



Taller de Trabajo Final

Profesor: Jorge Sánchez

Capacitación en servicio y la inclusión de las nuevas tecnologías para la información y comunicación. Perspectiva desde el gerenciamiento de servicios de enfermería.

Carrera: Profesorado Universitario para la Educación Secundaria y Superior

Alumna: Lic. Claudia Januszevski

Sede: Ituzaingo II

Resumen:

El sistema de salud en la Argentina está caracterizado por la fragmentación y por la heterogeneidad, si bien en las últimas décadas, el colectivo de enfermería ha logrado, con la aprobación de las ley Nacional 24.004 y la Ley provincial 12.124 posicionarse a nivel profesional, existen aún serias dificultades, en cuanto a mejoras en su nivel adquisitivo y una mejor calidad de vida. Por tal motivo, el incremento de las horas módulo y el pluriempleo es una consecuencia directa. Diseñar una propuesta de gestión ante la dificultad de la capacitación continúa de este sector tan amplio y diversificado, implica articular herramientas como las tecnologías de información y comunicación (Tics), para que contribuya a mejorar la calidad de atención.

Palabras claves: Capacitación en servicio, Rol de la gestión, tecnologías, comunicación-educación.

Índice:

Resumen	2
Palabras claves.....	2
Índice.....	3
Pregunta problema.....	5
Relevancia del tema.....	5
Relevancia social.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Capítulo 1	7
Contexto socio-histórico.....	7
Ley Nacional 17.132 Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares.....	10
Eduardo Menéndez , Modelo médico hegemónico (MMH).....	14
Ley Nacional 24.004 Ejercicio de la Enfermería.....	18
Capítulo 2	24
Tipos de capacitación en enfermería.....	24
Objetivos.....	24
Temas.....	25
Destinatarios.....	25
Metodología.....	26
Evaluación.....	26
Planificación.....	27
Etapas.....	27
Ventajas y desventajas de la capacitación en servicio.....	29
Ventajas.....	29
Resolución 194/95- Ministerio de Salud y Acción Social, julio 1992.....	30
Desventajas.....	34

Capítulo 3	36
Nuevas tecnologías.....	36
Técnica y Tecnología.....	37
Historia y actualización de las NTCX.....	38
Nuevas tecnologías y la relación con la capacitación profesional.....	39
Resumen.....	40
Brecha digital.....	41
Capítulo 4	42
Metodología de recolección de datos.....	42
Administración de encuesta.....	42
Encuesta.....	43
Gráfico N°1.....	45
Gráfico N°2.....	45
Gráfico N°3.....	46
Gráfico N°4.....	46
Gráfico N°5.....	47
Gráfico N°6.....	47
Gráfico N°7.....	48
Gráfico N°8.....	48
Gráfico N°9.....	49
Gráfico N°10.....	49
Gráfico N°11.....	50
Gráfico N°12.....	50
Análisis de las respuestas.....	51
Conclusión.....	52
Bibliografía	53

Pregunta: ¿Cuáles son las herramientas más usadas y efectivas (TICs) para el diseño e implementación de planes de capacitación en servicios de enfermería?

Relevancia del tema

El presente trabajo podría:

- Contribuir a incorporar tecnología en la planificación y capacitación en los servicios de enfermería
- Contribuir al conocimiento y comunicación incluyendo nuevas herramientas tecnológicas
- Contribuir a disminuir los factores de ausentismo y abandono de los planes de capacitación
- Incentivar al sector gerencial a incorporar herramientas (Tics) como parte de la formación profesional

Relevancia social:

El presente trabajo podría:

- Contribuir a mejorar la calidad de atención del sujeto, familia y comunidad
- Contribuir a mejorar la calidad de la enseñanza-aprendizaje en los planes de capacitación en los servicios de enfermería

Objetivos:

Objetivo principal

- Determinar la aplicación de las Tics, como herramienta de gestión en la capacitación en los servicios de enfermería

Objetivos específicos

- Determinar si se implementan las tecnologías en información, comunicación y conectividad en la capacitación en servicio.
- Determinar los inconvenientes en su implementación
- Determinar los beneficios de su implementación
- Analizar los alcances y resultados de implementar un plan de capacitación en servicio

Capítulo 1

Contexto histórico

La enfermería a principios del siglo XIX estaba a cargo de instituciones religiosas, se ocupaban de los enfermos, la actividad estaba enfocada en el asistencialismo, ya que se dedicaban al cuidado de las personas enfermas o que padecían alguna patología. La salud estaba a cargo del sector privado a través de las damas de beneficencia.

En 1924 se crea la Escuela de Nurse a través del Consejo Directivo de la facultad de las Ciencias Médicas de Buenos Aires. Las mujeres que aspiraban a ese cargo debían tener ciertas características: Debían tener 6° grado aprobado, certificado de buena conducta, cualidades morales, edad entre 16 a 25 años, ser sinceras, sumisas y abnegadas

En este contexto socio histórico, solo las mujeres podían dedicarse al cuidado de otras mujeres y solo los hombres podían dedicarse a la medicina.

El saber estaba en poder no solo de las instituciones religiosas sino también se circunscribía al género masculino.

Irrumpe en la escena social y cultural Cecilia Grierson, descendientes de inmigrantes, nació en Buenos Aires en 1859-1934, estudió medicina y fue la primera mujer en recibirse de médica cirujana en América Latina. Pasa su niñez en Uruguay y cuando fallece su padre migra hacia Buenos Aires. En su adolescencia estudia magisterio y ejerce como maestra rural, a los 23 años ingresa a la facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires. Siendo estudiante de medicina en 1891 primero se enfrenta a la epidemia de viruela, y luego a la epidemia de cólera. Su actividad profesional, la puso frente a una realidad social, política y sanitaria precaria en su época.

En este escenario sanitario, para el control de pandemias (viruela, cólera, fiebre amarilla) enfermedades infantiles y accidentes laborales, el estado impulsa la

centralización de las políticas sanitarias, promoviendo personal calificado de enfermería. Grierson en 1891 funda la primera escuela de enfermería del país, bajo la influencia de las ideas de Florence Nightingale:

- a. La dirección de las escuelas de enfermería, debiera estar a cargo de una enfermera y no de un médico
- b. Las aspirantes para ejercer la función de enfermeras deberían tener en consideración los aspectos físicos, morales, intelectuales y profesionales
- c. Implementación de un sistema de enseñanza metódico y sistemático, con actividades prácticas. (Ramacciotti, 2019)

A partir de 1914 las enfermeras, pueden asistir a varones lo que marca un punto de inflexión con épocas anteriores, donde el paciente masculino era asistido solamente por personas de su mismo sexo

Paralelamente en 1920 la Cruz Roja Argentina, crea la primera escuela de enfermeras, y en 1928, establece la Escuela de Samaritanas, las samaritanas tenían como objetivo ayudar al otro en situaciones de emergencia, ya que “el cielo se gana con buenas acciones”, se las solicitaba cada vez que las situaciones sanitarias requerían de personas que tuvieran cierta preparación (su capacitación era de un año). (Ramacciotti, 2019)

Se marcaron dos tendencias bien diferenciadas: Una propuesta por la tradición religiosa, que enfatizaba prácticas basadas en valores como la vocación de servicio, sacrificio y caridad y otra por Grierson, enfatizando la capacitación profesional institucionalizada.

Finalizado la segunda Guerra mundial (1939-1945), en los sectores populares se va incrementando sistemáticamente una migración interna desde las provincias hacia Buenos Aires y en las cercanías del puerto de Buenos Aires. En el contexto internacional, la segunda guerra mundial propiciaba, las exportaciones de materia agraria y metalúrgica. La concentración de población y hacinamiento en situación de precariedad en Buenos Aires, obreros mal nutridos con jornadas de trabajo prolongadas y extenuantes, accidentes de trabajo en la que los empleados no gozaban de atención sanitaria optima, muchos de ellos sufrían amputaciones en

sus miembros, la falta de urbanización, falta de cloacas y agua potable, formaban el caldo de cultivo para la aparición de enfermedades infecciosas. Ejemplos de tales conglomerados son los conventillos que se construían cerca del puerto y en los alrededores del centro de la Ciudad de Bs As y la Boca.

En Argentina, por la industrialización y el “Estado benefactor” impulsado por el gobierno peronista, en 1946, se produce la redistribución de ingresos a favor de los sectores asalariados, se crean mutuales, asociaciones gremiales, por primera vez el trabajador tiene jornadas de 8 hs de trabajo, pago de indemnizaciones, pago de pensiones, vacaciones pagas, etc.. El gobierno del general Perón en 1946 crea el Ministerio de Salud de la Nación, hasta entonces Secretaría de Salud dirigido por el Dr. Ramón Carrillo que impulsa la profesionalización sanitaria, con el Plan Analítico de Salud, junto a la construcción de 21 hospitales, construcción de policlínicos, atención gratuita, estudios y tratamientos clínicos, provisión de medicamentos, campañas de vacunación que han disminuido la mortalidad infantil en un 75%, erradicación de tifus y brucelosis, se combatió la sífilis y la incidencia del Chagas, creó la EMESTA primera fábrica nacional de medicamentos, creó la escuela de Enfermeras y posteriormente la Fundación Eva Perón también fundó la Escuela de Enfermeras “7 de mayo”.

Con el golpe militar del 1955, la autodenominada “Revolución Libertadora”, arrasa con derechos adquiridos y se produce un retroceso social.

Cabe recordar una frase tan representativa del Dr. Carrillo: “Frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de las enfermedades, son unas pobres causas”.

En 1966 el presidente Illia es derrocado por otro golpe militar en este caso, por Juan Carlos Onganía, presidente de facto hasta 1970

En el año 1967, se sanciona la Ley Nacional para el Ejercicio de la Medicina y Odontología 17.132, en esta ley se ve reflejada las condiciones y prácticas la profesión así también las actividades de colaboración del médico.

PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)

1967-01-31

ARTE DE CURAR

LEY 17.132

Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas.

Buenos Aires, 24 de enero de 1967.

En uso de las atribuciones conferidas por el Artículo 5º del Estatuto de la Revolución Argentina,

El Presidente de la Nación Argentina, Sanciona y Promulga con fuerza de Ley:

TITULO VII — DE LOS COLABORADORES

Capítulo I — Generalidades

1 Dr Ramón Carrillo primer Ministro de salud de la República Argentina (1946)

Artículo 42. — A los fines de esta ley se consideran actividades de colaboración de la medicina y odontología, la que ejercen:

Obstétrica.

Kinesiólogos y Terapistas Físicos.

Enfermeras.

Terapistas Ocupacionales.

Ópticos Técnicos.

Mecánicos para Dentistas.

Dietistas.

Auxiliares de Radiología.

Auxiliares de Psiquiatría.

Auxiliares de Anestesia.

Fonoaudiólogos.

Ortópticos.

Visitadoras de Higiene.

Técnicos en Ortesis y Prótesis.

Técnicos en Calzado Ortopédico.

Artículo 43. — El Poder Ejecutivo Nacional podrá reconocer e incorporar nuevas actividades de colaboración cuando lo propicie la Secretaría de Estado de Salud Pública, previo informe favorable de las Universidades.

Artículo 44. — Podrán ejercer las actividades a que se refiere el artículo 42:

- a) los que tengan título otorgado por Universidad Nacional o Universidad Privada y habilitado por el Estado Nacional;
- b) los que tengan título otorgado por universidad extranjera y hayan revalidado en una universidad nacional;
- c) los argentinos nativos, diplomados en universidades extranjeras que hayan cumplido los requisitos exigidos por las universidades nacionales para dar validez a sus títulos;
- d) Los que posean título otorgado por escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Artículo 45. — Las personas referidas en el artículo 42, limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable, sea en la asistencia o recuperación de enfermos, sea en la preservación de la salud de los sanos, y deberán ejercer su actividad dentro de los límites que en cada caso fije la presente ley y su reglamentación.

Para la autorización del ejercicio de cualquiera de las actividades mencionadas en el artículo 42, es indispensable la inscripción del título habilitante y la obtención de la matrícula de los organismos competentes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Artículo 46. — Las personas a que hace referencia el artículo 42 podrán desempeñarse en las condiciones que se reglamenten, en las siguientes formas:

- a) Ejercicio privado autorizado;
- b) Ejercicio privado bajo control y dirección de un profesional;
- c) Ejercicio exclusivo en establecimientos asistenciales bajo dirección y control profesional.
- d) Ejercicio autorizado en establecimientos comerciales afines a su actividad auxiliar.

Artículo 47. — Los que ejerzan actividades de colaboración, estarán obligados a:

- a) Ejercer dentro de los límites estrictos de su autorización;
- b) Limitar su actuación a la prescripción y/o indicación recibida;
- c) Solicitar la inmediata colaboración del profesional cuando en el ejercicio de su actividad surjan o amenacen surgir complicaciones, cuyo tratamiento exceda los límites señalados para la actividad que ejerzan;
- d) En el caso de tener el ejercicio privado autorizado deberán llevar un libro registro de asistidos, en las condiciones que se reglamenten.

Artículo 48. — Queda prohibido a los que ejercen actividades de colaboración de la medicina u odontología:

- a) Realizar tratamientos fuera de los límites de su autorización;
- b) Modificar las indicaciones médicas u odontológicas recibidas, según el caso, o asistir de manera distinta a la indicada por el profesional;
- c) Anunciar o prometer la curación fijando plazos;
- d) Anunciar o prometer la conservación de la salud;
- e) Anunciar o aplicar procedimientos técnicos o terapéuticos ajenos a la enseñanza que se imparte en las universidades o escuelas reconocidas del país;
- f) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;
- g) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- h) Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;

- i) Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta, y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
- j) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental, de los aparatos o elementos que confeccionen, que induzcan a error o engaño;
- k) Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
- l) Publicar cartas de agradecimiento de pacientes;
- m) Ejercer su actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas.
- n) Participar honorarios;
- o) Ejercer su actividad en locales no habilitados, salvo casos de fuerza mayor.

Como vemos enfermería es un asistente o colaborador del médico, debe obtener su título y/o matrícula pero en esa época, los profesionales de enfermería eran realmente muy pocos con respecto a la cantidad de habitantes, si bien no hay registros estadísticos, seguían en función las escuelas de auxiliares y era recurrente, la práctica de promocionar a una trabajadora eficiente de otras áreas (mucama), ascenderla y ponerla a practicar en el área de enfermería , lo que se denominaba enfermera empírica.

Esta categoría de enfermería describía bastante bien el rol que se cumplía en ese período y por muchas décadas posteriores, la mayoría de las enfermeras eran empíricas, muy pocas habían hecho el curso de auxiliar de duración de un año, con el que se obtenía una matrícula y excepcionalmente aquellas que habían realizado los tres años, obtenían el título de enfermeras pero seguían siendo colaboradoras asistenciales no profesionales.

El sistema de salud si bien se había incrementado en su estructura también se iba fragmentando, ya que los gremios tenían su propio policlínico en el cual asistían a sus trabajadores con cobertura social, a través de pago de la cuota sindical, el sector privado a través del pago efectivo, y el hospital público gratuito y en las décadas siguientes se incorporan las pre pagas.

La discontinuidad de los gobiernos democráticos producen un estancamiento en el proceso del desarrollo sanitarista, los grupos dominantes y corporaciones parecen afianzar sus estrategias de mercado. Los laboratorios extranjeros, clínicas privadas, y la misma profesión médica con las nuevas especializaciones, el progreso tecnológico que produce mejoras significativas en los tratamientos médicos, contextúa el modelo médico hegemónico, vigente hasta nuestros días.

En este sentido el Licenciado Eduardo Menéndez, teoriza sobre la estructura del Modelo médico hegemónico ²“ Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde el siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado”.

Los principales rasgos estructurales de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática asimetría, autoritarismo, participación subordinada, pasividad del paciente entre otros.

El principal rasgo es el **biologismo**, garantiza la cientificidad del modelo donde los procesos históricos, sociales y culturales son secundarios. La formación académica de los médicos se enfoca en las patologías, los parámetros de lo normal/patológico que se evidencia por ejemplo en la clínica y resultados de laboratorio. (Menéndez, 1988)

El hospital es el centro del ejercicio profesional de la medicina, tiene más jerarquía porque en el hospital se cura, la medicalización y los estudios médicos a través de la tecnología, adquieren una relevancia central en detrimento de los otros niveles de atención.

² Concepto modelo Médico Hegemónico, Eduardo Menéndez, Jornadas de APS, Argentina 1988

Destaco en este punto, que el mayor presupuesto para salud, se invierte en el segundo nivel de atención (hospitales), justamente subrayando que en este nivel de atención se tratan las enfermedades y/o patologías. El primer nivel de atención, dedicado a la promoción y prevención de la salud queda en la periferia, en el cual los gastos en inversión son menores y preventivos.

Cabe preguntarse en este contexto ¿Cuál es el rol de la enfermería? en un sistema sanitario cuyo eje central es el hospital, el médico y la enfermedad

En la epistemología se manejan series de corta duración histórica; sexo y edad por ejemplo, las variables como localización, niveles de ingresos, son alternativas o secundarias.

La **ahistoricidad** es otro de los rasgos característicos, en cuanto que la enfermedad tiene un proceso, pero lo biológico no tiene historia, no está afectado por los procesos sociales. (Menéndez, 1988)

Por ejemplo la falta de agua potable, el hacinamiento de las nuevas ciudades era un contexto social y cultural y también económico para la aparición de ciertas infecciones y epidemias, que se produjeron en la naciente y creciente Buenos Aires a principio de siglo, en las primeras décadas del siglo XIX. Si bien en la décadas del 1940 y 1950 disminuyeron significativamente la mortalidad en general y particularmente la infantil no hay estudios que avalen que fue la eficacia médica, pero habría que tener en cuenta la implicancia del sanitarismo en esas décadas, en cuanto a mejoras con respecto a la higiene, agua potable, alimentación, disminución de horas laborales, vivienda, etc..

La **asociabilidad**, constituye otro rasgo característico de este modelo, como sabemos los médicos inician su práctica profesional sobre cuerpos enfermos, en particular en hospitales públicos de los estratos sociales más bajos. La asimetría generada en la práctica médica se concibe desde el primer momento del

aprendizaje profesional desde adentro de la formación y en la práctica médica. Práctica médica que se valora exclusivamente técnica. (Menéndez, 1988)

Los cuestionamientos que se han hecho a este modelo desde los países centrales, son los siguientes:

a) Aumento del costo de la atención de la enfermedad

b) Aumento constante del consumo de fármacos

c) Incremento de la intervención médica a través de la normalización de ciertas prácticas mercantilistas: extirpación de amígdalas en los 30 y 40, cesáreas desde los 60, impulso de leches maternizadas desde los 50, construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil desde los 50, etc

d) incremento de la iatrogenia negativa

e) Criterios de productividad en detrimento de la calidad

f) el reconocimiento de los denominados “productores de enfermedad”, como la industria de alimento, tabacalera, industria alcoholera, industria farmacéutica, y la subordinación política del sector salud a la industria de la enfermedad

g) pese al descenso de la mortalidad y al incremento de la esperanza de vida, se ve estancamiento y en algunos casos un incremento de la mortalidad en varones en edad reproductiva. Los estratos más bajos son los que tienen las tasas más altas de mortalidad

h) En los 70 se evidencia un fracaso de la intervención médica y psicológica-psiquiátrica, respecto de los principales problemas de “salud mental”: alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidio, homicidio etc

En América latina los siguientes indicadores reflejan la crisis del modelo:

- a) Estancamiento en el descenso de las tasa de mortalidad en las década de los 60
- b) La fuerte incidencia en las muertes “evitables” en los 60
- c) Reducción de la lactancia materna, inducida por el sector salud
- d) Continuo incremento de las tasas de mortalidad por accidentes, que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte.
- e) Mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidios que colocan a América latina, sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años
- f) Incremento continuo de drogadicción y alcoholismo
- g) Incrementos de viejos problemas, en particular tuberculosis pulmonar y venéreas
- h) Agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Sistemas de drenajes, aprovisionamiento de agua potable, control de basuras y contaminación ambiental, colocan a varias ciudades de latino América entre aquellas con más posibilidades de “colapso urbano”.

