



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**Formación por competencias e inserción laboral de los egresados de la
carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires.**

Tesis presentada para optar por el título de Doctor en Ciencias de la Salud
Pública Mención Sistemas y Servicios de Salud

Prof. Mg. Carlos Oscar Lepez

Directora: Prof. Dra. Kumiko Eiguchi.

Buenos Aires, 2020

RESUMEN

Actualmente una persona que se gradúa de la carrera de Licenciatura en enfermería y se encuentra debidamente titulado y registrado con matrícula habilitante puede ofrecer un servicio específico de acuerdo a los estándares de la práctica y sigue un código ético directriz. Los fundamentos de la práctica profesional emanan de las teorías de enfermería, la pertinencia de los valores sociales básicos, la preparación educativa, la motivación, la autonomía, el sentido de compromiso, el sentido de comunidad y el código deontológico. La problematización del fenómeno de inserción en el mercado profesional de los egresados de carreras universitarias representa una discusión en torno a la necesidad de acercar la universidad al mundo empresarial y de facilitar la inserción laboral de los universitarios.

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo evaluativo de corte longitudinal en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el periodo comprendido entre enero 2017 y septiembre de 2019. El universo estuvo conformado por los 441 graduados de Licenciatura en Enfermería; con el objetivo de analizar las competencias de los egresados de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires para el desempeño en el ámbito laboral.

Se obtuvo la información de fuentes primarias, en este caso los dos instrumentos autoadministrados, aplicados a los graduados; en un primer momento se evaluó la autopercepción de las competencias de los Licenciados en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires; y en un segundo momento se aplicó el Índice de Calidad Ocupacional (ICO).

Los resultados muestran que predominó el sexo femenino con 79,6%, mientras que el sexo masculino estuvo representado por el 20,4%. Al analizar la variable Índice de Percepción de Competencias, se encontraron valores entre 68 y 114 puntos, una media de 104,19 con desviación estándar de 10,49 (IC 95% 103,2173 a 105,1818). Cabe destacar que el 74,8% (330) de los egresados obtuvieron valores de este índice por encima del percentil 75 (IC 95% 112,0000 a 114,0000). Al aplicar el test de Kolmogorov-Smirnov la variable rechaza la normalidad ($P < 0,0001$). Los índices según competencias específicas se encontraron con puntuaciones mayores iguales que 2,5 puntos; y de ellos solo

los de las áreas de Docencia e Investigación se encontraron por debajo del Índice de Percepción de Competencias Normalizado Global (2,74 puntos) con 2,5 y 2,65 puntos respectivamente.

Al analizar la variable Índice de Calidad Ocupacional, se encontraron valores entre 2,5 y 12 puntos, una media de 7,99 con desviación estándar de 2,61 (IC 95% 7,7446 a 8,2338). El resultado más llamativo que emerge de los datos es que solo 29,9% (132) de los egresados obtuvieron valores de este índice por encima del percentil 75 (IC 95% 10,5000 a 10,5000); mientras que el 47,85% (211) se encontraban con valores por menores iguales que el 25 percentil (IC 95% 6,0000 a 7,0000). Al aplicar el test de Kolmogorov-Smirnov la variable rechaza la normalidad ($P < 0,0001$).

Al aplicar la prueba Mann-Whitney para analizar las diferencias entre los valores del Índice de Calidad Ocupacional entre el sexo femenino y masculino, fueron significativas ($Z = -2,233271$, $P = 0,0255$).

Los valores del Índice de Calidad Ocupacional en los egresados que se desempeñaban en el sector privado (8,71 puntos) fueron mayores que los del público (7,29 puntos), valores estadísticamente significativos ($Z = 5,778766$ y $P < 0,0001$).

En conclusión, los hallazgos obtenidos sustentan el análisis basado en la revisión de los estándares educacionales y curriculares para la formación por competencias requeridas en la Licenciatura en Enfermería en la República Argentina, que le permiten al profesional contar con los conocimientos, las destrezas y actitudes necesarias para abordar los problemas de forma autónoma y flexible y colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo. Los egresados perciben que en las instituciones laborales son bien aceptados, están satisfechos con su inserción laboral y consideran relevante su desempeño profesional. Se identificó que los egresados perciben que existe congruencia entre los contenidos curriculares durante su formación con las actividades realizadas en el mercado laboral.

Palabras claves:

Competencias; Enfermería; Educación en Enfermería; Inserción laboral; Relación educación-empleo.

ABSTRACT

Currently, a person who graduates from nursing and is duly titled and registered with an enabling license can offer a specific service according to the standards of practice and follows a guiding ethical code. The foundations of professional practice emanate from nursing theories, the relevance of basic social values, educational preparation, motivation, autonomy, a sense of commitment, a sense of community and the code of ethics. The problematization of the phenomenon of insertion in the working market of graduates of university careers represents a discussion about the need to bring the university closer to the business world and to facilitate the labor insertion of university students.

A quantitative longitudinal evaluation study was developed at the Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires in the period between January 2017 and September 2019. The universe was made up of 441 Bachelor of Nursing graduates; with the aim of analyzing the competences of the graduates of Bachelor of Nursing from the University of Buenos Aires for performance in the workplace.

The information was obtained from primary sources, in this case the two self-administered instruments applied to graduates; At first, the self-perception of the competencies of the Nursing Graduates of the University of Buenos Aires was evaluated; and in a second moment the Occupational Quality Index (ICO) was applied.

