

ISBN: 978-9942-609-62-5



La Formación de *Enfermeras en la Actualidad:* **RETOS Y PERSPECTIVAS**

Yanedsy Díaz Amador, Yanelis Suárez Angerí, Carlos Julio Saavedra Alvarado,

Gabriela Beatriz Genovesi Anguizaca, María Elena Ochoa Anastacio,

Sara Esther Barros Rivera, Elsie Antonieta Saavedra Alvarado,

Surimana Esthefania Morocho Idrovo, Oscar Lenin Cusquillo Guamán y

Joselyn Brigitte Paz Trujillo



Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO

EDITORIAL BINARIO

Mgs. Susgein Julissa Miranda Cansing

Directora ejecutiva

Lcdo. Wilfrido Rosero Chávez

Gerente operaciones generales

Dra. Sherline Chirinos

Directora de publicaciones y revistas

Lcda. Greguis Reolón Ríos

Directora de marketing y RRSS

La revisión técnica de los documentos correspondió a especialistas expertos en el área.

ISBN:

978-9942-609-62-5

1era. Edición noviembre 2025

Edición con fines educativos no lucrativos

Hecho en Ecuador

Diseño y Tipografía: Greguis Reolón Ríos

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, integra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito al Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador (BINARIO).

Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO

Cel.: +593 99 571 2751

<http://www.binario.com.ec>





AUTORES

Yanedsy Díaz Amador

Yanelis Suárez Angerí

Carlos Julio Saavedra Alvarado

Gabriela Beatriz Genovesi Anguizaca

María Elena Ochoa Anastacio

Sara Esther Barros Rivera

Elsie Antonieta Saavedra Alvarado

Surimana Esthefania Morocho Idrovo

Oscar Lenin Cusquillo Guamán

Joselyn Brigitte Paz Trujillo

PRÓLOGO

La Profesión de Enfermería ha atravesado un prolongado proceso histórico que continúa hoy en su participación en la investigación y la integración de las novísimas tecnologías, incluida la IA, en colaboración con el resto de las profesiones dedicadas a la salud. En todas las épocas, incluso en las anteriores a su profesionalización, la enfermería ha tenido al cuidado, una constante antropológica, como su eje conceptual, en constante revisión y en confrontación con las realidades que le toca afrontar.

Surgida de una práctica necesaria en todas las civilizaciones y culturas, hoy la enfermería se coloca como un factor relevante en el equipo multidisciplinario de la salud, asumiendo funciones educativas, de promoción, organización y movilización de las comunidades, además de la actividad de indagación científica, más allá de la tradición del cuidado.

A pesar de su evolución, la enfermería conserva la tradición humanista que le dio nacimiento como profesión en los afanes de Florence Nightingale, en el marco de una sangrienta guerra, que demostró fehacientemente las capacidades organizativas y de liderazgo que puede desplegar una persona consagrada al cuidado de los demás.

Es difícil reunir en un solo texto todas las facetas que hoy confluyen en la formación profesional de la enfermera. Su presente de servicio continúa, de todos modos, la tradición que se remonta, en rigor, a los tiempos más remotos. En la actualidad, la enfermería ha contribuido a la superación del biologicismo propio de un concepto de enfermedad ya superado por la ciencia y la historia, como simple estado sin enfermedad. Este aporte, que también es epistemológico, por la incorporación de los enfoques cualitativos en la investigación, que arroja luz hacia el aspecto subjetivo y más humano.

No es casual este aporte, porque desde siempre la enfermera se ha fijado y concentra su atención en el ser humano, más allá de los componentes físicos, químicos o biológicos de su dolencia. Por eso, en la enfermería, tenemos el testimonio de que la Humanidad se ha ocupado de sus padecimientos reafirmando la posibilidad del amor en la forma efectiva del cuidado.



Autores

YANEDSY DÍAZ AMADOR



Licenciada en Enfermería
yanedsy2014@gmail.com
Universidad Estatal Península de Santa Elena

Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Medicina Bioenergética y Natural, docente universitaria titular agregado 1 con 27 años de experiencia laboral, Docente investigadora acreditada por la SENESCYT, Miembro del Comité Editorial de la Revista Ciencias de la Salud QHALIKAY de la UTM y miembro activo de las Redes: Investigación en Salud Pública de Docencia Universitaria y Hospitalaria zona 3, 5 y 8 y Gestión del Cuidado. Autora de diferentes libros y artículos científicos. Tutora y Tribunal de grado de tesis, miembro de la comisión académica y coordinadora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, UPSE.

YANELIS SUÁREZ ANGERÍ



Licenciada en Enfermería
yanelissuarez@upse.edu.ec
Universidad estatal Península de Santa Elena

Máster en urgencias médicas y docente universitaria en la Universidad Estatal Península Santa Elena. Autora de diferentes artículos y Libros académicos, ponente en eventos nacionales e internacionales con experiencia en proyectos de vinculación con la sociedad y seguimiento a graduados.

CARLOS JULIO SAAVEDRA ALVARADO



Licenciado en Enfermería
csaavedra@upse.edu.ec
Universidad Estatal Península de Santa Elena

Magíster en Salud Pública, Magíster en Gerencia de los Servicios de Salud. Docente universitario con catorce años de experiencia laboral, ha coordinado servicios de salud y de enfermería, Manejo de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones. Miembro activo de la Red de Investigación en Salud Pública de Docencia Universitaria y Hospitalaria zonas 3, 5 y 8. Autor de diferentes libros y artículos científicos. Ponente en eventos nacionales e internacionales. Experiencia en proyectos de vinculación con la sociedad y en seguimiento a graduados.

GABRIELA BEATRIZ GENOVESI ANGUZACA

Licenciada en Enfermería
genovesigaby@gmail.com
Universidad Tecnológica ECOTEC



Licenciada en Enfermería, Especialista en Gestión Pública, Magister en Docencia con Mención en Docencia e Investigación, Magister en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos, Líder de la Unidad de Diálisis Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, actualmente docente de la Universidad Tecnológica ECOTEC, Miembro del CEISH -HAGP y Editora de Sección Revista de Especialidades HAGP.

MARÍA ELENA OCHOA ANASTACIO

Licenciada en Enfermería
licmaryelenaochoa@gmail.com
Universidad Tecnológica ECOTEC



Magister en Salud Pública, Magister en Educación con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior, Magister en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos, Líder de la Unidad de Diálisis Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, actualmente trabaja como Docente de la Universidad Tecnológica ECOTEC, secretaria del CEISH -HAGP y Editora de Contexto Revista Especialidades HAGP.

SARA ESTHER BARROS RIVERA

Licenciada en Enfermería
sarita_barros67@hotmail.com
Universidad Estatal Península de Santa Elena y Distrito 24D02 MSP



Máster en Gerencia para el Desarrollo Local en Salud, docente universitaria y de servicio como encargada de la Gestión Interna de Estrategia de preventión y Control en el Distrito 24D02 del MSP. Autora de diferentes artículos y Libros académicos, ponente en eventos nacionales e internacionales.

ELSIE ANTONIETA SAAVEDRA ALVARADO

Licenciada en Enfermería
esaavedra@upse.edu.ec
Universidad Estatal Península de Santa Elena



Magister en Gerencia en los Servicios de Salud. Docente universitaria con 7 años de experiencia profesional, se ha desempeñado como enfermera asistencial en Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Líder del área de Esterilización y otros servicios de la institución, Clínica Soldial. Autora y coautora de diferentes artículos, capítulo de libro. Ponente en eventos nacionales e internacionales, laborando con amor y liderazgo.

SURIMANA ESTHEFANIA MOROCHO IDROVO



Licenciada en Enfermería
smorocho7977@upse.edu.ec

Universidad Estatal Península de Santa Elena

Máster en Dirección de Unidades de Salud y doctorando en Ciencias de la Enfermería, con 4 años de experiencia laboral en el ámbito asistencial y en la docencia universitaria. Autora de diferentes artículos científicos y ponente en eventos Nacionales e Internacionales. Actualmente se desempeña como docente contratada en la carrera de enfermería de la UPSE para lo cual trabaja con proactividad y liderazgo.

OSCAR LENIN CUSQUILLO GUAMÁN



Licenciado en Enfermería
oscarlenin@hotmail.com
Universidad Tecnológica ECOTEC

Magister en Educación con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior, Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería. Coordinador de Enfermería en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, actualmente se desempeña como Docente de la Universidad Tecnológica ECOTEC y editor de la Sección Revista de Especialidades HAGP.

JOSELYN BRIGGITTE PAZ TRUJILLO



Licenciada en Enfermería
joselyn.paz1996@hotmail.com
Universidad Tecnológica ECOTEC

Máster en Prevención de Riesgos Laborales (Ergonomía y Psicosociología) Cuento con experiencia en el área asistencial y en la implementación de acciones de salud ocupacional, ponente en congresos nacionales e internacionales. Coautora del libro “Enfermería en Urgencias y Emergencias” (2024). Comprometida con la mejora continua, la educación en salud y el bienestar.

ÍNDICE

PRÓLOGO	4
ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo 1. La Evolución de la Enfermería y los Retos de la Formación Actual	16
Enfermería como profesión	21
Enfermería en Ecuador	26
La Constitución de 2008: El Derecho a la Salud como Pilar Fundamental.....	32
Ley Orgánica de Salud: Regulando la Prestación de Servicios	32
Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería	33
El Código de Ética.....	33
El Ministerio de Salud Pública: Rector del Sistema de Salud	34
El Enfoque Intercultural: Enfermería en un País Plurinacional	34
El Código del Trabajo y la LOSEP: Garantías Laborales.....	35
Ley de Carrera Sanitaria	35
Capítulo 2. El Currículo de la formación universitaria de Enfermería.....	40
Procesos de acreditación y su impacto	40
Evaluación continua y mejora de los programas	46
La promoción de la salud y la enfermería.....	56
Educación para la salud y empoderamiento del paciente	57
Capítulo 3. Teorías y Modelos Conceptuales en Enfermería	64
La relevancia de las grandes teóricas	64
Modelos de cuidado y su aplicación en la práctica	67
Capítulo 4. La formación de la Enfermería en Gestión, Liderazgo e Investigación	89
El papel de la enfermera gestora	89
Liderazgo ético y trabajo en equipo.	99
Relevancia y Principios de la investigación en enfermería.....	105

El pensamiento crítico y la toma de decisiones informada	106
Capítulo 5. El futuro de la Enfermería. Uso de la Inteligencia Artificial y Tecnologías Emergentes en el cuidado humano	113
Implicaciones éticas y de seguridad en el uso de la IA.....	116
Sistemas de apoyo a la decisión y telemedicina.....	125
GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE.....	128
BIBLIOGRAFÍA.....	132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Posibles períodos para impulsar distintos tipos de evaluación	54
Tabla 2. Operacionalización de ejes y criterios de evaluación institucional de la Educación Superior.....	55
Tabla 3. Algunos modelos de Promoción de la Salud.....	58
Tabla 4. Descripción de los tipos de datos obtenidos	69
Tabla 5. Dominios y clases de la clasificación NOC	77
Tabla 6. Comparación enfoque fordista y postfordista.....	96
Tabla 7. Barreras para la adopción de la telemedicina en América Latina.....	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nuevo enfoque de la evaluación institucional de Educación Superior	52
Figura 2. Niveles de acción de la promoción de la salud	57



Introducción

INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería en la actualidad exige una formación universitaria que se extiende hacia los estudios de cuarto nivel, aparte de las actualizaciones que debieran ser permanentes. Este despliegue académico evidencia la complejidad que ha adquirido en todos los años de su evolución como profesión, desde las recomendaciones e indicaciones de su fundadora, Florence Nightingale.

Hoy se acepta generalmente que el cuidado, el eje conceptual de la enfermería, constituye una constante antropológica, lo cual significa que está presente en todas las civilizaciones como señal de cultura, que atender a los débiles, enfermos, ancianos y niños, es un aspecto del concepto humano mismo. De hecho, esta tradición es la que ha hecho a la enfermería un factor en la trascendencia de los enfoques de la salud, noción que ha cambiado, desde la constatación simple de la ausencia de la enfermedad, a la comprensión y la búsqueda de un estado de bienestar integral, que abarca todas las dimensiones del ser humano.

De hecho, la atención directa, inmediata, del profesional de la enfermería, no puede reducirse, y así se ha demostrado, a una función auxiliar, y se ha proyectado, no solo en el ámbito de la investigación científica, donde ha incorporado el enfoque cualitativo, sino también a funciones directivas y a un liderazgo dotado, no solo de eficiencia y eficacia, sino de consideración amorosa de los seres bajo cuidado.

Hoy también la formación profesional de las enfermeras es un pilar fundamental para garantizar la calidad y la seguridad en la atención sanitaria. Más allá de un simple conjunto de habilidades técnicas, la enfermería moderna exige un cuerpo de conocimientos científicos sólido, destrezas clínicas avanzadas y, de manera crucial, el desarrollo de habilidades interpersonales y éticas rigurosas. También a las enfermeras hoy en día se les exige una formación que les permita comandar las labores preventivas y de promoción de la salud, a niveles individual, comunitario y social, hasta colaborar en el diseño de políticas públicas de salud.

La formación profesional en enfermería ha tenido una importante evolución pues ha pasado de un perfil dirigido al servicio y apoyo de los médicos en los hospitales, a otro, centrado en el concepto del cuidado desde los planes de estudios universitarios, donde se juntan los conocimientos biológicos y fisiológicos, las ciencias sociales, las humanidades y los temas específicos de la enfermería. De acuerdo a esta transformación, los nuevos profesionales de

la enfermería están en capacidad de aplicar el proceso de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación), asumir la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia más reciente, realizar labores de gestión y liderazgo, adoptar las tecnologías digitales y realizar labores de promoción y educación para la salud y de prevención comunitaria e interdisciplinaria.

Así, las enfermeras adquieren autonomía para poder cuidar del paciente, coordinar equipos interdisciplinarios y adaptarse a los cambios tecnológicos y demás retos del sistema de salud. Esto debe ser acompañado por un proceso de actualización y aprendizaje continuos lo cual asegura que el personal de enfermería se mantenga a la cabeza del cuidado holístico y centrado en la persona.

El objetivo del presente texto es exponer las dimensiones más importantes en la formación contemporánea del profesional de Enfermería, y para ello se reunió y sistematizó un conjunto de conocimientos, organizados en los capítulos siguientes.

En el Capítulo 1 se expone la Evolución de la Enfermería y los Retos de la Formación Actual. Seguidamente, el Capítulo 2 aborda el Currículo de la formación universitaria de Enfermería con los procesos de acreditación y su impacto, la evaluación continua y mejora de los programas, la promoción de la salud y la enfermería y la Educación para la salud y empoderamiento del paciente.

A continuación, en el Capítulo 3, se abordan las Teorías y Modelos Conceptuales en Enfermería, la relevancia de las grandes teóricas que ha enriquecido el cuerpo conceptual de la profesión, así como los modelos de cuidado y su aplicación en la práctica. Seguidamente, en el Capítulo 4, se refiere a la formación de la Enfermería en Gestión, Liderazgo e Investigación, momento en el cual se analizarán temas como el papel de la enfermera gestora, el liderazgo ético y trabajo en equipo, la relevancia y Principios de la investigación en enfermería y la importancia del pensamiento crítico en la toma de decisiones informada.

Finalmente, en el Capítulo 5, se expondrá el futuro de la Enfermería, que comprende el uso de la Inteligencia Artificial y Tecnologías Emergentes en el cuidado humano, las implicaciones éticas y de seguridad en el uso de la IA y los sistemas de apoyo a la decisión y telemedicina.

Se incorpora también en el libro un Glosario de Términos Clave de la Enfermería para consulta de profesionales, estudiantes y público en general.



La Evolución de la Enfermería y los Retos de la Formación Actual

Capítulo 1

CAPÍTULO 1.

LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA Y LOS RETOS DE LA FORMACIÓN ACTUAL

Yanedsy Díaz Amador
Joselyn Brigitte Paz Trujillo

La evolución, constitución y organización de los cuidados de enfermería han tenido lugar de forma tortuosa y, a veces, aparentemente contradictoria, sumida en un complicado entramado de factores condicionantes. Las transformaciones sociales y la evolución de la dimensión pública de una profesión que se caracteriza por ser mayormente femenina continúan hoy en día, aunque con nuevas formas. Así, los dilemas actuales no pueden entenderse sin tener en cuenta el pasado.

La historia de la enfermería puede verse como un esfuerzo sostenido por avanzar, ser reconocidos y fortalecer una profesión que ha enfrentado una serie de obstáculos sociales que se oponen al cambio; sin embargo, estos desafíos no han detenido a algunas enfermeras que han aportado a su progreso. La historia de la enfermería comunica la grandeza de la profesión, desde lo cotidiano, el avance científico que impulsa y supone, así como el valor personal de cada profesional.

Para hacer un esbozo de la historia de la enfermería, es inevitable referir la vida ejemplar de la que se considera la fundadora de la profesión, Florence Nightingale. Florence Nightingale, que nació en una familia burguesa adinerada, tuvo una educación distinta a la de la mayoría de las mujeres de su tiempo. Debido a que estudió matemáticas, literatura, ciencia y lenguas antiguas, y que dominaba el francés, italiano y alemán, su educación y formación fue mejor que la de muchos de sus contemporáneos hombres. Sus preocupaciones eran distintas, deseaba abrirse paso en el mundo y alcanzar la independencia (Choperena, et al, 2023).

Cuando tenía veinticinco años, Nightingale soñaba con ser enfermera en el hospital de Salisbury (Inglaterra) y con la posibilidad de establecer una Hermandad Protestante Femenina sin votos, enfocada en el cuidado. Para una mujer como Nightingale, no era socialmente apropiado el deseo de ser enfermera. Los hospitales del siglo XIX, entidades malolientes, sombrías y con poca ventilación.

En un viaje a Egipto, tuvo la oportunidad de conocer el trabajo que las hermanas de San Vicente de Paúl realizan, en compañía de una pareja amiga. Nightingale tuvo acceso al ámbito laboral

en Londres luego de recibir formación con las diaconisas de Kaiserswerth y obtener su título en 1851. En agosto de 1853, asumió el puesto de superintendente en el hospital de Harley Street. Para establecer un sistema de atención centrado en la atención directa al paciente, actualizó el personal. La educación en enfermería no contaba con una estructura ni organización cuando Nightingale inició su formación y su vida laboral como enfermera. Era una salida profesional para las mujeres, ya que estaba relacionada con el cuidado, un trabajo femenino que ejercen las esposas, las madres y las hijas.

Sin embargo, el hecho de que Nightingale participara en la contienda de Crimea fue lo que hizo que su prestigio se proyectara y permitió la renovación de los estudios profesionales en Enfermería. La guerra de Crimea (1854-1856), que tuvo lugar en el siglo XIX, fue el conflicto armado más significativo de esa centuria y comparable con las guerras mundiales del siglo XX; se estima que hubo por lo menos 750.000 soldados muertos, de los cuales 20.000 eran británicos, ya sea porque fallecieron en combate o debido a enfermedades. El contexto bélico de tal magnitud, que empleó nuevas tecnologías industriales, barcos a vapor, armamento moderno, ferrocarriles y el telégrafo como medio de comunicación, tuvo repercusiones en la asistencia militar.

La difusión de enfermedades infecciosas y las ofensivas fueron responsables de un número significativo de bajas en todas las fuerzas armadas. La falta de personal y recursos hizo que el caso británico fuera particular. En los hospitales de Inglaterra no había enfermeras y había una escasez significativa de personal auxiliar, lo cual impedía atender a todos los pacientes y heridos. La escasez de higiene, ropa de cama y abrigo, alimentos apropiados, material e instrumental transformó a estos lugares en centros con una alta tasa de mortalidad.

Florence Nightingale, por su experiencia formativa, sus aptitudes y preocupaciones para la gestión, así como por su trabajo en el hospital de Harley Street, donde organizó al personal y administró el centro, se convirtió en la candidata perfecta para dirigir al equipo de enfermeras que iría a Crimea. Sidney Herbert, el secretario de Estado de Guerra, le pidió a Nightingale que dirigiera el equipo de enfermeras en Scutari, en los hospitales que estaban cerca del frente y lejos del campo de batalla.

Nightingale aceptó el cargo de superintendente del Establecimiento de Enfermería Femenina de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía, aunque no tuvo autoridad sobre todos los centros sanitarios en Crimea hasta 1856. El trabajo de Nightingale también fue obstaculizado por el desorden del hospital y la guerra.

Su habilidad en la gestión posibilitó proveer de ropa de cama y materiales a las instituciones hospitalarias. Con el fin de resolver la cuestión del desembarque de los paquetes y su traslado al centro sanitario, planteó la idea de edificar un almacén para recibir y distribuir las entregas. Su habilidad para decidir en beneficio de los pacientes le hizo emprender acciones que interrumpían con los procedimientos burocráticos del ejército. Sobrepassó muchos obstáculos y logró optimizar la prestación de cuidados elementales, como la higiene y la alimentación, el suministro de medicamentos o el acompañamiento a los moribundos en sus instantes finales.

Los reportes y el trabajo de Nightingale sobre la escasez de suministros en los hospitales se difundieron ampliamente por medio de la prensa, lo que provocó una significativa movilización de la ciudadanía para conseguir donaciones para soldados que estuvieran enfermos o heridos. Nightingale logró obtener un fondo de ayuda importante que pudo suplir la falta de recursos a la que se estaban enfrentando los hospitales turcos y la carencia de previsión por parte del gobierno. Nightingale, aparte de su trabajo en Scutari, inspeccionó los hospitales móviles británicos en Crimea; esto la motivó a redactar informes minuciosos y detallados sobre su estado.

La gran labor desempeñada por Florence Nightingale a lo largo de la guerra de Crimea influyó no solamente en la reestructuración de los hospitales británicos, sino también en cómo se veía a las mujeres. Su reputación y su labor en Crimea le brindaron poder y la posibilidad de involucrarse en nuevos proyectos. No solo influyó en el progreso de la enfermería británica contemporánea, sino que además fue un modelo para establecer la enfermería moderna a nivel mundial. En particular, su trabajo tuvo un gran impacto en los Estados Unidos, donde la enfermería se comenzó a desarrollar oficialmente después de la Guerra Civil Americana.

El libro *Notes on Nursing* (1860) le dio a la enfermería que comenzó a ser practicada en su época un fundamento teórico. En esta línea, la publicidad adquirida a raíz de su labor durante la Guerra de Crimea (1853-1856) le otorgó el estatus de heroína y facilitó que fundara en 1860 la primera Escuela de Enfermería en el Hospital de Santo Tomás, en Londres. Luego de eso, las escuelas posteriores adoptaron el modelo Nightingale, que se fundamentaba en la implementación de los principios científicos que ella misma defendía.

La sociedad victoriana en la que vivió Nightingale, con su doble moral, al parecer rigurosa, pero en realidad libertina, generó una gran cantidad de enfermedades sexuales. Asimismo, la alta tasa de mortalidad en niños y las precarias condiciones laborales contribuyeron a que la situación sanitaria fuese difícil. Los hospicios o lugares en los que se brindaban cuidados de

salud fuera del entorno cotidiano estaban sobre poblados y llenos de individuos que consideraban esos espacios su única casa.

Dada la terrible situación por la que atravesaban los soldados británicos en la Guerra de Crimea, el gobierno británico decidió encomendarle a Florence Nightingale, el objetivo de reorganizar el cuidado de esos combatientes, con resultados sorprendentes. Debido a su extensa cultura y educación, Nightingale logró cambiar el rumbo de los sucesos y la tasa de mortalidad de los británicos heridos disminuyó considerablemente.

Como agradecimiento, el pueblo británico le proporcionó a la enfermera la cantidad necesaria de dinero para realizar su proyecto más deseado: erigir la primera escuela de enfermería en el Hospital de Santo Tomás. El carisma de Nightingale, que se centraba en dar orden y rigor a la atención, llegó a América y las primeras escuelas que comenzaron a funcionar en los hospitales estaban determinadas por el sistema instaurado por la pionera en Inglaterra. Nightingale, en un entorno extremadamente complicado, consiguió que la enfermería empezara a tener un estatus reconocido por la sociedad.

Nightingale deseaba brindar a las mujeres un medio de vida honorable, acorde con los trabajos que habían realizado tradicionalmente en el ámbito doméstico. Nightingale, en efecto, reflexionó sobre la condición femenina durante toda su vida con el propósito de mostrarle a la sociedad que las mujeres eran capaces de trabajar tan bien como los hombres, además de su deseo de mejorar los cuidados de enfermería.

Nightingale unió conceptos de su tiempo respecto a las características femeninas (la sumisión, el carácter, la renuncia a uno mismo, el individualismo y la generosidad), los patrones de las congregaciones religiosas católicas que también sirvieron de inspiración para su trabajo y los principios sanitarios que ella anhelaba. El modelo que ideó para la enfermería incluía deber, orden y exigencia.

En relación al campo profesional de su modelo, extendió las áreas de trabajo que normalmente se asignan a la labor enfermera, con la instauración de nuevos roles que promovían la salud y evitaban enfermedades; subrayó competencias vinculadas a la higiene, los alimentos, la dieta y el ambiente, puesto que creía que el orden físico y la limpieza moral y ambiental tenían el potencial de restablecer la salud; y estableció tres categorías distintas de formación en el marco del proceso educativo: las enfermeras educadoras, las enfermeras hospitalarias y las enfermeras domiciliarias.

Nightingale, a pesar de los obstáculos sociales significativos que las primeras mujeres enfrentaron al tratar de entrar en el campo profesional a través de su trabajo, nunca dejó de lado el propósito de hacer la enfermería una profesión por sus propios derechos. Para conseguir esto, el camino no consistía en desafiar las jerarquías médicas establecidas desde la antigüedad, sino en que la enfermería creara y fijara sus propias normas y órdenes. Por lo tanto, diferenciaba entre la lealtad al médico y el simple servilismo, que no toleraba ni aceptaba.

En realidad, él defendía de manera significativa las prácticas de aquellos a quienes llamaba "thinking physicians", personas bien educadas que, después de haber asistido a escuelas de medicina, se acercaban a sus pacientes utilizando la observación y la experiencia. El mensaje de Nightingale tenía más profundidad, era más impactante y buscaba enaltecer la importancia de una profesión nueva, a partir del aporte femenino al campo social.

Nightingale redactó "Cassandra" en 1852, una época de desesperanza extrema en la que su vida actual era un suicidio, con el propósito de reconducir su desánimo y apelar a la rebeldía. Nightingale, en su obra *Suggestions for thought* (1852), presenta su perspectiva sobre el asunto femenino y la complicada situación que enfrentó ante una vida de ocio obligado en medio del período victoriano, entre otros temas. Cassandra se mantuvo formalmente inédito durante la vida de su creadora. En un principio, la obra se estableció como un ensayo que fue terminado justo antes de su viaje a Crimea y que fue distribuido en círculos privados en el año 1860.

Su meta principal era convertir una actividad que anteriormente solo se realizaba en el entorno doméstico o religioso en una profesión regulada y formada. Las enfermeras ya existían anteriormente, pero las connotaciones asociadas y el nivel educativo diferían sustancialmente de las características que se atribuían a otras actividades profesionales emergentes. Su mayor desafío fue establecer una profesión que estuviera disponible para las mujeres en un contexto en el que estaban excluidas de los derechos más básicos, como la educación y el sufragio.

Florence Nightingale tuvo la capacidad de estructurar la enfermería en los campos militar, docente y hospitalario en Inglaterra, y también de ejercer influencia sobre la enfermería estadounidense que estaba emergiendo por entonces. El hecho de que las enfermeras que se capacitaban en sus escuelas fueran bien recibidas permitió que su legado y su voz se propagaran por todos los rincones del mundo.

En Ecuador, como en muchas otras regiones del planeta, la enfermería es producto de una compleja interacción entre elementos económicos, políticos, sociales y culturales a través de

los siglos. Sus orígenes se basan en los métodos curativos de las civilizaciones precolombinas, se desarrolló a lo largo del periodo colonial y se estableció como una profesión con un alto grado de especialización durante el siglo XX. Esta profesión se ha transformado notablemente a través de los siglos, adecuándose a las modificaciones sociales, políticas y económicas del país.

Cualquier referencia histórica acerca de la enfermería en Ecuador debe incluir a María Manuela Espejo. Aunque no tenía un título oficial en enfermería, su trabajo durante la epidemia de fiebre amarilla en Quito, en 1785, la ha convertido en una figura pionera. Su dedicación y comprensión del cuidado de los pacientes lo convirtieron en un modelo a seguir. Además, es considerada una figura emblemática en la historia de Ecuador, no únicamente por su trabajo como periodista y feminista, sino también por su contribución invaluable en el campo del cuidado. Al analizar su vida y su trabajo desde la perspectiva del cuidado, somos capaces de apreciar su compromiso con el bienestar de los demás y su visión anticipada.

Manuela Espejo participó en la atención de los enfermos durante la catastrófica epidemia de fiebre amarilla que asoló Quito en 1785. Su trabajo fue más allá de lo doméstico, transformándose en un gesto de resistencia y compromiso social ante una crisis sanitaria que impactaba a la comunidad entera.

Manuela Espejo fue una ferviente abogada de los derechos de las mujeres. Al tomar una posición activa en la atención de los enfermos, retó los roles de género establecidos y mostró que las mujeres eran capaces de tener un rol esencial en la sociedad.

Enfermería como profesión

El concepto de cuidado y de cuidado efectivo a los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería. Se trata de una profesión que exige un gran valor personal y profesional, orientado hacia la conservación, el restablecimiento y el autocuidado de la vida de las personas, lo cual es lo fundamental en la relación terapéutica enfermera-paciente. Desde el inicio de la humanidad, cuidar ha sido una actividad esencial para la supervivencia. El cuidado es importante porque permite llevar a cabo todas las acciones necesarias para vivir como individuos y como grupos (Juárez, 2009).

Los cuidados son el fundamento, el principio activo de la práctica diaria y el tema de estudio de la profesión enfermera. El concepto de cuidado, que no es simplemente teórico sino que además y sobre todo es ético, requiere una intención y una actitud; estas deben concretarse en un compromiso y un juicio consciente, que se refleje en acciones específicas al interactuar

con el paciente. Como ideal, el cuidado humano trasciende la acción de las enfermeras y los enfermeros y genera actos conjuntos de la profesión que tienen un impacto significativo en la vida de las personas.

Desde que Florence Nightingale fundó la profesión de enfermería en tiempos modernos, el concepto de cuidado ha sido totalmente definido. Esto ocurrió en un contexto reflexivo que dejó a la práctica médica sin resolver, y esta no pudo organizarlo adecuadamente para darle un significado específico como terapia.

El movimiento de reflexión acerca de la conceptualización en enfermería comenzó a investigar los conceptos propios de este campo y a definir cuál es su propósito o razón social desde la década de los noventa del siglo XX, reconociendo el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería (Sánchez, 2002).

Dado que las universidades del mundo están multiplicando sus programas de enfermería y que la producción de conocimiento se hace más profunda, surge reiteradamente la importancia de reflexionar sobre el cuidado humano como eje central de la práctica profesional y de la formación. La enfermería se basa esencialmente en ayudar a las personas (sean sanas o enfermas) a hacer lo que les permite mantenerse saludables, recuperarse (o morir pacíficamente) y que, si tuvieran la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, harían por sí mismas. Asimismo, la enfermería ofrece una contribución singular al ayudar a que el paciente se vuelva independiente de esa asistencia lo antes posible (Henderson, 2001).

La labor específica de la enfermería, que consiste en ayudar a las personas, estén sanas o enfermas, a realizar acciones que les permitan mantener su salud o recuperarla (o morir en paz), se deriva del concepto fundamental de cuidado humano. Estas acciones son aquellas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el deseo o los conocimientos necesarios para hacerlo. Igualmente, su papel es ayudar a la persona a ser autosuficiente lo más pronto posible.

La experiencia acumulada durante muchas décadas ha fortalecido una valoración especial de los cuidados, la motivación y el entrenamiento que requiere el ser humano de manera constante, lo cual convierte a la enfermería en un servicio fundamental. Aunque varias de las tareas necesarias en esta profesión son simples, ajustarlas a las necesidades específicas de cada paciente es un trabajo complicado.

Además, cuando la oferta de universidades que ofrecen estudios de enfermería aumenta a nivel global, surge la necesidad de una conceptualización apropiada para el desarrollo del plan de estudios. Esto incluye definir criterios sobre cuándo, dónde y cómo deben aprender las alumnas esos aspectos relacionados con la enfermería; cómo ajustarlos a las necesidades individuales de cada paciente y cómo adaptarlos según las condiciones o estados patológicos que se presentan comúnmente en los servicios clínicos.

Es importante profundizar en el concepto de cuidado humano y la función que desempeña la enfermería, pues se nota que todavía no ha habido un impacto significativo en términos del cuidado de la vida y la salud de las comunidades. La profesión de enfermería y los enfermeros pueden influir no solo en la atención al paciente, sino también en las políticas que dirigen la asistencia sanitaria. Esto se puede lograr a través del avance de la teoría, la investigación y el conocimiento basado en la práctica, lo que influirá en la atención que reciben los pacientes.