Las estrategias de Atención primaria de la salud, cuyo eje de trabajo es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, parecen no tener espacio en un sistema sanitario enfocado en la curación, en la enfermedad, en la medicina de alta complejidad, en las cadenas de venta alimentaria chatarra y la gran industria farmacéutica.

El sistema de salud debiera integrar sus distintos niveles, primer nivel APS, segundo nivel, hospitales y el tercer nivel de rehabilitación. Una APS que necesita de la participación comunitaria, para poder ser aplicada con éxito.

Enfermería en este sistema de salud fragmentado y hegemónico no solo en su modelo sino en sus intereses, queda marginada al asistencialismo, afianzando un modelo de enfermería enfocada en lo hospitalario, curativo, patológico abnegada, servicial y vocacional.

En las décadas posteriores 1980 y 1990 se incrementa la incorporación de varones en un 10%, es un recurso humano escaso y demandado como parte de un sistema social, condicionado y estructurado por cambios políticos, ideológicos, económicos, culturales y sociales.

Entre 1989-1990 gobierna Carlos Saúl Menen, abogado y político, asume con promesas de revolución productiva. Gobierno de corte neoliberal, implementa la ley de convertibilidad, devalúa la moneda argentina, privatiza empresas argentinas, flexibilización laboral y ajuste salarial, agudiza las desigualdades socioeconómicas (ingresos, incremento exponencial de la pobreza y el desempleo), termina dicho proceso con el desenlace del 2001.

En este contexto se sanciona la ley de enfermería.

EJERCICIO DE LA ENFERMERIA Ley N° 24.004 Concepto y Alcances. Personas comprendidas.

Derechos y obligaciones. Registro y matriculación. Autoridad de aplicación. Régimen disciplinario. Disposiciones Transitorias y Varias.

Sancionada: Setiembre 26 de 1991. Promulgada: Octubre 23 de 1991.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con fuerza de Ley:

Ley de ejercicio de la enfermería

Capítulo I Concepto y alcances

ARTICULO 1° — En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTICULO 2° — El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTICULO 3° — Reconocerse dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

Capítulo II De las personas comprendidas

ARTICULO 5° — El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;

b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;

c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Capítulo III De los derechos y obligaciones

ARTICULO 9º — Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería.

a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación;

b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación;

c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica;

d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inc.

e) del artículo siguiente.

ARTICULO 10. — Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza;

b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte;

c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;

d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación;

e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación;

f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la Legislación vigente en la materia.

Capítulo VI Régimen disciplinario

ARTICULO 18. — La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTICULO 19. — Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención;
- b) Apercibimiento;
- c) Suspensión de la matrícula;
- d) Cancelación de la matrícula.

ARTICULO 20. — Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

- a) Condena judicial que comporte la inhabilitación profesional;
- b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación;
- c) Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTICULO 21. — Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X —artículos 131 y siguientes— de la ley 17.132.

ARTICULO 22. — En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

Esta ley es un punto de inflexión en un proceso que viene desarrollándose hace décadas. Fundamentalmente se establece las incumbencias profesionales de los Licenciados en enfermería, Enfermeros/as y auxiliares a nivel nacional.

También se establece competencias de autonomía en la relación laboral y prácticas profesional y la profesionalización de los auxiliares. Se establece para el ejercicio de la actividad, el título habilitante de Enfermero y Lic. En enfermería.

“La fuerza de trabajo en Enfermería, estuvo dado en 1994, aproximadamente por 85.000 trabajadores distribuidos según la siguiente tabla:

Personal de Enfermería, Argentina, 1994

Nivel de formación	1994	
	f	%
Licenciados en enfermería	1000	1,20
Enfermeras	25000	29,4
Auxiliares de enfermería	49000	57,6
Empíricos	10000	11,7
Total	85000	100

Fuentes: Análisis de Situación y Plan de Desarrollo de enfermería.

(Valle, 1999)

En 1995 en los análisis parciales realizados, permitieron observar que la mayor proporción de licenciadas y enfermeras están en el Sector Público, 99,3% licenciadas y 82,3% enfermeras; y el Sector Privado ocuparía 64,3% de empíricos e incluyendo la ocupación de estudiantes de enfermería.”

Si bien en los últimos 20 años se ha incrementado el porcentaje de auxiliares, enfermeros técnicos y licenciados, continua siendo un sector en déficit de RRHH con respecto a la cantidad de población. Se han multiplicado las instituciones públicas y privadas, terciarias y universitarias atendiendo la demanda de matrículas, pero también es cierto que las condiciones laborales (profesión con

alto índice de feminización), conlleva ingresos salariales magros, con representaciones gremiales fragmentadas. Por tal motivo, parece que a pesar de progresos legislativos y curriculares continua la subvaloración social con respecto a esta profesión que ha dado muestras de estar a la altura de las condiciones requeridas en su actuación durante la pandemia 2020-2021 de Covid-19 en Argentina.

En este contexto de pandemia se agudizaron los sentidos, emociones y cuidados, propios y hacia el otro. Fue en este contexto seguramente que los celulares se transformaban muchas veces en ese único lazo que sostenía una mirada. A partir de ese momento la tecnología no solo representaría para mí, sino para muchos otros, una significación diferente.

Capítulo 2

Tipos de capacitación en enfermería

La capacitación en servicios de enfermería presenta diferentes características según sus objetivos, temas, destinatarios, metodologías y evaluación.

1. sus **objetivos** la capacitación en servicios de enfermería:

a) Mejora de la calidad de atención, a través de programas y cursos de elaboración eficaz de procesos de atención de enfermería, trabajo en equipo, logro del bienestar del paciente, estándares de calidad (son NORMAS que generan las empresas privadas) y que establecen parámetros óptimos de calidad de atención EJ: normas ISO. En este caso, la capacitación en servicio toma los estándares de calidad y realiza adaptaciones a los recursos de la institución que la emplea con el objetivo de brindar una mejor atención.

b) Disminución del tiempo de atención: la gestión de enfermería de un sector específico genera estos recursos de capacitación en servicio con el objetivo de la optimización de las tareas de enfermería y personal disponible para evaluar los tiempos en la práctica y/o técnica en situaciones específicas o en temporadas de alta demanda.

c) Optimización de recursos físicos y humanos: la gestión de un servicio de enfermería específico diseña capacitaciones en servicio con la finalidad de utilizar de forma correcta los insumos, recursos físicos y personal , minimizando el desperdicio de materiales, ocupación y rotación de camas, administrando la cantidad de personal en áreas de demanda.

En general los objetivos de la capacitación en servicio se combinan para brindar a los profesionales las herramientas necesarias para el ejercicio organizado a través de cursos de capacitación en el lugar de trabajo.

2. Temas:

a) nuevas tecnologías, nuevos procedimientos o protocolos: la capacitación en servicio contiene ejes teóricos/prácticos que brindan nuevos conocimientos a los profesionales enfermeros, en base al avance del conocimiento, adquisición de nuevos equipamientos (bombas de infusión, monitores paramétricos, etc.), nuevas modalidades de atención que favorecen, tanto la actividad profesional como la calidad de atención al paciente.

b) refuerzo de contenidos: son aquellas capacitaciones en servicio destinadas a reforzar contenidos ya adquiridos que de alguna forma, por la cotidianeidad pueden ser viciadas, el objetivo se basa en recordar un protocolo o forma de trabajo anteriormente pautada.

Hay que tener en cuenta que cada disciplina contará con un tipo particular de didáctica, en este caso la profundización y especialización de contenidos, objetivos y metodología de enseñanza, como un cuerpo organizado de conocimientos, también transmitirá el modo de pensamiento propio del paradigma que lo contextualiza. (Mastache, 1998)

3. Destinatarios:

Los destinatarios designan aquellos referentes a quienes va dirigida la capacitación en servicio (siempre pertenecientes a la institución donde se realiza)

a) Personal de enfermería: aquellos profesionales enfermeros en todas sus especialidades (licenciados, profesionales, postgraduados, etc)

b) Especialistas enfermeros: solo dirigido a profesionales especializados en algún área específica del sector Ej: neonatología, emergencias, maternidad, Unidad de terapia Intensiva, etc

c) Interdisciplina: dirigido a todos los profesionales de la salud del sector destinatario tendiente al trabajo en equipo interdisciplinario y su coordinación, resolución de conflictos, protocolos de atención, etc Ej: seguridad laboral

4. Metodología:

a) Teóricas: los cursos de capacitación en servicio pueden ser únicamente teóricos adaptados a las necesidades de un servicio particular, en ellas se brindan herramientas teóricas por parte de los organizadores y docentes.

El método de trasmisión: asimilación de cuerpos de conocimientos organizados descrito por (Davini, 2008), parece ser una opción, ya que el orden de trasmisión, la secuencia, el orden experimental no solo requiere de memorización sino también de comprensión y reflexividad.

b) Prácticas: la capacitación en servicio se observa como la puesta en marcha de teoría y fundamentación explicitada con anterioridad y tiene su foco en la práctica o puesta en marcha in situ de estas herramientas

c) Teórico-práctica: tienen dos secciones definidas por orden o explicadas de forma simultaneas donde se expone un nuevo conocimiento y este se aplica en el sector foco (en la práctica), es la forma más completa de brindar un curso de capacitación en servicio, por que la teoría se aplica efectiva o a medida que se realiza determinado procedimiento, se explican los supuestos y fundamentos teóricos relacionados.(Bos y otros; 2009)

Evaluación:

a) Corto plazo: se entiende evaluación a corto plazo cuando a acuerdo a determinada capacitación se observa su aplicación concreta en el plazo de días/semanas

b) Mediano plazo: la observación de la aplicación de conocimientos y prácticas se observa en plazos de 1 a 6 meses

c) Largo plazo: Se realiza un plan de trabajo donde la evaluación de la aplicación de determinada teoría/práctica se observa en el término de 1 o más años.