The results show that the female sex predominated with 79.6%, while the male sex was represented by 20.4%. When analyzing the variable Competency Perception Index, values were found between 68 and 114 points, an average of 104.19 with a standard deviation of 10.49 (95% CI 103.2173 to 105.1818). It should be noted that 74.8% (330) of the graduates obtained values of this index above the 75th percentile (95% CI 112.0000 to 114.0000). When applying the Kolmogorov-Smirnov test, the variable rejects normality ($P < 0.0001$). The indices according to specific competences were found with scores greater than 2.5 points; and of these only those from the Teaching and Research areas were found below the Global Normalized Competency Perception Index (2.74 points) with 2.5 and 2.65 points respectively.

When analyzing the variable Employment Quality Index, values were found between 2.5 and 12 points, an average of 7.99 with a standard deviation of 2.61 (95% CI 7.7446 to 8.2338). The most striking result that emerges from the data is that only 29.9% (132) of the graduates obtained values of this index above the 75th percentile (95% CI 10.5000 to 10.5000); while 47.85% (211) found values for minors equal to the 25th percentile (95% CI 6.0000 to 7.0000). When applying the Kolmogorov-Smirnov test, the variable rejects normality ($P < 0.0001$).

When applying the Mann-Whitney test to analyze the differences between the values of the Employment Quality Index between the male and female sex, they were significant ($Z = -2.233271$, $P = 0.0255$).

The values of the Employment Quality Index in the graduates who worked in the private sector (8.71 points) were higher than those of the public (7.29 points), statistically significant values ($Z = 5.778766$ and $P < 0, 0001$).

In conclusion, the findings obtained support the analysis based on the review of the educational and curricular standards for training by competencies required in the Bachelor of Nursing in Argentina, which allow the professional to have the necessary knowledge, skills and attitudes to tackle problems autonomously and flexibly and collaborate in their professional environment and in the organization of work. Graduates perceive that they are well accepted in labor institutions, are satisfied with their job placement and consider their professional performance relevant. It was identified that the graduates perceive that there is consistency between the curricular contents during their training with the activities carried out in the labor market.

Keywords:

Competences; Nursing; Nursing Education; Job placement; Education-employment relationship.

AGRADECIMIENTOS

El trayecto recorrido en la preparación para el Doctorado en Salud Pública comenzó con la decisión motivada por diferentes naturalezas, el deseo de profesionalización y la responsabilidad de contribuir con la sociedad en este campo de desarrollo.

Muchas son las personas e instituciones que acompañaron este proceso, a cada uno dedicarles mi más sincero agradecimiento y dedicatoria gentil.

Para precisar deseo mencionar a mi familia, pareja y amigos que apoyaron en cada circunstancia el esfuerzo y convicción del valioso aporte de avanzar en la carrera doctoral y ser estimulado por el afecto incondicional y las palabras de aliento en momentos complejos.

Reconociendo a los docentes que iluminaron con sus enfoques brindando recursos para fortalecer la perspectiva analítica respecto a los asuntos de interés en salud pública.

Dedico en estas líneas especialmente a mis asesores metodológicos: Dra. Niurka Taureaux Díaz y Dr. Javier González Argote, ambos de la República de Cuba con excelentes aportes genuinos y operativos.

Dedicar con grato recuerdo a mi querido Profesor Doctor Carlos Camilo Castrillón gran referente catedrático e investigador en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quien me brindó orientaciones teórico-prácticas y recomendaciones científicas, además de su invaluable trato humanitario con todos sus estudiantes y docentes que recibimos sus contribuciones con pleno agradecimiento.

Valorando mucho el apoyo institucional de los referentes que han dirigido el trabajo científico de la producción de la presente tesis de doctorado, a la Profesora Doctora Kumiko Eiguchi quien me brindó con dedicación su disposición y tiempo para avanzar y concluir el recorrido en esta excelente y cálida Casa de Altos Estudios Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales a cuyas autoridades, equipo administrativo y académico, les agradezco la oportunidad de ser miembro de esta comunidad educativa que hoy es parte de mi vida, que por siempre tendré presente y a disposición para aportar en contribución colaborativa.

Por supuesto quiero mencionar y agradecer con ahínco a las autoridades institucionales y Dirección de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y los graduados de esta carrera que han voluntariamente aceptado participar del estudio siendo una gran responsabilidad tratar con la excelencia metodológica y técnica toda la valiosa información que han aportado para el trabajo de investigación doctoral.

La ciencia se hace con el valor de la producción científica y con la esencia humanística de quienes encontramos un espacio al cual iluminar con las incertidumbres que se transforman en indagaciones que las hacemos transitar por un maravilloso método riguroso y objetivo para hallar respuestas a esos asuntos que pretendemos compartir con el mundo interesado en acceder a los resultados del baluarte y trabajo que deja sus antecedentes y huella en la publicación, tal como lo constituye hoy la presente tesis doctoral quedando disponible para lectores y consultores que deseen discutir el fenómeno estudiado.