Cuidar a cada ser humano, interesarse por él y conocerlo implica un esfuerzo de atención que, en ocasiones, es más agotador que el esfuerzo físico.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluye:

- a. conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- b. Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- c. Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás (Yáñez, et al, 2021)

Un elemento adicional que es importante destacar en el contexto del cuidado es las características individuales de la enfermera(o), porque uno de los problemas graves es que a veces se considera a los pacientes como patologías y no como personas. Por lo tanto, es crucial tener en cuenta que el ser humano es una persona desde el primer instante de su existencia y debe ser considerado así, con respeto hacia sí mismo, sin poder ser reducido a un mero instrumento para beneficiar a otros (Caicedo, et al, 2023).

En general, las actividades de la enfermería, que forman parte del proceso del cuidado, se han descrito de la siguiente manera:

- a. **Identificar la necesidad del cuidado:** Esta tarea debe tomar en cuenta las particularidades individuales, grupales y culturales de los individuos objeto del cuidado.

- b. Identificar el tipo de cuidados requeridos:** De acuerdo con cada situación, el profesional de la enfermería debe dar una respuesta determinada para cada necesidad detectada.
- c. Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado:** Cuando se aplica el cuidado se debe respetar el ámbito de autonomía de los sujetos.
- d. Identificar la manera en que podremos satisfacer dicho cuidado:** es decir, determinar la manera en que el profesional va a llevar a cabo su iniciativa y práctica de cuidado.
- e. Decidir y organizar la delegación de acciones:** Para seguir adelante en este camino, es imprescindible determinar qué acciones deben ser llevadas a cabo por el profesional y cuáles pueden ser delegadas al paciente. Asimismo, es posible que esa delegación asuma y transfiera algunas de las acciones planificadas al equipo técnico y a los cuidadores informales (familiares, personas próximas al paciente), quienes en conjunto forman el equipo de cuidados.
- f. Considerar el carácter ético que tiene el proceso de cuidar:** Para llevar a cabo todas estas acciones de cuidado, es necesario tener en cuenta los valores humanistas que fomentan la responsabilidad y el compromiso inherentes al proceso de cuidar.
- g. Ejecutar las acciones concretas de cuidado:** La puesta en práctica es el instante crucial de cualquier profesión. En la enfermería, además, la tarea del cuidado implica llevar a cabo una amplia gama de procesos y aplicar ciertas técnicas que respaldan el proceso de cuidar.
- h. Evaluar los resultados:** El proceso de cuidar incluye la valoración de los resultados en relación con los objetivos propuestos, ya que es una actividad interminable y está sujeta a revisiones y mejoras. Esta evaluación no debe interpretarse como un punto y aparte, sino más bien como un punto y seguido (Núñez, et al, 2023).

Se ha creado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para organizar y estructurar estas actividades de forma científica y para facilitar la evaluación y resolución de situaciones en las que participan los profesionales de enfermería. El PAE es una sistematización de las actividades de cuidado y sirve como un instrumento para coordinar el trabajo enfermero, estructurado en una secuencia de pasos estrechamente vinculados (INEPEO, 2013).

En el siglo XX, se produjeron cambios relevantes en cuanto al reconocimiento legal de la enfermería. Se empezaron a crear registros nacionales para enfermeras en numerosos países de América y Europa, asegurando así que únicamente los que contaban con la capacitación adecuada pudieran desempeñar la profesión. A medida que la enfermería se iba consolidando

como un componente fundamental, estos cambios legales fueron respaldados por un aumento en el reconocimiento social (Crespo, 2024).

La creación de colegios y asociaciones profesionales de enfermería ayudó a establecer estándares mínimos para la educación y la práctica clínica, lo que facilitó la regulación oficial de esa profesión. La OMS, entre otras entidades internacionales, ha jugado un papel fundamental en la promoción de la enfermería como una profesión clave para el bienestar social y la salud pública a nivel global (Amargós, et al, 2023).

La forma de entender la enfermería ha experimentado un cambio radical con el tiempo. Al principio, se consideraba que las enfermeras eran auxiliares simples y no se pensaba que su trabajo fuera técnico o profesional. Sin embargo, la sociedad comenzó a valorar la importancia y el profesionalismo de la enfermería a medida que esta fue incorporando principios educativos y científicos. En este escenario, las enfermeras han ganado autonomía y se han convertido en un componente fundamental en el proceso de tomar decisiones clínicas, cooperando con otros profesionales de la salud de manera interdisciplinaria.

Se ha caracterizado a la enfermería como una combinación de arte y ciencia. El arte se refiere a la habilidad de las enfermeras para mostrar empatía, atender con sensibilidad y ajustarse a lo que cada paciente requiere. La ciencia, en cambio, hace referencia al conocimiento médico y las capacidades técnicas necesarias para brindar una atención eficaz. Este concepto dual ha favorecido en gran medida el reconocimiento social de la enfermería, evidenciando que no es únicamente una actividad práctica, sino también una profesión que demanda un entendimiento detallado de la salud humana y competencias interpersonales especializadas (Velásquez, et al, 2022).

Las enfermeras han adquirido mayor autonomía en el desempeño de su profesión durante el siglo XXI. Ya no son solo asistentes de los médicos; en numerosas circunstancias, encabezan grupos de atención y toman decisiones cruciales al gestionar a los pacientes. En campos como los cuidados paliativos y la atención primaria de salud, donde las enfermeras tienen un papel fundamental en el tratamiento y la coordinación de la atención, esto se hace particularmente evidente (Amezcua, 2025).

En muchos países, el rol de enfermera ha evolucionado hasta transformarse en un cargo de liderazgo en los equipos de salud que son multidisciplinarios. Esto se hace claro en el número de enfermeras que tienen cargos gerenciales y de liderazgo en hospitales y centros médicos,

así como en su mayor visibilidad en investigaciones clínicas y en la formulación de políticas públicas sanitarias.

La enfermería ha conseguido un mayor reconocimiento gracias a su colaboración en la toma de decisiones clínicas. Históricamente, únicamente los doctores tenían la prerrogativa de decidir en torno al tratamiento. Sin embargo, en el mundo actual, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la evaluación y monitoreo continuo de los pacientes, especialmente en áreas como la gestión del dolor, la recuperación física y el cuidado a largo plazo. Su proximidad con los pacientes es la base de su contribución en la toma de decisiones, pues les permite detectar cambios sutiles en el estado de salud y modificar el plan de tratamiento cuando sea necesario (Guevara, 2023).

Enfermería en Ecuador

La enfermería en Ecuador es similar a la geografía del país: es fundamental para la vida, variada y resistente. La enfermería se ha entrelazado con la estructura de un país diverso, en el que la geografía cambia tanto como las condiciones sociales. Las enfermeras, dependiendo de su localización geográfica y las entidades que regulan su práctica, afrontan retos singulares en la selva amazónica, las planicies costeras y las tierras altas andinas.

La Región Andina, donde se encuentran ciudades relevantes como Cuenca, Loja y Quito, tiene una importante concentración de enfermeros. Aquí, las instituciones sanitarias cuentan con mejor infraestructura y acceso a tecnologías actuales, lo que contribuye a una atención más eficaz de los pacientes. De acuerdo con el MSP, hospitales de nivel terciario como el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito constituyen referentes de atención especializada y posibilitan que las enfermeras se desarrollos en un ambiente con alta tecnología y un alto nivel académico (Cordero, et al, 2024).

En esa región se dispone de una infraestructura sólida y acceso a tecnologías avanzadas que mejoran la atención al paciente. La educación continua se brinda en instituciones de renombre, lo cual propicia el desarrollo profesional. Se tiene acceso a programas especializados, lo cual fomenta la preparación de enfermeras en campos críticos como los cuidados intensivos y la neonatología.

Por otro lado, en esta zona se observa que la alta demanda de servicios sanitarios en las zonas urbanas, especialmente en los hospitales más complejos, genera una sobrecarga laboral. Las localidades rurales de los Andes, en particular las comunidades indígenas, no tienen acceso a

una atención médica adecuada como sí la poseen las ciudades grandes y tampoco cuentan con personal preparado. Esto contribuye a la expansión de las desigualdades sanitarias. En esta área, la enfermería a veces se asemeja a un eco aprisionado entre montañas: tiene una sólida base técnica, pero está limitada por el gran volumen de trabajo y la demanda.

La realidad en la región amazónica es considerablemente más difícil para los trabajadores de la salud, sobre todo para las enfermeras. El hecho de que las comunidades estén distantes entre sí, la ausencia de infraestructura y las barreras culturales y lingüísticas convierten la atención sanitaria en esta área en un trabajo gigantesco. La capacidad de adaptación y la resiliencia son dos cualidades que caracterizan a las enfermeras en esta zona. En las comunidades indígenas, su función es crucial, ya que con frecuencia son el único vínculo con el sistema de salud oficial.

Las acciones de salud pública, incluyendo las campañas de vacunación y la atención prenatal, dependen en gran parte del personal de enfermería que trabaja con recursos limitados y en circunstancias extremas. Las enfermeras en el Amazonas tienden a llevar a cabo labores que en otras áreas serían realizadas por equipos completos, lo que las hace profesionales muy flexibles.

No obstante, en esta región amazónica se detecta una escasez de recursos esenciales, como transporte apropiado para acceder a las comunidades más apartadas, medicinas y equipos médicos. La escasez de formación continua y especialización también se explica por la falta de instituciones educativas en la zona y por el aislamiento geográfico. Esto genera escasas posibilidades para el desarrollo profesional, lo que ocasiona una alta rotación de personal de enfermería en esa área. La enfermería es una ocupación de supervivencia que fusiona la habilidad fundamental de cuidar la salud con la innovación diaria para ofrecer soluciones en situaciones adversas. Las enfermeras, en el Amazonas, a menudo se encuentran en la primera y última línea de defensa frente a las enfermedades tropicales, la desnutrición y las cuestiones vinculadas con la salud reproductiva.

En la región costera, que incluye ciudades como Guayaquil, Esmeraldas y Manta, hay una mezcla única de áreas rurales y urbanas que enfrentan sus propios desafíos en términos de atención sanitaria. La atención médica en las ciudades más grandes, como Guayaquil, está altamente tecnificada; disponen de hospitales modernos y acceso a equipos avanzados que permiten brindar una atención de calidad alta.

En la región costera, es más habitual trabajar en colaboración con el sector privado, lo que brinda a los profesionales de la salud más oportunidades de empleo y salarios más altos. Gracias a la disponibilidad de programas educativos de calidad, las enfermeras costeras tienen acceso a formarse en campos esenciales como cardiología, pediatría y emergencias.

Sin embargo, en esta área también, la evolución de la enfermería, especialmente alrededor de Esmeraldas, tiene retos parecidos a los de la región amazónica con respecto a la escasez de infraestructura y personal formado. Las fluctuaciones climáticas y los fenómenos naturales, como El Niño, afectan a la región con frecuencia. Esto causa un incremento en las enfermedades transmitidas por el agua o vectores, por ejemplo, el zika y el dengue, lo que representa una carga extra para las enfermeras. En la región, hay una notable disparidad entre las oportunidades rurales y urbanas, con grandes contrastes en cuanto a la calidad de atención entre las ciudades y las áreas más alejadas.

La enfermería es una profesión en desarrollo en la zona costera. A diferencia de las enfermeras en las áreas rurales, que deben batallar continuamente para asegurar una atención apropiada a sus pacientes, las enfermeras en zonas urbanas cuentan con más recursos y oportunidades (Franco, et al, 2021).

Con el fin de disminuir las disparidades regionales y optimizar las condiciones del trabajo enfermero en Ecuador, ha sugerido incrementar la inversión en tecnología e infraestructura, particularmente en zonas rurales y de escaso acceso, como la región andina rural y la Amazonía. Esto incluye proporcionar medicamentos esenciales, instrumentos médicos básicos y establecer centros de salud con infraestructura adecuada.

Además, es esencial poner en marcha programas de capacitación continua, ya sea presencial o virtual, para las enfermeras que trabajan en áreas remotas. Esto les permitiría mejorar sus habilidades clínicas y mantenerse actualizados con los avances en la atención médica. Es necesario mejorar las condiciones de trabajo para las enfermeras, ofreciendo mejores salarios y beneficios, sobre todo en el sector público. Es también esencial reducir la carga laboral en las ciudades, ya que las enfermeras generalmente enfrentan condiciones de trabajo insostenibles en esos lugares.

Una política propuesta consiste en descentralizar los servicios de salud y asegurar que las comunidades más alejadas cuenten con atención médica de alta calidad. Esto supondría dedicar más recursos para emplear personal en zonas rurales y para perfeccionar las capacidades de

las enfermeras que trabajan en dichas áreas. Además, es necesario fomentar la investigación en el área de enfermería para que las profesionales puedan aportar al avance de nuevas estrategias de cuidado de la salud fundamentadas en evidencia. La investigación también tiene que tratar los retos particulares de cada área, como las enfermedades tropicales en el Amazonas o los problemas que surgen a causa del cambio climático en la costa (Cordero, et al, 2024).

La filosofía nos muestra que, a pesar de los retos, cada crisis ofrece una oportunidad para renacer. El "cuidado del otro", profundamente arraigado en la cultura latinoamericana, pone de relieve el valor de la solidaridad y la responsabilidad hacia la sociedad, así como la dignidad humana. Así, la enfermería ecuatoriana tiene como propósito ser un baluarte de esperanza: una profesión que puede transformar vidas y sanar cuerpos y espíritus a través de la ciencia y la humanidad.

Es fundamental que las universidades, las empresas privadas y el gobierno trabajen juntos para mejorar las condiciones de trabajo de los enfermeros. Esto se logra mediante una correcta planificación del sistema sanitario y la implementación de políticas que valoren y respeten la labor de estos profesionales. Así, se podrá asegurar que el respeto y la dignidad que estos expertos merecen en el mercado de trabajo se manifiesten en los principios humanísticos y científicos que distinguen a la enfermería.

La enfermería en Ecuador es más que una ocupación; es una vocación de servicio que fusiona la ciencia con el arte de cuidar. El perfil de ingreso de los estudiantes muestra un fuerte sentido de responsabilidad social, mientras que el perfil de egreso demuestra una formación integral en habilidades técnicas, éticas y humanísticas. Sin embargo, el desempleo de los nuevos graduados plantea desafíos económicos, sociales y psicológicos que requieren atención inmediata.

La comunidad ecuatoriana tiene la oportunidad de asegurar que los enfermeros no solo obtengan empleo, sino que también sigan desempeñando un papel fundamental para el bienestar general mediante una visión colaborativa y la implementación de políticas públicas justas. Este llamado a la acción tiene como objetivo que la enfermería en Ecuador continúe progresando y contribuya a edificar una nación más equitativa, solidaria y sana.

La capacidad de proporcionar un cuidado integral, humanista y de alta calidad, sustentada en la ética, el conocimiento científico y la investigación, es lo que define el perfil profesional de la enfermería en Ecuador. Es un agente esencial en la promoción de la salud, el manejo de

servicios, la prevención de enfermedades y la capacitación del talento humano, colaborando activamente con el bienestar de los ciudadanos ecuatorianos (Lopera, 2023).

La enfermería es una carrera fundamental en los sistemas de salud, ya que garantiza la atención completa y la salud de las personas. El desempeño de esta profesión en Ecuador se encuentra regulado por un marco normativo robusto que busca asegurar una práctica ética, segura y centrada en el respeto a los derechos humanos. Es esencial regular la enfermería para proporcionar atención de calidad en un país caracterizado por su diversidad cultural y por sus problemas para tener acceso equitativo a la salud.

Los profesionales de enfermería deben contar, en primer lugar, con una capacitación integral y científica sustentada en evidencias, que les brinde un conocimiento profundo sobre ciencias de la salud como fisiología, anatomía, farmacología, microbiología y patología. En segundo lugar, pero con la misma importancia, es la perspectiva humanista que debe tener la profesión; al incorporar principios éticos, fomentar la empatía y el respeto por la dignidad humana y la calidez en el cuidado, teniendo en cuenta las dimensiones emocionales, sociales y culturales del paciente (Rojas, 2022).

A la vez, la enfermera tiene que emplear el pensamiento crítico, lo que implica ser capaz de examinar situaciones complejas, tomar decisiones fundamentadas y solucionar problemas de salud de forma eficaz. Todo esto es el fundamento de sus habilidades para la investigación; le posibilitaría utilizar el conocimiento basado en evidencia en su trabajo, detectar problemas sanitarios, crear nuevos saberes y colaborar con el progreso de la disciplina.

Una vez que la enfermera está capacitada con los conocimientos de su profesión, tiene que tomar roles significativos en la atención directa. Esto lo hace al poner en práctica el PAE (diagnóstico, evaluación, planificación y ejecución) de forma sistemática para brindar una atención integral y personalizada. Es un enfoque holístico que tiene en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales del paciente, de su familia y de la comunidad.

El profesional tiene además un perfil de administrador de tratamientos y procedimientos, lo cual implica que debe tener la capacidad para gestionar equipos y proporcionar atención en diferentes niveles, desde el primero hasta el tercero, abarcando hospitales, centros sanitarios, unidades de cuidados intensivos, familias y comunidades. Asimismo, tiene la posibilidad de especializarse en campos como el de salud mental, el de cuidados intensivos, el geriátrico, el pediátrico o el obstétrico (Sate, et al, 2023).

La enfermera profesional tiene la capacidad de crear y poner en marcha programas de educación para las personas, las familias y las comunidades acerca de autocuidado, prevención de enfermedades, gestión de enfermedades crónicas y estilos de vida saludables. También tiene el método y desarrolla tácticas para estimular que la comunidad participe activamente en las decisiones y acciones que afectan su salud, así como para cooperar con el monitoreo de la salud pública y la detección y control de brotes epidemiológicos (Muñoz, et al, 2024).

El profesional de enfermería tiene otra función importante: la gestión y la administración. En este puesto, dirige equipos de enfermería y participa en la decisión de cómo estructurar y administrar los servicios de salud; organiza, coordina, planifica y monitoriza la atención de enfermería para garantizar que los recursos se utilicen con eficacia, así como la calidad y seguridad del paciente. Trabaja junto al equipo de salud interdisciplinario para asegurar que la atención brindada sea coherente y continua; además, participa en procesos de auditoría y mejora constante de la calidad de los servicios que ofrece enfermería (Guevara, 2023).

El enfermero también está capacitado para un papel docente, en el que tiene la responsabilidad de formar a los futuros profesionales de enfermería tanto en el ámbito clínico como en el académico. Además, tiene que fomentar la actualización permanente de las competencias y los conocimientos tanto propios como de sus compañeros, utilizando actitudes y habilidades como el trabajo en equipo, la comunicación eficaz, la responsabilidad elevada, el compromiso ético y la adhesión a los códigos de conducta profesional.

La enfermera debe emplear sus capacidades para entender y abordar las exigencias emocionales de los pacientes en su trabajo profesional, adecuándose a diversos contextos de atención y circunstancias variables, fomentando acciones para intervenir y decidir dentro de sus competencias, y con la suficiente resiliencia para encarar situaciones de estrés y gran carga emocional (Tapia, et al, 2023).

Las leyes y políticas de enfermería han cambiado de manera importante desde inicios del siglo XX en respuesta a las necesidades sociales y económicas fluctuantes de la sociedad. Estas regulaciones han evolucionado gracias a una perspectiva neoliberal que ha promovido la libertad del mercado, incluso cuando eso ha perjudicado la intervención gubernamental en el cuidado de la salud.

Estas realidades han hecho que las diferencias en ingresos y oportunidades dentro del sector salud aumenten. En Ecuador, las reformas a nivel normativo también han buscado abordar la

creciente desigualdad en el acceso a servicios de salud. Este es un tema esencial que ha sido examinado por diferentes autores que abogan por la relevancia de las políticas para asegurar una vida digna para todos. Así, la regulación de la enfermería no solo evidencia el progreso del ejercicio profesional, sino también una condición socioeconómica que demanda supervisión constante y ajustes (Velez, 2025).

A continuación, se describen las principales normativas que rigen la enfermería en Ecuador, destacando su impacto en el ejercicio profesional y en la sociedad.

La Constitución de 2008: El Derecho a la Salud como Pilar Fundamental

El derecho a la salud en Ecuador se fundamenta en su Constitución, que fue promulgada en el año 2008. En su artículo 32, determina que la salud es un derecho humano esencial y una obligación insoslayable del Estado ecuatoriano, asegurando que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud universales, equitativos y de calidad. El artículo 363, por su parte, enfatiza que el Estado tiene la obligación de educar y asegurar que los profesionales sanitarios, incluidos los enfermeros, realicen un trabajo apropiado para consolidar un sistema de salud integral (República del Ecuador, 2008).

Esta regulación constitucional no solo admite la relevancia de la enfermería como un soporte esencial en la prestación de servicios sanitarios, sino que además subraya el requerimiento de construir un ambiente laboral que propicie su crecimiento tanto profesional como personal.

Ley Orgánica de Salud: Regulando la Prestación de Servicios

La Ley Orgánica de Salud (LOS), publicada en 2006, complementa la Constitución al establecer lineamientos específicos para regular el sistema de salud en Ecuador. Esta ley define las responsabilidades y obligaciones de los profesionales de la salud, garantizando que su práctica esté orientada hacia la calidad, la ética y la seguridad del paciente (República del Ecuador, 2006).

Entre los artículos más relevantes para la enfermería se encuentran:

Artículo 102. Establece que los servicios de salud deben ser integrales, incorporando actividades de prevención, atención, promoción y rehabilitación.

Artículo 122. Obliga a todos los profesionales de la salud a registrar sus títulos en el Ministerio de Salud Pública (MSP) para ejercer legalmente.

Artículo 149. Determinación de sanciones en caso de incumplimiento de protocolos o mala praxis, reforzando la responsabilidad profesional.

Esta ley impulsa una visión holística del cuidado, promoviendo un enfoque integral en el que la enfermería desempeña un rol esencial, no solo en la atención directa al paciente, sino también en la educación sanitaria y la prevención de enfermedades.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería

En Ecuador, la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería regula en particular el ejercicio de esta disciplina. Esta regulación exige que todos los enfermeros estén registrados en el MSP y en el Consejo Nacional de Enfermería, lo cual garantiza su competencia profesional. Además, la ley establece diferentes niveles de ejercicio, que van desde auxiliares hasta licenciados y especialistas, definiendo competencias específicas para cada uno.

Entre las áreas clave de acción destacan:

- Atención directa al paciente en todos los niveles del sistema de salud.
- Gestión y liderazgo en servicios de enfermería.
- Formación de nuevos profesionales en ciencias de la salud.
- Investigación orientada a mejorar la práctica de la enfermería.

Además, esta ley promueve la actualización continua como requisito para mantener la acreditación profesional, asegurando que los enfermeros estén preparados para responder a los constantes cambios en el ámbito sanitario.

El Código de Ética

El Código de Ética de Enfermería, desarrollado por el Consejo Nacional de Enfermería, es una herramienta fundamental que orienta el ejercicio profesional hacia los más altos estándares éticos (6). Entre sus principios destacan:

- Respeto por la dignidad humana: Reconociendo la singularidad de cada paciente y atendiendo sus necesidades con empatía y cuidado.
- Confidencialidad: Salvaguardando la privacidad de la información de los pacientes.
- Responsabilidad profesional: Actuar en todo momento basándose en la evidencia científica y priorizando el bienestar del paciente (6).

El código también subraya la importancia de la diversidad cultural en el contexto ecuatoriano. En un país plurinacional, los enfermeros están llamados a adaptar su atención a las creencias y valores de las comunidades, promoviendo un enfoque intercultural que respeta las prácticas tradicionales de salud.

El Ministerio de Salud Pública: Rector del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector encargado de supervisar y regular los servicios de salud en Ecuador. A través de normativas y protocolos, el MSP garantiza que la práctica de la enfermería esté alineada con los estándares nacionales e internacionales. Entre sus principales disposiciones destacan:

- **Protocolos clínicos:** Instrucciones específicas que deben seguirse en la atención de pacientes, como las guías de cuidado en unidades de neonatología.
- **Acreditación profesional:** Requisitos para la recertificación periódica de los enfermeros, fomentando la formación continua.
- **Organización de los servicios:** Directrices para la estructuración y funcionamiento de los servicios de enfermería en hospitales y centros de salud.

Estas disposiciones buscan homogeneizar la práctica profesional en todo el país, asegurando una atención de calidad para todas las medidas de los pacientes.

El Enfoque Intercultural: Enfermería en un País Plurinacional

Para el sistema de salud de Ecuador, la diversidad cultural del país representa una oportunidad y un desafío. Las políticas de cuidado intercultural promueven la inclusión de prácticas ancestrales en el área de salud, como por ejemplo que los indígenas sean parte en partos humanizados. En este contexto, la enfermería es esencial, ya que actúa como un nexo entre los saberes tradicionales y la medicina actual, sin dejar de lado las creencias y los principios de los pacientes.

El marco regulatorio que supervisa la enfermería en Ecuador es esencial para garantizar que la atención sea de alta calidad, segura y ética. Estas regulaciones, que van desde la Constitución hasta las específicas del MSP, aseguran que el ejercicio de la enfermería se adecúe a los principios de justicia, equidad y respeto por la diversidad cultural. Además, fomentan el desarrollo profesional continuo, lo que permite a los enfermeros y las enfermeras estar mejor preparados para enfrentar los desafíos del sistema de salud.

Es crucial mantener y robustecer este marco normativo a medida que la profesión de enfermería continúa desarrollándose, garantizando que los valores éticos y las habilidades profesionales sigan siendo un soporte para la práctica disciplinar en Ecuador.

El Código del Trabajo y la LOSEP: Garantías Laborales

El Código del Trabajo regula las condiciones laborales de los enfermeros en el sector privado, mientras que la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) lo hace para el sector público. Estas normas aseguran derechos en el ámbito laboral, tales como permisos, jornadas especiales y beneficios sociales. Además, se establecerán escalas salariales equitativas y métodos para evaluar el rendimiento. Estas medidas tienen como objetivo salvaguardar a los profesionales y garantizar un entorno de trabajo apropiado para que puedan realizar sus tareas con eficacia.

Ley de Carrera Sanitaria

La Ley de Carrera Sanitaria en Ecuador se encuentra regida por un conjunto de normas que organizan la labor del personal sanitario en el país, aunque no se manifiesta explícitamente como una sola ley. La Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), en particular, buscan ordenar, perfeccionar y normalizar las condiciones de trabajo y la formación profesional de los trabajadores de salud, incluidos los profesionales de enfermería. La implementación de estas leyes impacta directamente en la calidad del cuidado que reciben los pacientes y las condiciones bajo las cuales los enfermeros realizan su labor (República del Ecuador , 2022).

En primer lugar, la Ley de Carrera Sanitaria determina un marco normativo que considera al personal sanitario como un pilar fundamental del sistema de salud en Ecuador. Para los enfermeros, esto representa un reconocimiento oficial de su labor y la posibilidad de continuar una carrera profesional en el sistema sanitario público. Las leyes permiten que los enfermeros y las enfermeras consigan cargos de más alto nivel, se especialicen y participen en programas de capacitación constante para mejorar su desempeño.

La promoción profesional es un componente relevante de la normativa, ya que le otorga a los enfermeros la oportunidad de progresar en el sistema sanitario mediante la adquisición constante de conocimientos, la experiencia acumulada y el análisis periódico de su desempeño. Esto no solo mejora la calidad de la atención, sino que además garantiza el avance profesional y el bienestar del trabajador. Sin embargo, este proceso también presenta ciertos desafíos,

ya que los enfermeros requieren un compromiso constante para estar al tanto de las nuevas técnicas, normas y conocimientos.

La seguridad laboral que otorga la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) es otro elemento importante para los enfermeros en Ecuador. La ley promueve un entorno de trabajo más estable, porque asegura derechos laborales como la jubilación, las vacaciones, las licencias y la seguridad en el empleo. No obstante, este marco regulatorio no está exento de desafíos. Muchos trabajadores enfrentan situaciones difíciles en su empleo, como la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos a disposición, lo que puede afectar negativamente su bienestar y desempeño.

El propósito de la Ley de Carrera Sanitaria, por medio de sus respectivas normas, es mejorar tanto las condiciones laborales para los enfermeros en Ecuador como la calidad de los servicios sanitarios. Aunque se han logrado avances significativos en la profesionalización del sector, es esencial seguir trabajando para optimizar los recursos actuales y garantizar que todos los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras y enfermeros, puedan desempeñar su labor de forma efectiva y satisfactoria (Monasterolo et al, 2022).

Hoy en día, la enfermería está atravesando una etapa de transformaciones importantes, no solo en sus principios teóricos sino también en la reestructuración de su práctica profesional. La profesión enfrenta una etapa de desafíos y oportunidades sin precedentes, debido a la contradicción entre el uso de tecnología y la necesidad de humanizar el cuidado de la salud.

La enfermería, al ser vista como "Ciencia del Cuidado de la Salud y la Vida", retoma una perspectiva integral de los procesos relacionados con la salud y con la enfermedad. Para mejorar la calidad y fortalecer la identidad e imagen social de esta profesión, estos procesos se basan en principios científicos, determinaciones variadas, conocimientos y filosofías del cuidado enfermero.

En sus primeros años, la implementación del PAE en Ecuador se encontró con numerosos impedimentos. Muchos enfermeros no contaban con la formación y el conocimiento necesarios para llevar a cabo este procedimiento de manera efectiva. Además, la falta de una terminología estandarizada dificultaba el registro y la transmisión de los cuidados enfermeros (Franco, et al, 2021).

Durante la década de 1990 se produjo un importante acontecimiento en el desarrollo del PAE en Ecuador. En este período, se empezaron a utilizar las taxonomías estandarizadas para

diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería. Estas incluyen la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Hoy en día, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que emplea la Taxonomía NANDA-NIC-NOC se aplica extensamente en el sistema sanitario de Ecuador. Esta modalidad de atención se ha evidenciado como un instrumento eficiente para asegurar la calidad y la eficacia de los cuidados brindados por enfermería.

A pesar de que la enfermería en Ecuador ha logrado progresos en los años recientes, todavía afronta retos significativos en múltiples aspectos. En primer lugar, la escasez de profesionales que ocurre junto a una demanda en aumento. Esto sucede porque Ecuador, como muchos otros países de la zona, no llega a la proporción recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es de entre 23 y 35 enfermeras por cada diez mil habitantes. Se calcula que el país tiene entre 25.900 y 29.000 enfermeras, aunque las cifras son distintas; la cantidad de auxiliares de enfermería es inferior (Pastuña, R. et al, 2020).

A pesar de la formación de nuevos profesionales, el sistema de salud no siempre genera suficientes plazas de trabajo en el ámbito clínico y comunitario, lo que genera un desequilibrio entre la oferta de profesionales y las oportunidades laborales.

Otra circunstancia difícil son las condiciones laborales. En Ecuador, los sueldos de los enfermeros no alcanzan la misma cifra que los ingresos de profesionales equiparables en otras naciones o en otras ocupaciones, lo que significa que hay elementos que desmotivan la permanencia y causan la migración del talento. Asimismo, la moral y el bienestar del personal se ven perjudicados por problemas persistentes vinculados con las condiciones laborales, la seguridad en el trabajo y la ausencia de regulación o de cumplimiento normativo en ciertos casos.

En este sentido, es lamentable que todavía no ha habido una implementación plena de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (2022) (República del Ecuador , 2022) ni de la Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros (República del Ecuador, 2018), que se aprobaron con la perspectiva de mejorar las condiciones laborales, la remuneración y la estabilidad del talento humano en salud en el sector público.

Es una demanda común que los programas educativos de las facultades y/o escuelas de Enfermería se ajusten a las necesidades sanitarias cambiantes de la población, como el envejecimiento, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud en todo el mundo. Esto

supondría incorporar la capacitación en tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, la telemedicina y otras más para preparar a los profesionales para el futuro de la atención médica, así como incrementar las inversiones y fomentar las investigaciones en enfermería para crear modelos propios de prevención y protección de enfermedades que afecten seriamente a la salud pública.

Aunque su función es esencial, en ocasiones el trabajo de las enfermeras no se valora adecuadamente ni dentro del equipo sanitario ni por la sociedad en general. Es necesario que las enfermeras desempeñen roles de liderazgo y participación más amplios en la formulación e implementación de políticas sanitarias a escala nacional. Asimismo, no se ha valorado de manera adecuada la relevancia que tiene la enfermería comunitaria en las áreas rurales y urbanas marginales para fomentar la salud, prevenir enfermedades, realizar campañas de vacunación y gestionar las enfermedades crónicas; además aún existen retos como la carencia de infraestructura apropiada, recursos escasos y vacíos en formación continua.



El Currículo de la formación
universitaria de Enfermería

Capítulo 2

CAPÍTULO 2.

EL CURRÍCULO DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

Yanelis Suárez Angerí

Gabriela Beatriz Genovesi Anguizaca

Procesos de acreditación y su impacto

En la República del Ecuador, el Artículo 26 de la Constitución determina que la educación es un derecho de los individuos y una obligación irrenunciable e ineludible del Estado: "La educación es un derecho humano a lo largo de toda la vida y un deber obligatorio del Estado. Es un campo prioritario para la inversión estatal y la política pública, una condición necesaria para el buen vivir y una garantía de inclusión e igualdad social. La ciudadanía, las familias y los individuos tienen el deber y el derecho de involucrarse en el proceso educativo" (República del Ecuador, 2022).

