competencia a todo lo largo de la carrera profesional, demostrando periódicamente su capacidad para dispensar a los pacientes unos cuidados que reflejen las cinco competencias, entre otros requisitos (Consejo de servicios de atención de salud, IOM 2003:9).

Otras recomendaciones se refieren a la formación interdisciplinaria y a la necesidad de que los órganos que imparten la formación participen en la aplicación de las recomendaciones con mecanismos que informen sobre ello. Evaluar la práctica de los profesionales de salud mediante las medidas citadas – competencia técnica, opinión de los pacientes y evaluación de los resultados conseguidos en los pacientes – es difícil desde las perspectivas de la validez de los instrumentos de medición, los costos y la disponibilidad de tiempo.

Integración de la práctica profesional y la formación

En un editorial aparecido en el Journal of the American Medical Association, O'Neil y Seago (2002) examinan la crisis de la enfermería en los EE.UU. Estos autores señalan que es esencial que haya cambios en el gobierno interno de la enfermería para que ésta pueda satisfacer en el futuro las necesidades de atención de los estadounidenses. En concreto, piden la colaboración e inclusive la integración de la formación y el ejercicio de la profesión. Se conseguirá que los programas de formación de enfermería reflejen las necesidades de los empleadores y el entorno de la práctica profesional desarrollando los planes de estudios y ampliando en consecuencia las competencias. Sirkka y Moiso (2001) afirman que el plan de estudios de enfermería antes de la titulación debe reflejar las necesidades de salud de la población y dotar a la enfermera de capacidades para el aprendizaje a todo lo largo de la vida profesional, que permitan a ésta un crecimiento y desarrollo continuos. Aducen estos autores que un plan de estudios pensado para conseguir que la persona sea capaz de aplicar un planteamiento de solución de problemas capacita a la enfermera para adaptarse constantemente a las cambiantes necesidades de la población y a las nuevas tecnologías de salud.

Nay y Pearson (2001) abogan por unas relaciones más estrechas entre empleador y estudiantes para impulsar el desarrollo del plan de estudios. Estos autores afirman que debe haber unos vínculos más estrechos entre los contextos de la formación y de la práctica profesional y que los empleadores deben establecer relaciones con los estudiantes durante la formación. También es de esta opinión Kenny (2004a) que es partidario de que todos los interesados participen en la elaboración del plan de estudios para que en éste se recojan las necesidades de los empleadores, de los empleados clínicos y, en general, de la comunidad de salud y social.

No siempre es fácil equilibrar las necesidades de los empleadores con las de los formadores. En un informe australiano sobre la formación de enfermería, se reconocía que el programa de estudios previo a la titulación estaba muy cargado porque tenía que lograr un equilibrio entre la dotación de competencias y la satisfacción de las crecientes demandas de preparación para el ejercicio, provenientes de la profesión. Los investigadores han descubierto que el problema del desfase entre la teoría y la práctica es de gran prioridad, y han presentado los tres sectores de actuación siguientes:

- La necesidad de una mejor coordinación y comunicación entre el personal clínico y el personal docente/académico universitario;
- La necesidad de que el personal académico apoye a los docentes y al personal clínico que trabaja con los estudiantes y que ese personal docente y clínico consiga reconocimiento por esta contribución al aprendizaje de los alumnos; y
- La necesidad de que los estudiantes dispongan de oportunidades para reflexionar sobre el modo en que se desarrolla su práctica profesional, para que puedan explorar los puntos fuertes y los puntos débiles de ésta. (Clare et al. 2002:75)

Kenny (2004b) estudia la relación que existe entre los modelos de capacitación y formación de enfermería de después de la segunda guerra mundial. Para este autor hay tensiones entre la competencia profesional y la preparación, pues la presión para formar un mayor número enfermeras plantea exigencias al sector de los servicios, en el que tiene lugar la mayor parte de la formación clínica. Kenny afirma que hay un movimiento tendente a contratar el primer año del programa de formación teórica con proveedores de servicios relacionados con otra institución de formación. Esto puede devaluar los estudios de enfermería volviendo a los tiempos en que las enfermeras y los académicos de enfermería sufrían de la posición que ocupaba la formación de enfermería al margen de la corriente principal del sistema de educación. Con esto se aislaba y se frenaba la innovación. Las enfermeras académicas ejercían sin el estímulo evidente en las instituciones de la corriente principal de formación. Este autor afirma asimismo que causaba inquietud a las enfermeras ver que la importancia pasaba a atribuirse a las capacidades y a la formación de las competencias que, según el sector de los servicios, formaban parte de su mandato.

Kenny también recomienda que se establezca una relación más estrecha entre la formación académica y la formación clínica de enfermería y que, para esto, debe haber una firme asociación entre los dispensadores de formación y la industria. El dominio de un grupo por otro no fomentará esa colaboración; deben negociarse los elementos de una colaboración entre iguales.

El Royal College of Nursing (RCN) del Reino Unido, en su documento de debate sobre el futuro de la formación de enfermería, dice que el ejercicio de la enfermería está cambiando (RCN 2004b). En contextos críticos, las enfermeras manejan una tecnología más amplia, mientras que en la comunidad prestan atención primaria directa de salud o dispensan cuidados más complejos a los pacientes en sus hogares. Las enfermeras también participan cada vez más en la formación de los pacientes, sobre todo enseñando a los que padecen enfermedades crónicas a hacerse cargo de su situación. En el documento del RCN se identifican los problemas que se plantean para la formación de enfermería, entre los que se incluye el nivel de preparación de las enfermeras y la duración del programa. En ese documento se señala que la exigencia de que las enfermeras ejerzan su profesión en un nivel superior y compitan con otros profesionales de salud no viene compensada con la duración y la profundidad del programa actual. El RCN considera que la cuestión de la paridad con otros profesionales de salud es importante para el trabajo en equipo; y que, para que se trate a las enfermeras como a iguales, deben tener una preparación de primer ciclo universitario o un nivel similar al de los otros miembros del equipo. El RCN es también partidario de que la formación multidisciplinaria sea compartida y de que la formación básica de enfermería tenga un carácter generalista, pues las enfermeras son el primer punto de contacto en muchos de los servicios de salud que presta el National Health Service (NHS).

En un editorial publicado en *Nursing Leadership* sobre la revitalización de las colaboraciones entre las instituciones de formación y los organismos en el Canadá, Lambe (2003) presenta los siguientes como ejemplos de iniciativas de colaboración destinadas a establecer vínculos más estrechos con los dispensadores de formación y los proveedores de servicios:

- Enfermeras expertas que se mueven con facilidad entre los límites de una institución de formación y una agencia de servicios porque ocupan puestos en paralelo o son trasladadas a ellas;
- Unidades conjuntas de investigación;
- Apoyo y fondos para las cátedras de investigación de enfermería;
- Personal, espacio y medios de investigación compartidos;
- Nombramientos de profesores de las agencias y de profesores para las agencias;
- Oportunidades y conferencias de formación continua patrocinadas conjuntamente; y
- Equipos e instalaciones de formación compartidos (Lambe 2003:35).

Desarrollo de competencias

El desarrollo de las competencias para el ejercicio de la enfermería debe comenzar en la formación de enfermería antes de la titulación. Como antes se ha dicho, quienes tienen un interés directo son los encargados de la reglamentación, los empleadores y los formadores. Es conveniente incluir a estos tres grupos de interesados para que los programas de formación de enfermería se adapten a la función profesional de la enfermería en el nivel esperado. Una vez conseguido esto, el paso siguiente consiste en conseguir competencias para el ejercicio continuo y sistemas con los que se pueda medir y registrar la práctica profesional de cada enfermera y que reflejen la práctica contemporánea de enfermería.

Definición de competencia

Antes de examinar el desarrollo de las competencias, será útil citar algunos ejemplos de definición de competencia. La Asociación de Enfermeras del Canadá ofrece la siguiente definición de competencias:

El conocimiento, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera especialista ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados. (AEC 2000:6)

En un artículo de Mustard (2002) también se examina la definición de competencia de enfermería. Si bien este autor considera que en lo publicado no hay una definición clara de competencia, en la exposición de su visión de las competencias se incluyen afirmaciones relacionadas con el cumplimiento de unas normas clínicas mínimas y la clasificación de elementos de la competencia tales como las capacidades interpersonales y psicomotoras.

Campbell y Mackay (2001) definen la competencia desde una perspectiva distinta e identifican tres conceptos que recogen lo que se ha publicado. Esos conceptos son los siguientes: la capacidad para ejercer en una determinada función; la influencia que el contexto de la práctica ejerce sobre la competencia; y la integración del conocimiento, las capacidades, los juicios y las habilidades.

Competencia inicial

La profesión de enfermería se ha interesado desde hace tiempo en los problemas de la competencia inicial y de su mantenimiento. Si bien los sistemas de colegiación miden la capacidad y conveniencia de los nuevos candidatos a la colegiación, (lo que incluye la competencia inicial), puede aducirse que el mantenimiento de la competencia profesional es un proceso más difícil. Los académicos de enfermería conocen las competencias clínicas pues muchos las utilizan durante un programa de formación de enfermería para medir la competencia clínica de los estudiantes. Las organizaciones de enfermería especializadas utilizan las competencias para definir su práctica profesional y como base para la acreditación de los profesionales.

Winskill (2000) comunica que, en Australia, las primeras normas de competencia profesional de la enfermería acordadas en el plano nacional se publicaron en 1986. Después se han actualizado periódicamente para mantenerlas en armonía con la práctica de enfermería contemporánea. Una de sus principales funciones es servir de marco para la entrada en el registro de enfermería. Esas normas reflejan las distintas funciones y roles de las enfermeras y muestran una combinación de las cualidades que debe tener la enfermera competente. Además son amplias y ambiciosas, por lo que pueden seguir vigentes durante mucho tiempo. Asimismo son uno de los vínculos directos entre la formación y la reglamentación.

Una de las maneras de vincular el desarrollo de las competencias con la formación es el establecimiento de un consejo de capacidades. Órganos de esa clase existen en Canadá, Reino Unido, Nueva Zelandia, Australia y Sudáfrica. En Australia, El Consejo de servicios a la comunidad y capacidades del sector de la salud (CSHISC) establece colaboraciones entre la industria y el gobierno para desarrollar para Australia unos recursos humanos muy capacitados. Los niveles de la formación van desde certificados de diversos grados hasta el primer título universitario y los títulos de licenciado y doctor (CSHISC, sin fecha).

Desarrollo de competencias internacionales

Teniendo presente la tendencia a una creciente globalización y movilidad de los recursos humanos de enfermería, el CIE elaboró en 2002 las competencias internacionales como parte de su compromiso con la reglamentación de enfermería en todo el mundo. Esas competencias son amplias y genéricas pues abarcan todos los aspectos de la práctica de enfermería en todos los países. Hancock opina que las competencias internacionales da una orientación de lo que es la función y el ámbito de la práctica de la enfermería en relación con la atención de salud. (Hancock 2004).

Partiendo del desarrollo de las competencias internacionales del CIE, las autoridades de reglamentación de la Región del Pacífico Occidental y de la Región del Sudeste Asiático iniciaron en esas regiones, en 1998, la preparación de competencias comunes de las enfermeras especialistas. Este proyecto culminó en 2004 con la elaboración de un conjunto de competencias (Percival 2004). Esas competencias abarcan tres campos: el marco ético y jurídico de la práctica de enfermería; la gestión de los cuidados (con inclusión de la práctica profesional, los derechos de los consumidores y el avance y desarrollo profesional); y la dirección y gestión de enfermería. Cada uno de estos campos tiene una serie de unidades y elementos de competencia. Cuando se preparaban estas competencias, se recibieron contribuciones de 27 países. Uno de los inconvenientes reconocidos en la preparación de esta escala es la cuestión de la competencia cultural o la seguridad cultural. Se considera que éste es uno de los factores que limitan la migración de las enfermeras pues, para satisfacer los requisitos de competencia que se les exigen en muchos países, las enfermeras han de cumplir los requisitos de competencia/seguridad cultural. Como su adopción es relativamente reciente, aún están por comprobarse la eficacia y la utilidad de esas competencias.

Análogamente en África, el ECSACON (Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional), organización formada por 14 países africanos, ha adoptado un marco reglamentario común que consta de un código deontológico, normas para el ejercicio de la profesión y competencias para cumplir esas normas.