Gracias a cada persona que formó y es parte de este gran desafío que hoy es un hecho real, alcanzar la titulación del Doctorado en Salud Pública en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	9
Justificación	12
Hipótesis de investigación	15
OBJETIVOS	16
Objetivo General	16
Objetivos específicos	16
MARCO TEÓRICO	17
Modelos y Teorías en Enfermería	17
Formación académica y paradigmas en Enfermería	23
Formación por competencias en Enfermería	38
Inserción laboral en egresados de Enfermería	54
Competencias profesionales e inserción laboral en el contexto argentino	70
DISEÑO METODOLÓGICO	89
Tipo de estudio	89
Contexto y Período	89
Criterios de selectividad	89
Criterios de inclusión	89
Criterios de salida	89
Unidades de análisis	89
Métodos	89
Métodos teóricos	89
Métodos empíricos	90
Métodos estadísticos	91
Operacionalización de Variables	92
Técnicas y Procedimientos de recolección y análisis de datos	94
Fuentes de información	94
Instrumento de recolección de datos	94
Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de la Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería	95
Análisis estadístico	98
Aspectos éticos de la investigación	98
RESULTADOS	99
Caracterización de la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas	99
Encuesta de percepción sobre competencias	101

Índice de Percepción de Competencias	108
Índice de Calidad Ocupacional (ICO)	111
Análisis de Estadístico de otros factores	114
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	115
CONCLUSIONES	138
RECOMENDACIONES	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
ANEXOS	171
Anexo I. Consentimiento Informado.	171
Anexo II. Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería.	172
Anexo III. Índice de Calidad Ocupacional (ICO)	178
Anexo IV. Evaluación de expertos de la Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería.	180
Anexo V. Aval Institucional.	184

INTRODUCCIÓN

En relación al estudio de la inserción laboral profesional de graduados de la carrera de enfermería y en base a la exploración bibliográfica surgieron una serie de estudios y referentes que problematizaron desde líneas analíticas la relevancia de la temática y creando nuevos espacios de pensamientos que focalizan la perspectiva acerca de esta relación buscada.

“La palabra profesión proviene del latín *professio-onis*, que significa acción y efecto de profesar, o bien, es entendida como empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución” (Fernández Pérez, 2001). De manera tal que representaría una actividad necesaria para la subsistencia y el acceso social a un grupo profesional determinado.

Según lo definido por la Real Academia Española, la profesión es “el empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución” (Real Academia Española, 2001); Wilensky (1964) también la ha definido como “una actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional determinado”. En términos generales se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades sobre la base de un gran conocimiento, que permite a quien la desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales (Fernández Pérez, 2001).

El concepto de profesión ha evolucionado como resultado de los cambios históricos, cuyo antecedente sobre su origen se encuentran en antiguos textos hebreos que señalan al término refiriéndose a funciones sacerdotales, los negocios en servicio del rey o de un funcionario real, ya que el vocablo significa mandar o enviar, es decir realizar una misión. Aunque actualmente se considera su auge a partir del período de la industrialización que implicó la división del trabajo (Fernández Pérez, 2001).

No obstante, con la expansión del conocimiento, crecimiento sociodemográfico y la urbanización durante el siglo XIX, ulterior a la revolución industrial, se produjo una transformación a nivel de la organización social, requiriendo de la creación de tareas profesionales más especializadas basadas en operaciones

intelectuales que adquieren su material de la ciencia y de la instrucción (Fernández Pérez, 2001).

Así también estudios realizados en la década de los sesenta definían la profesión como aquella que posee un cuerpo específico de conocimientos sistemáticos para actuar en una realidad social organizada, comprendida como una forma especial de organización ocupacional incorporada en el proceso de profesionalización, donde el trabajo se convierte en una ocupación de tiempo completo en función de la necesidad social del surgimiento y ampliación del mercado laboral (Fernández Pérez, 2001).

Para lograr tal inclusión fue necesaria la creación de escuelas para la formación de nuevos profesionales, además de que se constituyeron las asociaciones profesionales, que definen el perfil profesional, se reglamentó la profesión asegurando así el marco de competencia del saber científico teórico-práctico y se adoptó un código de ética (Fernández Pérez, 2001).

Si bien a la enfermería se le ha dado el nombre de profesión durante muchos años, su evaluación relacionada con los criterios para ejercerla indica que es una “profesión que está surgiendo” (Leddy & Pepper, 1989).

De acuerdo a las diversas opiniones para delimitar los criterios que definen la profesión de enfermería, estos han sido categorizados en características intelectuales, elementos prácticos, elementos de servicio a la sociedad, y autonomía (Leddy & Pepper, 1989).

Dentro de las características intelectuales se encuentran un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión. En cuanto a los elementos prácticos, Leddy & Pepper (1989) los definen como las “habilidades especializadas esenciales para el desempeño de una función profesional única”. En lo referido al servicio profesional a la sociedad, el desempeño debe ser con integridad y responsabilidad en la práctica ética. El ejercer la profesión con autonomía implica, por parte de los profesionales, responsabilidad de los propios actos, así como autodeterminación y autoreglamentación. Sin embargo, la actividad profesional requiere de un marco regulatorio, desde la dimensión jurídica en tanto a derechos, obligaciones, prohibiciones, régimen disciplinar de las personas habilitadas para ejercer la enfermería en el ámbito de incumbencia; como así también la existencia natural de la dimensión ética que oriente y sustente el cuidado humanizado desde la

disciplina enfermera basada en su praxis autónoma y garantizada en función de los conocimientos teórico-prácticos necesarios para desempeñar las actividades declaradas en la vigente ley nacional del ejercicio de la enfermería, como profesión reconocida por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2008b) y como carrera científico-humanística por el Ministerio de Educación (Ministerio de Educación de la Nación, 2008).