Asimismo, en el Artículo 350 de la Carta Magna se define que "el objetivo del sistema de educación superior es la capacitación profesional y académica con un enfoque humanista y científico, así como la investigación tecnológica y científica. También incluye fomentar, desarrollar e impulsar los conocimientos y las culturas; crear soluciones a los problemas nacionales, teniendo en cuenta las metas del régimen de desarrollo".

Otro artículo referido a la educación superior es el 352 de la Constitución se establece la estructura del sistema de educación superior: "estará integrado por universidades y escuelas politécnicas; institutos superiores técnicos, tecnológicos y pedagógicos; y conservatorios de música y artes, debidamente acreditados y evaluados". Y, en el Artículo 353, establece que "el sistema de educación superior se regirá por:

1. Un organismo público de planificación, regulación y coordinación interna del sistema y de la relación entre sus distintos actores con la Función Ejecutiva.
2. Un organismo público técnico de acreditación y aseguramiento de la calidad de instituciones, carreras y programas, que no podrá conformarse por representantes de las instituciones objeto de regulación" (República del Ecuador, 2022)

La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) es la institución rectora de la política pública en el campo de la Educación Superior, la Ciencia, la Tecnología, la Innovación y Saberes Ancestrales y se encarga de la coordinación y articulación

de sus acciones entre el sector público y los sectores productivos públicos y privados. Es la encargada de profundizar en los modelos de evaluación de las instituciones en búsqueda de la calidad de las instituciones educativas, haciendo valer lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), que en su Artículo 93 indica que la calidad educativa "establece la búsqueda continua, autorreflexiva del mejoramiento, aseguramiento y construcción colectiva de la cultura de la calidad educativa superior con la participación de todos los estamentos de las instituciones de educación superior y el Sistema de Educación Superior, basada en el equilibrio de la docencia, la investigación e innovación y la vinculación con la sociedad, orientadas por la pertinencia, la inclusión, la democratización del acceso y la equidad, la diversidad, la autonomía responsable, la integralidad, la democracia, la producción de conocimiento, el diálogo de saberes, y valores ciudadanos" (Gobierno de la República del Ecuador, 2018).

El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES) es el ente rector que se encarga de guiar la implementación de todas las normativas, así como también del desarrollo de modelos con criterios tanto cualitativos como cuantitativos que las instituciones, programas y carreras deben cumplir para obtener su acreditación. Que es un organismo técnico público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, autónomo en términos administrativos, financieros y operativos, que tiene la capacidad de regular y que también se encarga de coordinar y planificar el sistema de garantía de calidad en la educación superior (Artículo 171 LOES) (Gobierno de la República del Ecuador, 2018)

A través de la Resolución No. del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), en octubre del año 2019, 011-SE-05-CACES-2019, que emite el Reglamento de evaluación externa con fines de acreditación para Conservatorios e Institutos Superiores, tiene como objetivo asegurar y garantizar la calidad educativa en el nivel superior.

El Capítulo I hace referencia al objeto y ámbito de aplicación. El Artículo 1 señala que el Reglamento tiene "por objeto regular el proceso de Evaluación Externa con fines de acreditación para los Institutos y Conservatorios Superiores, que realiza el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES)", mientras que el Artículo 2 establece que las disposiciones del Reglamento "son de obligatoria aplicación para todos los actores del proceso de evaluación externa con fines de acreditación de los Institutos y Conservatorios Superiores". (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019)

Este Reglamento también establece quienes son los involucrados en el proceso de evaluación para la acreditación de los Institutos y Conservatorios Superiores y señala "que la evaluación

externa debe ser ejecutada en conjunto por el pleno del CACES, La Comisión permanente de Institutos y Conservatorios Superiores del CACES, los comités de evaluación externa de Institutos y Conservatorios Superiores y, los Institutos y Conservatorios Superiores” (Capítulo II, Artículo 3). En las secciones I a la IV del Capítulo II de la Ley se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los actores participantes en la evaluación externa de los Institutos y Conservatorios Superiores (ICS). (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019)

De igual manera, en el Capítulo III, Artículo 10, se establecen dos etapas para la evaluación externas de los ICS (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019):

1. Etapa previa al proceso de evaluación externa. Esta etapa está contemplada en los Artículos 11, 12,13 y 14 del Reglamento los cuales se citan a continuación (Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT)):

Artículo 11. De la elaboración del modelo de evaluación externa. El presidente del CACES dará la tarea al Comité Asesor de desarrollar el modelo para la evaluación externa de los ICS. Para ello, el Comité deberá coordinarse con la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores y seguir las instrucciones que esta última establezca. Después de que el Comité Asesor haya creado el modelo, de acuerdo con lo estipulado en este Artículo, la Comisión establecerá espacios de diálogo con los ICS. Estos diálogos tendrán como objetivo recoger las observaciones y sugerencias de los ICS acerca del modelo de evaluación externa, para luego proceder a examinar dichas observaciones y propuestas antes de ser presentadas y resueltas por el pleno del CACES (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 12. Del modelo de evaluación externa. La evaluación externa de ICS se desarrollará con base en el modelo aprobado por el pleno del CACES, el que incluirá los criterios y estándares que deberán alcanzar para ser acreditados, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de Educación Superior. El modelo de evaluación externa contendrá la metodología para la acreditación (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 13. De la notificación del modelo de evaluación externa. - El modelo de evaluación externa aprobado por el pleno del CACES será notificado a los ICS con al menos tres años de anticipación del inicio del siguiente proceso de evaluación externa con fines de acreditación

y no podrá ser modificado (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 14. Del cronograma y demás instrumentos técnicos de la evaluación externa. El cronograma y los demás instrumentos técnicos de evaluación que la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores haya presentado serán aprobados por el pleno del CACES con un mínimo de tres meses antes de que comience el proceso evaluativo, y se les dará aviso a los ICS que serán evaluados (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

2. Proceso de evaluación externa. En el Artículo 15 del Reglamento se establece que el proceso de evaluación externa comprende tres procesos: entrega y análisis de la información de los ICS, Visita in situ e Informe de evaluación (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019). A continuación, se muestran los Artículos que norman estos tres procesos:

Artículo 16. De la entrega de la información de los Institutos y Conservatorios Superiores. La evaluación externa comienza cuando los ICS proporcionan la información, la cual se llevará a cabo utilizando la plataforma informática establecida para este propósito, de acuerdo con lo dispuesto en el modelo y cronograma de evaluación externa.

Artículo 17. De la verificación de la información. El conjunto técnico del CACES comprobará que los datos proporcionados por los ICS estén completos y, en caso contrario, pedirá que se proporcione la información faltante a través de la plataforma informática dentro de un plazo de cuatro días. Si no se cumple con esta solicitud, el proceso de evaluación no se detendrá. El CACES proporcionará la información entregada por los ICS a los comités de evaluación externa para su análisis, una vez que esta haya sido verificada. Esto se hará de acuerdo con lo determinado en el cronograma de evaluación. Los ICS serán los responsables de la veracidad, integridad y fiabilidad de los datos, de acuerdo con las condiciones y términos establecidos en la plataforma informática, que se deben aceptar para poder cargar la información.

Artículo 18. Del análisis de la información entregada por los Institutos y Conservatorios Superiores. Los comités de evaluación externa llevarán a cabo el análisis de toda la información suministrada por los ICS mediante la plataforma informática, conforme lo estipulado en el modelo de evaluación externa. Posteriormente, generarán un informe que será utilizado como insumo para realizar la visita in situ. Los comités de evaluación externa señalarán durante la

visita in situ los temas que requieran una mayor profundización o aclaración. Los comités de evaluación externa, junto con el o los servidores técnicos del CACES, prepararán la agenda de esta visita in situ, que se acordará en conjunto con los ICS.

Artículo 19. De la visita in situ. El comité de evaluación externa llevará a cabo la visita en el lugar para verificar y examinar los datos que se hayan reunido sobre las instalaciones de los ICS, además de conseguir elementos suficientes para aclarar, profundizar y determinar la apreciación de los estándares y criterios establecidos en el modelo de evaluación externa. Para esto, podrán realizar entrevistas individuales o grupales y utilizar otras técnicas de recolección de información en los ICS. La visita in situ en las instalaciones de los ICS debe realizarse siguiendo la normativa legal y el cronograma que ha sido aprobado por el pleno del CACES. Se llevará a cabo una visita única en el lugar y su duración, que será como máximo de cinco días, estará determinada por las consideraciones técnicas que la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores del CACES haya establecido (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 20. Del procedimiento de la visita in situ. Los comités de evaluación externa, con la ayuda de los servidores técnicos del CACES, llevarán a cabo la visita in situ. Después de esta visita, se utilizarán herramientas técnicas para evaluar el rendimiento de los miembros del comité de evaluación externa de los ICS. La Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores será la encargada de definir estas herramientas. Cuando la visita termine, se redactará un acta que será firmada por el coordinador del comité de evaluación externa, por el rector o su delegado y por un servidor técnico del CACES (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 22. De la elaboración del informe preliminar. Elaborará un informe preliminar el comité de evaluación externa de ICS, con la ayuda de los servidores técnicos del CACES, basado en el análisis de toda la información recopilada durante el procedimiento y siguiendo para ello lo indicado en el modelo de evaluación externa. La Comisión permanente de institutos y conservatorios superiores convocará una reunión con los coordinadores de los comités de evaluación externa de ICS con el fin de revisar la coherencia de las valoraciones presentadas en este informe (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Conforme a lo que se trató en esa reunión, los comités de evaluación externa de ICS van a preparar los informes preliminares pertinentes. Los integrantes del comité de evaluación externa de ICS tienen que firmar estos informes y su coordinador los enviará a la Comisión

permanente de institutos y conservatorios superiores para que sean analizados y conocidos. La comisión enviará los informes preliminares a los ICS correspondientes utilizando la plataforma informática habilitada para tal propósito. (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 24. Del informe consolidado. Los comités de evaluación externa de los ICS examinarán y elaborarán el informe consolidado de evaluación externa de los ICS a su cargo después de que las observaciones hayan sido presentadas en los informes preliminares. Esto se hará teniendo en cuenta la metodología de valoración establecida para la acreditación dentro del modelo de evaluación externa para Institutos y Conservatorios Superiores. El coordinador del Comité de Evaluación Externa de ICS tiene la obligación de enviar el informe a la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores después de que sea firmado por los integrantes (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 25. Del examen del informe consolidado. Los informes de los comités de evaluación externa de Institutos y Conservatorios Superiores serán examinados por la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios superiores, con la posibilidad de que esta requiera modificaciones y explicaciones adicionales.

Artículo 26. Del reporte de evaluación externa. Los informes de evaluación externa, que serán elaborados por la Comisión Permanente de Institutos y Conservatorios Superiores, se basarán en los informes consolidados de los comités de evaluación externa del ICS. El pleno del CACES recibirá estos informes para su resolución (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 27. De la autorización de informes de evaluación externa. El pleno del CACES se encargará de conocer y decidir si aprueba o no los informes de evaluación externa. Los resultados de la evaluación serán públicos (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Artículo 28. Carácter de las resoluciones del Consejo. Las decisiones que emita el CACES sobre evaluación y acreditación tendrán carácter estatal y serán de cumplimiento obligatorio para los ICS, así como para el resto de las entidades que dirigen el Sistema de Educación Superior (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

De acuerdo con lo establecido en este reglamento, la acreditación de los institutos y el conservatorio superior se lleva a cabo como un reconocimiento del CACES, que confirma que estos

satisfacen las pautas y criterios establecidos en el modelo de evaluación externa, siguiendo el procedimiento de acreditación. El CACES determinará la duración de la acreditación y emitirá el certificado a los ICS que tengan acreditación (artículo 29) (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), 2019).

Es importante señalar, para concluir, la relevancia del Reglamento de Evaluación Externa con propósito de acreditación para Institutos y Conservatorios Superiores. Esto se debe a que es una forma de conseguir la tan deseada calidad educativa que tiene un rol sin igual en el proceso de globalización, integralidad y competitividad del mundo contemporáneo.

La educación, entonces, se considera de calidad si está orientada a cumplir las aspiraciones de los sectores que integran la sociedad a la que va dirigida; si logra realmente los objetivos que persigue, si se genera mediante procesos culturalmente adecuados, si se utilizan adecuadamente los recursos requeridos para impartirla y si garantiza una distribución justa entre los sectores de la sociedad, no solo en cuanto a la posibilidad de acceder a ella, sino también respecto a las ventajas sociales y económicas que conlleva (Bermeo & Finol de Franco, 2019).

Evaluación continua y mejora de los programas

Desde la mitad de los años noventa del siglo pasado, los asuntos que dominaron las discusiones a nivel internacional sobre educación superior, reflejados en documentos, investigaciones y deliberaciones de organizaciones mundiales dedicadas al tema, fueron aquellos vinculados con la evaluación y temas asociados como el deber ser, la calidad, la pertinencia y la rendición de cuentas a la sociedad por parte de estas entidades. Sin duda, otro eje importante fue la equidad y la accesibilidad, así como el dilema entre optar por una universidad pública o seguir la tendencia a la privatización. Muchos investigadores consideraban este último un tema que debía encender las alarmas de una concepción democrática.

Después de un tiempo, a pesar de que el debate sobre esos problemas persiste, la cuestión de la calidad, la pertinencia y la evaluación tienden a solidificarse. En realidad, a partir de las labores ordenadas con la aprobación de la nueva Constitución Nacional en 2008, los elementos centrales del pensamiento universitario (calidad, pertinencia, evaluación y presentación de cuentas a la sociedad) fueron incluidos en la legislación ecuatoriana. Se les dio un matiz a definiciones más tradicionales como el cogobierno, la interculturalidad y la autonomía universitaria (que ahora se presenta como autonomía responsable).

La evaluación enfocada en la calidad y la pertinencia ha sido y sigue siendo una de las políticas públicas más relevantes para el proceso de reforma y progreso de la educación universitaria o superior en Ecuador, desde que comenzó la segunda década del siglo XXI.

La evaluación constante y sistemática de este entramado institucional, que está fundamentada en las garantías constitucionales del derecho a la educación, tanto general como superior, así como en los principios fundamentales de las instituciones educativas de este nivel (como la autonomía responsable, las misiones correspondientes de docencia e investigación y el contacto con la comunidad), ha posibilitado mantener una planificación y unas acciones oficiales que han permitido alcanzar nuevos niveles en su expansión, integración y pertinencia. Esto es lo que exige la carta fundamental de la República.

En realidad, la evaluación se ha transformado en una actividad constante centrada en la autoevaluación, aunque también incluye otros métodos. Esta actividad se ha convertido en un sistema a nivel nacional que busca alcanzar lo que es el valor fundamental de todas las definiciones legales y políticas públicas de educación superior en Ecuador: la calidad.

El conocimiento generado por la evaluación institucional de las casas de estudio, sus programas, áreas de aprendizaje, trabajo investigativo y gestiones administrativas ha contribuido a enriquecer el proceso de toma de decisiones y planificación en términos de políticas estatales sobre educación superior. Esto ha facilitado el avance hacia la superación de la fragmentación que, hasta hoy, se puede considerar un sistema en camino hacia la integración. Además, ha permitido cerrar los vacíos en términos académicos, tecnológicos, investigativos y administrativos. De esta manera se ha orientado la gestión de las nuevas instituciones universitarias creadas por la Ley Orgánica de Educación Superior en 2010 y reformada en 2018 y años siguientes.

Según la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), los organismos encargados de evaluar la educación superior como política estatal son el Consejo de Educación Superior y, en particular, el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES). Este último lidera un sistema nacional para garantizar la calidad y es sucesor del Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES) y otros logros importantes en evaluación institucional, como el Mandato Constitucional 14. También forman parte los organismos consultivos y coordinadores a nivel regional (Comités Regionales Consultivos de Planificación Educativa Superior) y la Asamblea del sistema educativo superior.

Desde la perspectiva de los acuerdos y resoluciones de entidades internacionales, cuyo propósito es establecer directrices sobre este nivel educativo, el concepto de calidad ha cobrado en Ecuador una relevancia crucial. Según los documentos oficiales, incluidos los reglamentos y las leyes relacionadas con el tema, esta está relacionada con la realización de las garantías y los objetivos establecidos en la Constitución, así como en los planes nacionales y regionales para el desarrollo sostenible. Según el Artículo 93 de la LOES, "la calidad implica una búsqueda sistemática y continua de la excelencia, la pertinencia, un rendimiento óptimo, la transmisión del conocimiento y el desarrollo del pensamiento a través de la crítica externa y autocrítica y de una mejora constante".

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación también tiene en cuenta las garantías constitucionales. Esto es importante subrayarlo: asegurar el acceso más amplio, haciendo valer el derecho a la educación para toda la población sin ninguna clase de discriminación (de género, económica, étnica, etc.), no contradice en absoluto la consecución de todas esas cualidades que se agrupan bajo el concepto de calidad, sobre todo la pertinencia y la excelencia. La evaluación proporciona componentes legítimos para ese procedimiento de crítica y autocrítica incesante que posibilita la mejora continua de las instituciones.

La unificación en un único sistema de una serie de instituciones que, hasta hace poco tiempo, estaban fragmentadas y diseminadas ha sido otro de los temas tratados por esas políticas derivadas de la evaluación. Ahora, ya que cada parte está interconectada con las demás y guiada por instancias emergentes, como las que se mencionan en la LOES, los objetivos incluidos en los documentos legales y los materiales de planificación son alcanzables además de plausibles.

Las distintas teorías educativas tienen sus propias definiciones de calidad. En una estructura indudablemente simplificada, se pueden diferenciar tres enfoques educativos: los humanistas, los críticos y los conductistas.

En los enfoques del primer tipo, la prioridad es desarrollar las habilidades de los alumnos para construir significados y dar sentido a lo que aprenden, con los docentes actuando como mediadores en este proceso. Por consiguiente, esta corriente pedagógica sugiere que los planes de estudio deben tener en cuenta las particularidades y necesidades individuales del alumnado para su aprendizaje.

Por su parte, las corrientes conductistas subrayan la relevancia de una educación estructurada, evaluando lo que el estudiante aprende paso a paso y comprobando sus resultados. De este modo, el maestro orienta el aprendizaje controlando las respuestas y los estímulos.

En tercer lugar, en los enfoques críticos, que abarcan un amplio espectro teórico, se fomenta el análisis crítico de la realidad. Su principal inquietud es que la educación favorezca las transformaciones sociales y la disminución de las desigualdades, alentar a los marginados a ser autónomos y emanciparse (UNESCO, 2005).

Un consenso, que fue desarrollado tras treinta años de discusiones entre puntos de vista opuestos en los organismos internacionales enfocados en la educación y dentro de los gobiernos regionales, ha determinado que la calidad es un concepto que debe interpretarse en relación con otros conceptos esenciales. En otras palabras, la calidad no es un concepto independiente; más bien, como juicio de valor, debe incluir la equidad, lo pertinente y lo relevante, así como el estudio de los recursos utilizados tanto para cumplir con los objetivos y metas (eficacia) como para utilizarlos de manera racional y efectiva (eficiencia).

La calidad de la educación en nivel superior es un término que abarca múltiples dimensiones y engloba todas sus tareas y funciones, como los programas académicos, la investigación y la enseñanza, el personal y los estudiantes, las instalaciones e infraestructuras, el equipamiento y los servicios destinados a la comunidad universitaria y al público en general. Es esencial realizar una autoevaluación interna y un examen externo de forma transparente para mejorar la calidad, idealmente por expertos independientes con especialización internacional. Se propuso fundar entidades independientes a escala nacional y establecer estándares de calidad comparativos que tuvieran reconocimiento internacional. No obstante, también era esencial involucrar a los actores principales en los procesos universitarios. Además, para evitar la homogeneización, es imprescindible tener en cuenta la diversidad, dado que hay numerosas particularidades en los contextos institucionales, nacionales y regionales (Conferencia Mundial sobre Educación Superior, 1998).

De esta manera, el concepto de “calidad en la educación” tiene varias dimensiones:

- a. la de la **eficacia**: Una educación de calidad es aquella que consigue que los estudiantes aprendan verdaderamente lo que se supone deben aprender, es decir, lo que está definido en los programas y planes curriculares, después de ciertos ciclos o niveles.

- b.** la de la **relevancia**: Una educación de calidad es aquella cuyos contenidos se ajustan apropiadamente a lo que el individuo requiere para crecer como ser humano -en términos intelectuales, afectivos, morales y físicos- y para participar en las distintas áreas sociales (la política, la economía, la sociedad);
- c.** Calidad referente **a los procesos y medios disponibles**: Una educación de calidad brinda a niños y adolescentes un entorno físico apropiado para el aprendizaje, docentes bien capacitados para la labor de enseñar, materiales de estudio y trabajo adecuados, estrategias didácticas pertinentes, entre otros elementos.

A pesar de la complejidad del término “calidad”, existen ciertos consensos acerca de los principios que deben orientar las políticas destinadas a alcanzarla: a) pertinencia social, b) relevancia de los contenidos y modelos pedagógicos, c) mayor equidad en el acceso y los resultados, d) necesidad de hacer más efectivos los procesos y medios empleados en el proceso educativo, e) necesidad de respetar los derechos de las personas. En todo caso, es preciso conseguir el mayor consenso posible en torno a los fines y objetivos de la educación, las dimensiones de la calidad, un método para determinar las variables fundamentales y un gran marco para la mejora del sistema. En este sentido, se ha propuesto lo que se ha denominado un enfoque holístico que comprende las siguientes dimensiones: a) Derechos Humanos, b) equidad, c) pertinencia, d) relevancia y e) eficacia y eficiencia (Moreno & Sánchez, 2007).

Las evaluaciones deben abordar al menos cuatro aspectos:

- a. Evaluación del contexto.** En esta clase de evaluación, los objetivos fundamentales son la valoración del estado general del objeto, ya sea el programa, la institución, la población o el individuo en comparación con las virtudes, problemas y rasgos del marco global en el que se desarrolla. Además, es posible investigar si las metas y prioridades actuales se alinean con los requerimientos que el objeto debe cumplir;
- b. Evaluación de entrada** (input) cuyo objetivo es contribuir a establecer un programa para llevar adelante los cambios recomendados;
- c. Evaluación del proceso.** Esta clase de evaluación implica la verificación continua de que un proyecto o plan se esté llevando a cabo. Se propone como objetivos brindar a los individuos responsables de la administración y al personal institucional información constante sobre la implementación del programa y la guía para cambiar o aclarar el plan.

- d. **Evaluación del producto** que busca valorar, interpretar y juzgar los logros o la satisfacción de necesidades del programa; así como los efectos deseados y no deseados (Mora Vargas, 2004).

El M14, que fue un punto de inflexión en la historia del sistema de educación superior ecuatoriano, usó criterios que incluían la investigación, los estudiantes (los ambientes de aprendizaje), la gestión administrativa y los académicos (los profesores). Mediante este esquema de criterios se llevó a cabo una clasificación inicial del total de las Instituciones de Educación Superior en el país, dividiéndolas en cuatro categorías (Mandato Constituyente 14, 2009).

Estos criterios han evolucionado hasta reflejarse en los ejes del modelo de evaluación de la CACES en 2019:

- a. La docencia
- b. La investigación
- c. La vinculación con la sociedad
- d. Las condiciones institucionales (CACES, 2018)

El Sistema Interinstitucional de Aseguramiento de la Calidad (SIAC), que fue establecido por medio de una reforma a la LOES en 2018, tiene al CES, CACES y las entidades educativas superiores como figuras clave (Art. 94). Esta nueva realidad institucional y organizativa surge de la necesidad de una operación coordinada entre las instituciones de educación superior y los organismos del Estado en torno a la meta de garantizar calidad. Por ello, se le asignó al CACES el papel de planificar y coordinar el funcionamiento del SIAC.

La autoevaluación constante que las instituciones de educación superior llevan a cabo para determinar si están cumpliendo con sus objetivos es la base principal de este sistema. El Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior otorgará acreditaciones a los programas, las instituciones y las carreras de educación superior que cumplan con lo estipulado en esta Ley y el reglamento correspondiente (LOR LOES 2018, Art. 94).

En esta segunda parte de la definición del SIAC, se deduce que es imprescindible articular la acreditación y la autoevaluación, dos procedimientos que ayudan a cumplir con la meta de mejorar continuamente, poniendo énfasis en la autoevaluación. En la LOES se realizaron reformas en 2018, las cuales incluyen la autoevaluación, la evaluación externa y la acreditación en el marco del aseguramiento de la calidad. Así, se le atribuye a este

concepto una gran relevancia al articular un sistema integrado entre las instituciones estatales y las IES. El proceso de autoevaluación se vuelve más importante, como elemento central del sistema de aseguramiento de la calidad, y el procedimiento de categorización desaparece. En la LOES 2010, antes de su reforma en 2018, este último estaba incluido en el proceso de acreditación.

A continuación, se ilustra el nuevo momento marcado por el aseguramiento de la calidad como objetivo central y ya no como un proceso.

Figura 1.

Nuevo enfoque de la evaluación institucional de Educación Superior



Nota. Adaptado de (CACES, 2018)

El propósito de esta perspectiva es colaborar, a través del CACES, con la garantía de la calidad del sistema educativo superior ecuatoriano. Se busca fortalecer el vínculo orgánico y sinérgico entre los procedimientos de aseguramiento interno y externo que se llevan a cabo en las instituciones de educación superior.

Este objetivo del enfoque de trabajo está vinculado con la definición del principio de calidad que se encuentra en la LOR LOES 2018, el cual menciona la búsqueda constante y autorreflexiva de mejora, garantía y creación conjunta de una cultura educativa superior de calidad. Esta tarea involucra a todos los sectores de las instituciones educativas superiores y del Sistema de Educación Superior. (Art. 93 de LOR LOES 2018). Además, con el deber que le corresponde al CACES, según la misma ley, de regular, planificar y coordinar el Sistema Interinstitucional de Aseguramiento de la Calidad en la educación superior.

El enfoque de aseguramiento de la calidad de las IES tiene como principales ejes:

1. Distinguir evaluación sin y con fines de acreditación.
2. Otorgar centralidad a los procesos de autoevaluación.
3. Lograr la participación sustantiva de las IES en los procesos de aseguramiento de la calidad.

La separación entre la evaluación con fines de acreditación y la que no los tiene se originó debido a la necesidad de prevenir conflictos entre las IES, ya que los procesos de evaluación solían desviarse de los objetivos de mejora e incitar ciertos enfrentamientos respecto a un supuesto "ranking" entre las casas de estudio. La evaluación para acreditación, que se sitúa dentro del ámbito de la garantía externa de calidad, responde directamente a la meta de asegurar condiciones básicas de calidad en las IES para la sociedad.

La evaluación sin fines de acreditación tiene como propósito la cualificación de las IES y se sitúa en un punto intermedio entre el aseguramiento interno y externo de la calidad. Esto es así porque la lleva a cabo una entidad pública externa, como el CACES, pero implica una reflexión interna sobre las particularidades de las IES y es voluntaria.

La evaluación externa sin fines de acreditación es un apoyo a la cualificación académica de las instituciones de educación superior, que se entiende como el cumplimiento ideal de su misión, visión, objetivos y metas, considerando sus rasgos específicos y su naturaleza. Este procedimiento tiene como objetivo asistir a estas instituciones en la identificación y el fortalecimiento de las condiciones que les posibiliten un desempeño cada vez más relevante e integral en sus funciones sustantivas. Este tipo de evaluación se realizará mediante un enfoque mixto que integra métodos cualitativos y cuantitativos, además de técnicas para recopilar información. Estas pueden ser encuestas, entrevistas con informantes relevantes, grupos fo-

cales u observaciones. Esto supondrá una interacción directa entre el equipo de evaluación y diversos sectores de la comunidad universitaria.

Dado que, de acuerdo al Artículo 173 de la LOR LOES 2018, la participación de las IES en procesos de evaluación sin fines acreditativos es opcional, el CACES establecerá periodos concretos para llevarlos a cabo, situados a mitad del tiempo transcurrido entre dos acreditaciones.

Tabla 1.

Posibles períodos para impulsar distintos tipos de evaluación

2019	2022	2024	2027	2029
Evaluación con fines de acreditación	Evaluación sin fines de acreditación	Evaluación con fines de acreditación	Evaluación sin fines de acreditación	Evaluación con fines de acreditación

Nota. Adaptado de (CACES, 2018)

El propósito del Modelo de Evaluación Institucional externa utilizado para la acreditación en las IES fue evaluar el desempeño de sus funciones o misiones sustantivas (docencia, investigación y conexión con la comunidad), no clasificarlas. A los tres ejes de evaluación previamente citados, se añade el eje de las "condiciones institucionales". Los criterios de evaluación se derivan de esos ejes; con ellos se operacionalizan los indicadores para utilizar diversos instrumentos de investigación, ya sean cualitativos o cuantitativos.

Las condiciones institucionales y organizativas, la enseñanza, la investigación y el vínculo con la comunidad o extensión son los ejes de evaluación que garantizan estabilidad en los procesos evaluativos, ya sean estos para acreditación o solo para evaluar el rendimiento. Esto incluye tanto las autoevaluaciones como las valoraciones externas.

Aquí se sugiere una sistematización que descompone esos ejes, los cuales cuentan con un consenso internacional extenso en cuanto a la evaluación de las Instituciones de Educación Superior. La sistematización que se muestra aquí en la siguiente tabla, no tiene por qué ser la misma que la establecida por las entidades oficiales de evaluación de IES en Ecuador.

Tabla 2.
Operacionalización de ejes y criterios de evaluación institucional de la Educación Superior

Ejes Básicos	Docencia	Relación con la Comunidad		Investigación		Condiciones Institucionales	
		Relación con la Comunidad	Investigación	Condiciones Institucionales	Condiciones Institucionales	Relación con la Comunidad	Investigación
Criterios Generales.	Estudiantes Condics. Laboral	Formac. Valores Inv.	Integración Sist. Cyt	Planif.,Org., Admin.	Infraestructura	Actores	
Perfil Profesoral.	Remuneraciones	Espacios Reflexión	Pertinencia	Proyectos Extensión	Planes Estratégicos	Edificios	
Selección			Innov.,Patentes	Integracion Proyectos	Servicios a la Comunidad	Bibliotecas	Estado-Gobierno
Postgrado			Nacionales o Internacionales	Nacionales o Internacionales	Políticas	Laboratorios	
Criterios Planes Estudio	Acceso y Selección	Proyección Valores	Publicaciones	Resp. Social	Instancias Organizativas		Entorno Local
Experiencia	Participación en Gestión	Transparencia Admin.	Eventos	Integración Redes Inv	Relac.	Gremios	
Carga Horaria			Intercambios	Nac. e Internacionales	Presupuesto	Orgs. Sociales	
Eval. Estud.	Bienestar Estud.	Igualdad y Equidad		Participación Ciudadana	Eficacia	Vialidad	
Escalafón	Convenios	Bienestar Psicológico	Dotación Bib.		Relacs.	Normativa	
				Zonas Verdes			
							Nota. Elaboración propia.

La promoción de la salud y la enfermería

La promoción de la salud se centra en una perspectiva enfocada en la salud y no en la enfermedad. La prevención se convierte en el eje principal de la formulación de las políticas sanitarias en términos de dirigir las acciones relacionadas con la salud y poder hacer frente a las enfermedades, desde que fue concebida con un alto nivel técnico y un amplio respaldo científico-tecnológico, la capacidad de prevenir la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo. Subraya que, al principio, a finales del siglo XIX, la línea de control de enfermedades infecciosas se expandió como resultado del auge de la microbiología; sin embargo, hacia el final del siglo XX, la línea para controlar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) comenzó a desarrollarse significativamente. (Franco-Giraldo, 2022).

La epidemiología ha empleado todos sus recursos, desde el enfoque de riesgo y el unicausalismo hasta los modelos complejos y multinivel, para respaldar esta lógica de prevención. Esta es una interpretación negativa de la salud, que se define como la falta de enfermedad y que se diferencia de la PS, ya que esta última comprende la salud desde un enfoque salutogénico, entendida como un proceso vital humano con un sentido positivo.

Siempre se ha discutido entre las perspectivas que resaltan la acción enfocada en cambiar los estilos de vida y las posturas que priorizan las acciones orientadas a la transformación social y la lucha política. En el primer caso, se actúa sobre la conducta de las personas y, en el segundo, sobre los grupos sociales; en el primero, se basa en estilos de vida sanos y, en el segundo, en formas saludables de vida. Las perspectivas político-sociales resaltan la creación de ambientes saludables, las políticas públicas que promueven la salud y, más recientemente, el enfoque de salud en todas las políticas en relación a los DSS (Kunsle, 2021).

Históricamente, el enfoque social ha implicado que la salud y la enfermedad estaban condicionadas por las circunstancias sociales relacionadas con el acceso a diversos elementos del bienestar, los cuales determinan las condiciones de vida generales de la gente. Ese proceso social, por otro lado, determina o condiciona el proceso vital de los seres humanos, que está representado por el curso de la vida del individuo (life course). Así se establece como el objeto de la Promoción de la Salud (Hosking, et al, 2011).