Mantenimiento de la competencia

Si bien el desarrollo de las competencias iniciales está ya establecido como característica integrante de los programas de formación y de los órganos de reglamentación de la enfermería, el desarrollo de sistemas de mantenimiento de la competencia es relativamente reciente. Tanto los empleadores de las enfermeras, como las propias enfermeras, los dispensadores de formación continua y los órganos de reglamentación de la enfermería están interesados en el mantenimiento de la competencia. Sin embargo, pruebas procedentes del Reino Unido indican que la responsabilidad del mantenimiento de la competencia corresponde en gran parte a los órganos de reglamentación de los profesionales de salud. El mantenimiento de la competencia profesional es un problema que se plantea a todas las profesiones de salud al tratar de cumplir sus responsabilidades con los pacientes y el público en general. Mustard (2002) afirma que la competencia es un elemento fundamental de la enfermería de vital interés para el futuro de ésta cuando hace frente a las incursiones de otros grupos. El mantenimiento de la competencia ha llegado también a ser objeto de la atención de grupos de consumidores.

Muchos órganos profesionales de enfermería han elaborado marcos para el mantenimiento de la competencia profesional. Por ejemplo, la Asociación de Enfermeras del Canadá (AEC) ha elaborado un marco nacional para el mantenimiento de las competencias de las enfermeras. Ese marco responde a un llamamiento a favor de un planteamiento coordinado para satisfacer las demandas de los consumidores que piden unos profesionales de salud competentes en una época de movilidad mundial. Los objetivos que persigue ese programa son los siguientes:

1. Dispensar una práctica profesional segura con arreglo al código deontológico y a las normas de la práctica para las enfermeras colegiadas, establecidos por las provincias y territorios;
2. Facilitar el desarrollo de la práctica profesional de las enfermeras colegiadas allí donde haya o pueda haber aspectos mejorables;
3. Prestar apoyo a las enfermeras colegiadas en su compromiso profesional de aprendizaje y excelencia a todo lo largo de su vida;
4. Favorecer los cuidados de calidad que dispensan a los canadienses las enfermeras colegiadas;
5. Fomentar la confianza del público en la profesión de enfermería. (AEC 2000:5)

Campbell y Mackay (2001) ponen de relieve los elementos principales de un programa de mantenimiento de la competencia profesional, que son los siguientes: establecer la finalidad de ese programa; definir las competencias; identificar normas de resultados o competencias; elaborar métodos e instrumentos de evaluación; preparar un sistema de perfeccionamiento profesional; evaluación y formación; y comunicación.

Según estos autores, es esencial definir la finalidad de ese programa para que llegue a los resultados deseados. Dicen que la finalidad primordial de esos programas es la protección del público y el fomento del desarrollo profesional, aspectos que se recogen en las metas del programa canadiense. Un programa de mantenimiento de las competencias centrado en la protección del público refleja el hecho de que las autoridades de reglamentación tienen un mandato legislativo de proteger al público. Por otra parte, todo programa de crecimiento profesional se centra en la necesidad de que cada uno de los profesionales identifique sus necesidades de formación continua.

Como ya se ha dicho, todas las profesiones de salud se debaten con el concepto de mantenimiento de las competencias. Resulta útil examinar el mantenimiento de la competencia profesional en el contexto de las profesiones de salud en su conjunto, y sus vínculos con la reglamentación.

Como antes se ha dicho, en los Estados Unidos la Comisión Pew comunicó en 1997 las respuestas recibidas a su informe titulado *Reforma de la reglamentación de los recursos humanos de salud*. Su recomendación sobre el mantenimiento de la competencia fue la siguiente: *Los Estados deben exigir que cada Junta elabore, aplique y evalúe los requisitos de mantenimiento de la competencia para conseguir la competencia permanente de los profesionales de atención de salud que son objeto de reglamentación. (Comisión Pew para las profesiones de salud 1995:25)*

Esta recomendación mereció la más elevada puntuación por su interés y recibió un gran apoyo. Entre las respuestas figuraba la de que era demasiado costosa e innecesaria. También se consideró que las pruebas de competencia eran un obstáculo y se puso en duda la eficacia de los actuales requisitos de formación continua. En este informe se identificaron otras opciones de política general, entre las que se incluía la ampliación de los instrumentos tecnológicos para evaluar la competencia (Gagnola y Stone 1997).

En esta recomendación, la carga principal del desarrollo de un sistema de mantenimiento de la competencia se atribuye expresamente a los consejos de colegiación de los profesionales de salud, sin referencia alguna a los empleadores, a los dispensadores de formación, ni a la profesión de que se trate. Sin embargo, como se vio después de las investigaciones realizadas por Bristol y Shipman en el Reino Unido, la responsabilidad principal del problema se atribuye al órgano encargado de la reglamentación.

El Centro de defensa del ciudadano es un centro de apoyo para los miembros no especialistas de los consejos de reglamentación de los profesionales de salud, de todos los Estados Unidos (CAC 2004). En respuesta a lo que consideran un nivel inaceptable de errores evitables en la atención de salud y problemas de la calidad general de los cuidados, ese Centro ha elaborado una guía para asegurar el mantenimiento de la competencia profesional. Es una continuación de los trabajos realizados por la IOM, algunos de los cuales se exponen en la sección relativa a la formación. Los principios en que basan la preparación de su guía son los siguientes:

- Colaboración entre los interesados;
- Garantía constante de la calidad, más bien que tener que explicar los casos de falta de calidad;
- Un planteamiento basado en pruebas para relacionar la evaluación continua de la competencia con el mejoramiento de los resultados clínicos;
- Basarse en programas ya existentes;

- Evaluación de la competencia y garantía obligatorias;
- Responsabilidad del personal clínico que incluye la evaluación y la garantía de la competencia en la práctica profesional.

El Centro de defensa del ciudadano persigue el objetivo de que se llegue a una situación en la que todos los profesionales de salud hayan de demostrar periódicamente que mantienen su competencia profesional, por unos métodos aceptables basados en pruebas.

Desarrollo de competencias basadas en el empleo

La preparación de medidas específicas del mantenimiento de las competencias es objeto de investigación en varios países. En tres artículos escritos por Tzeng (2003) se explora la relación que hay entre la práctica clínica y las necesidades que los empleadores tienen de competencia, y se facilita un marco de las competencias clínicas que son específicas para la práctica y se basan firmemente en ella. Aun cuando no se aporta la definición de las competencias elaborada, por ejemplo, por las organizaciones de enfermería especializadas para definir la práctica especializada, sí constituyen una guía para ejercer la profesión en el sistema hospitalario de Taiwán. Son de utilidad los estudios hechos en el contexto de este documento porque describen el nexo que hay entre las enfermeras y su ejercicio profesional, y las necesidades concretas que los empleadores tienen de enfermeras competentes. También se recomienda su vinculación con los programas de formación de enfermería y la elaboración del plan de estudios.

En el primero de esos estudios, Tzeng explora la demanda y la oferta de competencias de enfermería en el sistema hospitalario de Taiwán. El estudio tiene por objeto "investigar las diferencias entre el modo en que los hospitales empleadores perciben las demandas de capacidades de enfermería para sus enfermeras empleadas, las puntuaciones de las demandas de empleo por las enfermeras actualmente empleadas, y sus propias evaluaciones de la adecuación de sus capacidades a las demandas que hay en el sector hospitalario de Taiwán" (Tzeng 2003:132). Esta autora ofrece un enfoque para que las escuelas de enfermería elaboren programas de formación adaptados a las demandas de competencia, que plantea el mercado. En su estudio se compara el modo en que las enfermeras empleadas perciben la demanda de competencias con el modo en que la perciben los hospitales. El estudio se sitúa en los contextos de diversas instalaciones de atención de salud, que van desde centros médicos a hospitales locales.

A consecuencia de este estudio se hicieron fuertes recomendaciones de que se trazara un plan de alcance nacional y de largo plazo para los recursos humanos de enfermería, y las conclusiones se adoptaron. Asimismo, se recomendó que las escuelas de enfermería organizaran sus planes de estudios para abordar la demanda de competencias de enfermería y los defectos existentes en el conjunto de las competencias de enfermería.

Tzeng aboga también a favor de un estudio de ámbito nacional que responda a éste, pero previene que quizá las conclusiones no sean fácilmente aplicables a otros países, y sugiere que puede ser aconsejable un planteamiento cualitativo para entender mejor el modo en que el empleador percibe cuáles son las competencias convenientes. Recomienda esta autora que los empleadores hagan uso de su estudio de la competencia para establecer un programa individualizado y programas de formación económicos seguidos de sistemas de evaluación de los resultados.

Otro estudio realizado por Tzeng y Ketefian (2003) se ocupa principalmente de los hospitales empleadores e investiga en qué medida necesitan a las enfermeras para poseer un conjunto de competencias de enfermería. Este estudio surgió para responder a la demanda de enfermeras competentes y cualificadas por parte de los hospitales empleadores. Se aplicó un cuestionario al que respondieron 89 empleadores de enfermería, con un índice de respuesta del 42,6%. Los resultados citan por orden 21 competencias, de las cuales las 10 primeras son las siguientes:

- Capacidades técnicas y profesionales de carácter general;
- Capacidad para trabajar de manera independiente;
- Comunicación interpersonal;
- Orientación profesional;
- Capacidades de evaluación;
- Capacidades clínicas generales;
- Capacidades de resolver los problemas propios;
- Formación de equipos y trabajo en equipo;
- Conocimiento del sistema de salud;
- Pensamiento crítico.

Estos autores llegan a la conclusión de que el cuestionario elaborado para este estudio puede utilizarse para tratar el nexo entre formadores y empleadores al diseñar los programas de formación de las enfermeras. Por otra parte, recomiendan que se utilice como lista de comprobación para evaluar si esos programas son adecuados para que los titulados adquieran las capacidades y competencias necesarias para satisfacer las demandas del sistema de salud de Taiwán.

En un artículo posterior, Tzeng (2004) informa de un estudio exploratorio en el que se investiga la manera en que las enfermeras evalúan sus propias competencias de enfermería, las demandas del puesto de trabajo y los resultados en Taiwán. Las 21 competencias identificadas en el estudio de 2003 se utilizaron en un cuestionario enviado a 850 enfermeras. El índice de respuestas fue del 35,8%.

Las conclusiones sugieren que hay una relación entre competencia y resultados, sobre la base de la conclusión de que la autoevaluación, hecha por las enfermeras, de sus capacidades para prestar cuidados a los pacientes contribuía a su satisfacción con sus competencias de enfermería. Tzeng concluye que la consecuencia práctica de este estudio es que puede utilizarse como base para un programa de formación en práctica clínica, individualizado y rentable. También puede utilizarse para seguir de cerca los resultados del aprendizaje de los estudiantes de enfermería.

En la obra de Zhang et al. (2001) se informa de un estudio, hecho en China, de las características personales de las enfermeras, que contribuyen a unos buenos resultados de enfermería. El estudio perseguía el objetivo de identificar las competencias principales que permiten a las enfermeras adaptarse a nuevos entornos. La muestra estaba constituida por 50 enfermeras experimentadas. Del análisis de incidentes críticos resultaron las 10 competencias más frecuentes. Eran las siguientes: comprensión interpersonal; compromiso; acopio de información; carácter exhaustivo, capacidad persuasiva, compasión; capacidad para animar; pensamiento crítico; autocontrol y receptividad. Los autores aducen que, como estas características se derivaban de resultados reales del trabajo de las enfermeras y no de un marco teórico, son factores importantes de la prestación de unos cuidados de calidad a los pacientes. Creen además estos autores que el estudio aporta información para los teóricos del desarrollo de las competencias de enfermería y cumple el objetivo de identificar comportamientos de trabajo realistas para la formación y para la gestión.

Meretoja et al. (2004) informan sobre la elaboración y verificación de una escala de las competencias de la enfermera, para su uso en distintos entornos hospitalarios de Finlandia. Estos autores utilizaron categorías de competencias derivadas de los trabajos de Benner y, después de un estudio piloto se hicieron pruebas psicométricas a 498 enfermeras. Los resultados indicaron que había fuertes pruebas de la fiabilidad y validez de la escala de competencias de la enfermera, de 73 puntos, que se había utilizado. Estos autores llegan a la conclusión de que es esencial para la dirección basada en pruebas garantizar una buena práctica clínica de enfermería evaluando sistemáticamente los procesos de prestación de los cuidados. Y recomiendan que los modelos de evaluación de las competencias se integren en los sistemas de garantía de la calidad y en la gestión de los recursos humanos.

Evaluación de la competencia profesional

La evaluación de la competencia es también un elemento esencial para cerciorarse de que los profesionales son competentes. Meretjoa y Leino-Kilpi (2001) hicieron un estudio de las publicaciones sobre el desarrollo de métodos cuantitativos para la evaluación de las competencias. Comunican estos autores que muchos instrumentos se encuentran en los principios de su desarrollo y su mayor limitación son las pruebas de validez y fiabilidad. Lanzan un desafío a las enfermeras gestoras cuando sugieren que son ellas quienes han de definir y cuantificar la práctica competente de enfermería para que los formadores de las enfermeras puedan estar a la altura de ese reto.