En general las capacitaciones simples que tienen que ver con protocolos de atención tienen expectativas de evaluación a corto y mediano plazo mientras que las capacitaciones donde se pretende un cambio actitudinal del personal se

observa en objetivos a corto, mediano y largo plazo ya que permite ajustar la capacitación, diseñar o corregir la implementación.

Si bien los tipos de capacitaciones en servicio deben estar presentes en la organización, en este caso el hospital público, los ejes fundamentales y lineamiento de las planificaciones no siempre son tenidos en cuenta. Es por eso que se observará a continuación un ejemplo de planificación de capacitación en servicio de enfermería.

Planificación

Para que el proceso de capacitación sea ordenado, es necesario seguir varias etapas a fin de que se secuencie la actividad y el aprendizaje además de contar con conceptos básicos de organización.

Propósito: Objetivo de la capacitación. Puede dividirse en objetivo general y objetivos específicos, (Ej: mantener la actualización y capacitación del personal de enfermería para permitir su crecimiento profesional y asegurar la calidad de atención de enfermería).

Alcance: A quien va dirigido (Ej: todo el personal de enfermería en su conjunto con la consulta externa y servicios ambulatorios, o a todo el personal de enfermería del sector internación adultos).

Política de operación, normas y lineamientos: Se designa el responsable de: la elaboración de la capacitación, la aplicación, supervisión, evaluación, información y captación, documentación y realizar los informes en relación a la planificación, puesta en marcha y análisis de resultados de la capacitación.

Etapas:

a) Elaboración del programa de acuerdo a las necesidades de capacitación del servicio o sector en el cual se han detectado las necesidades de capacitación basados en evaluaciones diagnósticas, observación y deficiencias.

Determinación de las necesidades en base a la demanda del personal, la dirección y el usuario.

b) Presentación de las necesidades: se eleva al departamento de Investigación y docencia de la institución la lista de necesidades de capacitación del personal.

c) Determinación del curso de capacitación: Se realiza un plan anual de capacitaciones en orden sucesivo de acuerdo a la complejidad, tiempo, etc.

d) Programación anual de cursos de capacitación de enfermería en servicio: Se realiza la programación, se establecen objetivos a corto, mediano y largo plazo y se divide por complejidad y capacidad de recepción y viabilidad.

e) Difusión del plan de capacitación de enfermería a través de carteles, juntas, reuniones, informes, grupos de wasap, correos electrónicos, etc.

En el momento en que se aprueba determinado curso de capacitación en servicio y teniendo en cuenta el objetivo de la capacitación:

a) Se organiza al personal de enfermería según turnos y se estipula días y horarios de la capacitación donde el personal debe encontrarse presente (si es presencial) no solo para la transferencia de contenido teórico sino para, en el caso que sea necesario, se realice la intervención práctica y si es virtual, se organizarán días y horarios y la modalidad.

b) Se definen días y horarios de acuerdo a las posibilidades docentes y del personal de enfermería. En general se utiliza solo un horario (la idea es implementarlos en todos los turnos), a lo sumo dos veces a la semana con una duración de una hora. Tengamos en cuenta que el colectivo de enfermería trabaja los 365 días en el año, las 24 horas, y suele haber en las instituciones cuatro turnos en la semana y franqueros (sábados y domingos).

Se organiza los contenidos teóricos, prácticos o ambos que se expondrá dividiendo los temas en ejes específicos

c) Se elaboran módulos escritos donde se encuentre el resumen de lo que se ha tratado en cada encuentro, de acuerdo a la planificación en días, semanas y meses. Junto al material de la fundamentación teórica y objetivos esperados al final de cada encuentro.

Se dicta el curso teniendo en cuenta un espacio físico de consulta

Se elabora un plan de evaluación del curso que puede ser observacional, teórico o práctico.

Si bien en teoría la capacitación en servicio funciona como una herramienta útil, en la práctica suelen presentarse algún obstáculo y deben realizarse algunas modificaciones a la consigna inicial y es por eso que se debe tener en cuenta, las ventajas y desventajas de la utilización de programas de capacitación en servicio.

Ventajas y desventajas de la capacitación en servicio.

Para el desarrollo de los programas de capacitación las instituciones deben tomar en consideración sus ventajas y desventajas.

Ventajas:

La capacitación representa en si misma el recurso más importante con el que cuentan las organizaciones, empresas y/o instituciones, en este caso de salud, para la formación y actualización de los profesionales. La finalidad es enfrentar la innovación y los cambios tecnológicos de manera competente y provechosa para garantizar el logro de las metas organizacionales de acuerdo con los valores y objetivos de la institución. Mejorar habilidades e incrementar conocimientos en las áreas específicas y lograr cambiar actitudes con el fin de generar personas proactivas.

Por otro lado, la competitividad en las instituciones se basa cada vez más en la capacidad innovadora, entendida como la potencialidad para efectuar cambios organizacionales, desarrollar nuevas formas de vinculación (intra y extramuros) y

asegurar la calidad de atención, todo bajo la premisa de crear ambientes de aprendizaje que propicien confianza, respeto y libertad y favorezcan al mismo tiempo, mayor comunicación, involucramiento y compromiso.

Como proceso administrativo, la capacitación debe ser vista, como una inversión y un método para lograr el desarrollo de las competencias del personal de enfermería, ya que existe una relación directa entre la asistencia a los cursos de capacitación y la mejora de la productividad enfermera (resolución 194/95), además favorece la disminución de los accidentes o errores de trabajo, se mejora el clima organizacional, la satisfacción en el trabajo, como así también la seguridad y la calidad de la atención de los pacientes.

Ministerio de salud y Acción Social, Decreto N° 1269 , julio de 1992

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Una de las dificultades que se presentan en la distribución de personal de enfermería para la atención de pacientes en el área de internación, es conocer la carga de trabajo. Las variaciones de la misma se establecen en forma diaria y mensual, tanto en el número de pacientes como en las condiciones de éstos. Por lo tanto, se hace necesario establecer algún sistema de clasificación de pacientes de manera de lograr un equilibrio entre su número, sus condiciones y la cantidad de personal de enfermería necesaria para satisfacer la atención en forma diaria.

Un sistema de clasificación de pacientes es un instrumento que sirve para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera (Edwarson, 1985).

A partir de estos conceptos se sugiere un sistema de clasificación de pacientes teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Grado de dependencia de los pacientes.
- b) Necesidades individuales.
- c) Atención directa e indirecta.
- d) Características de la atención hospitalaria en nuestro medio. El sistema de clasificación de paciente propuesto debe considerar para su implementación en cualquier establecimiento asistenciaj, las siguientes adaptaciones:
 - a) Características de los pacientes de cada sector de trabajo.
 - b) Modalidad de distribución de los pacientes en el establecimiento.

Curación simple 6' 2

Curación compleja 15' 5

Curación de escara 21' 7

Vendaje simple 3' 1

Vendaje elástico 3' 1

Faja de cuerpo 6' 2

Pruebas cualitativas en sangre 3' 1

Pruebas cualitativas en orina 3' 1

A partir de los valores mencionados se pueden establecer los tiempos de procedimientos de enfermería que requieran varias actividades, por ejemplo:

Cuidado de traqueostomía:

– Aspiración de secreciones por traqueostomía 9'

– Curación simple 6'

– Vendaje simple 3'

– Información al paciente 3'

– Confección de registro 3'

TOTAL 24' U.P.E. 8

Cada uno de los tiempos deberán ser ajustados a las características del servicio de enfermería del hospital en el cual se aplica y a los requerimientos del paciente según edad y necesidades propias de cada uno.

SERVICIO DE ENFERMERÍA

Informe de Producción

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES NÚMERO DE PACIENTES VALOR UNITARIO U.P.E. TOTAL

CUIDADOS MÍNIMOS 20

CUIDADOS MODERADOS 60

CUIDADOS INTERMEDIOS 100

CUIDADOS ESPECIALES 130

CUIDADOS INTENSIVOS 200

SUBTOTAL

El próximo paso a establecer es la hora–enfermera por especialidad en base a índices de atención de enfermería, estandarizados, que guarden relación con la problemática y necesidades de cada provincia y/o municipio. Asignación propuesta:

Clínica Médica 2,30

Clínica Quirúrgica 4

Obstetricia 2,30

Pediatría 4

Neonatología 10

Terapia Intensiva 10

Unidad Coronada 10

Terapia Intermedia 6

Unidades de Trasplantes sólidos y líquidos 6 Nefrología 4

Infectología 4

Servicios de Emergencia 9

Psiquiatría Agudos 6

Psiquiatría Crónicos 2,30

El promedio correspondería a un Índice General de 8 horas, promedio de atención. La aplicación de los índices propuestos permitió la elaboración de los planteles básicos en función de cálculos aproximados a las necesidades y demandas actuales del Sistema Público de Salud.

CÁLCULO DE AUSENTISMO PROGRAMADO PARA DETERMINAR PLANTELES Licencias y feriados anuales Francos 104 días Feriados 11 días Licencia Anual Ordinaria 30 días Licencia por stress 9 días TOTAL 154 días Ausentismo: Un agente de los 365 días del año tiene el 42 % de ausentismo por lo cual el tiempo útil de servicio es del 58 % Fundamentación: El perfil de demanda actual, como así también la diversidad de patologías y el elevado número de pacientes inmunosuprimidos han llevado a un cambio fundamental de conductas en los planes de atención de enfermería, incluido el nacimiento de nuevos servicios como ser:

– Unidades de trasplantes de órganos sólidos y líquidos

– Servicio de Infectología –

Unidades renales, etc.