Las profesiones actuales precisan de la producción del conocimiento y de su accionar práctico concreto por la necesidad de regular y reglamentar las formas de ejercicio de las habilidades y competencias profesionales pues son consideradas como estructuras sociales con autonomía que están formalmente establecidas y legitimadas (Fernández Pérez, 2001; González Jurado, 2005).

Existen ciertos elementos constitutivos del conocimiento jurídico, tales como la ley, norma, regla y reglamento que establecen la regulación de una profesión. Es importante comprender que la ley actúa como sistema de regulación de los actos humanos en tanto sean pasibles de orden y su naturaleza en el campo del ejercicio de las profesiones como en el caso de la enfermería cuya ley nacional nº 24.004 ya se encuentra en vigencia y declara expresamente la forma y contenido de la misma (Poder Legislativo de la Nación, 1991).

De acuerdo al decreto reglamentario 2497/93 para el artículo 1º expresa: El ejercicio libre y autónomo de la enfermería queda reservado al nivel profesional establecido en el art. 3º, inciso a), pudiendo desarrollarse en gabinetes privados, en el domicilio de las personas, en locales, instituciones o establecimientos públicos o privados, y en todos aquellos ámbitos donde se autorice el desempeño de sus competencias, exigiéndose en todos los casos habilitación de los lugares y la pertinente autorización para ejercer (Poder Legislativo de la Nación, 1991).

La enfermería es una ciencia que incluye muchas actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales, ciencias físicas, ética, cuestiones contemporáneas entre otras áreas. La enfermería es una profesión única porque estudia las respuestas de las personas y las familias a la promoción, mantenimiento y problemas de salud. El personal de enfermería asume múltiples roles concomitantemente: presta cuidados, toma decisiones clínicas derivadas de sus competencias, investiga, considera los derechos del paciente y familia y se dedica a la educación formal e informal. Desde los aportes de Florence

Nightingale en 1860 hasta la actualidad han evolucionado los modos de brindar prestaciones de enfermería (Potter et al., 2005).

Actualmente una persona que gradúa de la carrera de enfermería y se encuentra debidamente titulado y registrado con matrícula habilitante puede ofrecer un servicio específico de acuerdo a los estándares de la práctica y sigue un código ético directriz. Los fundamentos de la práctica profesional emanan de las teorías de enfermería, la pertinencia de los valores sociales básicos, la preparación educativa, la motivación, la autonomía, el sentido de compromiso, el sentido de comunidad y el código deontológico (Potter et al., 2005).

La enfermería en su trayecto histórico ha desarrollado filosofías y definiciones de sí misma, tal como la vigente en el Consejo Internacional de Enfermería: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (Consejo Internacional de Enfermeras, 2010).

En virtud de esta conceptualización amplia y compleja en sí misma, alcanzar a ser enfermera/o se puede mediante diferentes planes de formación e incrementar las competencias profesionales para dar respuesta en las prestaciones de su incumbencia (Garay, 2005).

La pericia en enfermería es el resultado del conocimiento y la experiencia clínica. La pericia que se requiere para interpretar situaciones clínicas y tomar decisiones complejas es la esencia de los cuidados enfermeros y es la base para el avance de la práctica y el desarrollo de la ciencia enfermera. Las actividades de pensamiento crítico son esenciales para la enfermería (Brykczynski, 2003).

Los profesionales de enfermería desarrollan su actividad en el marco de sus propios modelos teóricos. Dichos modelos se caracterizan por los siguientes requisitos (García Campayo & Sanz Carrillo, 1998):

- 1) Constituye un conjunto de suposiciones sobre un objeto o fenómeno.

2) El conjunto de suposiciones se estructura de tal forma que pone de manifiesto las propiedades del sistema, permitiendo la derivación de nuevas propiedades complementarias.

3) Su formulación se basa en analogías entre el objeto estudiado y otros sujetos distintos.

4) Cada modelo representa sólo una aproximación a la realidad, por lo que puede coexistir con otras hipótesis que intenten explicar el mismo fenómeno.

Al considerar a enfermería como una disciplina profesional que trabaja desde las estructuras de modelos teóricos, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente y que permita la evolución de la profesión. Sin embargo, la disciplina debe gobernar la práctica clínica en lugar de ser definida por ésta. Aunque al respecto la teórica Patricia Benner plantea lo contrario: la práctica es la esencia y de donde se genera la teoría (Velandia Mora, 1998).

Es aquí donde se necesita tanto de la enfermera que crea la teoría como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye al desarrollo de enfermería (Velandia Mora, 1998).

Ya que el profesional de enfermería se mueve en un campo del conocimiento que le es propio, el cual combina las dimensiones disciplinarias y de prestación de servicios, contextualizadas de acuerdo a una visión humanista de la realidad; esto significa que debemos profundizar en los análisis filosóficos (ontológicos), epistemológicos, metodológicos, y de aplicación práctica (Velandia Mora, 1998).

Un aspecto a considerar aquí, es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional, puesto que la disciplina hace referencia al conocimiento aplicado en una rama específica del saber, y la práctica, es el desempeño y la técnica, es decir el quehacer (Velandia Mora, 1998).

La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del sujeto/os al cual atiende, mientras que la disciplina es más amplia porque complementa desde conocimientos que dan argumentos para el desempeño no sólo en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo o en cualquier otro campo donde enfermería desarrolle ese conocimiento (Velandia Mora, 1998).