Campbell et al. (2001) afirman también que la preparación de métodos e instrumentos de evaluación es esencial para que un programa de mantenimiento de la competencia tenga credibilidad, y que es también esencial el establecimiento de un sistema de desarrollo profesional. Mediante esta expresión, esos autores aluden a un sistema que ayude a los profesionales a adquirir capacidades y aumentarlas para poder seguir siendo competentes. Naturalmente, la evaluación es también un elemento clave para un programa eficaz, como lo son la formación y la comunicación.

Mustard (2002) da un paso más y afirma que la evaluación en el puesto de trabajo es el método más fiable para determinar si las enfermeras son competentes. Este autor afirma que los preceptores y mentores experimentados son los evaluadores más eficaces. Mustard asigna a las enfermeras gestoras la responsabilidad de asegurarse de que las enfermeras son competentes para prestar cuidados.

Uno de los elementos que ayuda a mantener la competencia es llevar un expediente de las actividades que constituyan prueba de que se está al día en el plano clínico. McMullan et al. (2003) examinaron las publicaciones relativas al empleo de expedientes como ayuda para el mantenimiento de la competencia. Esos autores llegan a la conclusión de que cualquier forma de evaluación de la competencia debe estar integrada y que los expedientes son un medio para conseguirlo; que es esencial un elemento de reflexión; y que la relación maestro/discípulo es esencial para el éxito del proceso de evaluación de las competencias.

Competencia, formación continua y reglamentación

Reglamentación y mantenimiento de la competencia

No está bien articulado el vínculo que hay entre el mantenimiento de la competencia y los requisitos para ello. La profesión en su conjunto ha visto claramente la necesidad de mantener la competencia pero ha tratado de esclarecer el modo en que todas las enfermeras pueden aceptarlo. La necesidad de hacerlo es ya urgente por la mayor importancia que se atribuye a los eventos adversos en la atención de salud. Hemos visto la respuesta que ha dado a este asunto el CAC en los EE.UU. y se plantean problemas similares (aunque no tan bien articulados) en otros países.

Las autoridades de colegiación de la enfermería han articulado claramente los requisitos para la colegiación inicial como enfermera. Esos requisitos pueden incluir exámenes, la culminación con éxito de un programa de formación básica de enfermería y la posesión de competencias iniciales. Cualquiera que sea el requisito, las normas de colegiación son claras. En cambio, no son tan claros los requisitos para la renovación de la colegiación.

Exstrom (2001) examina la función del consejo de colegiación en relación con la competencia de sus colegiados. Esta autora esboza cuatro fases en las que el consejo de colegiación tiene el deber de asegurar la competencia: en la colegiación inicial; en la renovación de la licencia; en la vuelta a la práctica profesional después de un periodo de ausencia; y después de medidas disciplinarias. Reitera esta autora que la función primordial de los consejos de colegiación es asegurar al público que las enfermeras son competentes para ejercer. Exstrom

asigna la responsabilidad del mantenimiento de la competencia a las enfermeras, los empleadores de enfermeras, los formadores de enfermería, a la profesión de enfermería y a los consejos de enfermería. Destaca que los empleadores de enfermeras tienen la responsabilidad de identificar las competencias necesarias para cada puesto de enfermería y de dispensar programas de formación y de desarrollo del personal para que éste pueda desempeñar estas competencias. Sin embargo, esa autora no invalida la premisa de que los consejos de enfermería son responsables ante el público de la protección de éste.

Formación continua obligatoria

Ha habido un largo debate sobre la formación continua obligatoria como mecanismo para garantizar el mantenimiento de la competencia profesional. En un estudio realizado por Smith (2004) en los EE.UU. se estudiaba el nexo que existe entre la formación continua obligatoria para la nueva autorización y el desarrollo de la competencia profesional. Para ello se administró un cuestionario a 2.000 enfermeras especialistas y a 2.000 enfermeras acreditadas, colegiadas en los registros de 35 consejos de enfermería en los Estados Unidos. El índice de respuesta fue del 27%, pero no fue verificado, lo que limita la integridad de la muestra. Los que respondieron fueron divididos en dos grupos: los procedentes de consejos de enfermería con mandato de acumular formación continua para la nueva autorización y los que no tenían tal mandato. Se pidió a los encuestados que hicieran una estimación de sus niveles, inicial y actual, en cada una de 10 capacidades profesionales, puntuándolos en una escala de 1 a 10. Los resultados revelaron que no había una diferencia estadísticamente significativa o prácticamente importante en el crecimiento experimentado por las enfermeras que estaban acreditadas en jurisdicciones con mandato de formación continua y las que no lo estaban. Además, era claro que la formación continua obligatoria influía en el número de horas de esa formación a las que se asistía, cuya naturaleza contribuía poco o nada a la competencia general de la enfermera para realizar los deberes de enfermería.

Las enfermeras con mandato de seguir la formación continua asistían a más sesiones que las enfermeras que no tenían tal mandato. Conclusiones similares aparecieron en otras variables en relación con la asistencia a la formación continua, y el autor postula que ello puede ser consecuencia de las fuerzas de mercado que actúan. Dicho de otro modo, los dispensadores de formación continua se dirigían a las enfermeras de los estados que tenían mandato de seguir esa formación, y aprovechaban así el hecho de que las enfermeras de esos estados estaban legalmente obligadas a seguir unos periodos establecidos de formación continua. Otra conclusión fue que la formación continua era sólo uno más de los factores que las enfermeras consideraban importantes en el desarrollo profesional, y que también contribuían la experiencia laboral y los programas básicos de formación de enfermería. Smith llega a la conclusión de que todas las enfermeras estaban motivadas para emprender la formación continua. Las enfermeras con mandato de seguir la formación continua la iniciaban más frecuentemente en campos no relacionados con el ámbito de su práctica profesional por la única razón de cumplir el mandato.

En el contexto de las iniciativas para establecer que la formación continua obligatoria es necesaria para el mantenimiento de la competencia para ejercer, los resultados de este estudio no son concluyentes. Ello no obstante, es alentadora la conclusión de que las enfermeras estaban motivadas para emprender la formación continua. Se precisa más investigación sobre el mantenimiento de la competencia para establecer procesos que permitan a los consejos de enfermería cumplir su mandato de protección del público.

Novedad de la práctica

Un caso de consejo de colegiación que ha tratado de cumplir su deber en relación con el mantenimiento de la competencia de las enfermeras en él colegiadas es el Consejo de Enfermería de Nueva Zelandia que, desde el año 2000, emite certificados de práctica sobre la base de las competencias. Para estos certificados se exige que la enfermera cumpla criterios genéricos en 11 competencias de su campo específico de práctica profesional. Desde que comenzó a aplicarse la nueva legislación sobre los profesionales de salud (ya mencionada en

este documento), en la que se estipulan requisitos de mantenimiento de la competencia, las enfermeras han de satisfacer tres aspectos de la competencia profesional: horas de práctica; horas de desarrollo profesional; y competencias específicas para el ámbito de la práctica de cada persona. Las enfermeras tienen que documentar su práctica profesional en tanto que enfermeras especialistas y pueden ser sometidas a una audiencia imprevista.

Los requisitos de práctica reciente son una característica de la legislación australiana de enfermería. Esto hace que las enfermeras que no hayan ejercido su profesión en los cinco años anteriores estén obligadas a emprender cierta formación y hayan de ser sometidas a pruebas de normas de competencia. Una de las jurisdicciones – Tasmania – ha realizado una importante labor en este aspecto para ampliar y afinar el proceso de los requisitos para el mantenimiento de la competencia. Se considera importante examinar esa labor en el presente trabajo.

El Consejo de Enfermería de Tasmania (CET) tiene, por legislación, el mandato de proteger al público garantizando la competencia de las enfermeras a las que acredita. En 1996, comenzó a aplicar un procedimiento por el que se exige a todos los colegiados que, cada año, firmen una declaración en el sentido de que son competentes para ejercer, para que pueda expedírseles un certificado para la práctica profesional. Las normas de competencia que han de cumplirse son las elaboradas por el Consejo de enfermería y obstetricia de Australia. En 1998, el CET puso en práctica la auditoría de su política de competencias para ejercer. La eficacia de esta auditoría se evaluó a lo largo del quinquenio 1998-2002.

Durante ese periodo se realizaron tres auditorías y, en cada una de ellas, se examinó entre el 4,2% y el 4,8% del total de los colegiados. Las pruebas exigidas en apoyo de la declaración fueron las siguientes:

- Una evaluación satisfactoria de los resultados en el trabajo, que confirmase la capacidad del solicitante para cumplir las normas de competencia pertinentes;
- Una declaración (declaración reglamentaria) del empleador o supervisor de la enfermera solicitante en la que certificase que el solicitante había demostrado las normas de competencia pertinentes;
- Un expediente profesional con pruebas de un proceso de revisión por homólogos;
- Otras pruebas documentales que el solicitante considerase que demostraban que él mantenía su competencia para ejercer su profesión (CET 2004).

Las conclusiones de la evaluación fueron favorables al proceso de auditoría en curso. Sin embargo, no hay pruebas de los efectos que el requisito de mantenimiento de la competencia ejerce sobre los resultados de los cuidados. Entre las recomendaciones resultantes de la evaluación cabe mencionar un estudio de evaluación de las repercusiones que la declaración de competencia tiene sobre la práctica profesional de las enfermeras. Los trabajos del CET plantean las dos cuestiones siguientes:

1. El hecho de que las enfermeras hayan de hacer una declaración en el sentido de que son competentes y hayan de presentar documentación si son objeto de auditoría, ¿les motiva para conseguir la competencia?
2. El proceso de la auditoría, ¿da al CET un sentido de seguridad en el cumplimiento de su mandato de protección del público?

Sección tercera: Combinación de capacidades, definición de las funciones y las funciones nuevas

Contexto para el debate sobre la combinación de capacidades, la definición de las funciones y las funciones nuevas

En el dinámico entorno actual de la atención de salud, la función de las enfermeras es de importancia clave para conseguir en los pacientes unos resultados económicos y de alta calidad. (Wold et al. 2003). Desde hace algunos años se viene ampliando y perfilando la función de la enfermería y los resultados de ello en muchos países son unas funciones bien definidas, como las de las enfermeras de atención directa. Determinar la combinación de capacidades de los profesionales de salud y, en especial, implicar a las enfermeras formadas para nuevas funciones, es esencial para los resultados en los pacientes y para que las nuevas funciones sean económicas. Si se toma como orientación un examen de lo publicado, la gran mayoría de los estudios de la combinación de capacidades provienen del Reino Unido y de los Estados Unidos. Habida cuenta del tamaño y del envejecimiento de la población de esos países, que harán que aumente la demanda de cuidados de salud en el futuro, a nadie sorprenderá que los encargados de elaborar las políticas, los financiadores y los empleadores deseen explorar modos alternativos de prestación de los cuidados de salud. El desarrollo de nuevas funciones de la enfermería, en particular la de la enfermera de atención directa, ha dado lugar a numerosos estudios porque tanto las enfermeras como los financiadores están deseosos de demostrar que las enfermeras pueden prestar algunos de los cuidados de la atención primaria de salud en un nivel similar al de los médicos y de manera aceptable para el público.

El contexto en que están produciéndose los cambios de la combinación de capacidades es un contexto de reestructuración de los sistemas de atención de salud, de contención de los costos, y de escasez de escasez de profesionales de salud de casi todos los tipos. Egger et al., en un informe de la OMS, examinaron los recursos humanos de salud de los países en desarrollo. Estos autores constataron que los desequilibrios de los recursos humanos pueden dividirse en tres categorías: desequilibrios en el número total, en las capacidades, o en la combinación de capacidades y en la distribución. Las dificultades subyacentes que contribuyen a esos problemas son "inadecuación de los salarios y demás incentivos, y gestión deficiente del personal de salud empleado en el sector público" (Egger et al. 2000:8).

El debate sobre la combinación de capacidades está teniendo lugar también en el contexto de la calidad y seguridad de los cuidados de salud. Dotar a la enfermería de una combinación de capacidades con la que pueda procurar un entorno seguro y prestar una atención de alta calidad a los pacientes de una manera económica puede ser una actuación equilibradora.

La combinación de capacidades en la atención primaria y secundaria es un tema de actualidad, habida cuenta de la escasez mundial de enfermeras y de que es imperativo contener los costos de la salud. Las funciones de la enfermería son uno de los primeros aspectos que hay que redefinir – por una parte, se consideran caras y los directores de hospitales se esfuerzan por contratar personal más barato; y, por otra parte, se considera que las enfermeras son capaces de desempeñar, con menores costos para el sistema, algunas de las funciones que actualmente corresponden a la profesión médica. Buchan (2000a) afirma que la combinación de capacidades idónea es uno de los mayores problemas de personal con que tropieza hoy la atención de salud.