Todas estas actividades que se deben cumplimentar en forma continúa, nos has llevado a modificar el cálculo promedio de horas - enfermera por especialidad, de 6 a 10 hs. para los servicios intensivos y elevar el porcentaje de ausentismo del 20% al 40 %, quedando la fórmula corregida de la siguiente manera:

N° de camas x horas de atención de enfermera x días de la semana

Cantidad de horas semanales

Al resultado final se le agrega el 40 % de ausentismo.

Como vemos en el apartado anterior, es pertinente exponer como se detalla las actividades que realiza enfermería asistencial. A cada acción se corresponde un tiempo de resolución que se mide en minutos, y se normatiza una unidad de producción. A esta unidad de producción se la denomina U.P.E (unidad producción de enfermería). Es importante tener en cuenta, que los tiempo de producción están relacionados con la cantidad de personal que se distribuye en una sala de internación, las horas de trabajo (turnos de 6hs u 8 hs o 10hs), pero no se tiene en cuenta las habilidades, actualización y/o experiencias de la enfermera en cuestión, la capacidad.

La capacitación permanente en los servicios es una herramienta no solo necesaria, sino también una actividad indispensable, para mantener un nivel de calidad de atención óptimo hacia la comunidad.

Desventajas:

Entre los factores que más afectan en la capacitación continua, se encuentra el turno laboral; a pesar de estar estipulado que la capacitación debe darse dentro de la jornada laboral, la realidad es que la mayoría de cursos los proporcionan en el turno matutino. En general las capacitaciones se brindan en un horario fijo y no se repiten en los otros turnos, se dificulta el acceso (recordemos que enfermería es una de las actividades que está más afectada por el multiempleo), y no pueden

asistir o al no ser de presencia obligatoria no se inscriben, en estos casos la virtualidad podría ser un opción.

Otro obstáculo es la elección de el/los temas a tratar en la capacitación. Pueden ser temas que no reflejen la realidad de las necesidades del personal lo que genera que el curso sea poco atractivo o no sume nuevos conocimientos o procedimientos que enriquezcan el ejercicio de la profesión. En algunos casos se elaboran cursos de capacitación sobre un tema que, según el grado académico de los enfermeros no es de interés para todos, sino para un grupo de ellos.

En tercer lugar se encuentra las instalaciones donde se realiza la capacitación. La luminaria debe ser adecuada y la distribución del espacio sea cómoda y el tiempo suficiente para la cantidad de contenido a transmitir. En general las capacitaciones se realizan en lugares destinados a tal fin pero su disponibilidad debe estar chequeada de antemano. Por otro lado según la demanda de profesionales activos, las capacitaciones deben ser realizadas en grupos pequeños.

Es enriquecedor que en las capacitaciones se establezcan intercambios de experiencias, conocimientos, ideas creativas entre los enfermeros, en ocasiones se pierden estos aportes, porque en general las capacitaciones en servicio se organizan en pequeños grupos, y queda fragmentada la interacción.

Capítulo 3

Nuevas tecnologías

La enfermería es, dentro de todas las profesiones de la salud, la que más tiempo y esfuerzo ha dedicado siempre al cuidado de los demás, de manera que ha convertido el cuidado humano en el centro de su función. El cuidado enfermero desarrolla conocimientos específicos a través de la investigación básica y aplicada y se apoya en la tecnología, la legislación, la economía de la salud y las técnicas educativas y de gestión y tiene la calidad asistencial como objetivo fundamental. (Jaramillo, 2014)

Por otro lado existen una serie de dispositivos que permiten intercambiar información y hacen posible la comunicación entre las personas, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que en los últimas décadas, han tenido tal desarrollo que para algunos autores se ha producido una nueva “revolución social”, dando lugar a un nuevo tipo de sociedad cuyo motor es la información. En torno a esta, han surgido profesiones y trabajos nuevos, o se han readaptado las profesiones existentes, permitiendo la interacción a distancia entre individuos y facilitando un sin números de actividades relacionadas a la vida del siglo XXI.

En este nuevo tipo de sociedad, la lectura y escritura ya no son suficientes y se habla de letrados y analfabetos en la sociedad de la información, se exige una alfabetización informacional que significa no solo saber la existencia de la información sino buscar, utilizar y manipular una información para que se convierta en conocimiento individual y social (Muñoz García, 2014)

Existen nuevas herramientas que enriquecen enormemente el proceso de la comunicación, pero a menudo, utilizar una nueva tecnología requiere adquirir conocimientos nuevos. Es por esto que el enfermero debe desarrollar también competencias necesarias para desenvolverse adecuadamente en este nuevo contexto sociotecnológico, que implica el uso adecuado de las TIC, el acceso a la información y el conocimiento en salud y su gestión o la generación y difusión de nuevo conocimiento.

La informática reúne a muchas de las técnicas que el hombre ha desarrollado con el objetivo de potenciar sus capacidades de pensamiento, memoria y comunicación. Su área de aplicación no tiene límites: la informática se utiliza en la gestión de negocios, el almacenamiento de la información, en el control de procesos, en las comunicaciones, en el transporte, la medicina y muchos otros sectores (Alegsa; 2022)

Técnica y tecnología

Es necesario diferenciar técnica de tecnología: La técnica es el conjunto de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado. Requiere de destreza manual y/o intelectual, generalmente con el uso de herramientas, se transmite de persona a persona, aunque luego cada uno la adapta a sus gustos o necesidades y puede mejorarlas; la tecnología es el conjunto de técnicas, conocimientos y procesos que sirven para el diseño y construcción de objetos para satisfacer las necesidades humanas. (Alegsa op.cit). Para diferenciarlas se puede decir que la técnica proviene de la experiencia, se realiza generalmente de manera manual y muchas veces no puede explicarse con textos ni fórmulas matemáticas, porque deriva del conocimiento experiencial. Sin embargo, la tecnología se basa en aportes científicos, se suele hacer con máquinas y se puede explicar a través de textos, gráficos o fórmulas.

Las nuevas tecnologías (NTICX) son los instrumentos tecnológicos que van surgiendo en torno a la información y la comunicación y a los nuevos descubrimientos que sobre las mismas se van originando y que permiten la creación de modernos entornos comunicativos. Están relacionadas con la informática, multimedia, y las telecomunicaciones. Entre ellas están las redes informáticas, que permiten interactuar los ordenadores unos con otros y acceder a recursos y servicios prestados por equipos situados en lugares remotos.

Las nuevas tecnologías hacen posible que las personas tengan disponibles una gran cantidad de información a su disposición y además facilitan los medios de comunicarse y la automatización de muchos procesos. Provee al usuario de la

opción de acceder a información desde sitios web multimediales, programas informáticos de análisis de textos, imagen, organización de información diversos en tiempo real. El software es el conjunto de programas, instrucciones y reglas informáticas para ejecutar ciertas tareas en una computadora. Es el soporte lógico, todos los componentes intangibles de un ordenador (computadora personal, teléfono celular, Tablet, note y notebook), es decir, el conjunto de programas y procedimientos necesarios para hacer posible la realización de una tarea específica, en contraposición a los componentes físicos del sistema (hardware). (Crespo, 2008).

Historia y actualidad de las NTCX

Las computadoras personales tuvieron su auge en el país a fines del siglo XX, cuando la innovación de Windows 95 hizo fácil su utilización sin la necesidad de algoritmos de acceso y la incorporación de periféricos como el mouse que facilitó la forma de navegación en los distintos programas. El segundo salto cualitativo se realiza con la expansión de las redes de comunicación: web 1.0 que designa los medios de comunicación univocales como la televisión, radio y páginas web estáticas donde no existe participación del receptor y la web 2.0 donde a diferencia del anterior el usuario puede interactuar con los contenidos de páginas dinámicas, redes sociales, mensajería audiovisual o videollamada. Internet que, a principios del siglo XXI se hizo masiva no dependiendo de la línea telefónica usual sino que, a partir de primero un sistema cableado y luego un sistema satelital de acceso agiliza la comunicación en tiempo real a través de un uso más cotidiano brindando accesibilidad desde cualquier lugar. Por último, la web 3.0 intenta crear sociedades virtuales, realidades virtuales y búsquedas inteligentes. Las aplicaciones de los teléfonos celulares permiten organizar usuarios con intereses comunes formando comunidades virtuales enriqueciendo la comunicación de forma global y con autonomía del navegador. Se encuentra en proceso la web 4.0 que intenta relacionarse con otros usuarios de forma inteligente en nombre del usuario, su objetivo es unir las inteligencias de las personas y cosas para facilitar una comunicación y la toma de decisiones (un ejemplo de esto serían las

aplicaciones de citas donde teniendo los perfiles de los usuarios conectan u ofrecen la conexión con otros usuarios afines, o la incorporación de algoritmos de búsquedas donde se filtra la oferta de productos y servicios de acuerdo al historial informático del usuario.

Nuevas tecnologías y la relación con la capacitación profesional.

Los beneficios del uso de las TIC han llegado también al campo de la sanidad, transformando la forma de trabajar en este sector, de manera que se utiliza ya el concepto de e-salud, derivado de la expresión inglesa e-health, para hacer referencia a la salud electrónica, aunque también se utiliza como sinónimo de términos como “salud en línea”, “salud digital”, “salud 2.0”, se refiere pues a toda las formas de atención sanitaria proporcionadas a través de internet y tecnologías relacionadas.