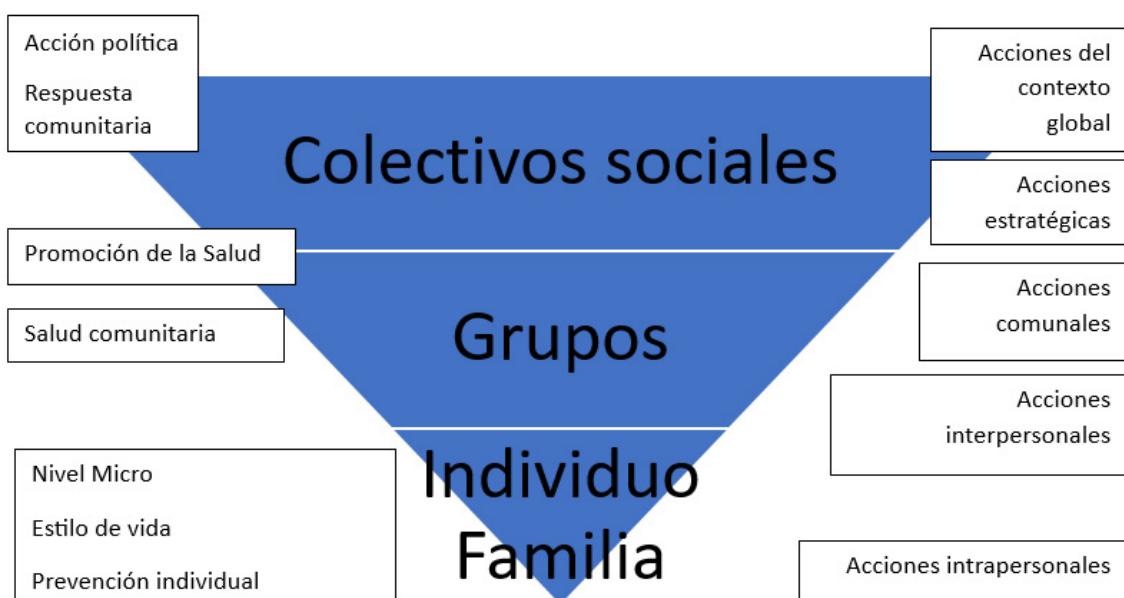
Como otra opción, la perspectiva política del PS ha evolucionado desde que se comenzaron a aplicar las políticas públicas saludables (las policy), establecidas principalmente en la segunda Conferencia Internacional de PS, que tuvo lugar en Adelaida en 1988 (OMS., 1988); más ade-

lante se redimensiona en Adelaida 2010 (OMS, 2010) bajo una perspectiva más integral, la de la salud en todas las políticas; Hoy en día, el desafío es reconsiderar la salud de acuerdo con las políticas transectoriales y reorientar la PS dentro de una política más amplia. Se sostiene que los modelos de PS deberían ser sociopolíticos, ecológicos y socioculturales, dependiendo del contacto entre personas y grupos con su entorno económico, político, físico, social y cultural. (Restrepo, 2001).

En todo caso, los diferentes modelos de promoción de la salud deben considerar los diferentes niveles de acción.

Figura 2.

Niveles de acción de la promoción de la salud



Nota. Adaptado de (Carmona, L., et al, 2005)

Educación para la salud y empoderamiento del paciente

La educación en salud o educación para la salud ha sido asociada con la promoción de la salud, aunque también se ha pensado que esta última es un proceso por el cual los individuos toman mayor conciencia de su realidad, lo que les permite desarrollar habilidades a partir de sus vivencias, experiencias y saberes, para adaptar su conducta a la realidad y contexto en el que viven (Ocampo & Arango, 2016). Por su parte, Porto-Fernandes y Schubert-Backes (2010), sostienen que la educación fomenta la conciencia crítica de los individuos en relación con su entendimiento y participación a la hora de afrontar sus situaciones de vida. Esta visión trans-

formadora de la educación liberadora y emancipatoria "interviene en la construcción social de las personas y en la validación de sus derechos como ciudadanos".

Existen varios modelos de promoción de la Salud como se muestra en la tabla.

Tabla 3.

Algunos modelos de Promoción de la Salud

Modelo	Características
Modelo clásico de salud pública	Preventivo en salud
Movimiento global de SP	Incluye educación para la salud centrada en el estilo de vida
Modelo contrahegemónico SP	Salud como derecho social. Movilización social reivindicativa
Modelo basado en activos	Metodología del mapeo de activos para la salud
Modelo salutogénico	Coherencia, significatividad, comprensibilidad, manejabilidad
Salud comunitaria	Centrado en salud pública y atención primaria en entidades locales
Enfoque de educación popular	Participativo, reflexivo, dialógico
Atención Primaria en Salud	Continuidad de la atención, integralidad de servicios, comunicación interpersonal
Universidades promotoras de salud	Participación comunitaria del personal universitario
Modelos ecológicos	Basado en diferentes niveles de atención integrados: individuo, familia, comunidad, sociedad
Modelos sociocognitivos	Trabaja con creencias, conocimientos, motivación, modelos de acción razonada

Nota. Adaptación de (Franco-Giraldo, 2022)

La Educación y Promoción de la salud se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud" (World Health Organization (WHO)., 2025). Así, las actividades para fomentar la salud deben tener

como objetivo el mejoramiento de la condición general de una comunidad y el fomento del uso de los servicios médicos. Esta definición es particularmente relevante en la práctica diaria, mediante la materialización de perspectivas participativas entre las organizaciones, los individuos, las comunidades y las instituciones. Se busca colaborar de manera conjunta para establecer condiciones que aseguren la salud y el bienestar no solo a nivel individual, sino también global (Izquierdo, et al, 2022).

La promoción de la salud también conlleva poner en marcha políticas y programas que aseguren el acceso a los servicios sanitarios y que establezcan actividades públicas de forma intersectorial y participativa, promoviendo la operación interdisciplinaria y multidisciplinaria a través de diversos niveles. La promoción y la educación sanitaria no son exclusivas de la enfermería; sin embargo, al ser parte inherente de un equipo multidisciplinario, cada miembro se vuelve automáticamente un educador. En ocasiones, algunos profesionales educan más que otros; sin embargo, por lo general es un trabajo de más de un miembro de este equipo. (Salmeron, et al, 2017).

El entendimiento de las prácticas sociales y la participación en el desarrollo de sus beneficios sanitarios es uno de los objetivos estratégicos fundamentales de la salud pública. En este contexto, resulta de especial importancia promover prácticas sociales saludables como elemento esencial para fomentar y proteger la salud. Este es el pilar básico en una sociedad con niveles óptimos de bienestar individual y colectivo (CCHP, 2018).

La educación, que se utiliza como un instrumento para promover la salud, también tiene entre sus funciones el establecimiento de oportunidades de aprendizaje que faciliten cambios en los comportamientos o estilos de vida con el fin de volverlos saludables y libres de prácticas perjudiciales. Estas prácticas constituyen factores de riesgo para la aparición tanto de enfermedades infecciosas como crónicas no transmisibles, con el objetivo de que la población tenga control sobre las causas sociales, económicas y ambientales que puedan afectar la salud comunitaria.

Todo esto significa una mejora de la función tradicional que se le ha asignado a la educación para la salud, que se ha restringido principalmente a modificar los comportamientos de riesgo de las personas. Ahora se considera como una herramienta poderosa para el cambio, entendida como un proceso sistemático, responsable, armonioso e integrado; orientado a motivar e informar en estrecha relación y retroalimentación con el avance académico y la investigación científica. (Madrazo, et al, 2016).

La educación para la salud es, por sí misma, una interacción dinámica que incluye las acciones y conductas humanas de los educandos y los educadores en un proceso de formación continua que requiere interactuar con el fin de aprender lo más importante. Sin embargo, a menudo ocurre en países con amplia diversidad cultural y étnica que este conocimiento mutuo no se produce, lo cual genera dificultades para el desarrollo efectivo de este proceso.

La educación para la salud debe iniciarse en la niñez, con el objetivo de perfilar el dominio pleno del individuo sobre sí mismo y tener una influencia tanto a nivel colectivo como individual desde un punto de vista sanitario. No solamente requiere de la familia y el grupo social las actitudes y conocimientos necesarios para fomentar estilos de vida saludables, sino también la implementación de otros que se utilizan para progresar hacia una salud total de la comunidad; por lo tanto, cumple una función preventiva y correctiva. Es preciso dirigir la educación para la salud desde el punto de vista intercultural, considerando las costumbres, actitudes y valores ancestrales de los individuos (Madrazo, et al, 2016).

Las enfermeras suelen ser el vínculo entre la población y ese equipo multidisciplinario, sosteniendo una relación más cercana, cordial y humana con los individuos, ya estén sanos o enfermos, que se encuentran expuestos a posibles riesgos para su salud que pueden empeorar aún más su estado ya de por sí deteriorado. La formación y el fomento de la salud son un proceso completo que proporciona información, estimula y ayuda a la comunidad para que adopte y mantenga prácticas y estilos de vida saludables de manera sistemática, promueve las transformaciones del entorno necesarias para facilitar esos objetivos y orienta tanto la investigación como la formación profesional hacia esos fines.

La promoción de la salud desde el paradigma de la enfermería puede tener su fundamento en diferentes teorías. Sin embargo, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), desarrollado por Nola Pender, quien se ha dedicado a esta ciencia, establece que la conducta humana está impulsada por el anhelo de alcanzar el bienestar y el potencial al más alto nivel, así como por brindar respuestas sobre cómo las personas toman decisiones acerca del cuidado de su propia salud (Aristizabal, et al, 2018).

La naturaleza de los individuos es polifacética en su interacción con el entorno, especialmente cuando se esfuerzan por llegar a la condición de salud que desean. Esto incluye profundizar en la relación entre las cualidades personales y las experiencias, conocimientos adquiridos, creencias culturales ancestrales y transmitidas de generación en generación, así como los aspectos relacionados con los comportamientos sanitarios que se quieren alcanzar. Por ello,

este modelo es muy utilizado por enfermeros porque ayuda a comprender las actitudes individuales y colectivas que están relacionadas con la salud. Esto favorece una tendencia positiva hacia la consecución de motivaciones y comportamientos saludables y duraderos en el tiempo, fundamentados en las experiencias pasadas de cada individuo, su propia personalidad y los factores biológicos, estrechamente vinculados con las particularidades socioculturales e influencias del período histórico en el que vive.

Para que las enfermeras tengan la capacidad de realizar este importante trabajo social y humano, es fundamental que se guíen, como modelo esencial de su labor diaria, por los principios teóricos propuestos por Jean Watson, una destacada enfermera estadounidense. Esta última demostró magistralmente durante sus investigaciones académicas y científicas la importancia de estar abiertos a la espiritualidad en el nivel más elevado del espacio cultural que distingue a un grupo poblacional en un periodo histórico específico, el cual está influido por el legado generacional.

En este sentido, la “Teoría del Cuidado Humano” se ha distinguido en las décadas recientes por promover la combinación de los saberes acumulados por el ser humano con su inteligencia emocional al interactuar con otros y en todas las cuestiones asociadas al perfil profesional, con el objetivo de conseguir un nivel elevado de calidad en el proceso de atención al paciente y en su ejecución administrativa, educativa e investigativa.

Este modelo sostiene las dimensiones y conexiones que se cruzan en una dinámica holística, lo cual posibilita un cambio positivo en la conducta y actitudes sanitarias del individuo y de la comunidad, con el objetivo principal de alcanzar una mejor calidad de vida. Por lo tanto, la promoción de la salud es una actividad fundamental en las distintas áreas de una sociedad.

Además, uno de los objetivos principales de esta teoría es la posibilidad de restablecer el equilibrio que puede perderse entre el funcionamiento del cerebro, que se basa en las conexiones neuronales existentes; la fisiología de cada uno de los sistemas orgánicos del cuerpo y la espiritualidad como un todo. Se entiende que solo con este equilibrio constante, una persona tiene la capacidad de conservar su salud al nivel más alto posible, en estrecha relación con su entorno, ya que este representa el contexto donde interactúa holísticamente y dinámicamente con otros individuos y el personal de enfermería.

El personal de enfermería, al actuar como un formador por excelencia, no solo enseña, sino que también sirve de modelo a través de su liderazgo y promueve la interacción entre él y el

paciente. Esto permite observar de cerca las percepciones del paciente y aprender sobre sus actitudes y las de su familia para poder reaccionar. Los enfermeros tienen la responsabilidad de proporcionar cuidados que fomenten la salud y eviten enfermedades en todo momento, de modo que identifiquen las habilidades y fortalezas presentes en cada familia para contribuir a mantener su adaptación.

En este contexto, es crucial considerar las afirmaciones de Dorothea Orem. En su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado", presentó la estrecha conexión entre el autocuidado, que facilita la comprensión de cómo y por qué los individuos se cuidan a sí mismos; la teoría del déficit de autocuidado, que demuestra cómo la enfermería puede asistir al individuo; y la teoría de sistemas de enfermería, que revela las relaciones que deben mantenerse como un todo integrado, permitiendo así interpretar las definiciones de persona, profesión, salud y el impacto del entorno sobre esta.



Teorías y Modelos
Conceptuales en Enfermería

Capítulo 3

CAPÍTULO 3.

TEORÍAS Y MODELOS CONCEPTUALES EN ENFERMERÍA

Sara Esther Barros Rivera
María Elena Ochoa Anastacio

La relevancia de las grandes teóricas

El denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se ha desarrollado con el propósito de organizar y estructurar esas actividades científicamente, así como para permitir el análisis y la resolución de las circunstancias en las que participan los profesionales enfermeros. El PAE es una sistematización de las actividades de cuidado y sirve como un instrumento para coordinar el trabajo enfermero. Este está compuesto por una secuencia de pasos o fases que están estrechamente vinculadas entre sí. (INEPEO, 2013).

Hay tantos modelos del Proceso de Atención de Enfermería, como teorías de la profesión, pero pueden establecerse cuatro aspectos generales o comunes:

- Persona,
- Salud,
- Entorno y
- Cuidado.

Las teorías de la enfermería se han visto afectadas en su desarrollo por ideas más amplias, como la teoría de sistemas, las interpretaciones psicológicas sobre las necesidades humanas y la interculturalidad, además del acercamiento a otras disciplinas, entre ellas la antropología, la sociología y la psicología. Se observan estas características generales en las teorías de enfermería más destacadas y conocidas, elaboradas por las doctoras Virginia Henderson, Dorotea Orem, Myra Levine, Calista Roy, Betty Neuman y Madeleine Leininger.

El modelo de Virginia Henderson se estructura alrededor del eje de la autonomía del enfermero y la especificidad de su servicio. Desde aquí, su función autónoma y propia se manifiesta en relación con las colaboraciones que establece con los demás profesionales sanitarios. Según Henderson, las fases del PAE incluyen, en primer lugar, la valoración, que consiste en recopilar e interpretar información mediante un procedimiento planificado, sistemático y deliberado. En segundo lugar, el diagnóstico consiste en un juicio clínico acerca de las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los problemas de salud que son vitales, reales o potenciales.

Desde este punto de vista, un diagnóstico enfermero establece el fundamento para seleccionar las intervenciones de los enfermeros con el objetivo de lograr los resultados a los que el profesional de la enfermería es responsable. La tercera fase es la planificación de los cuidados, en la que se establecen las acciones y el momento y la duración de estas, según los recursos disponibles. También tiene en cuenta el diagnóstico, que ayuda a decidir cuáles cuidados son apropiados para alcanzar las metas propuestas. A partir de allí se genera un plan de cuidados, cuya implementación es la cuarta fase del PAE. La evaluación, que se refiere a la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados logrados, se lleva a cabo durante la quinta etapa del PAE (INEPEO, 2013).

En cuanto a la teoría formulada por Dorotea Orem, describe a la enfermería como una manera consciente y deliberada de brindar ayuda a aquellos que no pueden satisfacer sus necesidades de autocuidado en salud. El paciente, desde este enfoque, es un ser humano que requiere asistencia para cuidarse a sí mismo; ya que su condición fisiológica, intelectual, emocional, social y/o económica ha modificado o anulado su habilidad para hacerlo.

La capacidad para satisfacer las necesidades propias es lo que Orem entiende como salud. Cuando el paciente no logra sostener la cantidad y calidad del autocuidado, la enfermera se relaciona con él. Orem se vale de la teoría del psicólogo Abraham Maslow, que es representada por la famosa pirámide de las necesidades. Esta pirámide abarca desde las más elementales, en su base, hasta las psicológicas (situadas en el vértice superior): autorrealización y autoestima. Estos niveles están relacionados con las necesidades de autocuidado.

La perspectiva teórica de Myra Levine es otra que merece ser considerada. Según ella, la enfermería es la interacción entre individuos que dependen de otros, y el trabajo de enfermería mantiene y estimula la adaptación del individuo. Su tesis central sostiene que la interacción entre el enfermero y el paciente depende de las condiciones sanitarias del paciente, de las tareas de enfermería y de los deberes del personal de enfermería en cada circunstancia.

La teoría de la adaptación, propuesta por Calista Roy para explicar el rol de la enfermería, concibe a los individuos como entidades bio-psico-sociales que se relacionan constantemente con un medio cambiante. En esas circunstancias, la enfermedad y la salud son componentes inevitables de la vida; por lo tanto, para responder de forma favorable a los cambios del entorno, es esencial que el individuo se adapte. La habilidad individual de reaccionar a las fuerzas del medio determina la adaptación.

Betty Neuman, con fuerte influencia de la teoría Gestalt en términos psicológicos, define el papel y las funciones de la enfermería desde una perspectiva que considera al organismo humano como un sistema abierto. Este sistema tiene la capacidad de sostener y restablecer su salud y equilibrio a través de un proceso homeostático. Para ello, es esencial determinar las necesidades del paciente para implementar la metodología apropiada que brinda una gestión de calidad (Balderas, 2010).

La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, formulada por la doctora Madeleine Leininger, combina ideas como atención, cuidado, cultura, valores culturales y diferencias culturales con conceptos y perspectivas antropológicas. La atención es el tema principal del cuidado, el saber y la práctica de enfermería, como se indica en estos conceptos; ya que la atención comprende las acciones destinadas a ayudar y proporcionar facilidades o apoyo a personas o grupos con necesidades claras o anticipadas, al mismo tiempo que contribuye a mejorar las condiciones humanas y los estilos de vida (Mora, et al, 2024).

Hildegart Peplau define la enfermería como una práctica que abarca procesos terapéuticos e interpersonales de vital relevancia. Por esto, teoriza acerca de la enfermería psicodinámica como un proceso humano que colabora con alcanzar la salud de los pacientes mediante el uso de conceptos psiquiátricos y psicológicos. Esta teoría sostiene que las interacciones entre pacientes y enfermeros generan aprendizaje y desarrollo personal en ambas partes durante el proceso de terapia, en el cual los dos colaboran para que la atención sea efectiva. Para ello, los cuidados interpersonales de enfermería tienen que realizarse en cuatro etapas: la fase de orientación, la fase de identificación, la fase de exploración y la fase de resolución. Cada etapa se distingue por los papeles del enfermero y/o del paciente para superar los problemas detectados y las necesidades que surgen a partir del proceso de tratamiento, con el objetivo de desarrollar colectivamente las soluciones apropiadas (Lima, et al, 2024)

Las tendencias más recientes sugieren poner énfasis en la participación del paciente en su autocuidado, a través de la instrucción y prevención suministradas durante su hospitalización. Respecto a las enfermedades que afectan la salud, existen numerosos programas nacionales con el objetivo de abarcar todo el territorio nacional. Por esta razón, los enfermeros deben estar completamente conscientes del papel que la profesión les exige desempeñar en relación con la sociedad a la que pertenecen.

Modelos de cuidado y su aplicación en la práctica

Se pueden describir los cuidados básicos de enfermería como aquellos que necesita cualquier individuo, independientemente de su diagnóstico médico, y que van más allá del tratamiento médico indicado. También es importante considerar que estas medidas pueden aplicarse en cualquier entorno: la escuela, el hogar, el hospital, etc. Por ende, la atención a las personas, ya estén enfermas o sanas, en la realización de las actividades que favorecen su salud o la recuperación de esta, se considera el cuidado básico de enfermería. Es importante recordar que siempre debemos orientar al paciente hacia el más alto nivel de independencia posible.

Los cuidados de enfermería durante el tiempo que se está hospitalizado deben brindar seguridad a los pacientes y sus familiares, así como la calidad asistencial propia de cada procedimiento relacionado con cada patología. En este contexto, los cuidados pueden ser clasificados en dos grupos: los cuidados directos y los indirectos. Los cuidados indirectos son los que tienen que ver con el ambiente del paciente y asuntos de tipo organizativo, como la comunicación con otras unidades, la gestión de traslados, las relaciones con la atención primaria en salud, las actividades multidisciplinarias y las sesiones clínicas.

Por otro lado, los cuidados directos son aquellos que se proporcionan directamente a los pacientes. Estos pueden ser cuidados técnicos relacionados con las dolencias que llevaron a la hospitalización y el tratamiento posterior, lo cual requiere realizar procedimientos instrumentales. De igual manera, existen cuidados particulares asociados con la hospitalización que son responsabilidad de los servicios de enfermería y están enfocados en la seguridad del individuo y en la recuperación de la autonomía del paciente. Necesitan de métodos y procedimientos particulares enfocados en prevenir efectos negativos (úlcera por presión, caídas, falta de adherencia al tratamiento, etc.) y cubrir las necesidades básicas.

Para tomar decisiones sobre la atención o el cuidado de los pacientes en la práctica clínica, se requieren diversos componentes a fin de que estas decisiones sean sólidas. Estas decisiones, en orden sucesivo, son:

- a. En primer lugar, se formula una pregunta clínica referida a un problema de un paciente. La pregunta debe ser específica, detallándose cuatro componentes:
 - i. el tipo de paciente o problema de interés,
 - ii. la intervención clínica,
 - iii. una intervención con la que comparar (cuando dicha comparación sea pertinente) y

iv. el resultado clínico de interés.

Las preguntas clínicas pueden surgir desde cualquier área de la práctica clínica (prevención, tratamiento, pronóstico, etiología, etc.).

- b.** El segundo paso es encontrar las mejores evidencias disponibles. El profesional debe contar con habilidades para realizar búsquedas efectivas y acceso sencillo a las bases de datos bibliográficas para poder hacerlo. Existen dos clases de bases de datos accesibles. Algunas son bibliográficas y posibilitan la identificación de la literatura que es relevante. Los otros tipos de bases de datos proporcionan directamente los documentos primarios o secundarios que son relevantes.

La primera etapa de la actividad de enfermería es evaluar las evidencias. Hay dos aspectos que deben ser considerados: la validez de las evidencias y su utilidad en términos clínicos. Es necesario implementar los resultados conseguidos en la práctica clínica y proceder conforme a la evidencia. Para emplear la evidencia, el clínico debe tener en cuenta lo siguiente: (i) El paciente, ¿en qué medida se asemeja a los de la población estudiada? (ii) ¿Qué probabilidades hay de que el paciente sufra daños o reciba beneficios? (iii) Si está disponible la intervención o el diagnóstico en el ámbito de la práctica clínica. (iv) ¿De qué manera influyen los valores y preferencias del paciente en la decisión?

Para evaluar la actuación basada en evidencia, hay que enfocarse en dos áreas: la valoración de los resultados clínicos y la evaluación del desempeño profesional.

La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de obtención, registro e interpretación de información cuyo propósito es determinar la situación de salud que reporta el paciente, la familia y comunidad.

- Es un proceso porque está dirigido hacia un objetivo o un propósito determinado.
- Es planificado porque se realiza de una manera lógica y razonada y es creada con anterioridad.
- Es sistemático ya que posee un orden establecido y una metodología para su elaboración.
- Es continua porque inicia con el primer contacto con el paciente o su admisión a la unidad de atención y continúa durante todo el proceso hasta el egreso o alta del paciente.
- Es deliberada en cuanto demanda una actitud consciente, intencional, razonada y realizada con un objetivo por parte de quien lo ejerza.

La etapa de valoración se compone de dos procesos: la recopilación o adquisición de datos y la estructuración de la información, para llegar a un diagnóstico enfermero. La recolección y obtención de datos es una actividad fundamental, ya que es el momento en el que se produce el primer contacto con el paciente, la familia o la comunidad. Empieza cuando se recibe al paciente y continúa de manera gradual durante todas las fases del proceso. Los datos adquiridos pueden ser categorizados como objetivos o subjetivos.

Se recoge la opinión y percepción del paciente acerca de sí mismo y su estado de salud, así como otros aspectos. Se recopilan ideas, síntomas y sentimientos que el enfermero no puede verificar en la observación, pero que son fundamentales para hacer un diagnóstico. Los datos objetivos se distinguen por ser medidos, cuantificados y verificados; un ejemplo de ello son la presión arterial, el aspecto de la piel, los procesos patológicos, el peso corporal y la estatura (medidas antropométricas) o la temperatura del cuerpo. La observación también comprende información de laboratorio y otros descubrimientos clínicos.

Es posible clasificar los datos objetivos y subjetivos como datos históricos y actuales. Los primeros se refieren a sucesos que ocurrieron en el pasado y tienen efectos en el tiempo; por ejemplo, un paciente fumador que dejó de fumar hace varios años, pero actualmente tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Tabla 4.

Descripción de los tipos de datos obtenidos

Datos subjetivos o síntomas	Datos objetivos o signos	Datos históricos	Datos actuales
Se obtienen durante la entrevista de enfermería realizada al paciente o familiar. Recopila información sobre las percepciones, creencias, preocupaciones, sentimientos, síntomas e ideas del paciente sobre sí mismo y su estado de salud.	Obtenidos a través del examen físico, mediante el uso de las técnicas de observación ya descritas.	Esta información es suministrada por el paciente e incluye antecedentes personales y familiares de problemas relacionados con la salud o a preexistencias de anomalías congénitas o patológicas. Estos datos son relevantes para determinar factores que pueden incidir sobre el estado de salud.	Observables en el momento de la valoración del estado físico, mental y situación social, que pueden indicar una alteración real o potencial de la salud

Nota. Adaptado de (Balderas, 2010)

En la recolección de datos se utilizan técnicas confiables, las tres generalmente utilizadas son la observación, la entrevista y la exploración física.

La observación es la primera evaluación que se realiza al paciente. Esta técnica se utiliza por el enfermero profesional para comenzar a recolectar o adquirir datos, estableciendo la relación entre el enfermero y el paciente. A través de la observación, se recogerán datos subjetivos y objetivos, como el estado emocional, la condición nutricional, las preferencias y los hábitos de la persona, así como su aspecto físico. Todos los sentidos están involucrados en la observación.

La entrevista es el proceso de comunicación enfocado en metas específicas, que puede ser verbal o no verbal. Esta favorece la relación entre el enfermero y el paciente, lo que permite recopilar información detallada para establecer un diagnóstico de enfermería y elaborar un plan de cuidados. Solo es posible llevar a cabo una entrevista efectiva cuando el paciente y la enfermera (o) crean un clima de empatía caracterizado por confianza y respeto mutuos.

En las entrevistas se realiza una comunicación verbal, pero este es un espacio en el que se generan contenidos no verbales muy importantes, ligados a aspectos ricos en información como la expresión de sentimiento y emociones.

Los objetivos de la entrevista están encaminados a lo siguiente:

- Entablar relación de empatía enfermera-paciente
- Obtener información subjetiva valiosa sobre el estado actual de salud, para el diagnóstico enfermero.
- Permitir conocer antecedentes de enfermedad personal o familiar que pudieran incidir en el estado actual salud
- Existen diferentes tipos de entrevistas como son:
- Entrevista formal. Consiste en una comunicación con un fin particular, donde el profesional de enfermería realiza la historia del paciente.
- Entrevista informal. Esta consiste en una conversación o diálogo entre la enfermera y el usuario establecida durante el curso de los cuidados.

La actividad final del proceso de recopilación de datos es el examen físico. Se realiza una exploración a todas las personas para identificar los signos, síntomas o alteraciones causadas por la enfermedad. Cada enfermero tiene la libertad de implementar un sistema distinto, ya sea

la exploración por órganos, aparatos y sistemas o cefalocaudal; sin embargo, debe incorporar las cuatro técnicas: inspección u observación, auscultación, palpación y percusión.

La información recolectada durante la etapa de valoración tiene que ser exacta, objetiva y a fondo, ya que el siguiente paso consiste en agrupar los datos para detectar los patrones de salud o enfermedad. Los modelos teóricos de enfermería sugieren varias maneras de organizar la información que se ha obtenido y validado previamente. Un modelo biológico teórico, por ejemplo, pondrá énfasis en cómo funcionan los sistemas, aparatos y órganos del cuerpo, mientras que un modelo de enfermería se enfocará en las reacciones de la persona frente a su problema de salud. Además, un modelo biológico delineará el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, mientras que uno enfermero permitirá diagnosticar problemas relacionados con la enfermería.

El campo de la enfermería no se limita únicamente a realizar un tratamiento que ha sido prescrito por un médico. En todos los ambientes clínicos, el enfermero debe reconocer los problemas para llevar a cabo un diagnóstico de enfermería del paciente, utilizando la evaluación y la recopilación de datos como base, y posteriormente ejecutar la intervención adecuada.

Las intervenciones pueden ser de tipo colaborativo o independientes, siendo estas últimas las realizadas por el enfermero de manera autónoma y las primeras aquellas que se hacen en conjunto con otros profesionales del sector sanitario, ya sea bajo la supervisión médica o no.

Los diagnósticos de enfermería existen desde mediados del siglo XX, cuando Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos y fueron muy utilizados en las escuelas de enfermería de esa época. En el último cuarto del siglo pasado, la American Nurses Association (ANA) aprobó los primeros diagnósticos de enfermería. Estos fueron evolucionando a lo largo del tiempo gracias a investigaciones y finalmente se adoptaron como un sistema internacional los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los diagnósticos de NANDA incluyen definiciones individuales, características distintivas y factores relacionados, y son actualizados cada dos años aproximadamente. Además, cuentan con una nomenclatura válida tanto a nivel nacional como internacional sobre las intervenciones e resultados esperados en enfermería (NIC y NOC respectivamente), que funcionan como guía.

En primer lugar, el diagnóstico de enfermería incluye la evaluación de áreas que se han determinado como áreas de función independiente para la profesión, lo que significa que pueden

ser atendidas por el profesional de enfermería sin necesidad de una autorización o un mandato por parte de otros profesionales. Los elementos de un diagnóstico son:

- **Etiqueta:** proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.
- **Definición:** proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- **Características definitorias:** claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.
- **Factores de riesgo:** factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable, estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo.
- **Factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

El procedimiento a seguir recomendado por la NANDA en la elaboración de diagnósticos de enfermería es el formato PES desarrollado por Marjory Gordon en 1982, cuyas siglas significan:

- **P:** indica el problema de salud, generalmente va precedido de adjetivos como, por ejemplo, alteración, ineficaz, déficit, trastorno.
- **E:** etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud, se une al problema mediante la frase relacionada con (r/c)
- **S:** sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema, se une a las partes anteriores mediante la frase manifestada por (m/p).

Existen varios tipos de diagnósticos de enfermería:

- **Reales:** describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen, ejemplo, deterioro de la respiración espontánea relacionada con enfisema pulmonar manifestada por disnea.
- **De Riesgo:** son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el

resto de la población en la misma situación, ejemplo, riesgo de infección relacionada con herida expuesta en antebrazo.

- **Salud o bienestar:** describen problemas respecto a una persona, familia y/o comunidad ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente, estado o situación de funcionamiento actual eficaz y deseo de un mayor nivel de bienestar, por ejemplo, disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
- **Síndrome:** es la agrupación de diagnósticos reales y de riesgo, los cuales puede pronosticar un problema complejo, que refleja el motivo de la causa, por ejemplo, síndrome posttraumático.

Después, se pasaría a la etapa de identificación. Durante esta fase se busca identificar las áreas que necesitan la intervención de enfermería. Los datos recopilados en el estudio primario posibilitan que el personal de enfermería desarrolle un primer plan de atención para el paciente. Sin embargo, es capaz de detectar problemas que requieren la intervención de otros integrantes del equipo médico, como los radiólogos, psicólogos, médicos o fisiatras.

Para identificar las áreas en que un paciente requiere ayuda de enfermería para afrontar cualquier problema de salud, la enfermera/o necesita obtener la información siguiente:

- Aspectos del paciente como persona.
- Sus capacidades físicas, mentales y sociales usuales, o falta de ellas para realizar las actividades cotidianas.
- La naturaleza de los problemas de salud que interfieren en sus capacidades biopsicosociales.

La tercera etapa de la actividad enfermera consta de tres partes: selección de necesidades, identificación de los objetivos y registro del plan.