Carr-Hill et al. (2003) realizaron un amplio examen de la combinación de capacidades de cuidados secundarios en 82 distritos del NHS del Reino Unido. Los principales cambios que identificaron en la distribución de las enfermeras fueron, entre otros, la creación de funciones

y puestos de especialistas (especialmente de enfermeras consultoras y enfermeras de atención directa) y la ampliación de las tareas de la auxiliar sin capacitación. En este estudio se aportan pruebas que favorecen la opinión de que la función de la enfermería está sujeta a redefinición, tanto en el nivel básico como en el avanzado.

De los documentos examinados se desprende que los estudios sobre la definición de las funciones se realizan en contextos clínicos muy diversos, lo que es prueba de la flexibilidad de las enfermeras y de lo amplio de su preparación básica. Aun cuando no se examinaron documentos que contuvieran relaciones entre la preparación de las enfermeras antes de la titulación y su posterior capacidad de adaptación en el entorno de salud, ello es evidente en los diversos contextos y funciones investigados.

Al explorar la cuestión de las funciones ampliadas de la enfermería, frecuentemente resulta un problema la medida en que la reglamentación impide o favorece el desarrollo de esas funciones. Por ejemplo, en algunos países hay, en la legislación sobre los profesionales de salud, restricciones para el desempeño de determinadas tareas. El Canadá es uno de esos casos, por el modo en que están delimitadas las tareas controladas. Puede ser que otra legislación, como la relativa a las recetas médicas, reduzca las funciones de la enfermera de práctica avanzada. Tanto las enfermeras como los médicos guardan celosamente su terreno profesional y frecuentemente oponen resistencia a la incursión de otras profesiones o grupos. En algunos países, los médicos se opusieron a la introducción de la función de la enfermera de atención directa hasta que pudo demostrarse que contribuye a la práctica médica y no la sustituye. A consecuencia de esta opinión generalizada, había también una resistencia a los cambios de la legislación que permitieran a las enfermeras extender recetas. Análogamente, las enfermeras oponen resistencia a las incursiones de otro personal en los trabajos identificados como de enfermería.

Definición de las funciones

Se examinaron varios documentos sobre la definición de la función genérica de la enfermera de atención directa, y otras funciones entre ellas las de la enfermera neonatal, la enfermera que extiende recetas, la enfermera de quirófano, la enfermera encargada de la selección de llamadas telefónicas, la enfermera gerontológica de la comunidad, la enfermera del departamento de urgencias, y la enfermera de salud mental.

Smith y Hall (2003), en un estudio de la permanencia de las enfermeras neonatales, comunicaron que la definición clara de las funciones dentro de la unidad de enfermería era importante para la permanencia. En otro estudio en que se exploraban los modos en que las enfermeras extranjeras percibían su programa de iniciación, Smith (2004) constató también que era conveniente un marco de apoyo. Lee y Jones (2004), en otro estudio sobre las enfermeras neonatales, constató que un proceso de planificación estratégica era eficaz para definir su función y justificar nuevos puestos.

En otro estudio de Tyler y Hicks (2001) sobre la función que desempeña en la planificación familiar en el Reino Unido la enfermera que extiende recetas, examinaron las tareas clínicas principales que conlleva esa función, en un estudio de las enfermeras de planificación familiar. En los resultados se ofrecía una definición de la función y un plan de estudios indicativo para preparar a esas enfermeras. En otro estudio análogo hecho en Australia con una metodología similar, Watts et al. (2004) definieron los elementos de la función de la enfermera que trabaja en la práctica general (atención primaria de salud) y determinaron las necesidades de formación de las enfermeras de la práctica general para cumplir su función.

Varios son los estudios (Musclow et al. 2002; McGarvey et al. 2000; Da Costa 2000; Brindis et al. 1998) que se ocupan de la necesidad de definir la función en el contexto de un entorno cambiante de trabajo. Estos cambios pueden producirse por la necesidad de contener los

costos introduciendo una nueva función o ampliando otra ya existente, o introduciendo tecnología nueva. En cada uno de esos estudios, la necesidad de definir las funciones se consideró primordial para retener a las enfermeras en esas funciones, para que estén bien formadas para ellas, y para que no sean explotadas.

Nauright et al. (1999) exponen un buen ejemplo de la necesidad de integrar diversas actividades, sacado de un estudio para determinar la definición de las funciones. Estos autores estudiaron la función de la enfermera encargada de encaminar las llamadas y consultas telefónicas, e hicieron recomendaciones sobre la necesidad de programas de formación adecuados, modificaciones de las normas de la práctica, y problemas de fiabilidad y autorización. Oberski et al. (1999) constataron también la necesidad de programas de formación pertinentes para las nuevas funciones, en un estudio sobre las enfermeras comunitarias de gerontología. Kamal (1975) estudió la función que desempeñan la enfermera y la matrona en la salud maternoinfantil y en la planificación familiar en Pakistán; este autor constató que la preparación que proporciona la formación también es importante en la definición de las funciones.

Combinación de capacidades

A nadie sorprende que lo publicado sobre la combinación de capacidades trate sobre todo de la sustitución en ambos extremos del espectro de la enfermería. Así pues, hay estudios en los que se examina la sustitución de las enfermeras por personal auxiliar sin capacitación y la sustitución de los médicos por enfermeras – principalmente enfermeras de atención directa. Son abundantes los estudios de eficiencia de los costos, pero a menudo resultan difíciles de interpretar y se sacan de su contexto, especialmente para auditorios internacionales. Varios estudios surgen como consecuencia de la aplicación de coeficientes obligatorios de pacientes por enfermera en California.

Buchan (2000a) confirma que los dos ejemplos en que hay alguna prueba de eficacia de la combinación de capacidades son cuando personal auxiliar sin capacitación sustituye a enfermeras cualificadas y cuando las enfermeras sustituyen a personal médico. Este autor dice también que la ampliación del ámbito de actuación de las enfermeras y matronas viene produciéndose desde hace algún tiempo y que está ya muy avanzada en los países desarrollados y en los países en desarrollo. Además, las funciones de las enfermeras de atención directa, las enfermeras consultoras, las enfermeras anestelistas y las enfermeras clínicas especialistas se dan en mayor número e intensidad en muchos países.

En un documento expositivo procedente del Royal College of Nursing (RCN 2004c), se dice que la sustitución de funciones tiene lugar de tres maneras: entre grupos de profesionales, dentro de los grupos de profesionales, y dentro de grupos profesionales y no profesionales.

Buchan y Dal Poz (2002) hicieron un examen de las pruebas de la combinación de capacidades existente en los recursos humanos de salud. Estos autores comunicaron que la combinación característica de capacidades es diferente en los distintos países y se refiere a la combinación de ocupaciones, puestos o clases de trabajadores en una organización. También puede referirse a una combinación de actividades dentro de cada uno de los puestos de trabajo de la organización. Observan estos autores que las limitaciones de los estudios a gran escala consisten en que éstos son necesariamente retrospectivos y, en segundo lugar, que se basan en datos secundarios, lo que significa que dependen de la exactitud e integridad de los datos. Esos autores clasifican los estudios de la combinación de capacidades en las siguientes categorías:

- Eficacia de unos recursos humanos totalmente cualificados en comparación con unos recursos humanos mixtos (cualificados y no cualificados);
- Repercusión del aumento del número de enfermeras cualificadas en los resultados de los cuidados;

- Efecto sobre los aspectos de costo y calidad, y sobre los trabajadores de salud tradicionales y sobre los voluntarios.

Los estudios de la combinación de las capacidades tienen limitaciones evidentes. La primera es el carácter en gran medida cualitativo del asunto; y la segunda es el contexto en el que tienen lugar y los imperativos políticos que hay que respetar en cada estudio. En tercer lugar está la dificultad de aplicarlos en otros contextos y en otros países. Buchan et al. (2000), en un informe realizado para la OMS sobre la combinación de las capacidades en la salud, exponen tres limitaciones principales de estos estudios. Son las siguientes: i) la mayoría de los estudios provienen de los Estados Unidos y se centran en la combinación de capacidades dentro la enfermería, o en la sustitución de capacidades de médicos por enfermeras; ii) en la mayoría de los estudios no se explica el planteamiento elegido de la combinación de capacidades y se da información insuficiente acerca del contexto organizacional; y iii) en la mayoría de los estudios no se hace ninguna evaluación de la calidad y los costos, que permita un análisis objetivo de la combinación de capacidades estudiada.

Buchan et al. (2000) afirman también que no pueden sacarse conclusiones generales de los estudios disponibles sobre la combinación de capacidades, pues ésta sólo es verdadera en el momento y lugar en que se ha realizado.

Efectos de los cambios de la combinación de capacidades

Norrish y Rundall (2001) estudian los efectos que ha ejercido la reestructuración de los hospitales en el trabajo de las enfermeras especialistas. Estos autores afirman que con esta reestructuración se reduce frecuentemente el número de esas enfermeras y se las sustituye por personal auxiliar sin capacitación que hacen una parte del trabajo que antes hacían ellas. Para estos autores resultaba difícil evaluar las consecuencias que el nuevo diseño del trabajo y los cambios de personal ejercían en la carga de trabajo de las enfermeras especialistas, ya que, al incluir nuevas categorías de cuidadores, no se tienen en cuenta los métodos existentes para hacer estimaciones de las necesidades de personal de cuidados a los pacientes. Otras variables son los sistemas de clasificación de los pacientes, la catalogación de las enfermeras y la fluctuación del número de pacientes.

Cuando se contempla la posibilidad de modificar la combinación de capacidades, Sibbald y Shei (2004) recomiendan que se responda a las siguientes preguntas antes de embarcarse en ningún proyecto:

- El servicio propuesto, ¿puede mejorar los resultados en los pacientes?
- ¿Son competentes los trabajadores para dispensar los cuidados?
- ¿Hay algún impedimento reglamentario para la nueva función?
- ¿Son adecuados los incentivos financieros para el cambio?
- ¿Incide de alguna manera este cambio en otros servicios?
- ¿Cuáles son las consecuencias que probablemente tendrá para los otros trabajadores el cambio de la función?

A juzgar por las publicaciones, estas preguntas se plantean muy raras veces, y muchas menos se responden.

Adams et al. (2000) tratan de responder a algunas de estas preguntas e informan sobre un estudio de los cambios de la combinación de capacidades y de la intensificación del trabajo de enfermería en el Reino Unido. Se entrevistó a los directores de ocho distritos (agrupaciones geográficas de los servicios de salud) del NHS sobre diversos aspectos del cambio de la combinación de capacidades, y se les preguntó por qué se promovieron los cambios, cómo se aplicaron, qué métodos de evaluación se aplicaron y cuáles fueron los resultados finales del cambio. Los cambios mencionados de la combinación de capacidades fueron: la adquisición de capacidades múltiples; la ampliación de las funciones; unas funciones de dirección más amplias; la ampliación de las funciones especializadas; y los cambios relacionados con la atenuación de las diferencias entre los títulos de enfermería.

Sibbald y Shei (2004), en un estudio de los cambios de la combinación de capacidades de los recursos humanos de atención de salud, llegaban a la conclusión de que eran escasas las buenas pruebas del alcance, la eficacia y la eficiencia del cambio de la combinación de capacidades. Estos autores constataron también que era difícil detectar un estudio sobre los nuevos trabajadores de salud, sobre la economía de costos de las intervenciones, o sobre las consecuencias más generales que los cambios de la combinación de capacidades ejercen sobre los sistemas de atención de salud.

Sibbald y Shei (2004) afirman que el impulso del cambio de la combinación de capacidades es el contexto de una demanda creciente y de contención de los costos, con escasez de profesionales y de ocupaciones. Estos autores constataron que el cambio de la combinación de capacidades puede realizarse mediante el fomento, la sustitución, la delegación y la innovación; y que los cambios pueden introducirse transfiriendo un servicio de uno u otro sector de atención de salud, o reubicando un servicio o enlace. Estos autores constataron además que el fomento comprendía los aspectos siguientes: Funciones más amplias para las enfermeras en el tratamiento del asma y la trombólisis; la sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria de salud; la delegación centrada en el sector médico; e innovación restringida a los 'nuevos' títulos de atención primaria.

En su estudio de los cambios de la combinación de capacidades, y de la intensificación del trabajo en el NHS, Adams et al. (2000) constataron que las enfermeras comunicaban múltiples resultados negativos relacionados con los cambios de la combinación de capacidades, en particular, con la ampliación de las funciones. En concreto, se añadían más tareas a una carga de trabajo ya completa, y las enfermeras tenían que adquirir formación para sus nuevas funciones. Las enfermeras comunicaron que hacían más horas extraordinarias para cumplir sus nuevas funciones. Al mismo tiempo, había una pérdida de capacidades, pues el trabajo se delegaba en trabajadores no capacitados. A medida que las enfermeras asumían otras funciones y se delegaban las funciones anteriores, su trabajo pasaba a otros sectores y la enfermería adquiría cada vez más elementos de gestión, médicos y terapéuticos. La reacción de las enfermeras a este cambio de función fue sobre todo negativa, pues los investigadores se encontraron ante un aumento generalizado de la intensidad del trabajo con fuertes cargas de él, cambios de sus funciones, y presiones para ampliar la gama de sus capacidades de enfermería. Las enfermeras cayeron en la cuenta de que la insistencia en el cambio de función se centraba en ellas más bien que en los demás profesionales de atención de salud de los que recibían escaso alivio en su trabajo, lo que minaba sus relaciones laborales. Tampoco había pruebas de que las enfermeras tuviesen más autonomía en el NHS.