La competencia profesional va más allá de lo que se requiere para dar cuidado de salud a un individuo, para la preparación de futuros practicantes y la

conducción de investigación sistemática. La competencia comprende por parte del profesional el entender la sociedad con suficiente amplitud para que pueda colocar la práctica dentro de un contexto social y la necesidad de tener habilidades de liderazgo (Velandia Mora, 1998).

En la Universidad Nacional de Colombia, Gómez Campo & Celis Giraldo (2005), postulan que el proceso de organización y definición curricular está determinado por cuatro importantes vectores de cambio.

En primer lugar, señalan que algunas tendencias en el mundo del trabajo afectan significativamente los criterios de definición y diseño curricular. La emergencia de la llamada sociedad del conocimiento y la información y la economía de los servicios, implica una creciente complejidad en la producción de bienes y servicios. Todos estos nuevos fenómenos en el mundo del trabajo cuestionan los criterios curriculares basados en supuestos de perfiles o desempeños ocupacionales específicos. Plantean además, la necesidad de nuevos criterios que conduzcan a revalorizar el papel y la importancia curricular de la formación de competencias generales aún en los programas de estudio más especializados (Gómez Campo & Celis Giraldo, 2005).

Asimismo, en el proceso de adquisición de competencias es clave considerar la formación de una personalidad integral, con sólidos conocimientos científicos y que aporten como activos constructores de la sociedad (Reyes Mediaceja, 2012).

Mientras que en Cuba, Horruitiner Silva (2006), considera la necesidad de comprender el reto de la transformación curricular como proceso complejo y supone la necesidad de caracterizar como un todo al currículo. Diferencia la expresión diseño curricular en tanto es solo una etapa, un momento de una instancia mucho más amplia, que es la transformación curricular. El autor prefiere utilizar este término, porque da una visión más clara y completa de la idea que se desea transmitir. Entonces plantea que el proceso de cambio de currículos, pasa por diferentes etapas, cada una de las cuales caracteriza un aspecto, del proceso como un todo, las cuales en lo fundamental son: preparación, diseño, ejecución y evaluación.

Este autor postula que el proceso de transformación curricular se asume en base a una estrecha relación con la sociedad y supone determinar: las prioridades del desarrollo económico y social; las principales fuentes de empleo; los avances

científicos y tecnológicos y los nexos con la actividad de postgrado (Horruitiner Silva, 2006).

Diversos estudios a nivel mundial han intentado aproximar la formación del personal de salud al desarrollo social e institucional sin obtener mayores progresos. Desde la responsabilidad de las universidades en el proceso de desarrollo institucional surgen ideas y mecanismos nuevos, para desencadenar cambios en la denominada integración docente-asistencial. Algunas innovaciones que se consideran importantes son que al ingresar los estudiantes al hospital deben recibir inducción sobre la estructura organizativa y funcional de la institución, la población a servir con sus características demográficas, epidemiológicas, económicas, sociales y culturales; además de adiestramiento referentes a procesos administrativos y potenciar el desempeño de sus competencias profesionales en los servicios, entre otros (Dueñas Padrón, 2008). La administración de personal es el conjunto de políticas, normas y procedimientos que se llevan a cabo en una institución de salud, de modo que permiten la selección, el reclutamiento, la disciplina, el entrenamiento y bienestar de las personas que trabajan dentro de una organización y asignaciones que permiten cumplir con los objetivos de la institución. En general se requiere en tal proceso que el aspirante de ingreso a la institución cuente con destrezas, habilidades y conocimientos técnicos que varían de complejidad de acuerdo con la tarea que desempeñe (Pontón Laverde, 2008).

Siendo importante atravesar una serie de fases para ser considerado un nuevo ingreso a la institución: determinación de necesidades de trabajo desde un perfil particular, fuentes de reclutamiento, divulgación, selección propiamente dicha y contratación e inducción en la cual se evalúan destrezas y habilidades que representan la competencia en la ejecución de una actividad o tarea específica y el comportamiento durante el desarrollo de la misma.

“El egresado de enfermería ingresa al servicio con un cúmulo de conocimientos teóricos, aunque obviamente con una importante carencia de habilidad para el desempeño de las distintas técnicas y procedimientos. Al transcurrir los años vemos que nuestro nuevo enfermero, lejos de optimizar su nivel de conocimientos teóricos, ha cambiado” (Durante, 2005).

En un estudio realizado en España demuestra que existe “una actividad asistencial alejada de la metodología de trabajo específica de la profesión: el

proceso de atención de enfermería. Los enfermeros siguen organizando el trabajo por tareas y no utilizan el diagnóstico enfermero ni trabajan con sus pacientes en base a un plan de cuidados”(García Morales, 2001).

“Se contribuye a perpetuar esta situación cuando los estudiantes finalizan sus estudios y se incorporan al mundo laboral, al resultarles difícil poner en práctica los modelos de enfermería y la metodología de trabajo aprendidas, así y con bastante rapidez, se adaptan al sistema de funcionamiento asistencial, bien porque es “más fácil”, bien porque tienen que romper hábitos ajenos muy arraigados o bien porque no encuentran las adecuadas condiciones de trabajo para ponerlos en práctica” (Roegiers, 2016).