- a. **Selección de necesidades:** El enfermero y el paciente establecen la secuencia de los problemas identificados, que se deben solucionar siguiendo la jerarquía de las necesidades básicas según la pirámide de Maslow. Además, es necesario satisfacer las necesidades del paciente siempre que esto no afecte el tratamiento médico.
- b. **Identificación de objetivos:** Los problemas se identifican y clasifican según su importancia. Los objetivos reflejan los resultados que se esperan en el comportamiento del paciente por medio de la ayuda de enfermería. Estos pueden orientarse hacia la

eliminación o prevención del problema y deben describir los resultados esperados a corto, mediano y largo plazo, estableciendo lo que la enfermera (o) desea hacer para el paciente y lo que este puede lograr por su cuenta. En términos más concretos, los objetivos señalan el nivel de desempeño o conducta que es alcanzable para el paciente; por lo tanto:

Debería concentrarse en la conducta del paciente que muestre alivio de la dificultad detectada. Es necesario ser realista considerando las habilidades del paciente durante el periodo de tiempo establecido para ese objetivo y el nivel de competencia y experiencia del personal de enfermería. Para comenzar otras terapias, debe ser coherente.

La etapa de implementación comienza una vez trazado el plan de cuidados y se centra en llevar a cabo las intervenciones de enfermería que facilitan al paciente el logro de los objetivos fijados. Este debe ser utilizado constantemente por el profesional de enfermería y necesita un registro diario y constante. Para registrar la información adquirida en los pasos previos, se pueden emplear diferentes formatos, o sea que el PAE en la práctica cotidiana se manifiesta por medio del formato SOAPIE, este formato es el más apropiado para tener un resumen de la historia del paciente, para la evolución de los objetivos de enfermería. También se usan los Formatos PlaCE, que son un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados esperados, las estrategias, indicaciones e intervenciones, así como la evolución de los cuidados incluyen la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

La fase de evaluación es la que cierra el Plan de Atención en enfermería. En esta etapa, el especialista se comunica directamente con el paciente no solamente para poner en práctica el plan, sino también para modificarlo según su nueva evaluación y valoración del estado de la persona atendida. Se pueden distinguir dos clases: la evaluación de los objetivos y la reevaluación del plan de atención.

- **Evaluación de los objetivos:** para decidir si el objetivo del plan de atención se logró, el objetivo se evalúa en el momento en que se especificó en el plan.
- **Revaloración del plan de atención:** es el proceso de optimización de los planes. De acuerdo con los objetivos obtenidos se pueden ajustar, cambiar, mejorar o eliminar diagnósticos enfermeros.

A partir del año 1992 se formalizó el desarrollo de los diagnósticos enfermeros por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros, en inglés *North American Nursing Association*

(NANDA) y también se empezó a desarrollar una revisión exhaustiva de las intervenciones enfermeras, que dio lugar a una Clasificación de las Intervenciones de Enfermería, en inglés *Nursing Interventions Classification* (NIC) y a la Clasificación de Resultados de Enfermería, en inglés *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Cuando se busca estandarizar los resultados en enfermería, se persigue establecer un lenguaje común que posibilite la identificación y medición de los resultados del cuidado de enfermería sin despersonalizar al paciente. Los sistemas de clasificación y las taxonomías son vocabularios esenciales que posibilitan la definición de la profesión de enfermería y el alcance de su ejercicio profesional.

Desde el 2002, la palabra NANDA dejó de ser un acrónimo (una palabra que consiste en siglas con significados individuales) y se transformó en una organización cuyo propósito principal es "desarrollar, mejorar y difundir el uso de una terminología estandarizada para los diagnósticos en enfermería", constituyendo así los diagnósticos enfermeros más reconocidos y aprobados globalmente.

Las dimensiones o ejes de la respuesta humana durante el diagnóstico son las que se corresponden con los ejes de la taxonomía NANDA II. Tal respuesta puede ser negativa o positiva. Los ejes pueden estar presentes, ser explícitos o no estar incluidos en función del diagnóstico. Los siete ejes que se describen son los siguientes:

- **Concepto diagnóstico:** se trata de la raíz del diagnóstico. Es el elemento principal en la formulación del diagnóstico, ejemplo, dolor, nutrición. Los conceptos de diagnósticos contenidos en la taxonomía NANDA II son 244.
- **Tiempo:** se refiere a la identificación en los diagnósticos de la duración de su presencia. Puede ser agudo, crónico, intermitente, continuo.
- **Unidad de cuidados:** define la población a la que va dirigida el diagnóstico, individuo, familia, grupo, comunidad.
- **Etapas del desarrollo:** indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico: feto, neonato, lactante, preescolar, joven, adulto, anciano.
- **Potencialidad:** indica el estado de salud que se trata de identificar del problema sobre el que actuamos. Los valores pueden ser: bienestar, riesgo, real.

- **Descriptor:** denominada también modificador, con él se pretende concretar los diagnósticos con juicios que especifican las respuestas identificadas. Algunos de los valores descritos dentro de este eje son: anticipado, aumentado, deficiente, desequilibrado, deteriorado, disfuncional, disminuido, funcional, incapacitante, retrasado, organizado, entre otros.
- **Topología:** indica las zonas corporales a las que hace referencia el diagnóstico. Los valores que se incluye, entre otros, son: cardiopulmonar, auditivo, cerebral, cutáneo, renal, urinario, visual.

Dado que los diagnósticos de enfermería se vuelven, si no obsoletos, al menos insuficientes en periodos de tiempo relativamente breves, la NANDA los examina y actualiza regularmente, concretamente cada dos años. 56 nuevos diagnósticos se incluyen en la actualización más reciente, que tuvo lugar para 2024-2026 (Blog Lomaseir, 2025).

La gran mayoría de las definiciones de diagnóstico de enfermería han sido también reformadas, incluyendo particularmente los diagnósticos asociados a riesgos. Se realizó la estandarización de los términos del indicador de diagnóstico, incluyendo las características definitorias, los factores asociados, los factores de riesgo, las condiciones vinculadas y las poblaciones vulnerables. Asimismo, se actualizó la bibliografía para incluir los recursos en línea que contienen listas de capítulos y referencias a diagnósticos recientes.

Para poder cumplir con el objetivo de la documentación clínica de enfermería, se establece la Clasificación de Resultados de Enfermería. Son criterios fundamentados en los resultados obtenidos por los pacientes, utilizados para calificar y evaluar las intervenciones de enfermería. Cada resultado incluye una definición, una lista de indicadores vinculados al concepto, una escala Likert de cinco puntos y un conjunto de referencias.

La Clasificación NOC está estructurada en cinco niveles:

- **Dominio:** es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se intenta identificar y describir los resultados de comportamiento y/o conducta de la persona, vinculados con su salud, desde una perspectiva integral, individual o colectiva. Están cuantificados en siete. Se representan con números del 1 al 7.
- **Clase:** representa un nivel intermedio de organización y describe mayor concreción de los resultados contenidos en los dominios. Están cuantificadas en 29. Son representa-

das con letras del alfabeto en mayúscula (A-Z) y las minúsculas para las clases que van apareciendo a lo largo de nuevas investigaciones.

- **Resultados:** es el nivel más concreto de la clasificación. Revela los cambios o el mantenimiento del estado de salud de la persona, al tiempo que hace referencia a los objetivos que se pretenden alcanzar con el cuidado de enfermería. Se ha logrado globalizar y estandarizar 385 resultados de pacientes. Incluye resultados individuales, familiares y comunitarios. Se representan por grupos de 4 dígitos, comprendidos entre (0001), resultado perteneciente a la clase (A), “Mantenimiento de la energía” y el (2880), resultado incluido en la clase (c) “Protección de la salud comunitaria”.
- **Indicadores:** son criterios para valorar el estado del paciente en relación a los resultados.
- **Escalas:** permiten medir el estado del paciente con cada uno de los indicadores.

Tabla 5.

Dominios y clases de la clasificación NOC

Dominio	Definición	Clase
1. Salud Funcional	Describen la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.	A. Mantenimiento de la energía B. Crecimiento y desarrollo C. Movilidad D. Autocuidado
		E. Cardiopulmonar F. Eliminación G. Líquidos y electrolitos H. Respuesta inmune
2. Salud fisiológica	Describen el funcionamiento humano.	I. Regulación metabólica J. Neurocognitiva K. Nutrición a. Respuesta terapéutica L. Integridad tisular Y. Función sensitiva

3. Salud sicosocial	Describen el funcionamiento psicológico y social.	M. Bienestar psicológico N. Adaptación psicológica O. Autocontrol P. Interacción social Q. Conductas de salud R. Creencias sobre la salud S. Conocimientos sobre la salud T. Control del riesgo y seguridad
4. Conocimiento y conducta en salud	Describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.	U. Salud y calidad de vida V. Sintomatología W. Estado del cuidador familiar Z. Estado de salud de miembros familiares X. Bienestar familiar
5. Salud percibida	Describen las impresiones sobre la salud individual.	b. Bienestar comunitario c. Protección de la salud comunitaria
6. Salud familiar	Describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.	
7. Salud comunitaria	Describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.	

Nota. Adaptado de (Aviles & Soto, 2014)

Los enfermeros son un componente esencial del equipo de salud que opera en los servicios de medicina intensiva. Se sugiere que se designe una enfermera por cada dos camas para pacientes, y que su labor esté estructurada en tres turnos diarios, bajo la supervisión de una persona que depende jerárquicamente de la dirección de enfermería.

La estructura óptima de una UCI debe satisfacer un conjunto de necesidades técnicas y humanas. Entre las primeras, podemos señalar las del paciente o enfermo, que incluyen la necesidad de recibir cuidados de manera constante. Para esto, el paciente debe tener contacto directo con quien lo atiende. Además, es importante que se le brinde privacidad para garantizar el respeto a su propia intimidad y a la de los demás pacientes; para ello son requeridas camas individuales o que puedan individualizarse. Es necesario tener contacto con la familia: verla

y pasar tiempo con ella. Todo esto debe ayudar a generar un entorno agradable, que cuente con una climatización apropiada, ausencia de ruidos, posibilidad de ver hacia el exterior y luz natural. Recibir cuidados constantes, como higiene y alimentación, entre otros.

Asimismo, es importante considerar lo que los familiares necesitan: información honesta y comprensible acerca del estado del paciente; certeza de que se le están brindando los mejores cuidados disponibles; un espacio para estar cerca de la unidad, donde puedan ser localizados con facilidad; la oportunidad de ver al enfermo, hablar o estar con él; y recibir información periódica sobre el estado del paciente en un lugar privado y tranquilo.

Por otro lado, es necesario asegurar que se satisfagan las necesidades de los empleados de la unidad: cuartos y baños apropiados en cuanto a cantidad, dimensiones y ubicación; áreas adecuadas para quedarse, trabajar y estudiar; un entorno general agradable y abierto; buena ventilación y acondicionamiento; un sistema confiable y seguro para llamar o localizar que garantice la posibilidad de una intervención inmediata.

En las UCI se tratan una amplia variedad de condiciones, siendo las más comunes las relacionadas con cardiopatías (angina de pecho e infarto agudo de miocardio, control tras cateterismo y/o angioplastia, cirugía cardíaca, edema pulmonar agudo), neurología (traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos, control después de la operación, hemorragias en el cerebro), enfermedades respiratorias (insuficiencia respiratoria, lesiones torácicas, control después de la operación), seguimiento postoperatorio (operaciones digestivas y abdominales, intervenciones vasculares) y otras afecciones como intoxicaciones por medicamentos o sustancias químicas, shock séptico o patologías pediátricas (neumonías bronquiolitis, ahogos o politraumatismos).

Respecto a la atención a los familiares de los pacientes hospitalizados, existen responsabilidades que las enfermeras llevan a cabo. Entre ellas se encuentran el registro, en una ficha ubicada en la secretaría, de los datos personales del paciente y de los números telefónicos para poder contactar a sus familiares; además, proporcionan una guía informativa con horarios de visita, recomendaciones y reglamento de la Unidad. Aunque existen muchas enfermedades que causan ingresos en estas unidades, cuando se brindan cuidados a un paciente consciente en UCI, es importante prestar atención especialmente a la comunicación con él y al alivio de su ansiedad.

El individuo que es admitido en la unidad de cuidados intensivos debe ceder el control de sí mismo a los profesionales a su servicio, quienes son desconocidos para él. Por ello, pueden surgir una amplia gama de reacciones emocionales adversas, que van desde la hostilidad, el miedo y la ansiedad hasta la agitación.

Por eso, una de las primeras tareas a llevar a cabo es calmar al paciente, proporcionándole la explicación apropiada acerca de dónde se encuentra y por qué está allí. También debe ser orientado en cuanto al tiempo y las personas. Muchos pacientes creen que su estado es más grave de lo que realmente es cuando ven los complicados procedimientos de diagnóstico a los que son sometidos y la gran cantidad de tecnología que les rodea. Con el objetivo de generar un entorno de confianza, estas explicaciones deben ser difundidas a los familiares; no obstante, sin saturarlos con demasiada información.

Por otro lado, el entorno de UCI suele quitarle al paciente su autonomía, así que los profesionales de enfermería deben asegurarse de preservar su derecho a la privacidad personal, especialmente durante las exploraciones y los procedimientos.

El entorno de las UCI debe estar gobernado por la continuidad y la eficacia de los cuidados. Si es posible, se conservará la continuidad en la asignación del paciente y siempre seremos amables pero firmes en nuestro trato. El entorno físico tiene un papel fundamental en el bienestar emocional del paciente. La iluminación tiene que ser lo más natural que se pueda y las luces deben apagarse por la noche.

Para respetar el derecho a la intimidad, se deben tomar en cuenta acciones de aislamiento como biombos y una cierta "sensibilidad" al aplicarles técnicas para ayudar a reducir su sensación de falta de privacidad.

Dado que los pacientes normalmente permanecen en cama por mucho tiempo, la higiene es vital. Es importante enfocarse especialmente en el cuidado de la piel, los ojos, la boca y en la realización de ejercicios activos o pasivos, según el avance del paciente. El afeitado ayuda a que los hombres mantengan su autoestima y su imagen personal.

La familia juega un papel crucial al guiar al paciente. Algunos pacientes se sienten cómodos con la compañía de un familiar, mientras que otros requieren que las visitas sean más limitadas. Es necesario examinar cómo el paciente responde a las visitas y establecer los límites apropiados.

Los períodos de descanso y sueño son importantes para todos los pacientes. El dolor es tan relevante como cualquier otro signo vital; es necesario identificarlo rápidamente en el paciente y contar con las herramientas para mitigarlo.

La preparación empieza en cuanto el paciente comienza a mejorar. Puede ser una situación que cause ansiedad para el paciente y su familia; por lo tanto, es necesario explicarles qué significa un signo de avance y mejora.

A medida que la esperanza de vida se expande, va en aumento el número de pacientes ancianos que se hospitalizan en la UCI. Por eso, se deben intensificar las medidas de cuidado para generar confianza y hacer que el paciente esté cómodo. Es importante que el paciente esté siempre presente, que se le informe sobre el funcionamiento de la unidad, los horarios de visita, las comidas, etc. Si varias personas están presentes sucesivamente en los primeros momentos, existe el peligro de que el paciente se agite o se altere.

Es importante estar atentos al estado de ánimo de los pacientes de edad avanzada, ya que el aislamiento en su habitación individual puede conducirlos a una depresión. Para garantizar una mayor seguridad, es recomendable poner las barandas en la cama por la noche, pero insistiendo siempre en que están allí para asistirle a cambiar de posición en la cama, ya que pueden ser mal recibidas desde el punto de vista psicológico.

La hospitalización no planificada puede causar agresividad y desorientación; es una condición temporal que resulta de cómo se reacciona ante un cambio brusco del entorno. La inmovilización forzada tiene el potencial de empeorar la agitación del anciano, por lo que debe emplearse como un último recurso.

Es necesario poner atención especial en los ancianos que reciben perfusión de lidocaína o nitroglicerina y en los efectos paradójicos de ciertos sedantes. A veces se requerirá de una gran vocación y de mucha paciencia para asegurar un apoyo eficiente.

La higiene general del paciente crítico es una intervención fundamental de enfermería cuyo objetivo es brindar confort y bienestar mientras se convierte en un método para combatir infecciones. El aseo del paciente es crucial porque puede dar lugar a efectos adversos, como la hipertensión o la hipotensión, la desaturación y la desadaptación de la ventilación mecánica, la hipertensión craneal, la fibrilación auricular e incluso una parada cardiorrespiratoria. Estos eventos deben ser prevenidos y tratados si se producen; además, el aseo brinda la oportunidad de evaluar el estado del paciente, por ejemplo, su piel y las áreas de apoyo.

Es necesario evaluar el estado hemodinámico del paciente antes de iniciar la higiene. Si se presenta inestabilidad en este sentido, el aseo debe posponerse hasta que se logre estabilizar al paciente. Es necesario lograr una adaptación ideal a la ventilación mecánica. Buscar que no haya dolor o que este sea tolerable (para estos primeros tres objetivos, puede ser necesario cambiar la velocidad de perfusión de medicamentos o administrar bolos de los mismos; para ello, es esencial consultar con el intensivista responsable del paciente o con el que esté de guardia).

Es necesario organizar con atención el tipo de movilización que se llevará a cabo durante el aseo (en función del diagnóstico, la prescripción de limitación de movimientos, la situación actual del paciente y las medidas de soporte vital necesarias), además de asegurar los recursos materiales y humanos requeridos para cambiar la ropa de cama. Esta planificación anticipada contribuirá a prevenir situaciones desfavorables que se deriven de la movilización del paciente de manera inapropiada y de la extensión innecesaria del tiempo dedicado a la higiene.

El procedimiento del aseo del paciente mayor, debe tener previsto:

- a.** La preparación del material, situándolo al lado de la cama del paciente y después de comprobar la temperatura del agua.
- b.** Hacer un lavado higiénico de manos y colocarse guantes desechables.
- c.** Colocar al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino.
- d.** Retirar las líneas de monitorización o tratamiento que puedan entorpecer el aseo del paciente y que no sean imprescindibles (manguito de presión arterial no invasiva, dispositivos para la prevención de úlceras por presión, accesorios para elevación de miembros inferiores o superiores, etc).
- e.** Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.
- f.** Enjabonar, aclarar y secar por partes. Siempre que la piel del paciente lo tolere, para enjabonar lo más indicado es usar esponjillas desechables y frotar suavemente. Las esponjillas que entran en contacto con la piel del enfermo no deben ser sumergidas de nuevo en el agua del aseo con el objetivo de evitar la contaminación de esta.
- g.** Realizar el lavado desde las zonas más limpias a las menos limpias: ojos, cara (con agua sola, no usar jabón), orejas, cuello, brazos y axilas, manos, tórax y abdomen, parte anterior de extremidades inferiores y genitales. Nariz: aspirar secreciones nasales salvo

orden en contra (traumatismo nasal o fractura de huesos nasales, taponamientos...), retirar el esparadrapo de la SNG, movilizar la misma para evitar decúbitos nasales y en el estómago, limpiar restos de esparadrapo y poner uno limpio. Orejas: limpiar bien el pabellón auricular, no utilizar bastoncillos ni hurgar en el interior; tampoco quitar costras porque pueden sangrar.

Es importante tener en cuenta que el afeitado contribuye a preservar la autoimagen de los pacientes masculinos. Es necesario comprobar si hay una secreción de color blanco o amarillo en el meato urinario antes de llevar a cabo la higiene en la zona urogenital. Si ese es el caso, se tiene que informar al intensivista para realizar un frotis; limpiar con agua tibia y jabón, enjuagar y secar bien con una toalla.

Conforme a las sugerencias generales, movilizar al paciente para que pueda asear la parte trasera del cuerpo y cambiarse de ropa de cama. El recambio de la ropa de cama ocurre en una de estas tres posiciones:

- **Decúbito lateral derecho/izquierdo:** es la posición más usada para el cambio de ropa de cama. La elección del decúbito derecho o izquierdo se realiza siguiendo los criterios de estado respiratorio (atelectasia, etc.), lesiones en el paciente y número de dispositivos situados a cada lado de la cama.
 - **Semifowler:** el paciente se mantiene boca arriba, y el cambio de ropa de cama tiene lugar desde la cabeza a los pies. Este tipo de movilización para el cambio de ropa de cama se usa en los pacientes con presiones intracraneales elevadas o inestables, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales, y siempre que se considere necesario sobre la base del estado del paciente. En este caso son necesarias al menos dos personas.
 - **Decúbito supino:** el paciente permanece tumbado en la cama, sin elevación de la cabecera y la movilización tiene lugar en bloque. Este tipo de movilización es imprescindible en pacientes que tengan lesiones medulares o vertebrales, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos y, en general, cualquier tipo de patología que requiera una gran restricción de movimientos. Para la realización del cambio de la ropa de cama en decúbito supino es necesario usar la grúa disponible en la unidad.
- h.** Enjabonar, aclarar y secar la parte posterior. El orden adecuado es cuello, espalda, glúteos, parte posterior extremidades inferiores y región anal.

- i. Cambiar la ropa de cama. Colocar la ropa sucia directamente en la bolsa destinada a tal fin, no dejándola nunca sobre el suelo ni sobre el mobiliario.
- j. Aplicar productos barrera en caso de ser necesario, loción hidratante y ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión.
- k. Acomodar al paciente en la postura más adecuada, asegurando que no queden arrugas en la cama.
- l. Desenredar el pelo si es posible y, cuando el/la paciente tenga el pelo largo, dejárselo recogido.
- m. Perfumar la ropa de cama con colonia de baño, pero no aplicar colonia directamente sobre la piel del paciente.
- n. Recolocar las líneas de monitorización o tratamiento que se han retirado antes para facilitar el aseo.
- o. Subir las barandillas de la cama para prevenir caídas accidentales.
- p. Recoger todo el material usado y la ropa sucia. Una vez limpia la jofaina o palangana, hay que desinfectarla con lejía.
- q. El cuidador deberá aplicarse solución alcohólica en las manos.
- r. Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

Los pacientes que están inconscientes, sedados o inmovilizados tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas oculares, desde infecciones leves en la conjuntiva hasta úlceras y lesiones severas en la córnea. Por lo tanto, son dependientes del personal de enfermería para su higiene y cuidado ocular, que puede ir desde una simple limpieza del párpado hasta el cierre de los mismos.

La higiene y el cuidado ocular deben llevarse a cabo con delicadeza, para evitar las lesiones corneales y las úlceras; se efectúa por la mañana junto con el aseo diario del paciente y durante el día cada vez que sea necesario.

Es necesario actualizar el tratamiento después de la visita, lo que implica reemplazar las perfusiones modificadas por el intensivista y administrar la nueva medicación indicada. Asimismo, es necesario observar y curar las heridas que el paciente pueda tener todos los días, examinar los puntos de punción de los catéteres, limpiar la boca de los pacientes y ejecutar cambios posturales.

Para llevar a cabo la higiene de los pacientes y realizar cambios posturales (con el fin de reducir el peligro de úlceras por presión), es necesario moverlos en la cama. Esta movilización debe ser apropiada para prevenir que las lesiones empeoren.

Como pasos previos a movilizar al paciente se debe:

- Reunir tanto personal sanitario como sea necesario según el tipo de lesiones, el cual se lavará las manos con solución alcohólica y utilizará los métodos de barrera adecuados a las condiciones del procedimiento a realizar.
- Informar al paciente de lo que se va a hacer y de la importancia de su colaboración, si está consciente.
- Valorar la necesidad de analgesia.

Dependiendo de las lesiones del paciente a movilizar se procederá de diferente manera.

Hay que seguir siempre las recomendaciones relativas a la seguridad del paciente:

- Antes de administrar un fármaco, verificar prescripción, fármaco, dosis, vía de administración e identificación del paciente. Los incidentes adversos que con más frecuencia se comunican son los relacionados con los fármacos.
- Cuando se administre un fármaco, según necesidad, hay que valorar al paciente para determinar si lo necesita o no.
- Precaución con narcóticos, antibióticos y fármacos vasoactivos.
- Identificar adecuadamente los sueros que se preparan, con las etiquetas de medicación.
- Asegurarse de que el paciente tome la medicación oral.
- Controla la aparición de reacciones adversas en el paciente.
- Conocer el correcto funcionamiento, cuidados y posibles averías de los aparatos que se utilizan.
- Evitar facilitar informaciones por teléfono.
- Guardar el secreto profesional.
- Velar por la intimidad de los pacientes.
- Custodiar adecuadamente las historias de los enfermos.
- Hay que cuestionar órdenes temerarias.
- Insistir en que los facultativos clarifiquen sus órdenes por escrito y con letra legible.
- Registrar todas las valoraciones e intervenciones de enfermería; en los registros, no utilizar abreviaturas no estandarizadas, pues pueden llevar a errores.

- Seguir los procedimientos y normativas del centro.
- Identificar siempre al paciente ante cualquier situación.
- Proteger al paciente de daños potenciales.
- No aplicar técnicas ni tratamientos sin consentimiento del paciente.
- No caer en la rutina, sino mostrar siempre una actitud crítica hacia el propio trabajo.
- Proteger a los pacientes agitados o desorientados.
- No informar a los pacientes del estado de otros pacientes.

Es necesario elaborar el historial clínico del paciente cuando va a ser dado de alta de la UCI. Para simplificar la labor de los colegas que recibirán al paciente en planta, es esencial una historia bien estructurada. Para elaborar una especie de carpeta, es preciso engrapar los gráficos de enfermería en orden cronológico. En los pasos subsiguientes, una las hojas de evolución, analíticas, tratamientos, gasometrías, estudios de coagulación y consulta en bloques distintos. Además de los ECG, integre otros documentos que complementen la historia, como las hojas de anestesia e informes quirúrgicos. Las hojas de evolución se engrapan y se mandan junto con un informe de alta para el paciente y otro para la planta, todo ello dentro de un sobre que está correctamente identificado.

La labor de enfermería en la UCI no es más arriesgada que trabajar en una planta; no obstante, las particularidades del servicio hacen recomendable un conjunto de medidas de seguridad para prevenir accidentes. Respecto a los equipos de la UCI, es necesario saber cuándo se debe utilizar un equipo, cuál es su funcionamiento y cuál es su utilidad. Estudiar los manuales de instrucciones de los equipos. Conocer los problemas y peligros intrínsecos a un dispositivo en particular, las medidas de precaución necesarias para prevenir inconvenientes y la manera de identificar los errores del equipo. Estar atentos a las respuestas psicológicas que surgen en los pacientes ante dispositivos que pueden provocar miedo, ansiedad o una dependencia desmedida. Siempre se deben apagar antes de desconectarlos.

Desenchufar y apagar el equipo cada vez que se limpie. Desconectar jalando del enchufe, no del cable. Evitar mojar los cables eléctricos en todo momento. Examinar cuidadosamente los cables para identificar rupturas que pueden ser pasadas por alto. Remitir a revisión los dispositivos que se hayan caído. Mantener las camas siempre conectadas a los tomacorrientes. Evitar el uso de adaptadores. Desconectar inmediatamente cualquier cable o dispositivo que esté defectuoso. Evitar que los cables que lleva el paciente se mojen. Llama a un electricista

para que repare los enchufes dañados y no los uses hasta que estén arreglados. Retirar de la cama del paciente los aparatos eléctricos que no se estén utilizando.

En cuanto a las medidas de seguridad radiológica.

- No quedarse en la habitación cuando se realiza una Rx.
- Utilizar delantales plomados para poner un PM temporal.
- Si es necesario que la enfermera permanezca con el paciente cuando se le va a hacer una radiografía, utilizar los implementos de protección.
- Colocarse siempre detrás del aparato.
- Avisar al técnico que realiza las Rx si está presenta alguna embarazada.
- Mantenerse fuera del box, si se está embarazada, mientras realizan las radiografías.

Entre las medidas de seguridad respiratoria se cuentan las siguientes:

- No situarse delante de los “chorros de aire” espirados por el paciente cuando se desconecte del respirador.
- Ponerse mascarilla para aspirar secreciones.
- Si el paciente expectora, proporcionarle una bolsa de plástico y pedirle que tire sus esputos en ella.

Hay que considerar también las medidas de seguridad con enfermos agitados. Ellas son:

- Evitar sujetar sola a un enfermo agitado.
- No ponerse al alcance de sus pies.
- Mantener la sujeción siempre y no soltarlo si no se dispone de apoyo adicional.
- No contradecir ni polemizar con el paciente.
- No meter el dedo en la boca de un paciente con convulsiones.

Otras recomendaciones útiles para las labores del personal enfermero son las que siguen:

- No hacer sobreesfuerzos y tratar de adoptar posturas adecuadas al hacer esfuerzos, para evitar daños en la espalda.
- Vacunarse contra la Hepatitis B, tétanos y gripe
- Nunca encapsular las agujas.
- Limpiar cuanto antes el material de urgencia utilizado: desfibrilador, laringoscopio, etc.
- Limpiar inmediatamente las superficies que se contaminen con sangre u otros líquidos corporales.



La formación de la Enfermería en Gestión, Liderazgo e Investigación

Capítulo 4

CAPÍTULO 4.

LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN GESTIÓN, LIDERAZGO E INVESTIGACIÓN

Carlos Julio Saavedra Alvarado
Oscar Lenin Cusquillo Guaman

El papel de la enfermera gestora

La capacidad gerencial de enfermería se relaciona con el progreso diario de las actividades que buscan soluciones a una variedad de tareas administrativas. Por esta razón, es necesario prever y anticipar una estrategia que incluya un plan detallado y la gestión de recursos humanos y materiales para poder prever los problemas e incluso resolverlos antes de que sucedan. Esto, en la actualidad, necesita una redefinición de los valores, el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad (Gomez, et al, 2013).

Los gerentes de enfermería, en la actualidad, deben cultivar desde el comienzo una mentalidad estratégica que les posibilite ofrecer opciones creativas y abordar las demandas y problemas reales que surgen en su campo laboral. Deben hacerlo basándose en sus conocimientos, vivencias y expectativas, mientras fomentan simultáneamente el crecimiento y desarrollo de la institución. Por lo tanto, el desarrollo gerencial conlleva que el gerente actúe como un agente facilitador del proceso de trabajo de su equipo, reconozca y satisfaga las necesidades legítimas de sus colaboradores y elimine barreras para poder ofrecer una atención al usuario del sistema sanitario que sea de calidad.

Con el objetivo de formar, integrar y desarrollar equipos de trabajo, delegar funciones y hacer más rápidas las tareas, el gerente buscará soluciones. Liderazgo, comunicación, motivación, supervisión, formación, trabajo en equipo y gestión de conflictos son los siete procedimientos humanos que usted dominará con seguridad para lograr un desarrollo saludable de toda organización.

Utilizar el pensamiento estratégico para desarrollar liderazgo implica emplear el juicio individual basado en la experiencia grupal con el objetivo de definir la orientación futura de un lugar de trabajo. La planificación estratégica se basa en el pensamiento estratégico, que es, en gran parte, la esencia intuitiva de la administración o dirección de los centros de atención. Se puede afirmar que este tipo de pensamiento se orienta a la perspectiva, en tanto que la planificación táctica se enfoca en el rendimiento y la planificación de largo alcance va hacia la posición.

El manejo del área o servicio a cargo y la planificación de los resultados que se quieren alcanzar son parte de las competencias gerenciales de enfermería necesarias. Asimismo, el gerente tiene que identificar las posibilidades de conflictos y dudas ante cada situación o evento que quiera cambiar.

El trabajo en equipo debería ser el hilo conductor para que los éxitos y esfuerzos sean directamente proporcionales a la calidad del cuidado brindado; esta calidad debe ser el pilar fundamental de los enfermeros o enfermeras que asumen funciones administrativas y gerenciales y que perciben su entorno de una manera diferente. El diseño y la operación de la metodología de trabajo de los centros médicos y otras instituciones como hospitales, fundaciones, unidades, entre otros, deben orientarse a las diferentes regulaciones técnicas, administrativas y legales.

Como núcleo de la atención sanitaria, la enfermería tendrá que abogar por una asistencia centrada en el paciente y de alta calidad, que contenga: respeto a sus valores, consideración a sus requerimientos y preferencias, educación e información, acceso a la asistencia médica, soporte emocional, continuidad y transición seguras y coordinación del servicio.

La "Gestión del Cuidado de Enfermería" se define como la implementación de un juicio profesional en el diseño, organización, motivación y supervisión de la provisión de cuidados integrales, oportunos y seguros que garanticen la continuidad de la atención y se basen en directrices estratégicas, con el objetivo final de lograr la salud.

La gestión del cuidado fue analizada mediante el pensamiento estratégico en cinco aspectos: organización, planificación, comunicación, liderazgo y evaluación. Se consideró que la mayor parte de los jefes de servicio y supervisores eran eficaces en el ejercicio de la dirección y otras tareas gerenciales, lo que señala un alto grado de planificación estratégica entre los administradores de enfermería.

Para llevar a cabo la gestión del cuidado, es fundamental tanto la comunicación verbal como la no verbal. Además, amalgamar las actividades de control y gestión con la tecnología informática y de comunicación son componentes esenciales para cuidar nuestra salud en la actualidad.

Para administrar cuidados de enfermería, es necesario saber acerca de los diversos elementos del contexto en el que se lleva a cabo la gestión y de las personas encargadas de proporcionar esos cuidados. Las instituciones de salud han adquirido una mayor complejidad, sin lugar a dudas, con las recientes reformas y modificaciones en su estructura. El panorama actual de atención está marcado por la escasez de enfermeras y materiales para la atención sanitaria, las

condiciones prácticas, los precios elevados, la excesiva normativa, la legislación, las demandas de quienes tienen más educación e información sobre salud y los cambios en la demografía y epidemiología.