Adams et al. llegan a la conclusión de que al ampliar y 'mejorar' la función de las enfermeras para permitirles asumir más trabajo tradicionalmente médico y mejorar su status social, la verdadera motivación de la dirección tiene carácter económico y de gestión. Este cambio puede proporcionar posibilidad a los pacientes, pero apenas se constataron ventajas para las enfermeras. Asimismo, esos autores constataron que no hay pruebas de una estrategia explícita de profesionalización en la enfermería.

Este estudio es un ejemplo de que una función ampliada de la enfermería está escasamente regulada. Ha de haber un equilibrio entre la regulación excesiva, que asfixia la innovación, y la infrarregulación que puede dar lugar al caos y a la resistencia de las enfermeras a participar en ampliaciones futuras de las funciones. Entre lo publicado no había ningún estudio de la función de reglamentación en relación con las nuevas funciones ni con la combinación de capacidades. La reglamentación es una oportunidad para controlar los límites de la función de la enfermería o para facilitar su expansión. Si bien esto último es más aceptable para las administraciones, y probablemente para la propia profesión, las nuevas funciones para las enfermeras y la combinación de funciones resultante son responsabilidad de la reglamentación.

La formación para preparar a las enfermeras para las nuevas funciones y las competencias para realizar esas funciones son esenciales para el éxito de éstas. Para la evolución de esas funciones se precisa un planteamiento integrado que tome en consideración, primeramente, los aspectos de reglamentación, en segundo lugar las competencias para desempeñar la función y, en tercer lugar, la formación necesaria para dotar a las enfermeras de las competencias deseadas.

Sustitución de las funciones profesionales

Ampliación de las funciones de enfermería y funciones nuevas

Como antes se ha dicho, los cambios de la combinación de capacidades se concentran en los dos extremos de las funciones de enfermería: sustitución de ciertos trabajos de nivel inferior y ampliación de determinadas funciones. Buchan y Dal Poz (2002) comunican que, en el Reino Unido, ciertos estudios sobre la sustitución de las enfermeras por profesionales no especializados indican que quizá las enfermeras asumen tareas menos especializadas para dejar a los médicos las actividades más complejas. Muchas funciones nuevas, como las de las enfermeras anestesiistas y las de las ayudantes de medicina, son consecuencia de la escasez de médicos.

En un examen de los estudios publicados sobre la sustitución de los médicos por otros profesionales de salud, Richardson et al. (1998) afirman que esa sustitución puede dar lugar a una ampliación de funciones más bien que a una sustitución de trabajadores. El examen hecho por estos autores indicaba que los sustitutos proceden con gran frecuencia de la enfermería. Dichos autores defienden la necesidad de más estudios en este sector, para conocer lo que realmente está sucediendo.

Las enfermeras de atención directa ejercen su profesión en diversos contextos, pero la mayor parte de los estudios proceden de contextos de atención primaria a la comunidad, en los que ellas prestan algunos de los cuidados dispensados por los médicos. Sin embargo, Tye et al. (1997) afirman que aumentan rápidamente los servicios que las enfermeras de atención directa prestan en los departamentos de urgencias, en el Reino Unido. Estos autores mencionan que entre las ventajas de la prestación de los servicios de las enfermeras de atención directa se cuentan la reducción de los tiempos de espera y una mayor satisfacción de los pacientes. Y abogan a favor de estudios de evaluación más sólidos que sostengan estas afirmaciones. Chang et al. (1999), en una evaluación de la función de la enfermera de atención directa en un importante departamento de urgencias australiano, constataron que no había diferencias significativas entre los cuidados dispensados por los médicos y los dispensados por las enfermeras de atención directa. También los resultados positivos de los cuidados eran coherentes en ambos grupos.

Son escasos los estudios de la calidad de los cuidados dispensados por las enfermeras cuando actúan en sustitución de los médicos. Shum et al. (2000) compararon los resultados de los cuidados prestados por enfermeras con los prestados por médicos en el Reino Unido. De esta comparación se desprende que la satisfacción de los pacientes era mayor en el caso de las consultas con enfermeras y que los resultados clínicos eran similares en las visitas a enfermeras y a médicos.

Brown y Grimes (1995) informan de un meta-análisis de los resultados obtenidos en los pacientes por enfermeras de atención directa y matronas en contextos de atención primaria en los Estados Unidos, en comparación con los resultados obtenidos por los médicos. Estos autores constataron que faltaba rigor metodológico en una tercera parte de los estudios incluidos en el meta-análisis. También constataron que la satisfacción y el cumplimiento de los pacientes eran mayores en el caso de los pacientes tratados por las enfermeras de atención

directa que en el de los tratados por médicos. Como el estudio no es reciente, no se presentan aquí las demás conclusiones.

Cooper y Stoflet (2004), en un documento proveniente de los Estados Unidos, tratan del problema de mantener la calidad en un equipo de trabajo multidisciplinario. Estos autores comunican que personal clínico no médico dispensa cuidados de gran calidad con excelentes resultados. Sin embargo, las pruebas provienen de los cuidados menos complejos y que se dispensan en un contexto que cuenta con cierta supervisión médica, o en un contexto de equipo. Asimismo, comunican que hay pocos estudios en los que se miden los resultados de los cuidados dispensados por estos profesionales, que son cuidados de mayor complejidad en un contexto independiente. Puede aducirse que las enfermeras en especial, aun cuando ejerzan de manera independiente, no tienen el menor deseo de dispensar cuidados que excedan de los límites de sus conocimientos y experiencia.

Mundinger et al. (2000) trataron de determinar los resultados de la atención primaria en pacientes tratados por médicos o por enfermeras de atención directa. El contexto de la prueba era una clínica comunitaria de atención primaria, que contaba con 17 médicos y 7 enfermeras de atención directa. Las variables medidas fueron la satisfacción de los pacientes, el estado de salud, los resultados de tests psicológicos y la utilización de servicios por los dispensadores. Las conclusiones revelaron que, en un contexto en el que las enfermeras de atención directa tenían la misma autoridad y disposiciones e imperativos laborales que los médicos, los resultados en los pacientes eran comparables.

Las conclusiones del estudio de Mundinger son similares a las de Horrocks et al. (2002) que realizaron un examen sistemático de los cuidados dispensados por las enfermeras de atención directa en comparación con los dispensados por médicos. En él se vio que los pacientes estaban más satisfechos con los cuidados dispensados por las enfermeras de atención directa, pero no había pruebas de diferencia en el estado de salud. Las enfermeras de atención directa tenían unas consultas más prolongadas pero no se detectaron diferencias en cuanto a las recetas, las remisiones o las consultas repetidas. Era mejor en ciertos aspectos la calidad de la atención dispensada en las consultas con las enfermeras de atención directa.

El concepto de competencias compartidas es inseparable de la asunción, por las enfermeras, de funciones avanzadas que se superponen a las de los médicos. La colaboración entre los médicos y las enfermeras es esencial para hacer avanzar las funciones de la enfermería. Lindeke y Sieckert (2005) y Boswell y Cannon (2005) ensalzan las ventajas del trabajo conjunto de ambas profesiones encaminado a mejorar la atención a los pacientes y a crear funciones satisfactorias para las enfermeras. Para conseguirlo, es esencial colaborar con el fin de establecer cuáles son las competencias compartidas.

Otro de los sectores de sustitución en los hospitales es el de los médicos recién titulados jóvenes, por enfermeras. Cooper y Stoflet (2004) comunican que en los EE.UU. aumentan los casos de sustitución de médicos jóvenes por enfermeras y ayudantes médicos a medida que disminuye el número de médicos en los hospitales. Análogamente, Dowling et al. (1996) informan sobre esta función en el Reino Unido. Estos autores constatan que puede haber confusión de responsabilidades en las nuevas funciones, y mencionan que un público cada vez más beligerante es el catalizador de las estrategias para reducir los riesgos tanto para las enfermeras como para los médicos. Y recomiendan las estrategias siguientes para reducir los riesgos:

- Las enfermeras y los médicos deben planificar y gestionar juntos, en pie de igualdad, las nuevas funciones;
- Los pacientes deben ser informados de las nuevas funciones;
- La aprobación de nuevos puestos debe, como mínimo negociarse con los empleadores, todo el personal principal y los aseguradores, y ha de comunicárseles;
- Ha de animarse al personal interesado para que acceda al asesoramiento profesional y jurídico y a la indemnización;

- Es preciso desarrollar una política central de los órganos reglamentarios médicos y de la enfermería, y el NHS, en tanto que principal empleador de salud en Gran Bretaña, ha de gestionar el desarrollo de esta función, especialmente en el nuevo ámbito, y las consiguientes normas para esa función.

El último punto es especialmente importante para que este debate permita el desarrollo ordenado dentro de un marco reglamentario. El órgano de reglamentación de la enfermería es el encargado de garantizar que las nuevas funciones se desarrollen en un marco que proteja al paciente. El empleador central tiene una responsabilidad similar de dar protección jurídica a la enfermera. También es deber del órgano de reglamentación y del empleador cerciorarse de que las enfermeras son competentes para las nuevas funciones.

Sustitución de la enfermería por personal auxiliar no capacitado

Como ya se ha dicho, el otro sector importante de sustitución es el del personal auxiliar no capacitado. Thornley (2000), en un ensayo procedente del Reino Unido, avisa de que es necesaria una reevaluación del personal auxiliar no capacitado y de su potencial, y que las enfermeras deben reconocerle una función más progresiva. De lo contrario, seguirán viendo su posición "socavada" por los directores que prefieran emplear personal más barato y flexible. Esta autora constató que los directores introducen el personal auxiliar no capacitado porque sus costos son económicos y sus horarios y su despliegue son flexibles, y por el carácter polivalente de su función. Con esto se han desdibujado y hecho más imprecisos los límites entre el trabajo de enfermería y los trabajos auxiliares.

En un examen de 16 artículos publicados sobre la incidencia del personal auxiliar no capacitado en la satisfacción de los pacientes, Siehoff (1998) constató que el aumento de la satisfacción de los pacientes era evidente en nueve de esos estudios. En tres de esos nueve, se detectaba una disminución de los costos de las horas extraordinarias y un aumento del tiempo que las enfermeras dedicaban a enseñar a los pacientes y a planificar los cuidados. En seis de ellos, se detectaban aumentos en determinados aspectos de la satisfacción de los pacientes, mientras que en los estudios restantes no se registraban cambios.

Según afirma Buchan (2000a), no se ha demostrado de manera concluyente que sustituir a las enfermeras por personal más barato resulte eficaz, pues no parece que haya unanimidad en los resultados ni en las conclusiones. Afirma este autor que el motivo de ello es, en parte, que resulta difícil comparar los correspondientes estudios entre los distintos países, porque las variables son muy diferentes.

En el sector de los cuidados dispensados a las personas mayores, Bradley (1999) comunica que, sobre la base de un estudio de lo publicado, ni el número del personal ni la combinación de sus capacidades eran suficientes para determinar la economía ni la calidad de los cuidados dispensados en los hospitales para ancianos. Esta autora avisa además de que, si los cambios de la combinación de capacidades se utilizan para gestionar la eficiencia, se corre el riesgo de que esos cambios se empleen para conseguir los resultados deseados, cuando los resultados cualitativos no pueden medirse.

El tema de los coeficientes de pacientes por enfermera se ha mencionado ya en la sección que trata de la reglamentación, y en este contexto vale la pena mencionar también la cuestión del trabajo del personal auxiliar no capacitado. Spetz (2001) examina el efecto que tuvo la legislación de California, de 1999, destinada a establecer unos niveles mínimos de dotación de personal de enfermeras especialistas y enfermeras acreditadas profesionales. La legislación de California prohíbe que el personal auxiliar no capacitado realice una serie de procedimientos clínicos, tales como la administración de medicamentos, la alimentación por sonda, la inserción de catéteres y la evaluación del estado de los pacientes. Esta autora llega a la conclusión de que la experiencia y pericia de las enfermeras especialistas empleadas será un factor importante para aplicar los coeficientes, ya que no todas las enfermeras especialistas tienen una capacidad o pericia igual; y que la relación entre el personal de enfermeras

especialistas y la calidad de los cuidados es esencial para determinar el número de y la combinación de éstas en relación con el resto del personal, en el futuro.