En este sentido, la problemática de la formación por competencias implica necesariamente comprender su naturaleza conceptual, entendiéndose como la facultad para utilizar conocimientos, destrezas y habilidades personales, sociales y metodológicas, en situaciones de trabajo o estudio y en el desarrollo profesional y personal. Se clasifican en competencias básicas, transversales y laborales específicas. Sus dimensiones son: saber conocer, saber hacer y saber ser. En suma, es definido con el proceso de diseño curricular y se constituye en el conjunto de condiciones de ingreso y salida del proceso de formación, sujeto a aplicar estrategias metodológicas para desarrollar unas competencias expresadas en unos contenidos, que en sí mismo el programa se traduce en un título en el marco de la formación titulada o académica.

En correlato a la presente línea argumental, la vinculación entre las entidades formadoras de competencias a los estudiantes y posteriores graduados de determinada carrera profesional, implica pensar la misión de la educación superior en términos de transferencia. Es en este contexto desde donde surge la pregunta de cuál es el aporte que genera el marco de competencias adquiridas en el ámbito académico y el mercado laboral de tipo profesional en el cual se insertan los egresados para desempeñar sus capacidades en función del puesto que ocupe (Vidal Ledo et al., 2016)

Es entonces esta la instancia de concertar la concepción teórica de inserción en el mercado laboral-profesional. Entendiéndose como un proceso integral que está determinado multifactorialmente, abarcando las características de las personas y las oportunidades que ofrece el mercado de trabajo en cualquier sector o rubro de la economía, basado en la relación de empleabilidad y

ocupabilidad, es decir entre la probabilidad de ingreso al ámbito de trabajo y las posibilidades del conjunto de ofertas de empleo disponibles en cada contexto geopolítico. Es al mismo tiempo el momento de toma de decisión para entrar a la vida activa y al encuentro con el desempeño personal y colectivo, como parte de un proyecto paulatino.

Históricamente, el enfoque basado en el contenido-materia es el que ha prevalecido en los sistemas educativos; siendo un hito desde la década de 1970, de esta lógica de contenido o materia a un enfoque de pedagogía basada en objetivos, cuya preocupación es la operatividad; en lugar de escribir los programas conforme a lo que debía enseñar el docente, la pedagogía basada en objetivos propuso preparar los programas de acuerdo a lo que el alumno tenía que dominar, a partir de una división en objetivos operativos (Roegiers, 2016).

Actualmente, los sistemas educativos se compaginan para que las competencias constituyan el núcleo de los currículos. A pesar de ello, la noción de competencia está lejos de estar totalmente estabilizada: se entiende de muchas maneras diferentes y se traduce a través de una serie de variaciones en los currículos (Roegiers, 2016).

Las transformaciones que hay que realizar sugieren la necesidad de desarrollar una serie de competencias básicas en todos los alumnos cuya cantidad y calidad sean suficientes para asegurar su inclusión en el tejido socioeconómico y su potencial para hacer frente al cambio (Roegiers, 2016).

Planteamiento del problema

La problematización del fenómeno de inserción en el mercado profesional de los egresados de carreras universitarias representa una discusión en torno a la necesidad de acercar la universidad al mundo empresarial y de facilitar la inserción laboral de los universitarios (Martínez Martín, 2003).

Considerando el antecedente del Proceso de Bolonia, desde 1999 y hasta 2010, que consistió en una reforma universitaria a nivel del Espacio Europeo de Educación Superior, con la finalidad de lograr la adaptación de los contenidos universitarios a las demandas sociales, y la mejora de su calidad y competitividad, fomentándose el aprendizaje permanente a través de un sistema

de cualificaciones que abarca tres categorías: conocimientos, destrezas y competencias.

El Proceso de Bolonia tiene aspectos positivos tales como: la búsqueda de la convergencia, de la armonización de la educación superior de los países de la región, a los efectos de lograr comparabilidad de títulos universitarios, de competencias profesionales, de habilidades laborales, de movilidad de estudiantes, docentes y personal en general de las universidades, siempre en pos de lograr la excelencia en la calidad educativa (Veglia & Pérez, 2011).

La evaluación de las competencias, funciones y el desempeño de los profesionales de la salud, implicó la preocupación de los sistemas de salud y las universidades poder aportar al mundo laboral un profesional que cumpla con condiciones estándares de capacidad y modo de actuación (Véliz Martínez, 2016).

Katz & Snow (1981) propusieron métodos para evaluar el rendimiento de los trabajadores de la salud, como base para incrementar la calidad de los servicios, a partir de entonces se desarrollaron múltiples estudios sobre las competencias y el desempeño laboral, que se ampliaron a la educación médica.

El surgimiento y desarrollo del término competencias se debe a los trabajos de Parsons, Chomsky, McClelland, Boyatzis, Goleman y Spencer, entre otros, y obtienen mayor notoriedad los que vincularon el incremento de la productividad y el rendimiento laboral a valores, motivaciones y rasgos de personalidad, lo que en un mundo globalizado y competitivo facilitó que estos conceptos se generalizaran rápidamente y se extendieran a todas las áreas de la vida laboral, educativa y social en todos los países (Véliz Martínez, 2016).

Otros estudios concluyen en la acepción de competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se ponen en funcionamiento en un contexto laboral determinado a fin de solucionar un problema concreto de la práctica social (Véliz Martínez, 2016).

Sin embargo otras instancias de transformaciones del sistema educativo en general se gestaron en el contexto de las reformas curriculares en Latinoamérica y el Caribe, tomando en consideración los aspectos de los análisis publicados por organismos internacionales tales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, entre otras, y enfatizando en temas de agendas públicas y estudios científicos la Formación por

Competencias que adquirió vigor y relevancia entre los actores e investigadores educativos en el marco de la denominada sociedad de la información y el conocimiento y en torno a las características de las relaciones entre los ciudadanos y las instituciones de la sociedad civil.