La gestión y la práctica del cuidado de enfermería se ven bastante desafiadadas por todos estos aspectos. El manejo de los cuidados tiene que estar enfocado en el individuo, su familia, el personal de enfermería y los equipos interdisciplinarios. Es un proceso humano y social que se basa en la motivación, la comunicación, la cooperación, la participación y el liderazgo interpersonal. Por ende, una cultura organizacional que se enfoque en el cuidado de los individuos garantiza un servicio de salud de calidad.

Para poner en marcha un sistema de atención, es posible utilizar alguno de los cuatro sistemas laborales planificados en enfermería al momento de determinar y organizar la atención por parte de enfermeros. Estos sistemas son: el sistema de trabajo por funciones, el sistema de trabajo en equipo, el sistema mixto y el sistema de trabajo por paciente. La cantidad de personal de los equipos de salud disponible debe ser considerada al seleccionar el sistema.

Por lo tanto, el sistema de trabajo por paciente es el más adecuado cuando hay suficientes recursos humanos. Esta consiste en asignar a los miembros del personal una cantidad específica de pacientes según el tipo de problemas de salud que existan. Las siguientes son algunas de las ventajas de este sistema: promueve la atención integral, mejora la relación entre el enfermero y el paciente y proporciona cuidado constante. No se aconseja que una enfermera tenga más de diez pacientes. Se sugiere un indicador para este sistema de seis pacientes por cada enfermera.

En cambio, el sistema de trabajo por funciones es apropiado si la plantilla de la institución es insuficiente. En este caso, se asigna el trabajo de acuerdo con las actividades rutinarias, como la administración de medicamentos, el tendido de camas, la toma de signos vitales y otras prácticas semejantes. Las enfermeras del servicio se reparten estas funciones de manera justa. La finalidad de ese sistema es llevar a cabo las actividades urgentes y rutinarias con eficiencia. Es recomendable utilizar este sistema con fines educativos, como por ejemplo para fortalecer el aprendizaje de una técnica o para obtener habilidades y destrezas. La despersonalización en el cuidado de enfermería y la incapacidad para realizar el proceso de evaluación del mismo son algunas de las principales desventajas de este sistema.

El sistema de trabajo mixto, por su parte, fusiona los rasgos del sistema por paciente con los del sistema de funciones. Con este sistema mixto, solo se asignan a los pacientes que necesitan

atención más intensiva debido a sus condiciones delicadas o graves, infecciosas o que requieren tratamientos especiales. Se aconseja cuando el personal de los servicios no es suficiente y tienen una formación parecida.

El sistema de trabajo en equipo es uno de los que tiene más oportunidades de triunfar. Se trata de formar equipos de enfermeras, ya sean profesionales o no, que se encargan de un número determinado de pacientes desde que entran hasta que reciben el alta. Un responsable directo se encarga del liderazgo del equipo y debe rendir cuentas al jefe de servicio sobre la atención que su equipo proporciona al paciente. Para lograr un trabajo en equipo efectivo, es necesario tener la capacidad de administrar al personal y delegar apropiadamente las tareas y la autoridad correspondiente.

Como posibilita brindar atención integral, promueve las relaciones entre enfermeras y pacientes, así como entre enfermeras, permite evaluar la calidad de la asistencia, definir responsabilidades y aplicar métodos de control, el sistema de trabajo en equipo tiene numerosas y diversas ventajas. El paciente está familiarizado con el personal encargado de su atención y el cuidado es constante.

La enfermería de equipo es más bien una filosofía que un sistema laboral, pues se basa en el principio de que el objetivo no es cubrir la escasez de personal, sino que el paciente tiene derecho a obtener la mejor atención y los empleados tienen derecho a recibir apoyo para realizar su trabajo de manera óptima.

La enfermería de equipo, junto con la teoría de sistemas y la gestión de procesos, es esencial en el presente para llevar a cabo un trabajo productivo y creativo. La enfermería de equipo busca optimizar al máximo las capacidades y destrezas del personal de enfermería en el cuidado del paciente.

Los enfermeros que funcionan como líderes de equipo tienen la posibilidad de adquirir competencias y habilidades en el liderazgo, y su trabajo tiene un impacto directo en el paciente. (Balderas, 2010).

La importancia de la administración hoy en día está relacionada con su influencia en las decisiones importantes que afectan la vida de los individuos. La administración es un área de conocimientos prácticos y teóricos que se define con claridad desde que la economía capitalista global se expande, siguiendo los modelos organizativos y técnicos de la industrialización. Estas

últimas se convirtieron en predominantes en todo el mundo desde las dos últimas décadas del siglo XIX y llegaron a su punto máximo alrededor de la mitad del siglo XX.

Si tomamos en cuenta que la administración ha sido formada por el mundo moderno y a su vez lo ha moldeado, referirse a "Administración Moderna" sería redundante. Sin duda, podrían hallarse antecedentes de la "administración" en las costumbres mediante las cuales los miembros de tribus cazadoras o recolectoras compartían sus tareas, o en cómo se gestionaban los trabajos y la repartición de recursos en grandes estados agrícolas de épocas antiguas, o en la manera de gestionar los negocios de los mercaderes al comienzo del Renacimiento, entre otros ejemplos. Sin embargo, todos estos procedimientos, prácticas y técnicas o bien pertenecían a otros conjuntos de conocimientos o se encontraban esparcidos, cada uno haciendo frente a diferentes historias y situaciones.

Catalogar esas capacidades, habilidades y actividades como "administración" es solo una consecuencia retroactiva de la definición reciente en la historia de un ámbito de referencias, conceptos y aplicaciones de una profesión. Esta se define como una disciplina consolidada durante el periodo histórico ya mencionado: la modernidad reciente.

Es importante señalar que a lo largo de la historia de la sociedad industrial han florecido una serie de métodos relacionados con cada etapa. Algunos de estos métodos han conseguido establecerse como predominantes en la capacitación de los administradores, ya que se han infiltrado y las entidades académicas los han adoptado. En esta línea, las teorías más reconocidas o denominadas "clásicas" son las de Frederick Taylor y Henri Fayol. En realidad, es desde ellas que la administración obtiene el estatus de conocimiento científico y académico.

La teoría de Fayol es reconocida como la más relevante entre las teorías clásicas de la administración. Su obra principal, Administración General e Industrial, lanzada en 1950, posibilitó la creación del Centro de Estudios Administrativos de Francia y desde ese punto se expandió por todo el mundo como la primera referencia paradigmática de la ciencia administrativa.

Fayol estudió los grandes núcleos empresariales de su tiempo y definió y organizó las bases esenciales que deben orientar, desde sus inicios, la teoría del saber administrativo. En líneas generales, se trata de un avance científico en la división del trabajo con el fin de conseguir empresas eficientes. Siguiendo estos principios, la administración tiene que definir los trabajos especializados para asegurar la eficiencia, fijar un balance entre las responsabilidades y la autoridad, y garantizar la disciplina para alcanzar las metas propuestas por la empresa.

Asimismo, la estructura organizativa tiene que asegurar que cada empleado reciba instrucciones de un único jefe, estableciendo una única dirección para cada conjunto de actividades con un solo propósito. Otros principios de la teoría de Fayol son: establecer el salario según la norma de que a trabajo igual, salario igual; y priorizar los intereses generales de la compañía sobre los individuales.

Todo esto conduce a que la autoridad se centralice en los niveles más altos, y a que exista una cadena de mando bien delimitada, que asegure la asignación de un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar. En otra línea, el administrador debe lograr la lealtad de los trabajadores por medio de la imparcialidad en sus decisiones, asegurar la estabilidad en el puesto y promover la iniciativa. Todo esto con el objetivo de lograr la armonía y el espíritu de equipo.

Fayol hizo uso de la gran popularidad que tenía en todo el planeta como un genio de la administración, para sugerir y enfatizar la importancia de incluir la enseñanza de esta disciplina en las universidades. Declaró que la administración es universal. Mientras definía el perfil del nuevo profesional de la administración, destacó la relevancia de la estructura organizativa, incluyendo el rol “staff”. A su juicio, las funciones administrativas eran más importantes que las de la empresa; por ello, en los años finales de su vida se dedicó a estudiar el valor de la previsión como función esencial del administrador. Todos esos postulados siguen siendo la base de la teoría contemporánea de administración y del entrenamiento profesional de los administradores hasta el día de hoy. Además, Fayol incorporó el método experimental para comprender cómo trabaja la administración con el fin de definir el primer proceso administrativo y propagar la dirección y la administración como funciones superiores a las de la compañía.

Por otra parte, se han realizado críticas significativas a las teorías de Fayol debido a que promovió la especialización y las rutinas laborales, que disminuyen la creatividad, la iniciativa y la innovación de los individuos. Además, se le indica que no consideró las disputas de la organización informal ni cómo estas impactaron la estructura formal organizativa de la compañía.

Según las pautas de Fayol, la organización funcional otorga a los supervisores autoridad solamente en su campo laboral, restringiendo su desarrollo y ascenso. Una crítica más es que no considera el entorno físico, que sin duda tiene un impacto en la productividad de los empleados. No considera relevante motivar a los empleados que realizan sus tareas.

Frederick Taylor, otro clásico de la administración, por su parte, estructuró una serie de ideas enfocadas en el esfuerzo de organizar la administración desde un punto de vista formal y nor-

mativo. Para ello se valió del esquema de las operaciones empresariales, los componentes administrativos, sus principios y los procesos administrativos. A esto lo llamó “gestión científica del trabajo”, pero más tarde se le conoció simplemente como “taylorismo”.

El “fordismo”, que fue desarrollado por Henry Ford, un empresario del sector automovilístico, se distingue por una manera particular de organizar el trabajo en líneas de ensamblaje y producción industrial. Según esta perspectiva, la productividad laboral puede mejorarse (un objetivo compartido por todas estas teorías) al dividir o fragmentar toda la producción en un número específico de operaciones. Esto conlleva una disminución a un número determinado de movimientos mínimos del cuerpo de los trabajadores para optimizar el tiempo, articulándolos con las operaciones de la maquinaria.

Esta perspectiva fordista-taylorista dominó la teoría de la administración hegemónica durante un largo período, pero a partir de los años 30 del siglo XX se empezó a percibir una transformación significativa en las perspectivas laborales. Una de sus mayores debilidades era que el conocimiento aplicado a la producción, conocido como “intelecto general”, no se relacionaba con los trabajadores, sino más bien con los capataces, los administradores y evidentemente con la tecnología de las líneas de ensamblaje, es decir, la maquinaria. Los trabajadores únicamente tenían que realizar su mínima acción, la mínima movilización que les tocaba en la línea de producción; evidentemente, no contaban con el panorama completo en el que eran una pieza más. Lógicamente, la estructura de la organización empresarial era claramente vertical y piramidal, con una evidente cadena de mando, que connotaba un virtual despotismo centralizado de fábrica.

Desde alrededor de los años setenta del siglo XX, se llevaron a cabo transformaciones significativas en las perspectivas administrativas, sobre todo en lo relativo a la organización y el control de la labor. Se han presentado muchas preguntas e innovaciones debido al reemplazo del “fordismo” por sistemas administrativos y de relaciones laborales como el “toyotismo”, la administración basada en objetivos, la “calidad total” y la “especialización flexible”.

La aparición de nuevas realidades en el mundo del trabajo, generadas no solo por los estilos gerenciales contemporáneos, sino también por los progresos tecnológicos, la difusión del teletrabajo, la importancia del conocimiento como fuerza productiva y otros elementos, son indicios de que estamos transitando hacia una nueva etapa histórica. En esta fase se prioriza el trabajo inmaterial y afectivo, sobre todo debido al aumento de empleo en el sector servicios.

Las nuevas formas de trabajo pueden ser de tres clases: el trabajo industrial, que ha sido modificado por la informatización; el trabajo inmaterial, que incluye símbolos y análisis y puede ser creativo o rutinario; y el trabajo relacionado con gestionar emociones y brindar atención humana en el sector servicios. En este último punto, se refiere especialmente a la industria de atención sanitaria.

Otra particularidad de las modificaciones en el ámbito administrativo es la conversión drástica de las estructuras verticales y piramidales de las organizaciones a un modelo de red informática. El siguiente cuadro comparativo muestra las características que diferencian la época fordista de la nueva etapa en la historia de las relaciones laborales:

Tabla 6.

Comparación enfoque fordista y postfordista

ENFOQUE FORDISTA	ENFOQUE POSTFORDISTA
Baja comunicación entre productores y consumidores	Mayor comunicación entre productores y consumidores
Industria como sector clave	Servicios informacionales como sector clave
Trabajo material	Trabajo inmaterial y comunicacional
Valor-trabajo (posibilidad de calcular el valor por el tiempo necesario de producción)	Valor-afecto o valor-signo (dificultad de cálculo)
Competencia entre trabajadores	Cooperación e interacción social
Concentración en la producción	Descentralización en la producción
Corporación jerárquica y burocrática	Funcionamiento en redes
Territorialización	Desterritorialización
Trabajo garantizado y estable	Trabajo no garantizado e inestable

Nota. Elaboración propia adaptación (Senge, 2008).

La teoría de las relaciones humanas, que apareció después de la Primera Guerra Mundial como consecuencia del crecimiento de los sindicatos en los principales países industrializados, de los acuerdos globales que surgieron a partir de una serie de reuniones internacionales en las que los gobiernos se comprometieron a modificar la legislación laboral, y del descubrimiento de que las ideas tradicionales estaban impactando negativamente lo que pretendían mejorar

(la productividad), así como el avance significativo de investigaciones sociales y psicológicas relevantes, son otras teorías influyentes en la gestión contemporánea.

Los estudios liderados por Elton Mayo fueron la teoría matriz predominante de las posturas psicológicas y sociológicas. Este escritor sostiene que la unidad fundamental para analizar las situaciones laborales ya no es el individuo aislado, sino aquel que pertenece a grupos básicos y establece una red de relaciones con diversas motivaciones. Por lo tanto, se vuelve relevante la problemática de la comunicación, las relaciones humanas y los tipos de liderazgo.

Esta nueva perspectiva hizo que se pensara en superar las autoridades puramente jerárquicas y formales, a través de un liderazgo democrático y participativo. Esto concuerda con las modalidades de grupo, que son: el grupo apático, en el cual es posible que haya insatisfacción, pero la división entre sus integrantes les impide emprender iniciativas; el grupo errático, que fluctúa entre la pasividad y los estallidos agresivos; el grupo estratégico, que se esfuerza de forma constante por mejorar su situación a través de una acción meticulosamente planificada; y por último el grupo conservador, que puede actuar de manera concertada pero tiende a aferrarse al *statu quo*.

Con el fin de progresar en los propósitos de la organización, se sugirió superar la fragmentación y parcialización con las que el trabajo estaba siendo realizado. Se debía tener en cuenta todas sus dimensiones: tecnológica, económica, demográfica, sociológica, psicológica, geográfica, histórica y jurídica.

La administración por objetivos (APO) es otra de las teorías modernas de la administración que ganó popularidad tras el declive del fordismo. Fue estructurada y propagada por Peter Drucker, John Humble y George Odiorne, y se ha extendido a nivel global; las compañías más grandes del primer mundo la han empleado. Es un sistema dinámico que combina la necesidad de la organización de alcanzar sus metas de utilidad y expansión con el deseo del ejecutivo de conseguir su autorrealización.

La APO consiste en la definición de áreas de efectividad y de medición para los puestos gerenciales, así como en la conversión periódica de estas áreas en objetivos que se pueden medir temporalmente, que están conectados vertical y horizontalmente y que se vinculan con la planificación a futuro. Los elementos clave que comparten los sistemas de APO incluyen definir metas para los puestos, establecer objetivos en conjunto, vincular metas, centrarse en la medición y el control, implementar un sistema de revisión y reciclaje, contar con un fuerte

compromiso del miembro de mayor rango del equipo y tener un sólido respaldo del staff en la fase inicial.

La APO se fundamenta principalmente en establecer metas para los cargos gerenciales. Esos objetivos deben ser coherentes entre sí y estar conectados de manera lógica y consistente. La importancia de que los sistemas APO tengan la capacidad de medir y controlar resultados es destacada por todos ellos. Algunos sistemas incluso se extreman al afirmar: "Si no puede medirlo, déjelo pasar". Un objetivo sin un plan es una predicción en la que se especifica lo que va a ocurrir de todos modos sin mucho esfuerzo, o un sueño. Es fácil plantear un objetivo; sin embargo, elaborar un plan para garantizar su cumplimiento es una cuestión totalmente distinta. Aunque existen múltiples tipos de APO, todos comparten la importancia de conseguir efectividad.

A partir de su investigación en las compañías más exitosas de Estados Unidos, Tom Peters y Robert Waterman crearon "En busca de la excelencia" (1982) en los años 80 del siglo pasado, un libro clásico de la teoría administrativa. En su investigación, los autores se centraron en las fluctuaciones de siete categorías de elementos de la administración, que llamaron las 7 S por las palabras clave de cada idea en inglés:

- a. *Shared values* (valores compartidos)
- b. *Systems* (sistemas)
- c. *Style* (estilo)
- d. *Staff* (personal)
- e. *Skills* (habilidades)
- f. *Strategies* (estrategias)
- g. *Structure* (estructura)

En la investigación de Peters y Waterman, los dos hallazgos más relevantes son que, aunque se sostenga la lógica y la racionalidad del negocio, no se debe dejar de lado el aspecto emocional al dirigir las empresas. Abusar de la racionalidad puede llevar a una crítica y un pesimismo excesivos, a resistirse a experimentar y equivocarse, a ser extremadamente rígido y complejo, y también a no tener ánimo para lo informal. El segundo hallazgo significativo fue que las recompensas son más eficaces para incentivar al personal, incluyendo a los gerentes, en comparación con las penalizaciones. Esto sucede porque estos últimos funcionan, sobre todo, impulsados por lo emocional y afectivo, o sea, por el deseo de las personas de sentirse exitosas.

Los escritores del estudio establecieron ocho principios para la gestión de una compañía exitosa, basándose en esos descubrimientos: orientación a la acción, cercanía al cliente, autonomía y espíritu emprendedor, productividad por medio de las personas, guía por los valores, apego al negocio principal, sencillez y personal magro y dirección central con libertad individual. Estos principios serán explicados con más detalle más adelante.

Peter Senge sugirió, incluso en los años noventa, que se integraran cinco campos: la capacidad de pensar en equipo, el establecimiento de una visión común, el dominio personal y la conciencia reflexiva de “imágenes mentales”. Y como remate y garantía de la integración de los demás campos, la disciplina del pensamiento sistémico.

Las cinco disciplinas están enfocadas en alcanzar la metanoia, que es la capacidad de ver más allá, de superar el pensamiento e implicar un cambio constante en nuestras percepciones, imágenes, habilidades comunicativas y maneras de actuar. Se refiere a la generación de una capacidad para aprender, solucionar problemas, ver el futuro en conjunto, tener voluntad y compromiso con el desarrollo de nuestras competencias y habilidades. Se trata de darnos forma a nosotros mismos, tocando nuestros corazones. Una organización que aprende siguiendo esas cinco disciplinas, incrementa de manera constante su habilidad para crear el futuro.

Para eliminar esos impedimentos en el aprendizaje, Senge aconseja la metanoia, que posibilita el pensamiento sistémico. Examinar más allá de los errores individuales o la mala fortuna para entender los problemas relevantes; observar más allá de las personalidades y de los eventos.

Liderazgo ético y trabajo en equipo.

En la psicología, en términos generales, hay varias teorías del liderazgo que se basan en premisas distintas pero complementarias. Por lo tanto, al desarrollar una teoría del liderazgo en enfermería, es importante considerar las ideas y categorías de las teorías sobre liderazgo, motivación, poder y autoridad, eligiendo y seleccionando los elementos más pertinentes para el campo de actividad del cuidado.

Así, se ha desarrollado la teoría interaccional, que tiene una naturaleza ecléctica. De acuerdo a esta teoría, el liderazgo es producto de la interacción entre cuatro variables: la situación, el grupo, los seguidores y la personalidad del líder. Similar a la teoría situacional, sostiene que el liderazgo se transforma en función de la madurez de los seguidores y, en el caso de enfermería, este liderazgo se manifiesta a través de tres estilos:

- a. **Liderazgo directivo.** El líder inicia la acción, distribuye el trabajo, estructura actividades, motiva, delega, lleva el control y ejecuta las acciones para corregir las desviaciones.
- b. **Liderazgo de equipo.** El líder es democrático, organiza discusiones para tomar decisiones, toma en cuenta las sugerencias y opiniones de su equipo, involucra a otros y logra que acepten responsabilidades por convencimiento o por consenso.
- c. **Liderazgo libre.** Es el líder indirecto que no toma decisiones por otros, brinda apoyo por expresión corporal, animando a los demás para que tomen sus propias decisiones.

Cada situación específica demanda un estilo distinto de liderazgo; el más eficaz es cuando un líder puede gestionar los tres estilos de manera coherente con la circunstancia. Las tendencias que evidencian la gestión de un estilo de liderazgo no suponen ser un líder de un determinado estilo; lo ideal es manejar el estilo adecuado según las circunstancias.

El conflicto ocurre en cualquier situación humana. Sus razones pueden variar y están relacionadas con las relaciones de comunicación, poder, tanto formales como informales. Puede ser de naturaleza cognitiva, cuando la diferencia se refiere a ciertos hechos; también puede ser de naturaleza moral o ética e incluso implicar la aplicación de un conjunto de conocimientos que pueden ser compartidos.

El conflicto puede evolucionar de manera constructiva o destructiva, y sus fuentes son las siguientes: la diversidad de información, la discrepancia en la interpretación, la percepción sobre lo que es importante en los hechos, las diferencias en objetivos y metas, y las diferencias de valores.

La diversidad de conflictos que se producen en las organizaciones humanas es causada por la complejidad de los niveles organizativos y las especialidades. Los impedimentos en la comunicación hacen más difícil entender, comprender y resolver conflictos. La situación puede tornarse difícil si no se resuelven y se acumulan las diferencias, ya que hay numerosas fuentes de conflicto.

Las diferencias entre los niveles de la jerarquía son la causa del conflicto estructural, ya sea horizontal o vertical. Generalmente, a causa de una comunicación inadecuada, una falta de comprensión o la intención de controlar el comportamiento. El enfrentamiento entre el personal de línea y el del "staff" es una lucha por la supremacía, mientras que la disputa entre posiciones o puestos puede surgir debido a una comunicación inadecuada o a la incoherencia.

cia del emisor y su comportamiento. La lucha por el poder puede provocar un conflicto, pero también puede ser causado por la actitud de protagonismo que algunas personas muestran.

Las reacciones frente a los conflictos se manifiestan en conductas o actitudes que están determinadas por la gestión de las emociones. Se detallan también métodos, estrategias y formas de manejar las emociones para resolver los conflictos. Algunos de los métodos comunes son:

- Evitar las confrontaciones. El método consiste en no confrontar el conflicto. Es posible emplearlo cuando la confrontación se da entre una persona fuerte y poderosa y otra débil; si la discrepancia de opiniones no afecta el trabajo, si no se puede alcanzar un acuerdo o si el costo de la confrontación es mayor que las ventajas de resolver el conflicto. No afrontar el conflicto no lo resuelve, sino que este tiene la posibilidad de intensificarse, aumentar la tensión y generar resentimientos. Sin embargo, en ocasiones, evitar la confrontación puede ayudar a reducir las emociones negativas y encontrar la tranquilidad necesaria para enfrentarlas.
- Conciliar. La conciliación busca un acuerdo entre las partes y propicia la colaboración. Se emplea cuando es necesario mantener la armonía del grupo. El método requiere el sacrificio de alguna de las partes. Aunque no se soluciona el problema en su totalidad, se consigue un acuerdo que posibilita la continuación del trabajo.
- Flexibilidad. La cooperación es posible cuando se cede en cuestiones conflictivas. Las personas que son flexibles en sus perspectivas están cediendo simultáneamente. Ser flexibles y sacrificar es una solución parcial a la disputa. Se puede emplear cuando los rivales están en las mismas condiciones.
- Colaboración. Se trata de hallar una solución que involucre a los dos adversarios; aunque es posible alcanzar el compromiso y la acción, este método demanda tiempo para conseguir la cooperación de las partes.
- Competencia. Se trata de una actitud que resulta del poder y la autoridad. La persona que está al frente de la jefatura puede ser violenta en su esfuerzo por lograr los objetivos. Se produce una situación en la que una parte obtiene beneficios mientras que la otra sufre pérdidas. Puede ser de utilidad cuando se necesita una decisión expedita o cuando hay que tomar acciones que no son aceptadas. Comprende el empleo de la fuerza, la normativa o el poder.

En todas estas situaciones, y en la línea de acción que se resuelva para enfrentar los conflictos, siempre es conveniente el manejo de emociones, incluido el control de las emociones negativas. La solución debe orientarse hacia la búsqueda de la armonía interior de las personas.

Las directrices de las tendencias gerenciales actuales pueden implementarse en la gestión de los servicios sanitarios y de enfermería. Tener en cuenta las orientaciones de la "Quinta disciplina" de Peter Senge, que se define como la combinación de cinco hallazgos esenciales en la sistematización de experiencias de las organizaciones más relevantes del planeta, sería especialmente interesante (Senge, 2008).

Es importante precisar que, según Senge, la palabra "disciplina" no significa necesariamente obligar a las personas afectadas a seguir un orden. En cambio, según este autor, una disciplina implica un compromiso interno con el desarrollo y la mejora personal, de manera similar a las artes que encuentran su satisfacción en sí mismas, no únicamente en sus resultados tangibles. Las disciplinas representan un proceso continuo e indefinido, que posee un cuerpo teórico y práctico que se utiliza para investigar, implementar y desarrollar mediante la obtención de habilidades y competencias, así como la imitación de modelos que podrían ser otras organizaciones excelentes.

Las disciplinas a las que Senge se refiere son: el pensamiento sistémico, que garantiza e integra todas las demás, la formación de una visión compartida, la habilidad para aprender en equipo y el logro del "dominio personal" junto con la conciencia reflexiva de "imágenes mentales".

Así, el dominio personal hace referencia al compromiso intenso de perfeccionar conocimientos, competencias y habilidades en una determinada área de trabajo, como lo hace un artista o "virtuoso", que sobresale en la ejecución de algún instrumento o en el "dominio" de su arte. Si se toma con sinceridad y fervor, no hay límite para este crecimiento.

El aprendizaje grupal implica perfeccionar habilidades, prácticas y actitudes como dialogar, escuchar y comprender al otro; abrir nuestras categorías mentales; interpretar correctamente lo que el otro desea expresar; ponernos en su lugar; y colaborar de manera efectiva con el aumento del conocimiento, las habilidades y las destrezas de todo el grupo. Debemos acercarnos a un proceso comunicativo ideal que incluya la sinceridad, una comunión de códigos y lenguajes, un acuerdo y una integración progresiva.

La integración de los grupos genera la creación de una visión compartida. Es una cuestión de compartir con sinceridad los valores, las metas y los grandes objetivos. Se refiere a la fusión de

horizontes de sentido por todos los miembros. Esto posibilita que se desarrolle la habilidad de compartir una visión del futuro que incluya a todos y cada uno.

Las imágenes mentales implican la creación conjunta de suposiciones, generalizaciones e imágenes que guían y definen cómo se entiende el mundo y cómo actuar. Claro, están relacionados con los cristales a través de los cuales se observa el mundo y el sesgo que aporta la propia conciencia. Senge propone que esos modelos mentales sean públicos y compartidos, de modo que se revisen continuamente y se pueda aprender de ellos de manera continua.

El pensamiento sistémico es la conciencia de las interrelaciones y conexiones entre cada uno de los componentes del mundo, lo que implica una visión totalizadora, aunque nunca se alcance por completo, pero que posibilita como idea regulativa -similar a un horizonte- identificar y establecer las conexiones necesarias.

Las cinco disciplinas se enfocan en alcanzar la metanoia, que es la capacidad de ver más allá y trascender el pensamiento, lo cual conlleva una transformación constante de las percepciones, los modos de hacer las cosas, las imágenes y las habilidades comunicativas. Es un aprendizaje colectivo, que no se concibe como una mera recepción de conocimientos preexistentes, sino como la generación de la capacidad para aprender, resolver problemas, visualizar el futuro en conjunto, tener voluntad y compromiso con el perfeccionamiento de las propias habilidades y aptitudes. Una organización que se instruye conforme a esas cinco disciplinas va ampliando de manera constante su habilidad para crear el futuro.

Esta nueva conciencia que se busca fomentar, utilizando estas disciplinas, comienza con la identificación de lo que podría estar mal, evitando ocultarse como el aveSTRUZ. Es necesario encarar las verdades y realidades, incluso si duelen. Es necesario identificar la mediocridad, la falta de capacidad para seguir en el camino del perfeccionamiento ininterrumpido y constante. Por esta razón, el gerente competente debe identificar las razones por las que su organización no está aprendiendo y superar los siete obstáculos para el aprendizaje.

La idea de que “yo soy mi puesto” es la primera barrera para el aprendizaje, ya que es una noción especializada y limitada. Esto significa que el empleado o trabajador cree que solo es suficiente con manejar los conocimientos requeridos para desempeñar su puesto, con todas las mejores intenciones, pero sin tener una perspectiva global de las metas de la organización a la que pertenece. Senge señala que la perspectiva restringida, que se enfoca en las funciones

propias, es responsable de los ciclos de expansión y contracción, hasta que finalmente ocurre el colapso, en los procesos económicos.

Otro impedimento para el aprendizaje que debe eliminarse en las organizaciones es la “culpabilización del factor externo”, el hecho de buscar un enemigo exterior, algo que ataca desde afuera, sin considerar las repercusiones de las acciones propias, sin importar lo bienintencionadas que sean. Esto conduce a pensar en la barrera mental de “la ilusión de hacerse cargo”, es decir, asumir erróneamente una actitud proactiva mientras se está repitiendo el argumento del “enemigo externo”. Para eliminar este impedimento, es esencial no limitarse a observar los hechos inmediatos y específicos, sino también intentar identificar las grandes tendencias que esos contextos revelan.

La actitud de irse adaptando a las circunstancias poco a poco puede llevarse debido a esa visión corta de los obstáculos, que se exemplifica con la “parábola de la rana hervida”. La ilusión de la experiencia dentro de un horizonte muy restringido de las consecuencias, sin aludir a sus efectos en otros ámbitos y períodos. Por último, los equipos de dirección intentan proyectar una imagen de unidad que no es auténtica, ni proviene del análisis de diferencias ópticas que se ocultan y enmascaran bajo un consenso ficticio. De esta manera, el equipo renuncia a su propio aprendizaje cuando no se enfrentan las diferencias genuinas entre sus miembros y se intenta simular una integración sin fundamento.

Para eliminar esos impedimentos en el aprendizaje, Senge aconseja la metanoia, que posibilita el pensamiento sistémico. La perspectiva sistémica señala que, para entender los problemas relevantes, es necesario ir más allá de los errores individuales o la mala suerte. Es necesario ir más allá de los sucesos y las personalidades. Las estructuras que modelan los actos individuales y crean las circunstancias que hacen posible ciertos eventos deben ser analizadas. Así, se puede alcanzar una organización de atención sanitaria y de cuidados humanos que sea capaz de aprender y poseer inteligencia propia.

Las enfermeras han empezado a jugar un papel esencial en la salud pública debido al aumento de las enfermedades crónicas y los desafíos sanitarios globales, como las pandemias. Las enfermeras son las que dirigen campañas de promoción y prevención de la salud en muchos países, sobre todo en aquellos con sistemas de salud comunitaria. Estas iniciativas engloban la educación sobre las enfermedades que se transmiten, el cuidado preventivo y las campañas de vacunación. Se ha destacado el papel crucial de las enfermeras en la formulación y ejecución de estrategias de salud pública, resaltando su liderazgo en estos programas.

Durante la pandemia del COVID-19, el trabajo de las enfermeras sobresalió en todo el planeta, no solo por su labor en las unidades de cuidados intensivos, sino también por su aporte a la administración de crisis sanitarias. La habilidad de las enfermeras para coordinar respuestas rápidas durante situaciones de emergencia ha destacado, lo cual ayudó a fortalecer aún más su papel en la política sanitaria.

Relevancia y Principios de la investigación en enfermería

Una de las responsabilidades que tienen las instituciones encargadas de la atención sanitaria es investigar, cumpliendo con los métodos y protocolos científicos correspondientes para generar nuevos conocimientos. Es esencial, para que la institución no pierda gran parte de su sentido, dedicar un esfuerzo organizado a la producción de conocimiento, sistematizando experiencias, poniendo a prueba nuevas ideas y corroborando o perfeccionando teorías ya existentes. En realidad, la producción sistemática y planificada de conocimiento mejora la calidad de la atención sanitaria y los cuidados humanos.

El conocimiento es el conjunto sistemático y lógico de nuestras proposiciones y conceptos, los cuales han sido establecidos y verificados como representaciones objetivas dentro de las fronteras de la realidad. El conocimiento es, en esencia, un producto de la sociedad. Se desarrolla socialmente como resultado de la actividad humana. Los espacios de las instituciones sanitarias son particularmente relevantes para alcanzar estos propósitos de incrementar el conocimiento, lo que permitiría obtener un mayor impacto en los tratamientos, en la atención y en las reacciones frente a eventualidades.