Delegación de la atención de salud

Anthony et al. (2000) estudiaron los factores relacionados con los resultados obtenidos en los pacientes cuando las actividades de enfermería se delegan en el personal auxiliar no capacitado. En su estudio constataron estos autores que los resultados eran mejores cuando los cuidados se observaban que cuando no se supervisaban directamente. Dicho de otro modo, cuando no había supervisión directa, se producían más eventos negativos. La consecuencia de estas conclusiones es que las enfermeras han de estar formadas en las competencias necesarias para delegar. Anderson (1997) se hace eco de esta conclusión cuando informa de la introducción de trabajadores no especializados en los equipos de sala, del NHS. Esos trabajadores eran personas que se ocupaban de quehaceres distintos de los de enfermería: domésticos, administrativos y de *catering*. Las conclusiones de este estudio demuestran que las enfermeras han de ser las encargadas del proceso de delegación en otro personal ajeno a la enfermería. Las conclusiones también indicaban que para que esto sea eficaz es esencial también un programa oficial de formación.

Es un aspecto importante del desarrollo de cualquier nueva función. Implica que la persona que delega ha satisfecho diversos requisitos previos que permiten hacer la delegación. Entre esos requisitos pueden mencionarse los siguientes: cerciorarse de que ningún obstáculo reglamentario se opone a la delegación de la tarea; asegurarse de que la persona en que la tarea va a delegarse tiene formación y competencias suficientes para llevar a cabo sin riesgos la tarea delegada; y cerciorarse también de que se cuenta con alguna forma de evaluación del resultado final de la delegación.

La delegación puede hacerse en diversas circunstancias, como por ejemplo mediante órdenes permanentes o protocolos por los cuales el miembro del personal aplica un régimen de tratamiento después de establecidos ciertos parámetros; mediante supervisión directa por la persona que ha delegado; y mediante supervisión remota como en el caso de una enfermera especialista que delega determinadas tareas en un contexto de cuidados a domicilio. Por ejemplo, las enfermeras de unidades de cuidados intensivos conocen la delegación relacionada con los protocolos de los medicamentos. Análogamente, las enfermeras que trabajan en lugares rurales aislados, en los que quizá son las únicas profesionales de salud, también operan frecuentemente a partir de protocolos delegados, para la administración de medicamentos y modos de tratamiento. Cualquiera que sea la situación en que se delega, es esencial que las enfermeras conozcan sus responsabilidades cuando ellas delegan o cuando se delega en ellas. Asimismo han de conocer todas las disposiciones y obstáculos reglamentarios que permitan o impidan delegar los cuidados de enfermería. Los órganos de reglamentación y las organizaciones de enfermería tienen una importante función que desempeñar publicando directrices para la delegación e impartiendo formación para las enfermeras que participan en el desarrollo de nuevas funciones.

Economía de la combinación de capacidades

También son pocos y escasamente concluyentes los estudios sobre la economía de los cambios de la combinación de capacidades. En un examen de lo publicado sobre los supuestos subyacentes al debate sobre la combinación de capacidades y la calidad de los cuidados, McKenna (1995) identificó tres tipos de estudios sobre la combinación de capacidades: los que indican que la combinación de capacidades de las enfermeras más cualificadas es costosa y da lugar a unos cuidados de nivel bajo; los que indican que una combinación de capacidades con personal menos cualificado es onerosa y perjudicial para la atención prestada al paciente; y los que indican que la combinación de capacidades de las enfermeras más cualificadas es el reverso del primer tipo – es decir, da lugar a unos mejores niveles de cuidados y es económica.

En algunos ensayos se aduce que una combinación de capacidades más barata no es económica por el ausentismo, la rotación del personal y el tiempo improductivo a que da lugar cuando los trabajadores de sustitución no tienen capacidades múltiples y, por tanto, se limitan a tareas unidimensionales. En particular, las enfermeras tienen capacidades múltiples y a menudo desempeñan numerosas tareas simultáneamente. Una de las preguntas que se plantean es la de si el personal auxiliar no capacitado se emplea para complementar o para sustituir a las enfermeras.

Richardson y Maynard (1995), en un estudio de la base de conocimientos sobre la sustitución de médicos por enfermeras en el Reino Unido, citan los factores siguientes que han de tomarse en consideración al evaluar la eficiencia de los costos:

- Las enfermeras en general ganan menos que los médicos y, por eso, su empleo será más barato;
- Los médicos pueden realizar, en un plazo determinado, más tareas que cualesquiera otros profesionales de salud;
- Los médicos del Reino Unido no cobran horas extraordinarias, mientras que sí las cobran las enfermeras y otros profesionales de la atención de salud.

En un estudio posterior, Richardson (1999) evaluó la eficiencia en costos de la combinación de capacidades en el NHS, centrándose en los cuidados dispensados por enfermeras que sustituían a médicos. Este autor cita estudios que demuestran la rentabilidad de la sustitución de los cuidados dispensados por las enfermeras, que no tienen ningún resultado perjudicial para los pacientes. Richardson constató que la medida más común de la eficiencia de los costos se hace cuando los costos de una persona, menos pagada, que realiza una tarea determinada, se comparan con las consecuencias – por ejemplo, la mortalidad o los años de vida ganados. También se evalúan los costos de oportunidad. En opinión de este autor, los estudios de eficiencia de los costos (rentabilidad) son en general deficientes y su metodología tiene numerosos puntos débiles. Aporta pruebas que indican que el resultado más frecuente de la sustitución es un mejoramiento de los servicios, más bien que una economía o ahorros de costos.

Venning et al. (2000) informan sobre un estudio en el que se evalúan los cuidados dispensados por las enfermeras de atención directa que trabajaban formando un equipo con médicos. Estos autores citan estudios que indican que este modo de prestación de cuidados da a los pacientes un servicio más completo y flexible, pero afirman que su estudio aporta escasas pruebas de esto. Según informan, si bien el comportamiento de las enfermeras de atención directa y de las enfermeras generalistas es similar, las primeras dedican más tiempo a sus pacientes y piden a éstos que acudan con más frecuencia para exámenes de seguimiento. También hacían una selección más adaptada. El estudio mostraba además que, en conjunto, los cuidados y los resultados clínicos eran similares en el caso de las enfermeras de atención directa y los médicos generalistas. Se mostraba que el costo de los servicios de la enfermera de atención directa eran semejantes a los del médico generalista, aun cuando el salario de aquella era inferior al de éste, la enfermera necesitaba más tiempo para las consultas y generaba más visitas de seguimiento.

Buchan et al. (2000b) critican los estudios de la combinación de capacidades y afirman que, en su mayoría, se centran en los costos directos pues utilizan los datos salariales y se basan a menudo en el salario medio. Este autor afirma que no tienen en cuenta los costos totales del cambio de la combinación de capacidades, que tienen consecuencias de reciclaje y de redistribución. El factor crítico es la diferencia salarial entre el trabajador que va a ser sustituido y el trabajador de sustitución.

Cuando sean más definitivos los estudios sobre la rentabilidad de las diferentes combinaciones de capacidades, quizá haya argumentos más fuertes para introducir determinados cambios en la actual combinación de capacidades. Es, pues, importante que las

enfermeras participen en estos estudios para asegurar su rigor y que con su aplicación se elevarán, y no bajarán, los niveles clínicos.

La función de otros trabajadores de enfermería o de salud

En el contexto de la actual escasez mundial de enfermeras y del envejecimiento de los recursos humanos de enfermería, en particular en los países desarrollados, los expertos en política de salud han examinado si es oportuno rediseñar los recursos humanos y tratar de conseguir que el trabajador de atención de salud sea más genérico. Se discute que el número y el tamaño de los recursos humanos de enfermería serán inadecuados para prestar cuidados a una población que envejece (Duckett 2000). Además, la atención de salud es cada vez más especializada. Así, por una parte, necesitamos trabajadores de salud de carácter más genérico y, por otra parte, necesitamos unos recursos humanos más especializados, sobre todo en los componentes médico y de enfermería. Para el futuro, el problema será equilibrar estos dos aspectos e impedir la fragmentación en la prestación de los cuidados.

En Australia, se ha recurrido principalmente a las enfermeras auxiliares en el sector de los cuidados de las personas mayores pero, con la escasez de enfermeras en los recursos humanos, se recurre a ellas cada vez más en los contextos de cuidados intensivos. Si bien el ámbito de su práctica profesional no equivale al de las enfermeras especialistas, en Australia las enfermeras en general y las enfermeras gestoras se consideran más convenientes que el personal auxiliar no capacitado para completar los recursos humanos de enfermería. Las ventajas de contar con esta categoría de trabajadores son, entre otras, que su formación y el ámbito de su práctica profesional están definidos y que pueden formarse más rápidamente en un periodo de escasez, porque su programa de formación es más breve. Además están regulados por el mismo órgano que las enfermeras especialistas y, por ello, están sujetas a requisitos similares de acreditación y mantenimiento de la competencia y a las mismas disposiciones disciplinarias.

Desde África, Dovlo (2004) informa de un estudio del empleo de mandos intermedios para sustituir a diversos profesionales de salud. Se trata de trabajadores de atención de salud que reciben formación de nivel más bajo que los profesionales a quienes sustituyen, como los médicos, farmacéuticos, y enfermeras. El estudio se refiere a mandos intermedios de países como Tanzania, Malawi, Mozambique y Ghana. Las conclusiones son favorables al empleo de esos mandos en esos países, especialmente porque hay una demanda creciente de los servicios de profesionales de salud para que apliquen tratamientos contra el retrovirus. Dovlo recomienda además que se determine la naturaleza y composición de los recursos humanos de salud en África en el contexto de la emigración de los profesionales de salud.

La introducción de nuevas funciones clínicas es de gran interés para la enfermería pues, inevitablemente, estas funciones se superpondrán a las funciones de la enfermería. Por tanto, la educación, la formación y el desarrollo de competencias para las nuevas funciones clínicas han de iniciarse con las enfermeras para que no haya duplicación y se reduzca al mínimo la superposición.

Sección cuarta : Debate y orientaciones para el futuro

Debate

Es imposible definir con precisión las relaciones entre los diferentes aspectos expuestos en este documento. Y ello porque las cuestiones son en sí mismas muy complejas y las relaciones de mutua dependencia cambian constantemente. Si la noción de reglamentación en su sentido más amplio se considera el punto de partida y los cuidados competentes y seguros son el punto de llegada, los demás elementos, como la formación de las enfermeras, la competencia inicial y su mantenimiento, las responsabilidades del empleador, la definición de las funciones, la superposición y la combinación de las capacidades actuarán entre sí para alcanzar ese punto de llegada. Lo que no ofrece dudas en esta fecunda interacción es la obligación y responsabilidad que incumbe a las organizaciones profesionales de enfermería de participar en todos estos elementos.

La autorreglamentación está claramente amenazada en mayor o menor grado, según los países. Los consumidores piden desempeñar una función mayor en la reglamentación de los profesionales de salud. Uno de los problemas que se plantean para el futuro de la autorreglamentación profesional, mencionado por el Royal College of Nursing (RCN 2004a), es definir los límites entre ella y otras formas de reglamentación, tales como las que imponen el empleador y otros órganos reglamentarios (por ejemplo, los órganos de seguridad y calidad y otros órganos de acreditación). El RCN cita el problema que se plantea a los reguladores profesionales que fijan las normas para el mantenimiento de la competencia. También hace referencia a una legislación de carácter general, que, según afirma, puede difuminar las funciones de todos los profesionales de salud a los que regula, tratando a todas las profesiones como similares y no teniendo en cuenta las diversidades de cada profesión. Las relaciones reglamentarias dentro de los equipos no son claras ya que una enfermera puede ser responsable, por ejemplo, ante uno de los terapeutas o ante una persona ajena al personal clínico.

La función de los gobiernos en la reglamentación, en el contexto de la reforma del sector público y en el de la elaboración de acuerdos comerciales, puede hacer fracasar lo que la profesión consideraría mantenimiento de unas normas aceptables de cuidados. El desarrollo de competencias internacionales por la profesión de enfermería es un avance considerable, habida cuenta de la importancia que actualmente se atribuye al aumento de la migración de las enfermeras.

En el contexto del mantenimiento de las normas de los cuidados de enfermería y de la respuesta a las demandas y expectativas de los consumidores, la cuestión del mantenimiento de la competencia es probablemente uno de los problemas más difíciles a que se enfrentan los profesionales de salud, entre ellos las enfermeras. Con la importancia que actualmente se atribuye a los eventos adversos, los consumidores no se sentirán satisfechos con nada que no sea un método bien articulado de asegurar el mantenimiento de la competencia. Esto tiene amplias consecuencias para los empleadores, los formadores, los encargados de la reglamentación, las enfermeras y las organizaciones de enfermería.