Al fomentar las competencias específicas según las demandas de la sociedad, se corre el riesgo de orientar el perfil del egresado a necesidades direccionadas, dejando de lado la formación académica inherente a una educación superior. “No podemos perder de vista que la misión de la Universidad no es solamente formar a los jóvenes para un empleo, sino también cultivar valores y principios” (Veglia & Pérez, 2011).

El término competencia se entiende como un comportamiento del sujeto ante la solución de problemas de su actuación profesional y personal, en contraste con el concepto de capacidades (Rivera Hernández, 2010).

En el marco de la Ley Nacional de Educación N° 24.521 en el artículo 43 considera a la Enfermería como profesión de riesgo, a partir del cual el Consejo Federal de Salud gesta el Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería, que establece a la Enfermería como recurso humano crítico y prioritario (Ministerio de Salud de la Nación, 2008a).

Mediante la indagación referente a la formación por competencias y la inserción en el mercado laboral-profesional, se observan unos objetivos en el Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería tales como:

- promover la interrelación de las escuelas de enfermería con las instituciones de salud para el desarrollo de profesionales con las capacidades requeridas para una prestación de salud de calidad.
- promover la articulación de la educación con los servicios de salud, mediante la participación de los enfermeros/as de los servicios en el proceso educativo y la evaluación permanente y compartida de procesos y resultados (Ministerio de Salud de la Nación, 2008a).

En los diseños curriculares de los centros educativos responsables de la formación de enfermería, subyacen intencionalidades asociadas a las necesidades y exigencias del mercado laboral y deriva en mecanismos de ingresos de los graduados mediante diferentes modos institucionalizados.

El profesional de enfermería se encuentra en la actualidad con la necesidad de superar una serie de pruebas de aptitud de conocimientos para acceder a la

obtención de plazas de enfermería, fundamentalmente en el sistema público. En la búsqueda de puesto laboral mediada por la demostración de competencias profesionales obtenidas en la formación académica se emplean métodos de evaluación referentes a conocimientos específicos, técnicas y procesos de trabajo en el rol a desempeñar (de Lanuza et al., 2010).

Es relevante entonces generar una propuesta investigativa referente a las instancias formativas dentro del ámbito académico en el marco de la carrera de licenciatura en enfermería y en particular las competencias que se gestan en el seno de la malla curricular y la adquisición de saberes requeridos para el desempeño del graduado en los escenarios laborales de ejercicio profesional, en torno al perfil, exigencias y necesidades institucionales en las cuales se insertan los egresados de licenciatura en enfermería.

La perspectiva en que se enfatizará la presente propuesta de investigación es naturalmente de carácter analítica, propiciando la asociación entre las variables de estudio y la integración de teorías que sustenten con rigor la problemática planteada, del mismo modo aportar conocimientos en términos de producción intelectual y consolidar un informe que represente un avance en la visibilidad de las situaciones que se suscitan en el seno de la disciplina de enfermería en nuestro contexto local.

En virtud de lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿La formación por competencias de los egresados de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de Buenos Aires se ajusta al proceso de su inserción al mercado laboral?

Justificación

En Madrid, un estudio realizado por Guerrero Serón (1999), respecto al enfoque de las competencias profesionales y la vinculación de las mismas en cuanto a la formación y el empleo, pone de manifiesto que depende de la formación profesional inicial y continua el que se tome con responsabilidad la formación de trabajadores competentes, capaces de realizar tareas concretas y evaluables, en determinados entornos de trabajo; revistiendo una crucial importancia el

hecho de prestar mayor atención a este aspecto que lo brindado hasta el momento.

En Buenos Aires, Medina (2011) abordó un trabajo de investigación en relación a la consulta sobre orientación vocacional a través de internet, en el cual expone que el mercado de trabajo en la actualidad cuestiona el papel del sistema educativo. El acceso al conocimiento y a determinadas competencias (no sólo de acceso a la escuela) es visto ahora como el elemento decisivo para participar activamente en los nuevos procesos productivos. Ante la pregunta ¿cuál es el tipo de conocimiento o competencia que desarrolla la educación? La respuesta a esta pregunta parece ser el punto focal a resolver en este contexto complejo y heterogéneo.

En la actualidad la educación formal se encuentra en un lugar de desconexión con las competencias necesarias que los jóvenes deben desarrollar para adquirir la participación activa en el mercado laboral (Medina, 2011).

Por otra parte Korin (2004) expresa que se vislumbra día a día el contraste entre una realidad en la que se desvalorizan las certificaciones educativas en el mercado de trabajo, y la educación, por lo que se llega a denotar la concepción acerca de que la promoción social está íntimamente vinculada al nivel educativo alcanzado. Se trata de un circuito en el cual va perdiendo fuerza y efectividad el valor del esfuerzo intelectual.

En Cuba, González-Valiente, León Santos, & Rivera (2014), han llevado a cabo un estudio con la intención de identificar las posibilidades que ofrece la formación académica para el desempeño del profesional de la información como gestor de mercadotecnia, en el cual abordaron teóricamente las funciones básicas del mercado y su dimensión informacional, las particularidades del trabajo del gestor de mercadotecnia y las competencias que funda el Plan de Estudios D sobre los egresados de la carrera Ciencias de la Información en el contexto cubano. Se analizaron las competencias indispensables que deben formarse en la carrera y consolidarse posteriormente en el ejercicio práctico.