Para preservar, divulgar y poner en práctica el conocimiento, es necesario que las ideas se expresen. El lenguaje es, indudablemente, el mejor medio para comunicar ideas; sin él, ninguna idea podría existir y se trata de un producto social. En la actualidad, las tecnologías de la información y comunicación ofrecen a los profesionales sanitarios, así como a los propios pacientes y cuidadores familiares, una gran cantidad de información que puede ser utilizada como fundamento para responder a los nuevos escenarios en el campo de la salud y para asumir las responsabilidades relacionadas con el cuidado por parte del paciente mismo, gracias al entendimiento y conocimiento de lo que les sucede.

La obtención del conocimiento es el resultado de la combinación de las actividades prácticas de los integrantes de la sociedad, así como de su interacción con el entorno natural y entre ellos mismos. La actividad práctica es, en esencia, el comportamiento humano consciente;

esto es, se lleva a cabo con un propósito y una noción de las condiciones de la acción, de las cualidades del objeto sobre el que se actúa y de los medios por los cuales se logrará la meta.

El conocimiento progresá y se desarrolla cuando se elaboran y se prueban las ideas, cuando se convalida la correspondencia de las teorías con la realidad objetiva. En realidad, el criterio de verdad es una de las cuestiones que aborda la epistemología, como filosofía de la ciencia, la cual es el campo de debate de diferentes tendencias. Estas diferentes epistemologías tienen criterios diferentes para establecer esos criterios de verdad. Para las inspiradas en elementos empíricos, se trata de la verificación de hipótesis deducidas de las grandes construcciones conceptuales, a través de pruebas experimentales u observaciones sistemáticas, o bien la refutación de las conjeturas de las teorías. Pero también existen las corrientes hermenéuticas o fenomenológicas, que han adquirido una gran importancia en la investigación de la enfermería, por enfocarse en el mundo de vida o la subjetividad.

También depende de los paradigmas que se imponen en cada disciplina, pues, en la medida en que se comprende que la salud no es únicamente un asunto biológico, se orienta la investigación de acuerdo a los parámetros de la sociología, la historia, la psicología, las ciencias políticas, etc. En todo caso, la tendencia general se dirige a tender puentes entre las diferentes disciplinas que se ocupan de la salud, bien desde lo biológico o químico (ciencias de la naturaleza), bien desde lo cultural y social (ciencias humanas y sociales).

El incremento de la investigación científica realizada por enfermeras es otro aspecto fundamental de la enfermería moderna. Las investigaciones en el campo de la enfermería han proporcionado información valiosa acerca de cómo cuidar a los pacientes y manejar las enfermedades crónicas. Gracias a estos estudios, se han creado nuevas metodologías y prácticas más efectivas que se aplican en contextos clínicos a nivel global.

En diversos países, enfermeras investigadoras están trabajando junto a médicos y otros expertos sanitarios en investigaciones de carácter interdisciplinario. Esta perspectiva de colaboración ha facilitado un mejor entendimiento de los retos clínicos y ha fomentado la aplicación de prácticas fundamentadas en evidencia. Asimismo, los programas de posgrado y doctorado en enfermería han crecido en las universidades e instituciones de investigación, lo que ha dado lugar a una nueva generación de líderes académicos que promueven el progreso del saber en este ámbito.

El pensamiento crítico y la toma de decisiones informada

En el ámbito de la atención sanitaria actual, la enfermera se enfrenta a cuestiones y situaciones cada vez más complejas derivadas de la tecnología avanzada, la mayor agudeza de los pacientes en los entornos hospitalarios y comunitarios, el envejecimiento de la población y los procesos de enfermedad complejos, así como los factores éticos y culturales. Tradicionalmente, las enfermeras han utilizado un enfoque de resolución de problemas en la planificación y prestación de cuidados de enfermería. Hoy en día, la parte de la toma de decisiones de la resolución de problemas es cada vez más compleja y requiere un pensamiento crítico (Apuntes de enfermería, 2025).

El pensamiento crítico es una habilidad de múltiples dimensiones, un proceso cognitivo o mental, o un conjunto de procedimientos. Supone un pensamiento y una argumentación deliberados, sistemáticos, racionales, reflexivos y dirigidos a los resultados, fundamentados en un grupo de saberes; además del análisis y la evaluación de toda la información e ideas existentes. El pensamiento crítico lleva a tomar decisiones, opciones o alternativas más apropiadas y a establecer conclusiones, que suelen ser creativas. El pensamiento crítico abarca la metacognición, que consiste en examinar el propio razonamiento o los procesos de pensamiento mientras se piensa, con el fin de ayudar a consolidar y mejorar las capacidades para pensar (Cortez, et al, 2022).

Los juicios y las decisiones independientes se desarrollan a partir de una firme base de conocimientos y la habilidad para sintetizar la información en el contexto correspondiente. El pensamiento crítico contribuye a la toma de decisiones clínicas, ya que permite reconocer lo que el paciente necesita y establecer las acciones de enfermería más adecuadas para satisfacer esas necesidades. El pensamiento crítico y sus pensadores poseen rasgos particulares. El pensador crítico es un investigador imparcial y curioso que busca la verdad con una mentalidad abierta a las posibles soluciones alternativas (Jiménez, 2025).

El pensamiento crítico es ordenado y sistemático. Las capacidades que forman parte del pensamiento crítico se cultivan a lo largo del tiempo por medio de la experiencia, el trabajo y la práctica. Las capacidades requeridas para razonar de manera crítica son la evaluación, la inferencia, el análisis, la interpretación, la explicación y la autorregulación. Para poder pensar críticamente, es necesario tener un conocimiento previo y conocer los conceptos esenciales, así como seguir las directrices del buen pensamiento.

El pensador crítico, al ser consciente de las incongruencias, cuestiona y utiliza el razonamiento basado en la realidad para validar la precisión de los datos y la confiabilidad de las fuentes.

La interpretación se emplea para establecer el sentido de los datos recolectados, mientras que el análisis se utiliza para detectar las dificultades del paciente que estos datos indican. La enfermera emplea la inferencia para llegar a conclusiones. La explicación es la justificación de las intervenciones o acciones que se emplean para atender los problemas de los pacientes y asistirles en su camino hacia los resultados esperados.

La evaluación es el procedimiento de determinar si los resultados se han logrado o se están logrando, mientras que la autorregulación es el proceso mediante el cual se examinan los cuidados brindados y las intervenciones son ajustadas según sea necesario. El pensamiento crítico, además de ser reflexivo, comprende la metacognición, la evaluación activa y el mejoramiento del proceso de pensamiento. Cuando examina los datos y decide las acciones correctas, el pensador crítico considera la posibilidad de un sesgo personal. Un pensador crítico debe ser astuto y poseer un sentido de equidad e integridad, así como la valentía para cuestionar su ética personal y la perseverancia necesaria para trabajar sin cesar en reducir el impacto del egocentrismo, el etnocentrismo y otros prejuicios durante el proceso de toma de decisiones.

Ciertas actividades cognitivas o mentales pueden identificarse como componentes clave del pensamiento crítico. Cuando una persona piensa de forma crítica, hace lo siguiente:

1. Haga preguntas para determinar la razón por la que se han producido ciertos acontecimientos y para ver si se necesita más información para entender la situación con exactitud.
2. Reúna toda la información pertinente posible para tener en cuenta el mayor número de factores.
3. Valida la información presentada para asegurarte de que es precisa (no es una mera suposición u opinión), de que tiene sentido y de que se basa en hechos y pruebas.
4. Analiza la información para determinar su significado y ver si forma grupos o patrones que apunten a determinadas conclusiones.
5. Recurrir a la experiencia y los conocimientos clínicos anteriores para explicar lo que está ocurriendo y anticipar lo que podría ocurrir a continuación, reconociendo los prejuicios personales y las influencias culturales.
6. Mantener una actitud flexible que permita que los hechos guíen el pensamiento y tenga en cuenta todas las posibilidades.
7. Considere las opciones disponibles y examine cada una de ellas en función de sus ventajas e inconvenientes.

8. Formular decisiones que reflejen la creatividad y la toma de decisiones independiente.

El pensamiento crítico exige trascender la solución de problemas elementales e incursionar en la esfera de una investigación inquisitiva, indagando todos los factores pertinentes que impactan el asunto y siendo un pensador "fuera de serie". Abarca interrogar todos los descubrimientos hasta que se presente una imagen total que explique el fenómeno, las soluciones potenciales y los métodos creativos para actuar. La práctica de la enfermería, cuando se basa en el pensamiento crítico, produce un plan de cuidados completo para el paciente con el máximo potencial de éxito.

Para elaborar un plan de cuidados de enfermería empleando el pensamiento crítico es necesario considerar los elementos humanos que pueden afectar dicho plan. La enfermera interactúa con el paciente, la familia y otros profesionales de la salud para proporcionar una atención de enfermería personalizada y adecuada. Desde el momento de recolectar datos hasta el de tomar decisiones, la cultura, la actitud y los procesos mentales del paciente, de la enfermera y otros influirán en el proceso del pensamiento crítico. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las propiedades interactivas entre la enfermera y el paciente.

Las enfermeras tienen que aplicar sus capacidades de pensamiento crítico en todos los contextos de su trabajo: atención ambulatoria, cuidados prolongados, cuidados intensivos y también en el hogar y la comunidad. La condición de cada paciente es considerada dinámica y única, sin importar el ambiente. Se examinan, analizan y comprenden los elementos específicos que la enfermera y el paciente traen a la situación de salud. La enfermera puede enfocarse en los factores más importantes y significativos para la condición clínica al interpretar la información presentada. A continuación, las decisiones sobre cómo y qué hacer se transforman en un plan de acción.

Hay 12 estrategias de pensamiento predominantes utilizadas por las enfermeras, independientemente de su área de práctica clínica:

1. Reconocer un patrón
2. Establecer prioridades
3. Búsqueda de información
4. Generación de hipótesis
5. Hacer predicciones

- 6.** Formar relaciones
- 7.** Enunciar una proposición («si-entonces»)
- 8.** Hacer valer una regla de la práctica
- 9.** Tomar decisiones (acciones alternativas)
- 10.** Juzgar el valor
- 11.** Sacar conclusiones
- 12.** Dar explicaciones

Además, los enfermeros o enfermeras pueden usar otras estrategias de pensamiento, como:

- 1.** Plantear una pregunta
- 2.** Hacer suposiciones (suponer)
- 3.** Calificación
- 4.** Hacer generalizaciones

Las actividades cognitivas mencionadas previamente y las propiedades del pensamiento crítico son coherentes con estos procesos de pensamiento. El aprendizaje del pensamiento crítico conlleva el análisis de cómo se emplean estas estrategias de pensamiento en distintos contextos clínicos y la práctica de su uso, lo cual podría beneficiar al enfermero en formación a examinar y mejorar sus propias facultades de pensamiento.

A lo largo del proceso de pensamiento crítico, un flujo continuo de preguntas evoluciona en la mente del pensador. Aunque las preguntas variarán en función de la situación clínica concreta, ciertas preguntas generales pueden servir de base para llegar a conclusiones y determinar un curso de acción. Cuando nos enfrentamos a la situación de un paciente, suele ser útil buscar respuestas a algunas o a todas las preguntas siguientes para intentar determinar las acciones más adecuadas:

- 1.** ¿Qué información relevante de la evaluación necesito y cómo interpreto esta información? ¿Qué me dice esta información?
- 2.** ¿A qué problemas apunta esta información? ¿He identificado los más importantes? ¿Apunta la información a algún otro problema que deba considerar?
- 3.** ¿He reunido toda la información que necesito (signos/síntomas, valores de laboratorio, historial de medicación, factores emocionales, estado mental)? ¿Falta algo?
- 4.** ¿Hay algo que deba notificarse inmediatamente? ¿Necesito buscar ayuda adicional?
- 5.** ¿Tiene este paciente algún factor de riesgo especial? ¿Cuáles son los más importantes? ¿Qué debo hacer para minimizar estos riesgos?

6. ¿Qué posibles complicaciones debo prever?
7. ¿Cuáles son los problemas más importantes en esta situación? ¿Reconocen el paciente y su familia los mismos problemas?
8. ¿Cuáles son los resultados deseados para este paciente? ¿Cuáles son los más prioritarios? ¿Está el paciente de acuerdo conmigo en estos puntos?
9. ¿Cuál va a ser mi primera acción en esta situación? ¿Cómo puedo elaborar un plan de cuidados para alcanzar los objetivos?
10. ¿Existen factores relacionados con la edad, y requerirán algún enfoque especial? ¿Tendré que hacer algún cambio en el plan de cuidados para tener en cuenta estos factores?
11. ¿Cómo afecta la dinámica de la familia a esta situación, y tendrá esto un efecto en mis acciones o en el plan de cuidados?
12. ¿Existen factores culturales que deba abordar y tener en cuenta?
13. ¿Estoy ante un problema ético? Si es así, ¿cómo voy a resolverlo?
14. ¿Se ha realizado alguna investigación de enfermería sobre este tema?



El Futuro de la Enfermería Uso de la Inteligencia Artificial y Tecnologías Emergentes en el Cuidado Humano

Capítulo 5

CAPÍTULO 5.

EL FUTURO DE LA ENFERMERÍA.

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN EL CUIDADO HUMANO

Surimana Esthefania Morocho Idrovo

Elsie Antonieta Saavedra Alvarado

IA en el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas

Desde hace varias décadas, la revolución tecnológica que se desarrolla ante nuestros ojos está afectando a todas las actividades humanas. Este importante cambio civilizacional tiene precedentes desde la mitad del siglo XX, o incluso antes, pero ha estado avanzando de manera significativa desde la última década de dicho siglo. La pandemia de COVID-19 fue uno de los acontecimientos que motivó el uso generalizado de las TIC en actividades educativas, económicas y sociales. Sin embargo, los avances en el área de la inteligencia artificial (IA) se aceleraron y consolidaron. Esta es una modalidad que busca que los nuevos sistemas lleven a cabo tareas intelectuales parecidas a las del cerebro humano.

Desde la investigación científica hasta la educación y las ciencias de la salud, así como desde la economía y la gerencia, se han establecido las herramientas de inteligencia artificial (IA) en todos estos campos del saber. Estas herramientas no solo introducen un nuevo marco de referencia, sino también un lenguaje innovador que están transformando nuestro mundo. No existe un trabajo que no esté atravesando una redefinición debido a la modernización tecnológica de sus labores especializadas, las cuales están siendo ejecutadas por tecnologías novedosas como el “minado de Big Data”, el “machine learning” o los “sistemas expertos”. La rapidez, la seguridad, la eficacia, la precisión y el acceso a lugares lejanos que brindan las aplicaciones se transforman en beneficios para el cuidado humano y el adecuado tratamiento de los pacientes.

Las ocupaciones del área de la salud tienen a partir de hoy un nuevo soporte tecnológico. Esto sucede con la medicina en general, pero también con la enfermería y otras especialidades sanitarias, particularmente en labores como el diagnóstico y la detección precoz de enfermedades. Esto puede ser esencial para que se les brinde una atención sistemática, puntual y precisa; características que las nuevas tecnologías incorporadas en el concepto de IA también aseguran. Por supuesto, el alcance y la velocidad de estas transformaciones generan algunas

inquietudes, sobre todo debido a la posibilidad de que estas tecnologías emergentes puedan sustituir a las personas por su asombroso potencial para hacer labores intelectuales.

Por esta razón, se han creado varios marcos legales y éticos para el empleo de estas tecnologías, de manera que se respeten los derechos básicos y los beneficios para las personas. Se han tomado medidas para asegurar que el ser humano siempre ocupará el centro de las preocupaciones tecnológicas, aunque algunos de sus creadores han emitido advertencias muy serias.

La IA está revolucionando la enfermería al optimizar la atención en términos de precisión, calidad y eficiencia. Para asegurar un enfoque integral y centrado en el paciente, es fundamental que los enfermeros colaboren con la tecnología. Los métodos en que la IA está respaldando hoy a los profesionales de la salud son muy variados e incluyen desde el diagnóstico y la identificación precoz de enfermedades, ya que los algoritmos de IA tienen la capacidad de examinar enormes volúmenes de información médica, como imágenes de rayos X, resonancias magnéticas y resultados obtenidos en laboratorios.

Esto apoya a los expertos en enfermería en la identificación de enfermedades o irregularidades con mayor rapidez y exactitud. Asimismo, la IA tiene la capacidad de automatizar el manejo de registros electrónicos de pacientes, lo cual hace más simple acceder a información importante. Los enfermeros tienen la posibilidad de enfocarse más en brindar atención personalizada al paciente, en vez de emplear tiempo en labores administrativas. Los sistemas de inteligencia artificial también tienen la capacidad de ofrecer sugerencias fundamentadas en pruebas para el tratamiento y cuidado del paciente. Esto contribuye a que los enfermeros tomen decisiones personalizadas e informadas.

La IA también puede ofrecer otros beneficios, como la supervisión permanente. Esto es posible gracias a que los dispositivos que están en contacto con los pacientes y se conectan a la inteligencia artificial son capaces de seguir ininterrumpidamente las constantes vitales y avisar al personal de enfermería si detectan alteraciones importantes. Esto posibilita una acción temprana y optimiza la seguridad del paciente. Los chatbots que utilizan inteligencia artificial tienen la capacidad de brindar respuestas a las dudas frecuentes de los pacientes, dar consejos sobre cómo cuidar a los pacientes en casa y hasta ofrecer soporte emocional. Esto permite que las enfermeras se enfoquen en los casos más difíciles, ya que les libera tiempo.

Una parte esencial de la terapia a tiempo y del triunfo en la sanación es detectar y diagnosticar temprano las enfermedades. Se trata de reconocer la enfermedad en sus etapas iniciales

para poder prescribir y monitorear un tratamiento efectivo que, si se pospone, puede incluso resultar en desenlaces fatales. Se trata de un grupo de pruebas médicas que se llevan a cabo para identificar enfermedades antes de que aparezcan síntomas definitivos, cuando son más fáciles de tratar. Son fundamentales en enfermedades tales como las cancerosas (de próstata, de páncreas, de mama o de cuello uterino), el virus del papiloma humano y otras muchas infecciosas como el SIDA.

Los algoritmos de IA son capaces de procesar volúmenes enormes de información médica, incluyendo resultados de análisis clínicos, resonancias magnéticas y radiografías. Esto contribuye en gran medida a que los enfermeros puedan identificar enfermedades o anomalías con mayor rapidez y precisión (Elsevier, 2024).

En general, y en concreto en el área de la enfermería, la innovación es constante en el ámbito de la inteligencia artificial aplicada a las ciencias de la salud. Estas innovaciones de la IA representan un soporte significativo para llevar a cabo diagnósticos puntuales y detectar a tiempo las enfermedades severas. La inteligencia artificial se está desarrollando para dar soporte en áreas como la adquisición de datos biomédicos en tiempo real, la predicción de efectos, el control de medicamentos, la recomendación de terapias e incluso el apoyo emocional a pacientes con cáncer y personas mayores.

Siempre se obtiene información sobre nuevos dispositivos que se instalan en el cuerpo para extraer datos biomédicos y comportamentales de los pacientes, lo cual es inagotable. La posibilidad de acceder a la Big Data, junto con esta información, posibilita que se lleven a cabo predicciones y pronósticos cada vez más precisos, válidos y eficaces, cada vez que surge una nueva innovación. Además, el desarrollo de sistemas expertos que respalden cada fase y aspecto del cuidado humano, como la detección precoz e identificación de los síntomas de diferentes patologías, desde las mentales hasta las infecciosas o metabólicas, ofrece un apoyo cada vez más importante para los trabajadores sanitarios, especialmente para las enfermeras.

La implementación de la inteligencia artificial en el área de enfermería está avanzando para realizar diagnósticos de NANDA, NIC y NOC. Hay aplicaciones que fusionan esas taxonomías con inteligencia artificial para proporcionar diagnósticos de enfermería precisos y a medida. Estas herramientas utilizan algoritmos complejos para analizar síntomas y condiciones, lo que permite un progreso importante en la velocidad y exactitud del proceso de diagnóstico en comparación con los métodos convencionales. Estas aplicaciones tienen características como una interfaz de usuario intuitiva, diseñada para ser fácil de usar y brindar un acceso

rápido y eficiente a información crucial para tomar decisiones bien fundamentadas; además de diagnósticos en múltiples idiomas.

La afirmación anterior está intrínsecamente vinculada con el propósito de la investigación, que es examinar las innovaciones y los beneficios de la IA en relación con el diagnóstico de enfermedades y la detección precoz de síntomas de padecimientos que pueden tratarse si se reconocen a tiempo.

Para garantizar que la inteligencia artificial se incorpore a la práctica profesional de enfermería de manera ética y exitosa, es imperativo enfrentar ciertos desafíos, como: Con el objetivo de garantizar la integración ética y exitosa de la inteligencia artificial en la enfermería, es preciso afrontar varios desafíos. La formación y adaptación del personal, la seguridad y privacidad de los datos y la integración con sistemas ya en funcionamiento son algunos de estos desafíos: para utilizar eficazmente las herramientas de IA, el personal de enfermería debe ser formado. Además, el temor a la sustitución laboral, los costos de implementación y los sesgos pueden generar resistencia al cambio y preocupación acerca de la ética en el proceso decisional.

Los algoritmos de la inteligencia artificial pueden tener prejuicios que afectan a ciertos grupos de pacientes. Es esencial que la inteligencia artificial sea imparcial y equitativa para todos los pacientes, sin hacer distinciones.

Implicaciones éticas y de seguridad en el uso de la IA

La 41^a Conferencia General de la UNESCO, celebrada en París entre el 9 y el 24 de noviembre de 2021, dictó la siguiente recomendación acerca de la ética en inteligencia artificial:

Los principios y valores que se enumeran a continuación deben ser honrados por todos los participantes durante el ciclo de vida de los sistemas de IA, ante todo. Después, en caso de que sea necesario y beneficioso, deben fomentarse mediante la modificación de las leyes, directrices empresariales y reglamentos existentes, así como la creación de otros nuevos. Todo esto debe estar en línea con el derecho internacional, especialmente la Carta de las Naciones Unidas y los compromisos de los Estados Miembros en lo que concierne a los derechos humanos. Asimismo, tiene que ser coherente con las metas acordadas globalmente para la sostenibilidad en términos sociales, políticos, ambientales, educativos, científicos y económicos; por ejemplo, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021).

Los valores cumplen un papel fundamental como ideales que estimulan la dirección de las acciones políticas y las normativas legales. Por lo tanto, el grupo de valores que se mencionará a continuación fomenta una conducta deseable y simboliza los cimientos de los principios. Por otro lado, los principios muestran de manera más precisa los valores latentes, lo cual permite su aplicación más sencilla en las políticas declarativas y las acciones.

Aunque todos los principios y valores son deseables en sí mismos, siempre existe la posibilidad de que surjan tensiones entre ellos en un contexto práctico. Es preciso una evaluación del contexto para manejar estas potenciales tensiones, observando el principio de proporcionalidad y en conformidad con las libertades esenciales y los derechos humanos. En cualquier circunstancia, toda posible restricción de las libertades fundamentales y los derechos humanos debe ser razonable, necesaria y proporcional, así como estar fundamentada en la ley y cumplir con las responsabilidades que tienen los Estados según el derecho internacional. En general, será obligatorio cooperar con una extensa variedad de interesados pertinentes, utilizando el diálogo social, la reflexión ética, la diligencia debida y la evaluación del impacto.

Para garantizar que las tecnologías de la IA estén al servicio del bienestar de la humanidad, las personas, las sociedades y el medio ambiente y los ecosistemas, así como para representar los principios y valores establecidos en esta Recomendación, es fundamental la fiabilidad e integridad del ciclo de vida de los sistemas de IA. Según corresponda, es imprescindible que los sistemas de IA sean monitoreados minuciosamente por las partes interesadas relevantes a lo largo de su ciclo de vida para garantizar su confiabilidad. Todas las medidas políticas sugeridas están destinadas a fomentar la fiabilidad en cada una de las fases del ciclo de vida de la IA, ya que esta se origina cuando se aplican los principios presentados por la UNESCO.

La defensa, promoción y respeto de la dignidad humana, las libertades fundamentales y los derechos humanos. La dignidad inherente e inviolable de cada individuo es el fundamento del sistema universal de derechos humanos y libertades fundamentales, que es indivisible, inalienable, interdependiente y está interconectado. La dignidad humana está relacionada con el reconocimiento de la igualdad y el valor inherente de cada ser humano, sin importar su raza, color, origen, género, edad, lengua, religión, creencias políticas o cualquier otro aspecto.

Durante todas las fases del ciclo de vida de los sistemas de IA, ninguna persona o colectivo humano debería sufrir ningún tipo de daño o sometimiento, ya sea a nivel físico, político, social, económico, cultural o mental. Los sistemas de IA tienen la obligación, a lo largo de su ciclo vital, de mejorar el bienestar humano, confiando a las personas o grupos la responsabilidad de

definir qué se entiende por "calidad de vida", siempre que esta definición no suponga abusos ni violaciones a los derechos humanos, a la dignidad humana o a las libertades fundamentales.

Los sistemas de IA interactúan con los seres humanos durante todo su ciclo de vida y brindarles apoyo, como por ejemplo en el cuidado de aquellos que se encuentran vulnerables o en situación de vulnerabilidad, como son las personas mayores, los niños, las personas con discapacidades o los enfermos. En el contexto de esas interacciones, la dignidad humana nunca debería ser disminuida de ninguna forma, las personas no deberían transformarse en objetos y sus derechos humanos y libertades básicas no deberían ser violados ni sufrir abusos.

Durante todo el ciclo vital de los sistemas de inteligencia artificial, los derechos humanos y las libertades básicas deben ser respetados, resguardados y fomentados. Las universidades, el sector privado, los gobiernos, las comunidades técnicas, la sociedad civil y las organizaciones internacionales tienen la obligación de honrar los instrumentos y marcos de derechos humanos durante sus intervenciones en los procesos que envuelven el ciclo vital de los sistemas de IA. Es fundamental que las tecnologías emergentes ofrezcan nuevos canales para promover, proteger y ejercer los derechos humanos, en lugar de violarlos.

El respeto, la defensa y el fomento de la diversidad y la inclusión deben asegurarse durante todo el ciclo de vida de los sistemas de IA, conforme a las normas del derecho internacional, especialmente el derecho sobre los derechos humanos. Para lograrlo, se podría fomentar la participación activa de todos los individuos o grupos, sin importar su raza, color de piel, ascendencia, género, edad, idioma, religión, ideologías políticas, origen nacional, social o étnico; su condición económica o social al nacer; su discapacidad u otro motivo. Los actores de la IA deberían fomentar sociedades equitativas y pacíficas, en las que todos se beneficien de un futuro interconectado, respetando los derechos humanos y las libertades básicas, y contribuir activamente a su desarrollo.

La idea de interconexión entre los seres humanos se fundamenta en la comprensión de que cada individuo forma parte de un conjunto más grande que prospera a medida que todas las partes involucradas pueden avanzar. Para vivir en sociedades justas, pacíficas e interconectadas se necesita una conexión orgánica, inmediata y no calculada de solidaridad, que se distingue por una búsqueda constante de relaciones pacíficas, orientadas a la protección de los otros y del entorno natural en su sentido más amplio.

Este valor requiere que la paz, la inclusión y la justicia, así como la equidad y la interconexión, sean promovidas a lo largo del ciclo de vida de los sistemas de IA. Esto se debe a que los procedimientos de dicho ciclo no deberían deshumanizar ni cosificar a las personas o comunidades, ni restringir su libertad, autonomía en las decisiones o seguridad; tampoco dividir o confrontar individuos y grupos entre sí, ni comprometer la convivencia entre seres humanos, otros seres vivos y el entorno natural.

La UNESCO también determina los siguientes principios para la utilización de la inteligencia artificial: Inocuidad y proporcionalidad: Es importante reconocer que, por sí solas, las tecnologías de la IA no aseguran el bienestar de los seres humanos o del medioambiente y los ecosistemas. Si existe la posibilidad de que las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales, las comunidades y la sociedad en general, o el medio ambiente y los ecosistemas se vean afectados, se tendría que asegurar que se implementen procedimientos para valorar riesgos y tomar acciones para prevenir dicho daño.

La elección de un método de IA y la decisión de utilizar sistemas de IA deberían justificarse en las siguientes formas: a) el método de IA seleccionado debe ser apropiado y proporcional para alcanzar un objetivo legítimo específico; b) el método de IA seleccionado no debe atentar contra los valores fundamentales descritos en este documento, especialmente su uso no debe implicar la violación o el abuso de los derechos humanos; c) el método de IA seleccionado tiene que ser pertinente al contexto y apoyarse en fundamentos científicos sólidos. Los sistemas de inteligencia artificial, en particular, no deberían emplearse con el objetivo de vigilar a la población entera o calificar a las personas socialmente.

Protección y seguridad: A lo largo de la vida útil de los sistemas de IA, es importante prevenir, tomar en cuenta y eliminar las vulnerabilidades a los ataques (riesgos de protección) y los daños no deseados (riesgos de seguridad). Esto es esencial para asegurar la seguridad y la protección del medio ambiente, los ecosistemas y las personas. El desarrollo de marcos para acceder a los datos que sean sostenibles, mantengan la privacidad y promuevan un entrenamiento y validación más efectivos de los modelos de IA basados en datos de calidad contribuirá a garantizar la seguridad y protección de la IA.

Igualdad y no discriminación: De acuerdo con el derecho internacional, los participantes de la IA deberían fomentar la igualdad, proteger la justicia social y combatir cualquier forma de discriminación. Esto implica adoptar una perspectiva inclusiva para asegurar que las ventajas de la IA estén al alcance y disponibles para todos, considerando las necesidades particulares

de los distintos grupos de edad, sistemas culturales, grupos lingüísticos diversos, individuos con discapacidades, mujeres y niñas, así como personas en condiciones de vulnerabilidad o marginadas.

Los Estados Miembros tendrían que trabajar para fomentar un acceso inclusivo a sistemas de inteligencia artificial con contenidos y servicios que se adapten al entorno local, respetando la diversidad cultural y el multilingüismo. Los Estados Miembros tienen la responsabilidad de trabajar para disminuir las disparidades digitales y asegurar que todos tengan acceso a participar en el desarrollo de la inteligencia artificial. A nivel nacional, los Estados Miembros deben fomentar la igualdad entre las áreas rurales y urbanas y entre todos los individuos, sin importar su raza, color, ascendencia, género, edad, idioma, religión, opiniones políticas, origen étnico o nacional o social de nacimiento. Esto incluye el acceso al ciclo de vida de los sistemas de IA y la posibilidad de intervenir en él.

En el ámbito global, los países que son más avanzados tecnológicamente tienen la obligación de mostrar solidaridad con aquellos que lo son menos para asegurar que las ventajas de las tecnologías de inteligencia artificial se distribuyan de tal forma que estos últimos puedan acceder al ciclo vital de los sistemas de IA y participar en él, contribuyendo así a un orden mundial más justo en términos de educación, investigación, cultura, comunicación, información y estabilidad socioeconómica y política.

Con el objetivo de asegurar la equidad de los sistemas de inteligencia artificial, los participantes en este campo deberían esforzarse al máximo por minimizar y evitar que se mantengan o refuerzen resultados y aplicaciones sesgados o discriminatorios durante todo el ciclo de vida de dichos sistemas. Debería haber un recurso eficaz disponible para luchar contra la discriminación y la determinación algorítmica sesgada.

Asimismo, es esencial tratar las brechas de conocimiento y digitalización dentro de los países y entre ellos durante todo el ciclo de vida de los sistemas de IA. Esto es particularmente relevante en cuanto al acceso a la tecnología y a los datos, así como la calidad de estos, conforme a los marcos jurídicos nacionales, regionales e internacionales aplicables. Para asegurar que todas las personas sean tratadas de manera equitativa, también es necesario tratar la conectividad, las competencias y el conocimiento, así como la participación significativa de las comunidades impactadas.

Sostenibilidad: El progreso de sociedades sostenibles se basa en la consecución de un conjunto complejo de metas vinculadas a diferentes aspectos sociales, humanos, culturales, económicos y ambientales. La implementación de tecnologías de inteligencia artificial (IA) puede favorecer la consecución de las metas de sostenibilidad o bien hacerla más difícil, dependiendo de cómo se utilicen en naciones con diversos grados de desarrollo. Por lo tanto, se debería realizar la evaluación continua de las consecuencias sociales, culturales, económicas y medioambientales de las tecnologías de IA con un conocimiento completo del impacto que tienen estas tecnologías en la sostenibilidad como un conjunto de objetivos en constante cambio en diferentes dimensiones. Estas dimensiones son las que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU definen actualmente.