Análogamente, también son importantes las consecuencias que tienen para los recursos humanos los cambios en la definición de las funciones y en la combinación de capacidades. En las publicaciones se afirma que las nuevas funciones para las enfermeras se elaboran muchas veces sin referencia a la preparación formativa, a los requisitos de autorización, ni a la definición de las funciones. Como esta evolución puede ser un tanto azarosa, es preciso introducir las nuevas funciones de una manera planificada a partir de una base de conocimientos de lo que conllevará exactamente la función. De no ser así, las enfermeras estarán insatisfechas de sus funciones y pueden verse ante cargas de trabajo excesivas, si la función no se estudia de manera adecuada. Lamentablemente, los estudios para definir las

funciones no pueden hacerse de manera genérica – han de ser específicos del contexto de los servicios y del sistema de salud en que se sitúan. Es dudoso que puedan repetirse en distintos contextos de atención de salud. Las funciones avanzadas ofrecen importantes oportunidades a las enfermeras que se hacen cargo de ellas, especialmente las enfermeras de práctica avanzada o las enfermeras de atención directa.

La introducción de las funciones del personal auxiliar no capacitado y el lugar que ocupa en los equipos de atención de salud ha de negociarse con las enfermeras y el resto del personal. Puede ser muy ventajosa la existencia de enfermeras de segundo nivel. Es muy importante en este contexto conocer cómo la reglamentación trata los deberes de delegación en este contexto.

El RCN, en un documento sobre la función de la enfermera (RCN 2004c), indica que los cambios de la combinación de capacidades por los que las enfermeras asumen nuevas funciones tienen importantes consecuencias para el futuro, ya que la carga de la prestación de los cuidados de salud (primarios y urgentes) recaerá directamente en las enfermeras. Además, el número de los recursos humanos de enfermería habrá de aumentar en consecuencia. Esto tiene importantes implicaciones para la oferta y la demanda de enfermeras en el futuro. Al tener una formación amplia, generalista y centrada en los aspectos clínicos, las enfermeras son los profesionales más adecuados para asumir nuevas funciones, con algo más de formación para la función de que se trate. Por otra parte, hemos de estar atentos a que los servicios de salud en un sector no sean aniquilados para prestar servicios en otro sector.

El estudio de los resultados de los cuidados dispensados por las enfermeras en contraposición con los dispensados por los médicos en contextos de atención primaria de salud muestra que las enfermeras pueden dispensar cuidados del mismo nivel en el mismo contexto que los médicos. Sin embargo, este resultado debe mirarse con precaución. Para lograr competencias compartidas en este contexto es conveniente la colaboración.

A juzgar por los documentos examinados, en la elaboración y diseño de los programas de estudios de enfermería deben participar la profesión, los empleadores, los encargados de la reglamentación, y los académicos de la enfermería. Algunos autores han llegado a recomendar vínculos estructurales entre el servicio y la formación, para asegurar la competencia clínica. Asimismo, es claro que los planes de estudios de enfermería deben reflejar el cambio de las funciones de la enfermera y han de constituir una base sólida para la práctica profesional en el futuro. La flexibilidad de los planes de estudios de enfermería fue otro tema evidente. Otros han recomendado unos vínculos educativos más estrechos entre todos los programas de estudios de los profesionales de la atención de salud, anteriores a la titulación.

La flexibilidad es también, en el campo de la educación, un tema de actualidad para poder elaborar programas para formar enfermeras capaces de funcionar eficazmente en un entorno rápidamente cambiante. Los empleadores y la profesión están al frente de este cambio si bien, en alguna medida, también responden a las exigencias que les impone el cambio político y social. Los vínculos entre los empleadores o el sector de los servicios de salud y los dispensadores de formación han de ser fuertes y deben oficializarse para que los dispensadores de formación puedan estar informados exactamente de la naturaleza de los cambios que se pretenden. La flexibilidad de los programas de formación de enfermería es un dato en el sector de los cuidados, rápidamente cambiante, cuando los dispensadores de formación se esfuerzan en formar enfermeras que sean capaces de ejercer en un mundo de la atención de salud, que está en constante mutación. La flexibilidad también es importante en el campo de la reglamentación ya que los consejos de colegiación, que frecuentemente aprueban los planes de estudios de enfermería conducentes a la colegiación, han de poder responder a las cambiantes demandas sociales y tecnológicas

Otro tema, evidente en el examen de las publicaciones relativas a los programas de formación de enfermería, es el de la colaboración y cooperación entre los contextos de formación y de prestación de los servicios. Los dispensadores de formación han de estar al tanto del

desarrollo de las competencias y de la necesidad de que las enfermeras participen en un aprendizaje a todo lo largo de la vida. La flexibilidad al impartir los programas de formación continua es esencial para que las enfermeras tomen parte en esta formación en el nivel que esperan el empleador o el consejo de colegiación.

Recomendaciones

En resumen, las primeras consecuencias para los recursos humanos de enfermería son las siguientes:

1. Para que la autorreglamentación de los profesionales se mantenga, los consumidores deben estar incluidos en ella.
2. La reglamentación de enfermería debe ser suficientemente transparente y flexible para que refleje el cambiante entorno de trabajo y la aparición de nuevas funciones.
3. Han de definirse los límites de la reglamentación – la autorreglamentación profesional y sus intersecciones con otras formas de reglamentación.
4. En un entorno de creciente globalización, los procesos de colegiación han de ser suficientemente flexibles para poder incorporar a las enfermeras de otros países.
5. la profesión de enfermería ha de permanecer alerta para que los nuevos modelos de reglamentación, como la legislación de carácter general, y los acuerdos comerciales no erosionen las normas de la enfermería ni reduzcan su identidad.
6. Las enfermeras han de mantenerse competentes a todo lo largo de su vida laboral y, para conseguirlo, es preciso preparar métodos de evaluación.
7. Los programas de formación de las enfermeras antes y después de la titulación han de elaborarse conjuntamente por los empleadores, los encargados de la reglamentación y la profesión de enfermería.
8. Los elementos estructurales de los planes de estudios de enfermería han de ser flexibles para que puedan adaptarse a los cambios de la prestación de los servicios.
9. Algunos aspectos de la formación de las enfermeras deben aplicarse en colaboración con otros profesionales de salud, en particular en las especialidades en que múltiples profesionales ejercen juntos.
10. Deben elaborarse las competencias compartidas entre las enfermeras y las personas con cuyas funciones se superponen las funciones de las enfermeras.
11. Para que las enfermeras estén preparadas para asumir funciones más amplias, todos los programas de formación de enfermería han de alcanzar un nivel adecuado al de los demás profesionales de salud.
12. En estos tiempos de creciente migración de las enfermeras, las competencias internacionales han de evaluarse periódicamente y han de tener un ciclo de actualización establecido.
13. En los estudios de la combinación de capacidades han de estudiarse también los efectos que las nuevas funciones ejercen en los resultados clínicos.
14. La introducción de las nuevas funciones de enfermería ha de negociarse con la profesión y con los encargados de la reglamentación de enfermería.
15. Se precisan más estudios del modo en que repercuten en los costos las distintas combinaciones de capacidades, teniendo en cuenta variables tales como las diferentes condiciones salariales y las demás condiciones de empleo de las distintas categorías de profesionales de salud.
16. Han de elaborarse métodos que puedan aplicarse en contextos muy diversos para medir con precisión en el largo plazo los resultados en los pacientes y la satisfacción de los pacientes.

Sección quinta: Conclusión

En el entorno de salud, en plena evolución, que incluye la globalización y la introducción de acuerdos comerciales, han de poder cambiar todos los aspectos de la reglamentación de enfermería. Las enfermeras tienen que mantener con firmeza las normas de la prestación de los cuidados si desean satisfacer las demandas de cuidados seguros, que el público les plantea. Asimismo, han de ser flexibles para hacerse cargo de nuevas funciones y responsabilidades. Las consecuencias para los recursos humanos son numerosas y han de abordarse de manera comedida y coherente para poder dar satisfacción al público y a las enfermeras.

Referencias

- Adams A, Lugsden E and Chase J et al. (2000). Skill-Mix Changes and Work Intensification in Nursing. *Work, Employment and Society* 14(3), 541-555, British Sociological Association, UK.
- Affara FA (2004). *Understanding Mutual Recognition*. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Anthony MK, Standing T and Hertz JE (2000). Factors Influencing Outcomes after Delegation to Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Administration* 30(10), 474-481, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Ashworth R, Boyne GA and Walker RM (2002). *Regulatory Problems in the Public Sector: Theories and Cases*. *Policy and Politics*, 30(2), 195-211, Policy Press, UK.
- Australian Nursing Council (2000). *ANC National Competency Standards for the Registered Nurse - 3rd Edition* May 2000. 11/12/2004, Australian Nursing Council, Canberra, Australia.
- Australian Nursing Council (2002). *An Examination of the Role and Function of the Enrolled Nurse and Revision of Competency Standards*. Australian Nursing Council, Canberra, Australia.
- Board on Health Care Services Institute of Medicine (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Board on Health Care Services, Institute of Medicine, Washington DC, USA.
- Boswell C and Cannon S (2005). *New Horizons for Collaborative Partnerships*. *Online Journal of Issues in Nursing* 10(1), Ohio, USA.
- Bradley C (1999). *Doing More with Less in Nursing Work: A Review of the Literature*. *Contemporary Nurse* 8(3), 57-64, eContent Management Pty Ltd, Queensland, Australia.
- Brindis CD, Sanghvi R and Melinkovich P et al. (1998). *Redesigning a School Health Workforce for a New Health Care Environment: Training School Nurses as Nurse Practitioners*. *Journal School Health* 68(5), 179-183, American School Health Association, Ohio, USA.
- Brown SA and Grimes DE (1995). *A Meta-Analysis of Nurse Practitioners and Nurse Midwives in Primary Care*. *Nursing Research* 44, 332-339, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Bryant R (2001). *The Regulation of Nursing in Australia: A Comparative Analysis*. *Journal of Law and Medicine* 9(1), 41-58, Australia.
- Buchan J (2000a). *Planning for Change: Developing a Policy Framework for Nursing Labour Markets*. *International Nursing Review* 47(4), 199-206, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Buchan J (2000b). *Health Sector Reform and Human Resources: Lessons from the United Kingdom*. *Health Policy and Planning* 15(3), 319-325, Oxford University Press, UK.
- Buchan J (2004). *A Certain Ratio? The Policy Implications of Minimum Staffing Ratios in Nursing*. Queen Margaret University College, Edinburgh, UK.
- Buchan J and Dal Poz MR (2002). *Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence*. *Bulletin of the World Health Organization* 80(7), 575-580, WHO, Geneva, Switzerland.
- Buchan J, Ball J and O'May F (2000). *Determining Skill Mix in the Health Workforce: Guidelines for Managers and Health Professionals*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Campbell B and Mackay G (2001). *Continuing Competence: An Ontario Nursing Regulatory Programme That Supports Nurses and Employers*. *Nursing Administration Quarterly* 25(2), 22-30, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.

- Canadian Nurses Association (2000). A National Framework for Continuing Competence Programmes for Registered Nurses. Canadian Nurses Association, Ottawa, Canada.
- Carr-Hill R, Currie L and Dixon P (2003). Skill mix in Secondary Care: SDO 'Scoping' Exercise. Centre for Health Economics, University of York, York, UK.
- Chang E, Daly J and Hawkins A et al. (1999). An Evaluation of the Nurse Practitioner Role in a Major Rural Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing* 30(1), 260-268, Blackwell Publishing, UK.
- Citizen Advocacy Center (2004). Maintaining and Improving Health Professional Competence. Citizen Advocacy Center, Washington DC, USA
- Clare J, White J and Edwards H et al. (2002). Learning Outcomes and Curriculum Development in Major Disciplines: Nursing. Australian Universities Teaching Committee, Australia.
- Community Services and Health Industry Skills Council (unknown). Using the Community Services and Health Training Packages as a Human Resource Tool. Community Services and Health Industry Skills Council, Sydney, Australia.
- Cooper R and Stoflet S (2004). Diversity and Consistency: The Challenge of Maintaining Quality in a Multidisciplinary Workforce. *Journal of Health Services Research and Policy* 9(Suppl 1), 39-47 Royal Society of Medicine Press Ltd., UK.
- Da Costa S. (2000). Diabetes Specialist Nursing: Looking to the Future, Learning from the Past. *British Journal of Nursing* 9(5), 287-290, MA Healthcare Ltd, UK.
- Davies C (2004). Regulating the Health Care Workforce: Next Steps for Research. *Journal of Health Services Research and Policy* 9(Suppl 1), 55-61, Royal Society of Medicine Press Ltd., UK.
- Dovlo D (2004). Using Mid-Level Cadres as Substitutes for Internationally Mobile Health Professionals in Africa. A Desk Review. *Human Resources for Health* 2(7), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Dowling S, Martin R, Skidmore P, Doyal L, Cameron A and Lloyd S (1996). Nurses Taking on Junior Doctors' Work: A Confusion of Accountability. *British Medical Journal* 312, 1211-1214, BMJ Publishing Group, UK.
- Duckett S (2000). The Australian Health Workforce: Facts and Futures. *Australian Health Review* 23(4), 60-77, Australian Healthcare Association, Australia.
- Egger D, Lipson D and Adams O (2000). Achieving the Right Balance: The Role of Policy-Making Processes in Managing Human Resources for Health Problems. Evidence and Information for Policy Department of Organization of Health Services Delivery World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Exstrom SM (2001). The State Board of Nursing and Its Role in Continued Competency. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 32(3), 118-125, Slack Inc., NJ, USA.
- Francis B and Humphreys J (1999). Enrolled Nurses and the Professionalisation of Nursing: A Comparison of Nurse Education and Skill-Mix in Australia and the UK *International Journal of Nursing Studies* 36(2), 127-135, Elsevier, UK.
- Gibson T, Heartfield M and Cheek J (2002). An Examination of the Role and Function of the Enrolled Nurse and Revision of Competency Standards. Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia, Adelaide, Australia.
- Gragola CM and Stone E (1997). Considering the Future of Health Care Workforce Regulation. Center for the Health Professions, University of California, San Francisco, USA.
- Hancock C (2004). Unity with Diversity: ICN's Framework of Competencies. *Journal of Advanced Nursing* 47(2), 119, Blackwell Publishing, UK.