La e-salud tiene multitud de implicaciones relacionadas con la prevención, diagnóstico tratamiento y monitorización de pacientes así como con la planificación y control de gestión de los servicios y sistemas de salud, en este ámbito tienen cabida herramientas y aplicaciones electrónicas tan diversas como la historia clínica electrónica, gestión de farmacoterapia, sistemas de gestión clínico-administrativo, imagen médica digital, sistemas de información de los distintos departamentos de salud, servicios de telemedicina, sistemas de vigilancia de salud pública o laboral o procesos de educación a distancia en salud, entre otros.

Desde inicios de la década pasada, ha ido ganado protagonismo el término “salud móvil o m-health” como parte de la e-salud, y se entiende como tal a la generación, recopilación y disseminación de información sobre salud a través de dispositivos móviles con conexión inalámbrica. En este sentido, la clave ha sido su movilidad, entendiendo como tal su disponibilidad en cualquier lugar y momento (Castañeda, 2020)

Los productos relacionados con m-health se basan en la telefonía móvil, tabletas electrónicas, Smartphone, dispositivos de monitorización de pacientes u otros dispositivos móviles inalámbricos. En este concepto, se incluyen las aplicaciones (apps) médicas móviles, programas dedicados a estilos de vida o promoción de vida saludable que se ejecutan en Smartphone u otros equipos portátiles de comunicación y que también pueden conectarse a dispositivos médicos o sensores, en general, soluciones que permiten el acceso a información útil donde y cuando son necesarias (Castañeda, 2020)

Se podría resumir de la siguiente forma:

Medios y materiales para transmitir información: Audiovisuales: Televisión, video, cañón de proyección, radio, videoconferencia, podcast.- Digitales: Pizarra digital electrónica interactiva (ordenador, proyector y pantalla), ordenador, Tablet, libro electrónico, memorias USB, cámaras de video y fotografía, webcam, CD, DVD) – En red: Sitios web educativos.

Aula virtual: En red: E-learning o plataformas LMS (learning, management system, Moodle)

Software de aprendizaje: Libre (gratuita o paga)- herramientas básicas, como los programas de ofimática (procesador de textos, presentaciones, hojas de cálculo, etc.)- Programas explicativos- Juegos didácticos- Edición de páginas web- Ejercicios en red.

Intranet: En la red local- Alojamiento de página web- Compartir recursos- Discos duro virtual- Servicio de e-mail.

Trabajar contenidos de las asignaturas: Páginas web específicas de cada asignatura.

Intercambio de información: - Correo electrónico – mensajería instantánea y chat. Whatsapp – Foros – Blogs – Redes sociales (Twitter, Facebook, Instagram, etc.) – Wikis

Practicar conocimientos: Simuladores, entorno de inmersión 3 D o mundos virtuales.

Recopilación de material para ser utilizado posteriormente en diferentes momentos y con diferentes propósitos: e-portafolios o portafolios digitales – cloud computing o “la nube”.

Brecha digital

Es el espacio que distancia a una parte de la población del uso de las nuevas tecnologías y se puede definir como la separación que existe entre las personas que utilizan las nuevas tecnologías de la información como parte rutinaria de su vida diaria y aquellas que no tiene acceso a las mismas y, aunque las tengan, no saben cómo utilizarlas de manera óptima para su beneficio.

Se puede ver como las TICs la contribuyen a un mundo más global y una sociedad mundial interconectada y homogénea pero, se debe tener en cuenta, que no todos tienen acceso a las oportunidades de desarrollo de las poblaciones estableciendo distancia entre los que tienen y los que no tienen acceso. De acuerdo a las múltiples definiciones de brecha digital se pueden nombrar cuatro elementos: a) disponibilidad de un dispositivo con acceso a internet, b) posibilidad de conexión y acceso a la red, c) conocimiento de herramientas básicas para el acceso y navegabilidad, c) capacidad adecuada para convertir en conocimiento la información accesible a la red (Alva de la Selva, 2015)

Capítulo 4

Método de recolección de datos

La recolección de datos, la implementación de cuestionarios y encuestas, como herramientas, son instrumentos de medición, que permiten evaluar las opiniones de los encuestados, actitudes y creencias así como los comportamientos y/o atributos. (Morales, 2015).

Se decide implementar una encuesta anónima, como instrumento de recolección de datos. La utilización de la misma resulta eficiente, en cuanto a la administración del tiempo, ya que los encuestados la realizaron en su servicio, en su tiempo laboral. El tiempo que les llevó contestar la encuesta no supera los 5 minutos en cada caso.

Administración de la encuesta

Las personas incluidas en la muestra son 10 (diez) profesionales de enfermería y/o licenciados/as de enfermería, que desarrollan su actividad en el servicio de clínica quirúrgica y traumatología (área abierta) de internación y se realizó en el cambio de guardia entre turno mañana y el turno tarde.

Se decidió implementar la encuesta en papel, o sea en forma tradicional ya que la posibilidad de instrumentarla por alguna aplicación y/o wasap, afectaría aquellos que no utilizan dicha modalidad y si la utilizaran, podría afectar la demora de obtención de datos.

Se incluyeron 12 preguntas, en los cuales once (11) constan de dos (2) opciones para su respuestas, y la última pregunta consta de cinco opciones, y la posibilidad abierta al encuestado/a que desarrolle.

Anónimo. Encuesta/ Marque con una cruz la respuesta correcta

1. Sexo:

Femenino

Masculino

2. Edad.....

3. Profesionalización:

Enfermero/a profesional

Licenciado/a en enfermería

4. Labor institucional

Asistencial

Coordinador/supervisor

5. La institución en la que usted trabaja es:

Privada

Estatal

6. ¿En los últimos 5 años hizo o está haciendo actualmente algún estudio formal o capacitación en servicio?

Formal (Licenciatura/Especialización/ Profesorado)

Capacitación en servicio

7. Está familiarizado con el uso de plataformas virtuales

Si

No

8. ¿Qué plataforma utiliza o ha utilizado?

Plataforma alternativas (Zoom / google meet)

Plataforma de la institución

Otra

9. Cree necesario la implementación sistemática de la capacitación en servicio para mantener la calidad profesional e institucional?

Si

No

10. Que opción le resulta más conveniente para realizar una capacitación en servicio:

Virtual

Presencial

11. En que turno le resulta más conveniente realizar la capacitación en servicio

En su turno de trabajo

En contraturno

12. Cuáles son los motivos por los que no se implementan las capacitaciones en servicio?

Se proponen temas que no resultan interesantes

A la institución no le resulta de interés

No hay tiempo en el turno

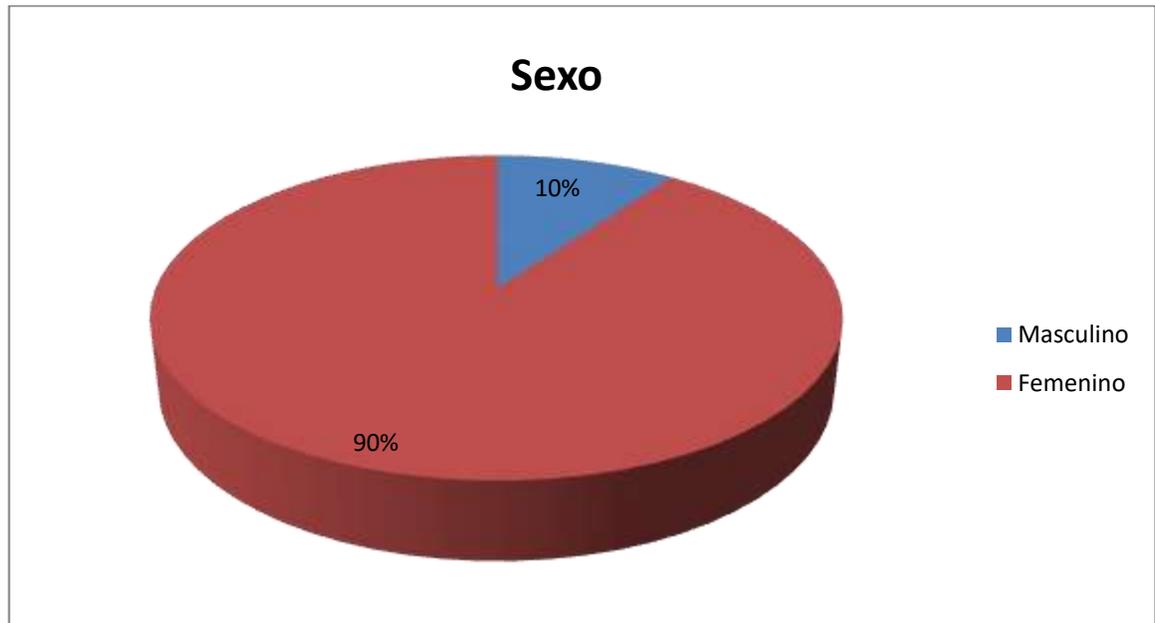
Hacerlo en contraturno no es posible para usted

Las personas que los proponen no son empáticas

Otras razones.....