Derecho a la privacidad y salvaguarda de datos: Es necesario que la privacidad, que es un derecho primordial para resguardar la dignidad, la autonomía y la habilidad de actuar de las personas, sea honrada, defendida y fomentada durante todo el ciclo vital de los sistemas de inteligencia artificial. Es crucial que la recopilación, el uso, la difusión, el archivo y la eliminación de datos para los sistemas de inteligencia artificial se lleven a cabo en consonancia con el derecho internacional y con los valores y principios establecidos en esta Recomendación actual. Además, es importante que se mantengan al mismo tiempo las normas jurídicas nacionales, regionales e internacionales que sean relevantes.

Los sistemas de IA deben tener marcos de protección de datos y mecanismos de gobernanza apropiados, que estén protegidos por los sistemas judiciales y se apliquen durante todo el ciclo de vida de dichos sistemas. Estos marcos deberían establecerse en los niveles nacional o internacional, siguiendo un enfoque con múltiples partes interesadas. Los marcos de protección de datos y todos los trámites asociados deberían fundamentarse en los principios y normas internacionales en lo que respecta a la recopilación, el uso y la divulgación de información personal, además del ejercicio de derechos por parte de las personas implicadas. Simultáneamente, deben garantizar un objetivo legítimo y una base legal válida para tratar la información personal, lo que incluye el consentimiento informado.

Es necesario que los sistemas algorítmicos sean sometidos a evaluaciones adecuadas del impacto en la privacidad, las cuales incluyan valoraciones sociales y éticas de su uso, además de un empleo innovador del enfoque de privacidad desde el momento de la concepción. Los agentes de la IA tienen que hacerse responsables de diseñar y aplicar los sistemas de IA de tal forma que se proteja la información personal a lo largo de todo el ciclo vital del sistema.

Decisión y supervisión humanas: Los Estados deberían garantizar que, en cualquier fase del ciclo de vida de los sistemas de IA, así como en situaciones de recursos asociados a estos sistemas, la responsabilidad jurídica y ética pueda ser asignada a individuos o entidades jurídicas ya existentes. Los seres humanos seguirán teniendo la última palabra en situaciones limitadas, porque tienen la capacidad de usar los sistemas de IA para tomar decisiones y realizar tareas; sin embargo, un sistema de IA no podrá sustituir el deber final de rendir cuentas y la responsabilidad que recae sobre los seres humanos. En términos generales, los sistemas de IA no deberían tomar decisiones que tengan un impacto vital.

Claridad y explicabilidad: Por lo general, para asegurar que se respeten, protejan y promuevan los derechos humanos, las libertades esenciales y los principios morales, es indispensable que los sistemas de IA sean transparentes y explicables. Para que los regímenes nacionales e internacionales pertinentes en términos de responsabilidad operen de manera eficaz, se requiere transparencia. La ausencia de transparencia también podría restringir la capacidad de oponerse con eficacia a las decisiones fundamentadas en los resultados generados por los sistemas de IA. Esto, a su vez, podría comprometer el derecho a un juicio justo y a un recurso efectivo, y reducir las áreas en las que es legalmente posible emplear estos sistemas.

Aunque es necesario esforzarse para mejorar la transparencia y la explicabilidad de los sistemas de inteligencia artificial (IA) en todos sus ciclos de vida, incluidos aquellos que tienen un impacto extraterritorial, a fin de apoyar el gobierno democrático, el nivel de transparencia y explicabilidad debe ser siempre apropiado para el contexto y el efecto. Esto se debe a que puede ser preciso hallar un balance entre estos dos aspectos y otros principios como la privacidad, la seguridad y la protección.

En el caso de que una decisión se tome o se base en algoritmos de inteligencia artificial, sobre todo si afecta a sus derechos humanos o su seguridad, las personas deberían estar completamente informadas. En circunstancias como estas, deberían tener la posibilidad de solicitar información y aclaraciones a los actores de la IA o a las autoridades públicas correspondientes. Además, las personas deberían tener la facultad de comprender los motivos por los que se ha adoptado una decisión que repercute en sus derechos y libertades, así como de manifestar alegaciones ante un empleado de la entidad pública o privada autorizado para examinar y rectificar dicha resolución.

Los actores de la inteligencia artificial deben alertar a los usuarios cuando un producto o servicio esté disponible, ya sea directamente o con ayuda de sistemas de IA, en el momento

apropiado y de manera adecuada. La transparencia, desde un punto de vista sociotécnico, contribuye a la creación de sociedades más democráticas, justas, pacíficas e inclusivas. Posibilita una revisión pública que tiene el potencial de reducir la corrupción y la discriminación. Además, puede ser útil para detectar y evitar las repercusiones negativas sobre los derechos humanos. La transparencia busca proporcionar a los destinatarios la información adecuada para facilitar su comprensión y fomentar la confianza.

La transparencia puede facilitar que los individuos entiendan la implementación de cada fase de un sistema de IA, dependiendo del contexto y la sensibilidad del sistema en cuestión. Esto es particularmente cierto para los sistemas de inteligencia artificial. Además, puede ofrecer información acerca de los elementos que afectan una decisión o predicción determinada y sobre si existen o no garantías apropiadas (como la equidad o las medidas de seguridad). En situaciones de amenazas serias que tengan efectos negativos para los derechos humanos, la transparencia puede exigir que se comparten conjuntos de datos o códigos.

La explicabilidad implica hacer comprensibles los resultados de los sistemas de IA y brindar información acerca de ellos. La explicabilidad de los sistemas de inteligencia artificial también se relaciona con la claridad de la entrada, salida y operación de cada parte algorítmica, así como el modo en que cada una aporta a los resultados del sistema. Por lo tanto, la explicabilidad tiene una relación muy cercana con la transparencia, dado que los resultados y los subprocesos que llevan a ellos deberían buscar ser comprensibles y trazables, de acuerdo al contexto. Los agentes de la inteligencia artificial deberían comprometerse a garantizar que los algoritmos creados sean comprensibles.

Responsabilidad y rendición de cuentas: Los actores de la IA y los Estados tienen la responsabilidad ética y legal de respetar, proteger y promover las libertades fundamentales y los derechos humanos. Asimismo, deben impulsar la salvaguarda del medio ambiente y de los ecosistemas, cumpliendo con el derecho nacional e internacional. En última instancia, la responsabilidad ética y la obligación de rendir cuentas sobre las decisiones y acciones que están basadas en un sistema de IA deberían recaer siempre en los actores del mismo, según el rol que desempeñen a lo largo del ciclo de vida del sistema.

Para asegurar la rendición de cuentas con relación a los sistemas de IA y su impacto durante todo su ciclo de vida, deben desarrollarse procedimientos apropiados para supervisar, evaluar el impacto, auditar y realizar la debida diligencia, incluso en lo que concierne a la protección de quienes denuncian irregularidades. Tanto los dispositivos técnicos como los institucionales

deben asegurar la auditabilidad y trazabilidad (de las operaciones) de los sistemas de inteligencia artificial, especialmente para tratar de resolver cualquier conflicto con respecto a las leyes sobre derechos humanos y las amenazas al bienestar medioambiental y a los ecosistemas.

Para asegurar una participación pública efectiva y que todos los integrantes de la sociedad tengan la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el uso de los sistemas de IA, es necesario promover sensibilización y educación a través de una educación abierta y accesible. Esto incluye la alfabetización mediática e informacional, la capacitación en ética de la IA, las competencias digitales y la participación cívica. Además, debe ser llevada a cabo conjuntamente por las universidades, los medios de comunicación, el sector privado, las organizaciones intergubernamentales, los gobiernos y la sociedad civil; teniendo en consideración también el pluralismo cultural, social y lingüístico presente.

El aprendizaje acerca del impacto de los sistemas de IA debería contemplar el entendimiento sobre las libertades fundamentales y los derechos humanos, tanto a través como para ellos. Esto quiere decir que la perspectiva y el entendimiento de los sistemas de IA deberían fundamentarse en cómo estos afectan a los ecosistemas, al medioambiente, así como a los derechos humanos y al acceso a estos.

Cooperación y gobernanza adaptativas con varias partes interesadas: La soberanía nacional y el derecho internacional deben ser respetados al usar datos. Esto implica que los Estados, cumpliendo con el derecho internacional, tienen la capacidad de controlar los datos producidos en sus territorios o que transitan por ellos y tomar acciones para regular efectivamente los datos, especialmente para protegerlos, respetando el derecho a la privacidad, de acuerdo con el derecho internacional y otras regulaciones sobre derechos humanos.

Para asegurar una gobernanza de la IA que sea inclusiva y para fomentar un desarrollo sostenible, es imprescindible que los distintos grupos interesados participen durante todo el ciclo de vida de los sistemas de inteligencia artificial. Esto permitirá distribuir los beneficios entre todos. Los gobiernos, la sociedad civil, los grupos de niños y jóvenes, las organizaciones intergubernamentales, los medios de comunicación, los círculos universitarios y la comunidad técnica son algunos de los actores interesados. También lo son las instituciones de derechos humanos, las empresas del sector privado, los responsables de formular políticas y aquellos que supervisan el combate a la discriminación.

Sistemas de apoyo a la decisión y telemedicina

La telemedicina puede definirse como la atención médica entre un médico y un paciente que no coinciden en el tiempo y/o en el espacio, mediante tecnologías de comunicación e información. El hecho de que los dos participantes sean un médico y un paciente no es una regla; también puede suceder que se trate de dos especialistas que llevan a cabo una interconsulta. La telemedicina es el intercambio de información médica entre dos lugares mediante comunicaciones electrónicas, y su propósito es mejorar la condición clínica del paciente. Incluye una gama cada vez más amplia de servicios y aplicaciones que emplean diversas tecnologías de telecomunicaciones, como teléfonos inteligentes, correo electrónico, videoconferencias y comunicaciones inalámbricas (Chueke, 2015).

Otra aclaración que se debe considerar es que los términos telesalud y telemedicina son utilizados como sinónimos para referirse a la provisión de atención sanitaria en zonas con acceso restringido a servicios sanitarios y con una proporción reducida de médicos por número de pacientes. No obstante, la telesalud se relaciona más con el campo preventivo, puesto que a menudo se emplea para llevar a cabo campañas de concientización que posibiliten que las poblaciones adopten acciones preventivas frente a epidemias o en torno a situaciones riesgosas como la obesidad, enfermedades respiratorias o el tabaquismo.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha fijado unas normas de ética para los doctores que emplean este método para ofrecer servicios de atención médica. La telemedicina, según la AMM, es "el ejercicio de la medicina a distancia, en el que las decisiones, intervenciones y diagnósticos de tratamiento se fundamentan en datos (incluyendo imágenes y voz), documentación e información adicional que se transmite por medio de sistemas de telecomunicaciones. Esto puede abarcar la red de internet y el teléfono. Una definición más extensa de telesalud abarca un rango integral de actividades que contribuyen a la salud del paciente y del público: el diagnóstico, la promoción, la prevención, el tratamiento y la autoatención son todos campos en los cuales los médicos desempeñan un papel relevante.

Esta es una situación de la que no se podrá retroceder. Hoy en día, al comparar los niveles de avance de la telemedicina y telesalud entre las naciones iberoamericanas, se observa una gran disparidad. En este sentido, Brasil, México, Colombia, Chile y Argentina son los países que han alcanzado los desarrollos más significativos en informática médica a nivel estatal y privado. En la actualidad existen muchos programas que se llevan a cabo en Iberoamérica, muchos de ellos de manera independiente y frecuentemente sin ser notados.

La mayor parte de las intervenciones en telemedicina se han creado con una perspectiva principalmente técnica, suponiendo que los actores clave y los interesados lo aceptarían "por defecto". Este enfoque ha menospreciado a menudo asuntos importantes como la cultura, la alfabetización digital y la formación de talento digital. La mayoría de los enfoques han sido desde la práctica tradicional médica, dominando el punto de vista de los proveedores de servicios y los profesionales sanitarios, mientras que el punto de vista del paciente ha prevalecido poco, sobre todo el de aquellos menos alfabetizados digitalmente o desconectados (García, et al, 2021).

En el futuro, se requerirá prestar más atención a factores como la portabilidad (enfocándose en los dispositivos móviles con funciones integradas), el uso de aplicaciones y los flujos de trabajo asistenciales para crear experiencias digitales tanto antes como después de las presenciales.

La definición de modelos de sostenibilidad financiera es uno de los elementos fundamentales a perfeccionar, porque si no está claro el asunto de pagos o reembolsos por telemedicina, las iniciativas no logran alcanzar su régimen de sostenibilidad y muchas terminan siendo proyectos piloto o proyectos temporales y pequeños. Se ha notado la falta de leyes y regulaciones apropiadas, sobre todo en países donde las agrupaciones de profesionales sanitarios optaron por no respaldar y hasta obstaculizar la puesta en marcha de la telemedicina, justificando su resistencia al cambio con elementos relacionados con el "acto médico".

A pesar de que el camino para la inclusión sostenida de la telemedicina estaba claro, en varias naciones de la región prevaleció el afán por adoptar tecnologías sin proyectos estructurados debidamente definidos, sin interoperabilidad y con un enfoque a corto plazo.

A pesar de los documentos y el respaldo de organizaciones internacionales, la urgencia por conseguir resultados inmediatos pareció tener más peso que consolidar las bases y fundamentos de un plan sostenible a largo plazo para implementar y mantener programas de telemedicina capaces de adaptarse a cualquier transformación en términos ideológicos, administrativos, del mercado, regulatorios o relacionados con las habilidades del personal sanitario. La escasa evidencia cuantitativa, con métodos de medición de impacto rigurosos que posibiliten evaluar los resultados de las intervenciones de telesalud, en particular en relación a la calidad de los servicios y los indicadores sanitarios de los pacientes, permitió que esta situación se produjera. La tabla a continuación sistematiza las barreras principales para la adopción masiva de la Telemedicina en América Latina.

Tabla 7.

Barreras para la adopción de la telemedicina en América Latina

Tecnológicas	Humanas y sociales	Psicosociales y antropológicas	Gobernanza	Económicas
Estándares y certificación	Privacidad	Brecha digital (uso y acceso)	Licenciamiento y matriculación	Falta de datos y metodologías de evaluación
Infraestructuras de TIC adecuadas	Seguridad	Cultura organizacional	Vacíos, grises y colisiones normativas	Financiamiento de servicios
Interoperabilidad	Integridad. Confidencialidad	Capacitación de profesionales, Investigación de necesidades reales, Formación de estudiantes	Ley y reglamentación	

Nota. Adaptado de (García, et al, 2021)

GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

Bioética: Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, examinada a la luz de valores y principios morales (ej. Autonomía, Beneficencia, No-Maleficencia, Justicia).

Calidad Asistencial: Grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados deseados en la salud de los individuos y la población, y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Competencia profesional: Capacidad probada de emplear valores éticos, habilidades, actitudes y conocimientos para solucionar problemas relacionados con la salud y ofrecer cuidados seguros y eficaces.

Cuidado: Eje de la capacitación para enfermeras. Según la teoría enfermera en uso, existen múltiples definiciones. Es fundamental para el paciente, la familia y la comunidad, e incluye diversas acciones que forman parte de un plan de atención.

Cuidado Holístico: Enfoque de atención que tiene en cuenta a la persona como un todo: elementos sociales, espirituales, culturales, psicológicos y biológicos.

Cuidados Basados en la Evidencia (EBE): Aplicación consciente, explícita y prudente de la evidencia investigativa más sólida para decidir sobre el cuidado del paciente individual.

Dato Objetivo : Datos del paciente que se pueden medir y observar (por ejemplo, resultados de laboratorio, temperatura, presión arterial).

Dato Subjetivo: Datos reportados por el enfermo (por ejemplo, sensación de náuseas, miedo o dolor).

Diagnóstico de Enfermería (NANDA): Juicio clínico acerca de las reacciones de un individuo, una comunidad o una familia frente a problemas de salud que la enfermera tiene permiso legalmente para abordar.

Enfermera de Práctica Avanzada (EPA): Enfermera que cuenta con una educación de nivel superior (normalmente un máster) y experiencia clínica, que desempeña tareas complejas y extensas, como la identificación y tratamiento de enfermedades leves, así como la prescripción restringida, según lo establecido por las leyes de cada nación.

Especialidad en Enfermería: Postgrado y prácticas clínicas supervisadas que posibilitan a la enfermera desarrollar habilidades avanzadas en un campo concreto (por ejemplo, en pediatría, cuidados intensivos, salud mental, entre otros).

Ejecución/Implementación: Cuarta fase del PE, que implica ejecutar las intervenciones planificadas con el fin de alcanzar los resultados previstos.

Estrategias de Seguridad del Paciente: Conjunto de protocolos o acciones puestas en marcha para disminuir el peligro de perjuicios no necesarios relacionados con la asistencia sanitaria (por ejemplo, listas de verificación quirúrgicas, protocolo de medicación).

Ética Profesional: Conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y la conducta de las enfermeras en su práctica diaria.

Evaluación: Última etapa del PE, que determina el progreso del paciente hacia los resultados esperados y la eficacia de las intervenciones

Evidencia Científica: Información obtenida de la investigación rigurosa que justifica una práctica clínica específica. Base de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

Formación Continua (F.C.): actividades de aprendizaje y educativas que el profesional lleva a cabo durante su trayectoria para actualizar sus conocimientos y mejorar sus capacidades.

Gestión de Cuidados: Utilización eficaz y eficiente de los recursos (humanos, materiales y financieros) para garantizar una asistencia de enfermería de alta calidad.

Gestión del Dolor: La evaluación sistemática y la utilización de métodos farmacológicos y no farmacológicos para mitigar o manejar el dolor agudo o crónico del paciente.

Grado en Enfermería: Título de licenciatura en enfermería general, que permite ejercer profesionalmente esta profesión. Usualmente su duración es de 4 o 5 años.

Intervenciones de Enfermería (NIC): Cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer los resultados esperados del paciente, la familia o la comunidad.

Licenciatura en Enfermería: Título de pregrado o grado superior que, según el país, es equivalente al Grado o un nivel académico superior que permite funciones de liderazgo, gestión, docencia o investigación

Liderazgo Transformacional: Estilo de liderazgo en enfermería que motiva a los equipos a lograr resultados inesperados y elevados, inspirándolos a través de la visión y los valores.

Metaparadigma de Enfermería: Los cuatro conceptos centrales que definen la disciplina de enfermería: Persona, Entorno, Salud y Enfermería (el cuidado).

Modelo de Adaptación (Roy): Define al individuo como un sistema que se adapta, con procesos internos y externos que interactúan con el medio ambiente. La meta de la enfermera es fomentar la adaptación del paciente en los aspectos fisiológicos, autoconceptuales, funcionales y de interdependencia.

Planificación: Tercer paso del PE, en el que se determinan los objetivos o resultados esperados (NOC) y se escogen las intervenciones de enfermería (NIC) adecuadas.

Plan de Cuidados de Enfermería (PCE): Documento formal y personal que describe los diagnósticos de enfermería, las intervenciones a llevar a cabo (NIC) y los resultados esperados (NOC) en un paciente.

Práctica Clínica: Etapa de aprendizaje práctico y supervisado que se lleva a cabo en un ambiente real de atención médica (hospitales, clínicas, etc.) por parte del estudiante o el profesional en formación.

Prevención Primaria: Acciones que buscan prevenir la aparición de problemas de salud o enfermedades (por ejemplo, educación sanitaria acerca de prácticas de vida saludables o vacunación).

Prevención Secundaria: Acciones dirigidas a la detección y tratamiento precoz de una enfermedad en fases asintomáticas o tempranas (ej. cribado de cáncer de mama, control de la glucemia).

Prevención Terciaria: Medidas enfocadas a la rehabilitación y a reducir las complicaciones y la discapacidad en personas que ya tienen una enfermedad (ej. fisioterapia tras un ictus).

Proceso Enfermero (PE): Marco sistemático y cílico de cinco etapas (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación) para proporcionar cuidados individualizados y de alta calidad.

Resultados Sensibles al Cuidado de Enfermería (NOC): Estados, conductas o percepciones que miden el progreso del paciente después de las intervenciones de enfermería. Son indicadores medibles del éxito del plan de cuidados.

Teorías de enfermería: Se refiere a un sistema deductivo de enunciados que describen, explican y conceptualizan las prácticas en el campo de la enfermería

Teoría Henderson: según esta teoría el rol de la enfermera es ayudar a los pacientes a lograr independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Teoría de Faye Abdellah: enfoque centrado en el paciente.

Teoría de Dorothy Johnson (Modelo de Sistema Conductual): planteó que la enfermera debe fomentar el funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir enfermedades.

Teoría de Betty Neuman: asegura que muchas necesidades existen y cada una tiene el potencial de romper la estabilidad o el equilibrio del cliente. El propósito del modelo de sistema de práctica de enfermería es disminuir el estrés.

Teoría del Déficit de Autocuidado (Orem): Teoría que postula que la enfermería es necesaria cuando el paciente no puede satisfacer sus propias necesidades de autocuidado (déficit) debido a su estado de salud, y el objetivo de la enfermera es compensar ese déficit.

Teoría Arco Iris (Leininger): La teoría transcultural de la enfermería de Madeleine Leininger aboga por un cuidado que sea culturalmente congruente y hace hincapié en lo fundamental que es entender y respetar las diferencias culturales en el cuidado del paciente.

Teoría de Callista Roy: el individuo es un conjunto de sistemas interrelacionados que mantienen el equilibrio entre estos diversos estímulos.

Teoría de las Relaciones Interpersonales (Peplau): Se enfoca en la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, definida por cuatro fases (Orientación, Identificación, Explotación y Resolución), crucial para el proceso de curación.

Teoría del Cuidado Transpersonal (Watson): Teoría centrada en los Factores Caratitivos (o Caritas) que se basan en la relación humana-humana, la promoción de la armonía y la conexión espiritual entre la enfermera y el paciente

Valoración: Primera etapa del PE, que consiste en la recogida organizada y sistemática de datos (objetivos y subjetivos) sobre el estado de salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Amargós, et al.** (2023). El rol de la enfermería en el ámbito de la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 37(17). [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102337](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102337)
- Amezcua, R.** (2025). La enfermería, una profesión y disciplina que avanza por sus valores. *Temperamentvm*, 20(1). [https://doi.org/https://dx.doi.org/10.58807/temperamentvm20246590](https://doi.org/10.58807/temperamentvm20246590)
- Apuntes de enfermería.** (12 de noviembre de 2025). Recuperado el 4 de Noviembre de 2025, de Pensamiento crítico y proceso de enfermería: <https://apuntesenfermeria.com/notas/pensamiento-critico-y-proceso-de-enfermeria/>
- Aristizabal, et al.** (2018). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4). https://doi.org/10.1344/enu2018_00248 Disponible en <http://www.revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
- Aviles, L., & Soto, C.** (Noviembre de 2014). Modelos de enfermería en pacientes críticos: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 34(3).
- Balderas, M.** (2010). *Administración de los servicios de enfermería* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill editores.
- Bermeo, E., & Finol de Franco, M.** (2019). Estructura y dinámica de aplicación de los modelos de evaluación institucional para la calidad educativa. (U. d. Atlántico, Ed.) *Revista de Ciencias de la Educación, Docencia, Investigación y Tecnologías de la Información (CEDOTIC)*, 4(2).
- Blog Lomaseir.** (12 de Noviembre de 2025). *Actualización NANDA-I 2024–2026: Todo lo que necesitas saber sobre los nuevos diagnósticos de enfermería*. Obtenido de <https://lomaseir.com/actualizacion-nanda-i-2024-2026/>
- CACES.** (2018). *Política de Evaluación Institucional de Universidades y escuelas politécnicas en el marco del sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior*. Quito: CACES.
- Caicedo, et al.** (2023). Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida*, 7(14). [https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v7i14.2511](https://doi.org/10.35381/s.v7i14.2511)
- Carmona, L., et al.** (2005). La salud y la Promoción de Salud: Una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Rev. Cienc. Salud*, 3(1), 62-77.

CCHP. (2018). *Seguridad y salud preventiva en los entornos de cuidado infantil Un plan de estudios para la formación de proveedores de cuidado infantil*. California Childcare Health Program Disponible en <https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/PHTHandbook-Student-2019-SP.pdf>.

Choperena, et al. (2023). *El legado de Florence Nightingale para nuestro tiempo. Nuevas perspectivas*. Pamplona: EDiciones de la Universidad de Navarra Disponible en <https://dadun.unav.edu/server/api/core/bitstreams/170e88b0-1beb-409a-a8b5-647c53fdb8cb/content>.

Chueke, D. (2015). Recuperado el 4 de Noviembre de 2025, de Panorama de la Telemedicina en América Latina : <http://es.eyeforpharma.com/ventas-y-marketing/panorama-de-la-telemedicina-en-américa-latina>

Conferencia Mundial sobre Educación Superior. (1998). Declaración final de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior. *Declaración final de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior*. París: UNESCO.

Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES). (2019). RESOLUCIÓN No. 127-S0-18-CACES-2019. *Reglamento de evaluación*. Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, Quito, Ecuador.

Cordero, et al. (2024). ENFERMERÍA, DISCIPLINA FUNDAMENTAL EN EL PROFESIONALISMO DE LAS CARRERAS SANITARIAS DEL ECUADOR . *Revista científica Latina multidisciplinar*, 8(2), 7334-7350. <https://doi.org/> https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11132

Cortez, et al. (2022). La enfermería desde un pensamiento crítico . *Más Vita. Revista de Ciencias de Salud*, 4(4). <https://doi.org/> <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0180>

Crespo, R. (2024). La Enfermera de Práctica Avanzada y su desarrollo en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Nefrológica*, 27(1). <https://doi.org/> <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842024001>

Elsevier. (2024). Recuperado el 15 de junio de 2024, de Consulta inmediata a taxonomías NANDA, NIC y NOC en clinical key students: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/consulta-inmediata-a-taxonomias-nanda-nic-y-noc-en-clinical-students>

Franco, et al. (2021). Autoconcepto Profesional de la Enfermera Ecuatoriana. Una mirada hacia adentro. *Ciencia Latina*, 5(2). <https://doi.org/> https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i2.428

Franco-Giraldo, A. (2022). Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa . *Salud*, 27(2), 237-254. [https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.17](https://doi.org/)

García, et al. (2021). Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 131(1 DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>).

Gobierno de la República del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica de Educación Superior, LOES*. Ecuador.

Gomez, et al. (2013). Gerencia del cuidado: experiencia de enfermería en una Institución de Tercer Nivel de Atención del D.F. *Enfermería y Neurología*, 12(2 Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>).

Guevara, R. (2023). La esencia de ser profesional de enfermería en tiempos de crisis. . *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131> Disponible en <https://repository.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/86038d79-c812-4967-998e-969b016b1b2b/content>

Henderson, V. (2001). *Principios fundamentales de los cuidados de enfermería*. International Council of Nurses, Nursing Service Comitee.

Hosking, et al. (2011). A life course approach to injury prevention: a “lens and telescope” conceptual model. *BMC Public Health*, 11(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-695>

INEPEO. (enero-julio de 2013). Proceso de Atención de Enfermería. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 3(1).

INEPEO. (Enero-julio de 2013). Proceso de Atención en Enfermería. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 3(1).

Izquierdo, et al. (2022). Educación y promoción de la salud desde la enfermería . *JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH*, 7(2), 367-391. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7725617>

Jiménez, C. (Septiembre de 2025). Aplicación del pensamiento crítico en la práctica enfermera: fundamento para un cuidado seguro y autónomo. *Ocronos*, 8(9 Disponible en <https://revistamedica.com/pensamiento-critico-practica-enfermera-cuidado-seguro-autonomo/>).

Juárez, P. (Noviembre de 2009). Importancia del cuidado en la enfermería. *Enfermería. Instituto Mexicano de los Seguros Sociales*, 17(2).

Kunsle, L. (2021). *Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica* . Universidad Andina Simón Bolívar Disponible en <https://repository.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8086/1/PDSC-004-Allan-Modelos.pdf>.

- Lima, et al.** (2024). The nurse's role in the pregnancy puerperal cycle: postpartum women's perception in the light of Peplau's theory. *Cogitare Enfermagem*, 29(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95829>
- Lopera, A.** (2023). Toma de decisiones en enfermería: las ciencias básicas como base para lograr la autonomía profesional. *Index Enfermeria*, 31(4). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225170>
- Madrazo, et al.** (2016). Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Revista de Enfermería*, 32(2). <https://doi.org/https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/903/169>
- Mandato Constituyente 14.** (2009). *Informe final sobre evaluación de desempeño institucional de las universidades y escuelas politécnicas de Ecuador*. Quito: Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior de Ecuador.
- Monasterolo et al.** (2022). *LEYES DE EJERCICIO PROFESIONAL Y CÓDIGOS DE ÉTICA DE ENFERMERÍA EN SUDAMÉRICA*. Universidad Nacional de Córdoba Disponible en file:///C:/Users/ACER/Downloads/Investigacion+3_Rev.+Crear+en+Salud+Jun+2022.pdf.
- Mora Vargas, A.** (2004). La evaluación educativa: conceptos, períodos y métodos. *Actualidades investigativas en Educación*, 29.
- Mora, et al.** (2024). Integralidad y transculturalidad en Enfermería: perspectivas desde la teoría del cuidado cultural de Leininger . *Revista Hispánica de Ciencias de la Salud*, 10(3). <https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.103.814>
- Moreno, W., & Sánchez, C.** (2007). *Propuesta de un Modelo de Evaluación de la Calidad educativa en instituciones de Educación Superior Públicas desde la perspectiva de la Responsabilidad Social*. México.
- Muñoz, t al.** (2024). PERFIL ACADÉMICO, PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y DESEMPEÑO EN EL EXAMEN DE GRADO BASADO EN SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD. *Cienc.ia y enfermeria*, 29(1). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.29393/ce29-33panm60033>
- Núñez, et al.** (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. . *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 10(2). [https://doi.org/https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/](http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/)
- Ocampo, D., & Arango, M.** (2016). La educación para la salud: Concepto abstracto, práctica intangible. *Revista Universitaria de la Salud*, 18(1), 24-33.

OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. OMS Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OMS. (1988). *Segunda Conferencia Internacional sobre PS Políticas públicas saludables*. OMS.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2021). *Recomendación sobre la ética de la Inteligencia Artificial*. Resoluciones Disponible en https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380399_spa, UNESCO, 41 reunión Conferencia General de la UNESCO, París.

Pastuña, R. et al. (2020). Desafío para la formación de enfermeras en salud global. *Enfermería Investiga*, 5(3) Disponible en https://www.researchgate.net/publication/354941564_DE-SAFIOS_PARA_LA_FORMACION_DE_ENFERMERAS_EN_SALUD_GLOBAL, 53-62. <https://doi.org/file:///C:/Users/ACER/Downloads/dnmartinezg,+Production+editor,+10+DESAF%C3%8DOS+PARA+LA+FORMACI%C3%93N+DE+ENFERMERAS+EN+SALUD+GLOBAL-M.pdf>

Porto, et al. (2010). Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. bras. enferm.*, 63(4), 567-573.

República del Ecuador . (2022). *Ley Orgánica de Carrera Sanitaria*. Ley, Presidencia de la República del Ecuador, Quito.

República del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de la Salud*. República del Ecuador.

República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ley, Quito.

República del Ecuador. (2018). *Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador*. Ley, Congreso Nacional de la República del Ecuador, Quito.

República del Ecuador. (2022). *Constitución de Ecuador*. Ecuador: constituteproject.org.

Restrepo, H. M. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Medica Internacional,;

Rojas, J. (2022). La formación continua y la superación profesional del Licenciado en enfermería. Retos y desafíos. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 5(3). https://doi.org/10.1344/metrop2022_721778120023.pdf Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778120023.pdf>

Salmeron, et al. (2017). *La promoción de la salud: Claves para su práctica*. IOC.

Sánchez, H. (2002). ¿Por qué hablar del cuidado de la salud humana? *Dimensiones del cuidado*, 17(2).

Sate, et al. (2023). Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal. *Revista Enfermería Neonatal*, 43(1). [https://doi.org/Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Salgado-8/publication/390554746_Perfil_y_competencias_criticas_del_profesional_de_enfermeria_en_las_unidades_de_cuidado_intensivo_neonatal/links/67f3c98a9b1c6c4877805e66/Perfil-y-competencias-critic](https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v6i12.1990)

Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT). (s.f.). *Constitución de la República de Ecuador. Registro Oficial N° 449 de fecha 20 de Octubre del 2008*. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), Ecuador.

Senge, P. (2008). *La quinta disciplina* (octava ed.). México: Granica.

Tapia, et al. (2023). Competencias del profesional de enfermería y perfil de egreso universitario. *Salud y Vida*, 6(12). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v6i12.1990>

UNESCO. (2005). *Educación para todos. el imperativo de la Calidad*. París: UNESCO.

Velásquez, et al. (2022). El concepto de Reconocimiento y su utilidad para el campo de la Enfermería. *Temperamentvm*, 16(1). [https://doi.org/Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-60112020000100019&script=sci_arttext](https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v6i12.1990)

Velez, N. (2025). ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA. Universidad Católica de Cuenca disponible en <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/efd17b4c-5682-4752-8893-830e7025e48c/content> .

World Health Organization (WHO). (8 de Noviembre de 2025). *Health promotion*. Obtenido de <https://www.who.int/health>

Yáñez, et al. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería*, 10(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>



ISBN: 978-9942-609-62-5

A standard 1D barcode representing the ISBN 978-9942-609-62-5.

9 789942 609625

Enfermería