- Horrocks S, Anderson E and Salisbury C (2002). Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Provide Equivalent Care to Doctors. *British Medical Journal* 324, 819-823 BMJ Publishing Group, UK.
- Humphris D and Masterson A (2001). Regulating Role Development. *Professional Nurse* 16(4), 1016-1017, London, UK.
- Humphris D and Hean S (2004). Educating the Future Workforce: Building the Evidence About Interprofessional Learning. *Journal of Health Services Research and Policy* 9(Suppl 1), 24-27, Royal Society of Medicine Press Ltd., UK.
- Kamal I (1975). Role of the Nurse and the Midwife in Mch/Family Planning Programmeme. *Pakistan Nurse Health Review* 6(1), 6-15, Pakistan.
- Kenny G (2004a). The Origins of Current Nurse Education Policy and Its Implications for Nurse Educators. *Nurse Education Today* 24(2), 84-90, Elsevier, UK.
- Kenny G (2004b). The Tensions between Education and Models of Nurse Preparation. *British Journal of Nursing* 13(2), 94-100, MA Healthcare Ltd, UK.
- Lambe M (2003). What Should Change in Nursing Education over the Next Five Years? Revitalize Education - Agency Partnerships. *Nursing Leadership* 16(4), 34-36, Toronto, Canada.
- Lindeke L and Sieckert A (2005). Nurse-Physician Workplace Collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing* 10(1), Ohio, USA.
- Masterson A and Humphris D (2001a). New Role Development: Taking a Strategic Approach. In: Masterton, A. & Humphris, D. (eds.) *Developing New Clinical Roles: A Guide for Health Professionals*. Churchill Livingstone, London, UK.
- McGarvey HE, Chambers MG and Boore JR (2000). Development and Definition of the Role of the Operating Department Nurse: A Review. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1092-1100, Blackwell Publishing, UK.
- McMullan M, Endacott R and Gray MA et al. (2003). Portfolios and Assessment of Competence: A Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing* 41(3), 283-294, Blackwell Publishing, UK.
- Meretoja R and Leino-Kilpi H (2001). Instruments for Evaluating Nurse Competence. *Journal of Nursing Administration*, 7, 346-352, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Meretoja R, Isoaho H and Leino-Kilpi H. (2004). Nurse Competence Scale: Development and Psychometric Testing. *Journal of Advanced Nursing* 47(2), 124-33, Blackwell Publishing, UK.
- Ministry of Health New Zealand (2000). Health Professionals' Competency Assurance Bill Discussion Paper. Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Ministry of Health New Zealand (2002) Memorandum to Cabinet Committee on Education and Health Office of the Minister for Health, Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Moore C and Picherack F (2003). The Challenge of Professional Regulation in a Globally Interdependent Age. 6th International Conference on the Regulation of Nursing and Midwifery, Melbourne, Australia.
- Mundinger MO, Kane RL and Lenz ER et al. (2000). Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians - A Randomised Trial. *JAMA* 283, 59-68, Journal of the American Medical Association, USA.
- Musclow SL, Sawhney M and Watt-Watson J. (2002). The Emerging Role of Advanced Nursing Practice in Acute Pain Management Throughout Canada. *Clinical Nurse Specialist* 16(2), 63-67, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Mustard LW (2002). Caring and Competency. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*, 4(2), 36-43, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.

- National Review of Nursing Education (Australia) (2002). National Review of Nursing Education 2002: Our Duty of Care. Department of Education, Science and Training, Canberra, Australia.
- Nauright LP, Moneyham L and Williamson J (1999). Telephone Triage and Consultation: An Emerging Role for Nurses. *Nursing Outlook* 47(5), 219-226, Elsevier, UK.
- Nay R and Pearson A (2001). Educating Nurses to Protect the Past or Advance Health Care? A Polemic. *Australian Journal of Advanced Nursing* 18(4), 37-41, Blackwell Publishing UK.
- Nevidjohn B and Erickson J (2001). The Nursing Shortage: Solutions for the Short and Long-term. *Online Journal of Issues in Nursing* 6(1), Ohio, USA.
- New Zealand Nursing Council (1999). Competencies for Entry to the Register of Comprehensive Nurses. www.nursingcouncil.org.nz (Accessed 2005, 24 February)
- Norrish BR and Rundall TG (2001). Hospital Restructuring and the Work of Registered Nurses. *Milbank Quarterly* 79(1), 54-79, Blackwell Publishers, UK.
- Nursing Board of Tasmania (2004). Competence to Practise Audit: Five Year Evaluation Report (1998 - 2002). Nursing Board of Tasmania, Sandy Bay, Tasmania, Australia.
- Nursing Council of New Zealand (2001). Towards a Competency Assurance Framework for Nursing. The Nursing Council of New Zealand.
- O'Neil E and Seago J (2002). Meeting the Challenge of Nursing and the Nation's Health. *JAMA* 288(16), 2040-2041, Journal of the American Medical Association, USA.
- Oberski IM, Carter DE and Gray M et al. (1999). The Community Gerontological Nurse: Themes from a Needs Analysis. *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 454-462, Blackwell Publishing, UK.
- Oulton JA (2005).. Emergence of New Regulatory Frameworks and Challenges Facing Developing Countries. UNCTAD. Geneva, Switzerland.
- Percival E (2001). Self-Regulation for Nurses: Issues and Opportunities. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Percival E (2004). Common Competencies for Registered Nurses in Western Pacific and South East Asian Region. Australian Nursing and Midwifery Council, Australia.
- Pew Health Professions Commission (1995). Reforming Health Care Workforce Regulation: Policy Considerations for the 21st Century. Pew Health Professions Commission, San Francisco, USA.
- Richardson G (1999). Identifying, Evaluating and Implementing Cost-Effective Skill Mix. *Journal of Nursing Management* 7(5), 265-270, Blackwell Publishing, UK.
- Richardson G and Maynard A (1995). Fewer Doctors? More Nurses? A Review of the Knowledge Base of Doctor-Nurse Substitution. University of York Centre for Health Economics Consortium NHS Centre for Reviews and Dissemination, York, UK.
- Richardson G, Maynard A and Cullum N et al. (1998). Skill Mix Changes: Substitution or Service Development? *Health Policy* 45(2), 119-132, Oxford University Press, UK.
- Royal College of Nursing (2004a). The Future Nurse: The Future for Professional Regulation. Royal College of Nursing, UK.
- Royal College of Nursing (2004b). The Future Nurse: The Future for Nurse Education. Royal College of Nursing, UK.
- Royal College of Nursing (2004c). The Future Nurse. Royal College of Nursing, UK.
- Salter B (1999). Change in the Governance of Medicine: The Politics of Self-Regulation. *Policy and Politics*, 27(2), 143-158, Policy Press, UK.

- Shum C, Humphreys A and Wheeler D et al. (2000). Nurse Management of Patients with Minor Illnesses in General Practice: A Multi Centre Randomised Control Trial. *British Medical Journal* 320, 1038-43, BMJ Publishing Group, UK.
- Sibbald B and Shei J (1994). Changing the Skill Mix of the Health Care Workforce. *Journal of Health Services Research and Policy* 9(Supplement 1), Royal Society of Medicine Press Ltd., UK.
- Siehoff AM (1998). Impact of Unlicensed Assistive Personnel on Patient Satisfaction: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Nursing Care Quality* 13(2), 1-10, Lippincott, Williams & Wilkins, PA, USA.
- Sirrka KA and Moiso E (2001). Societal Transitions Require Renewed Nursing Knowledge and Skills. 3rd Asia Pacific Conference on Problem Based Learning. Australian Problem Based Network, Yeppoon, Queensland, Australia.
- Smith J (2004). Shipman Inquiry - Fifth Report. 1/2/2005. Available: www.the-shipman-inquiry.org.uk/fifthreport.asp (Accessed 2005, 24 February).
- Smith JE (2004). Exploring the Efficacy of Continuing Education Mandates. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation* 6(1), 22-31, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Smith SL and Hall MA (2003). Developing a Neonatal Workforce: Role Evolution and Retention of Advanced Neonatal Nurse Practitioners. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 88(5), 426-429, BMJ, UK.
- Spetz J (2001). What Should We Expect from California's Minimum Nurse Staffing Legislation? *Journal of Nursing Administration*, 31, 132-140, Lippincott, Williams and Wilkins, PA, USA.
- Thornley C (2000). A Question of Competence? Re-Evaluating the Roles of the Nursing Auxillary and Health Care Assistant in the Nhs. *Journal of Clinical Nursing* 9(3), 451-458, Blackwell Publishing, UK.
- Tye C, Ross F and Kerry S (1997). Emergency Nurse Practitioner Services in Major Accident and Emergency Departments: A United Kingdom Postal Survey. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 15(1), 31-34, BMJ, UK.
- Tyler C and Hicks C (2001). The Occupational Profile and Associated Training Needs of the Nurse Prescriber: An Empirical Study of Family Planning Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 644-653, Blackwell Publishing, UK.
- Tzeng HM (2003). Demand and Supply for Nursing Competencies in Taiwan's Hospital Industry. *Nursing Economics* 21(3), 130-139, Anthony J. Jannetti, Inc, NJ, USA.
- Tzeng HM and Ketefian S (2003). Demand for Nursing Competencies: An Exploratory Study in Taiwan's Hospital System. *Journal of Clinical Nursing* 12, 509-518, Blackwell Publishing, UK.
- Tzeng HM (2004). Nurses' Self-Assessment of Their Nursing Competencies, Job Demands and Job Performance in the Taiwan Hospital System. *International Journal of Nursing Studies* 41(5), 487-96, Elsevier, UK.
- UCSF Center for the Health Professions (1997). Considering the Future of Health Care Workforce Regulation: Responses from the Field to the Pew Health Professions Commission's December 1995 Report, Reforming Health Care Workforce Regulation: Policy Considerations for the 21st Century. University of California, San Francisco, USA.
- Venning P, Durie A and Roland M et al. (2000). Randomised Controlled Trial Comparing Cost-effectiveness of General Practitioners and Nurse Practitioners in Primary Care. *British Medical Journal* 320, 1048-1053, BMJ Publishing Group, UK.
- Walshe K (2002). The Rise of Regulation in the Nhs. *British Medical Journal* 324, 967-970, BMJ Publishing Group, UK.
- Watts I, Foley E and Hutchinson R et al. (2004). General Practice Nursing in Australia. Royal Australian College of General Practitioners and Royal College of Nursing, Australia.

Winskill R (2000). Is Competency-based Training/Education Useful for Workplace Training. *Contemporary Nurse* 9(2), 115-119 eContent Management Pty Ltd, Queensland, Australia.

Wold JL, McQuide P and Golden C et al. (2003). *Caring that Counts: The Evidence Base for the Effectiveness of Nursing and Midwifery Interventions*. Commonwealth Steering Committee for Nursing and Midwifery, Commonwealth Secretariat, London, UK.

Zhang Zx, Luk W and Arthur D et al. (2001). Nursing Competencies: Personal Characteristics Contributing to Effective Nursing Performance. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 467-474, Blackwell Publishing, UK.

Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra
Suiza
Tel +41 22 908 0100
Fax +41 22 908 0101
Cor. el: icn@icn.ch
www.icn.ch