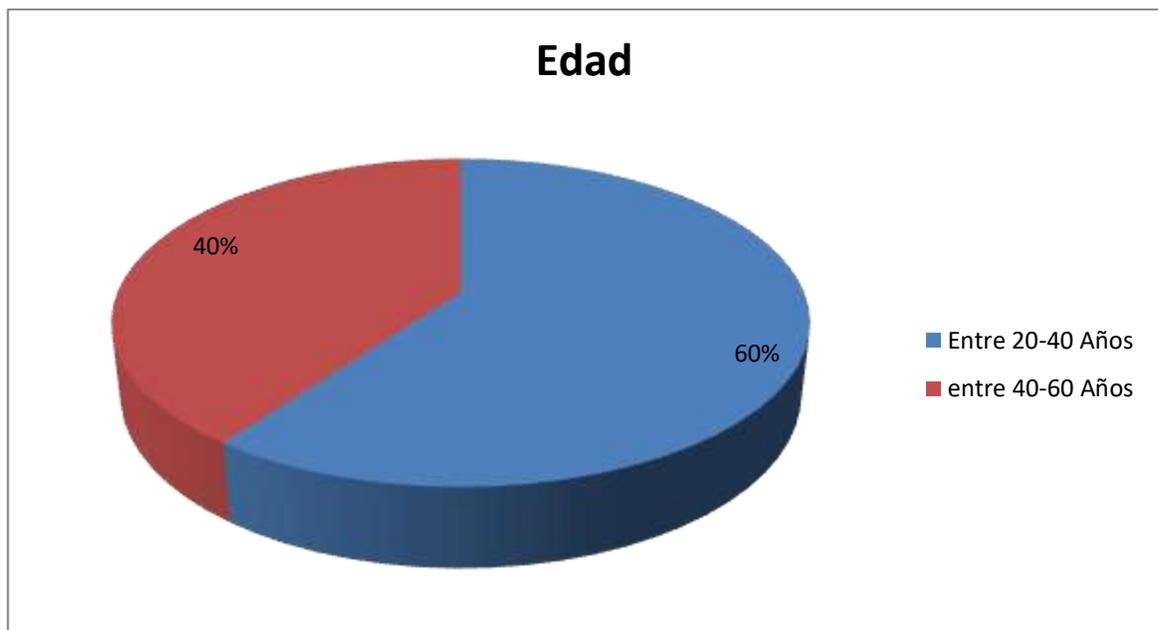
Gráficos por preguntas

1)



Respuesta: La muestra consultada es mayormente femenina y minoritariamente masculino

2)



Respuesta: El mayor porcentaje son jóvenes y adultos entre 20-40 años y el menor porcentaje adultos de entre 40-60 años

3)



Respuesta: El grupo mayoritario son profesionales de enfermería y el grupo minoritario licenciados/as en enfermería

4)



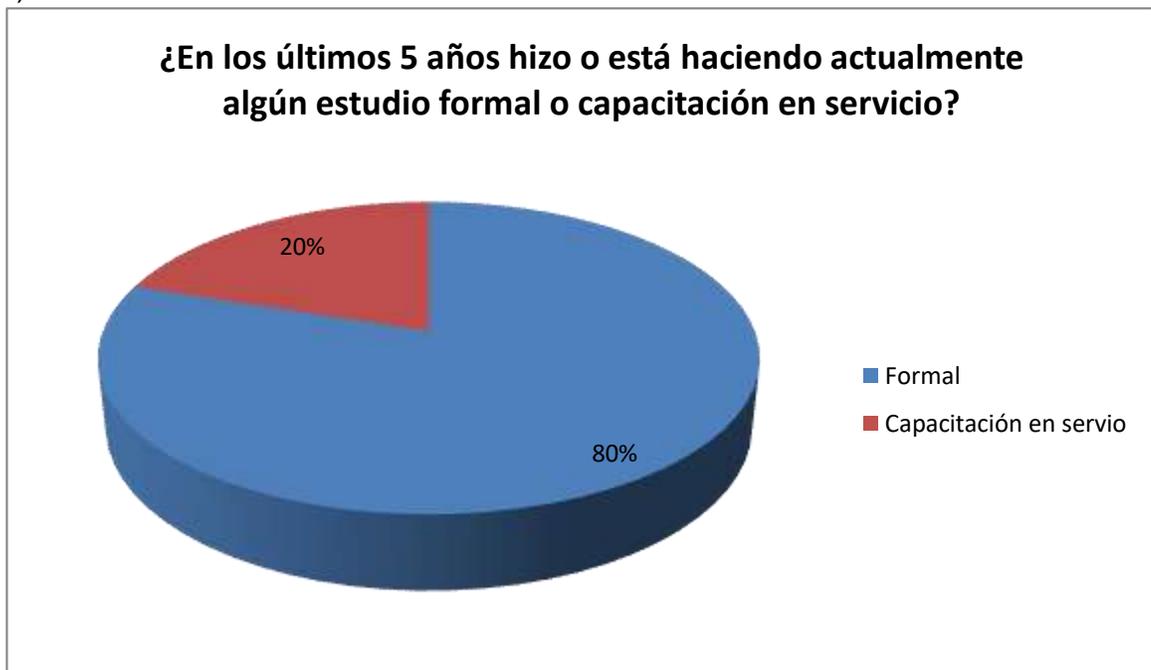
Respuesta: La actividad preponderante de esta muestra es la asistencial.

5)



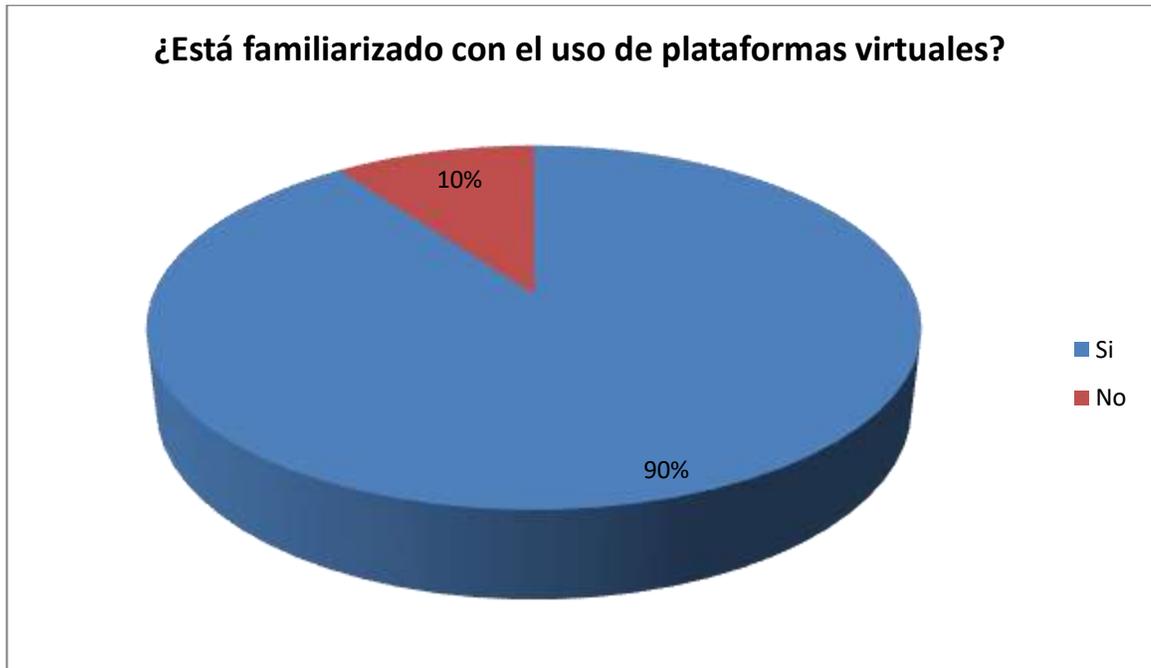
Respuesta: La institución es estatal, es un Hospital Provincial del Conurbano Bonaerense.

6)



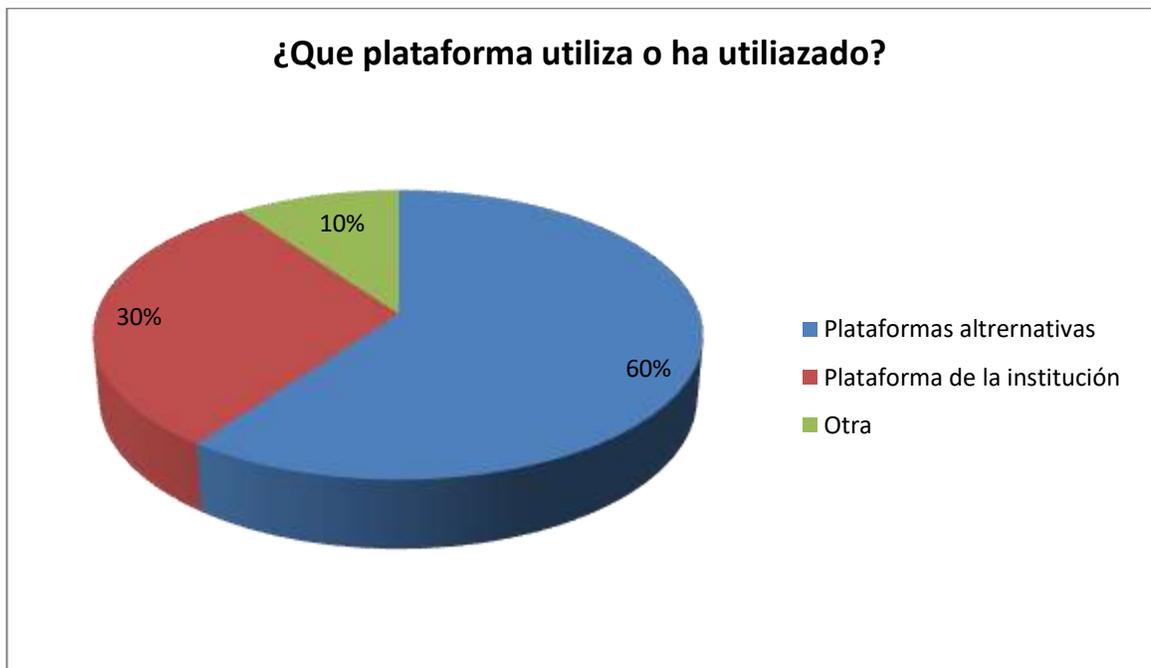
Respuesta: La mayoría de los consultados continúa con los estudios formales y un grupo menor con capacitación en servicio.

7)



Respuesta: La mayoría está familiarizada con las plataformas virtuales y la minoría no está familiarizada.

8)



Respuesta: En primer término se utilizan la plataformas alternativas, en segundo término la plataforma de la institución y en tercer término otras.

9)



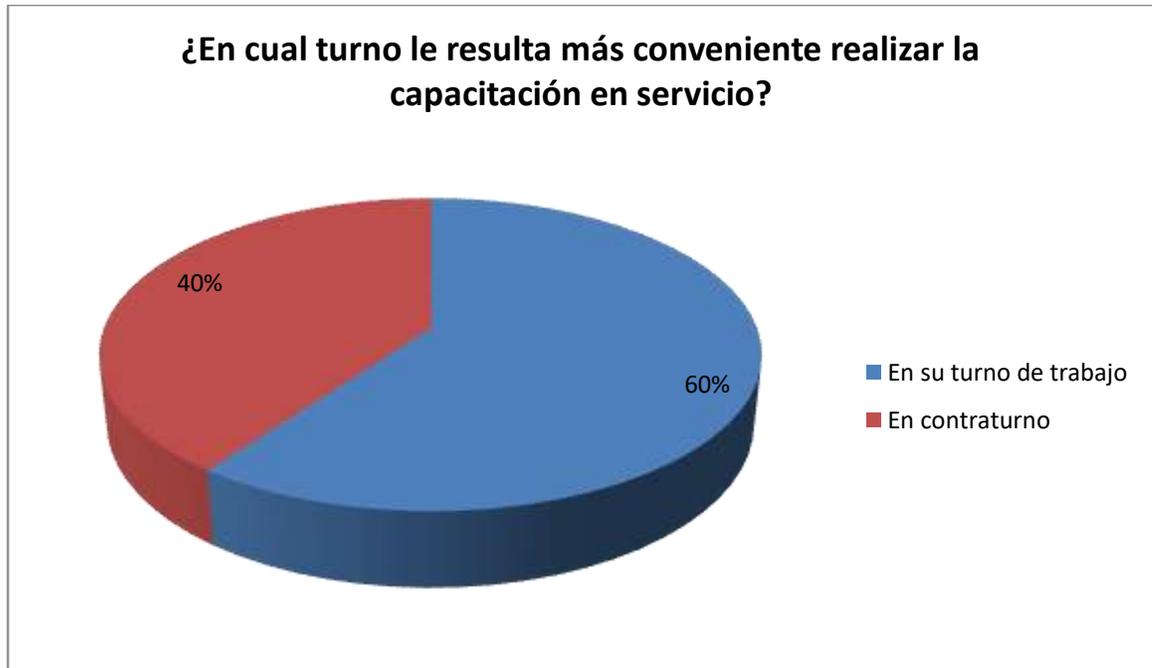
Respuesta: La mayoría considera que la capacitación en servicio es necesaria para mantener la calidad profesional e institucional

10)



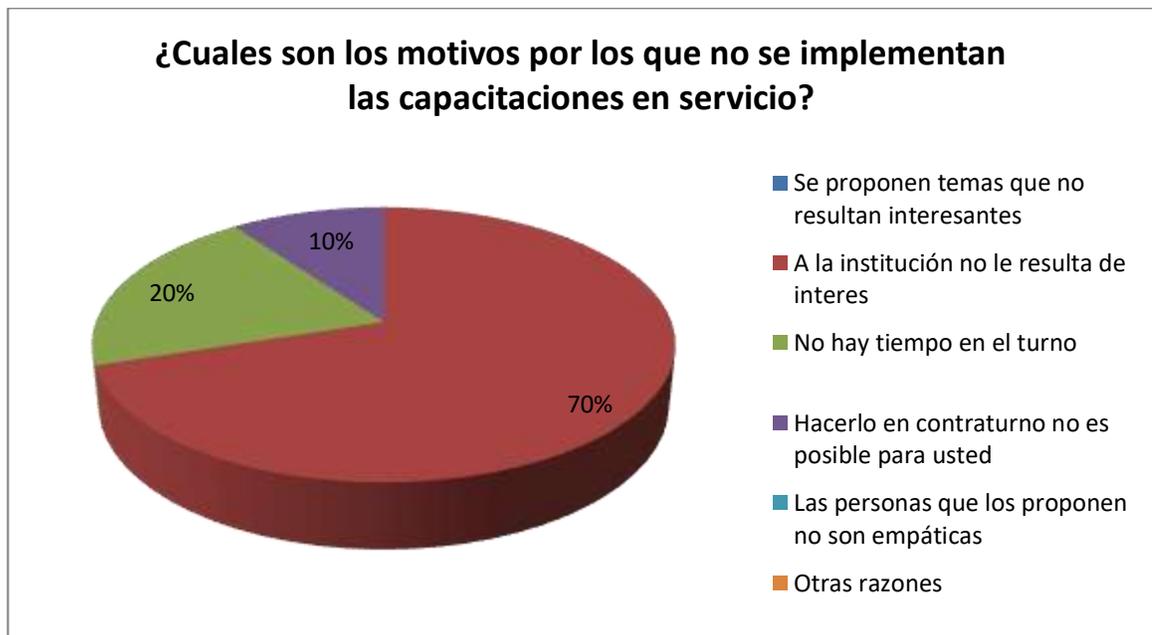
Respuesta: La opción más conveniente para realizar una capacitación en servicio es la presencial y la opción virtual, la alternativa.

11)



Respuesta: La mayoría de los consultados opta por realizar la capacitación en servicio en su turno laboral y como segunda opción en contraturno.

12)



Respuesta: En primer término consideran que la institución no tiene interés en la capacitación, en segundo término no hay tiempo en el turno de trabajo y por último no es posible hacerlo en contraturno.

Análisis de las respuestas:

La mayoría de los enfermeros/as profesionales, continúan su carrera de licenciatura cuya duración es de 5 años, reciben el título intermedio de enfermeros/as profesionales que les permite el acceso al mercado laboral.

Si bien, en las últimas décadas la composición de género fue modificándose, en su mayoría continúa siendo un grupo feminizado, una de las características son los bajos salarios, lo cual crea la necesidad del pluriempleo. Esta particularidad, condiciona a este colectivo de realizar capacitaciones continuas en servicio, ya que las que se realizan son generalmente en contraturno por la falta de personal activo en las unidades en servicio.

Se considera muy importante para la profesión, la capacitación permanente en servicio, para mantener la calidad asistencial e institucional, pero se percibe desde este colectivo que no es valorado por la institución, ya que no implementa las herramientas necesarias para gestionar las capacitaciones en el turno de trabajo.

La institución a través de la gestión del área elude dicha dificultad, la falta de tiempo al que se refieren algunos enfermeros/as es justamente por la falta de personal, ya que las enfermeras están sobrecargadas con exceso de pacientes. Hemos mencionado que se determinan las UPE, en cada servicio para administrar las cantidades de enfermeras según la demanda de los pacientes internados.

Sabemos que el personal de enfermería es un colectivo esencial, no solo por la cantidad sino por la calidad de atención que se requiere, se encuentra en todas las áreas de un hospital, sanatorios y en toda institución de salud las 24 hs, los 365 días del año.

Hemos mencionado la posibilidad de que las capacitaciones pudiesen ser teóricas, prácticas y/o mixtas, en este sentido, si bien la mayoría opta que la capacitación en servicio sea presencial, justamente por el valor técnico y práctico, la falta de considerar la virtualidad como una herramienta más del dispositivo didáctico, nos alerta sobre la ausencia de implicación de la institución, la gestión del área y el departamento de docencia e investigación.

Conclusión:

El recorrido del colectivo de enfermería en las últimas décadas ha sido muy importante, pero aún hay mucho que realizar. Como vemos en este hospital no solo no se consideran las TICs como herramientas de gestión y capacitación en servicio, sino que aún, estamos en una situación regresiva, en cuanto a la sistematización de las capacitaciones en general y por supuesto en servicio. Los inconvenientes que presenta la gestión del área para responder a dicha problemática podrían ser considerados para un nuevo estudio.

Referencia bibliográfica

Alma Rosa Alva de la Selva. Los nuevos rostros de la desigualdad en el siglo XXI: la brecha digital. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. 2015; Año LX(223):265-86.

Alegsa L. Diccionario de informática y Tecnología (acceso 2022)

Bos, Z. Resultados de la enseñanza tutorial. Estrategias para la formación de enfermería en el nuevo modelo pedagógico. Revista Electrónica de las ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2005; 3(4) Especial

Davini, M. métodos de Enseñanza. Didáctica General para maestros y profesores. Buenos Aires: Santillana. 2008

Resolución 194/95; Buenos Aires, 3 de Noviembre de 1995. Expediente N°1-2002-16701/94-9 del Registro del Ministerio de Salud y Acción Social y el Decreto N° 1269

Ley de Ejercicio de Enfermería (N° 24.004) y su reglamentación. Sancionada por Congreso Argentino a los 23 días del mes de septiembre del año 1991

Teleenfermería, opción atractiva para transformar la gestión del cuidado; Rev. Méd. Electrónica. Vol. 42 no 2 mar.-Apr. 2020 ISSN 1684-1824

Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería; versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296 Index Enferm vol.29 no.4 Granada oct./dic. 2020 Epub 01-Nov-2021

La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital; Revista Cubana de Enfermería. 2019;35(4):e3059, Niurka Vialart Vidal1* <http://orcid.org/0000-0002-1110-4257>

Ramacciotti, K. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario: La enfermería en la historia argentina. Trabajos y Comunicaciones (49), e081. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9373.pdf

Reyna, Carla. "Las cultoras de la salud": identidades y jerarquías profesionales en torno a la educación sanitaria (1920-1940, Argentina), (INDES-UNSE-CONICEF), Eje 4: Estado, ciudadanía y salud. Reynacarla.e82a@gmail.com

Mastache, A. Filosofía de las Ciencias Particulares y Didácticas Especiales. 1998.

Menéndez, E.L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Morales, R. Epidemiología Clínica. 2° Ed. Panamericana. 2015

Valle A. El sistema de salud y la situación de enfermería en Argentina. Rev. Latino-am.enfrmagem – v. 7 – n.1 – p. 99-101 – janeiro 1999

Ley Nacional N° 17132, Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares. República Argentina, Congreso Nacional, sancionada 24/01/1967.