En una investigación desarrollada en Chile por Latrach-Ammar, Febré, Demandes, Araneda, & González (2011), trabajaron con una población específica de internos y profesionales de enfermería en diferentes funciones de ejercicio y así pudieron identificar respuestas de acuerdo a las categorías de análisis empleadas en su instrumento de recolección de datos, y de acuerdo a

las respuestas se concluyó que las competencias adquiridas por los estudiantes durante su formación universitaria responden a las exigencias laborales y permiten la integración de los profesionales a la gestión académica.

La enfermería como ciencia, disciplina y profesión contempla exigencias de una formación amplia y sistematizada que se lleva a cabo en los contextos laboral y disciplinar. Los procesos formativos en el área de la salud tienen como ejes centrales el desarrollo de habilidades procedimentales y la adquisición de diversas competencias a través de la experiencia clínica, siendo la práctica reflexiva un elemento clave en este proceso. La formación por competencias en enfermería responde a un cambio continuo y global del mundo profesional (de Lanuza et al., 2010; Latrach-Ammar et al., 2011).

La gestión universitaria por parte de las escuelas de enfermería debiera encontrarse orientada a facilitar la inserción laboral de sus egresados mediante la evaluación de la eficiencia del sistema formativo, determinando si las competencias finales del estudiante de enfermería instituyen el nivel exigible en la práctica laboral, permitiendo identificar las necesidades reales de aprendizaje (Latrach-Ammar et al., 2011; Wainerman & Geldstein, 1990).

Importancia académica: en el marco de la sociedad de la información y el conocimiento y las exigencias sociales en torno a las prácticas profesionales reivindican el sentido de la educación basada en el modelo napoleónico (Moratal Ibañez & Pégola, 2013) que sostiene una concepción basada en el pensamiento de formar para el mundo del trabajo, así la academia se encuentra ligada a producir adecuaciones de los diseños curriculares para responder en modo macroeducativo a las determinaciones socioculturales y al mismo tiempo crear valor agregado en el perfil de los graduados, tal es el caso de la carrera de licenciatura en enfermería cuya naturaleza subyace en el ejercicio profesional en relación a las definiciones normativas establecidas en la Ley de Ejercicio de Enfermería n°24.004 y Decreto Reglamentario 2497/93 que explicitan los requisitos de competencias propias para el desarrollo en el ámbito de inserción laboral de los graduados al mismo tiempo enmarcados en actividades reservadas según lo establecido en el artículo 43° de la Ley de Educación Superior n°24.521 considerándose como carrera de emergencia social.

Importancia social: permite correlacionar el alineamiento entre el diseño curricular de la licenciatura en enfermería de la universidad con los estándares

nacionales preestablecidos en la legislación conforme a las competencias que deben poseer los graduados de enfermería.

Importancia en gestión: se propone un modelo de evaluación de competencias que sustenta la adecuación entre la formación en el ámbito universitario y los requisitos que el mercado laboral exige, que permita alcanzar los niveles de excelencia académica necesarios para aportar a los servicios de salud con graduados de licenciatura en enfermería que brinden atención a las necesidades de la población como indicador de calidad.

Hipótesis de investigación

Las competencias profesionales de los graduados de licenciatura de enfermería de la Universidad de Buenos Aires permiten la inserción en el mercado laboral.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar las competencias de los egresados de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires para el desempeño en el ámbito laboral.

Objetivos específicos

- Caracterizar la autopercepción de las competencias profesionales de los graduados de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- Analizar el nivel de calidad ocupacional que han logrado los graduados de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

MARCO TEÓRICO

Modelos y Teorías en Enfermería

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de los cuales aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro “Notas de Enfermería” de Florence Nightingale en 1852 se sentó la base de la enfermería profesional. En la década del 50 del siglo XX se destacaron varias teóricas con modelos y teorías en Enfermería que permitieron acceder al cuerpo de conocimiento de esta ciencia (Jorrin Oramas et al., 2017). Una enfermera aumenta el valor profesional cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones. Las enfermeras que utilizan los modelos y teorías para estructurar su práctica mejoran la calidad de los cuidados, además son capaces de discutir con otros profesionales de la salud el marco utilizado para estructurar su práctica. La teoría contribuye a aumentar la autonomía profesional de la enfermera guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión. Considerar la práctica enfermera en el contexto de una teoría ayuda a los estudiantes a desarrollar capacidades analíticas y de pensamiento crítico, clarifica sus valores y los supuestos, y ofrece una guía para la práctica, la formación y la investigación (Jorrin Oramas et al., 2017).

Todas las profesiones tienen una función propia que constituye el punto de partida de su cuerpo de conocimientos que lo caracteriza como profesión. Desde el postulado que cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto (Cruz Ortiz et al., 2010).

Esta relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado determina la complejidad estructural del cuidado de enfermería, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de

desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte (Cardona, 1999).

En este binomio formado por la relación desarrollada a partir del cuidado, algunos autores identifican cinco perspectivas respecto a su naturaleza, señalando además que en el proceso de cuidar existe interrelación entre ellas: el cuidado como característica humana, como imperativo moral, como afecto, como interacción interpersonal, y como intervención terapéutica. Es la suma de todas estas perspectivas lo que caracteriza el cuidado de Enfermería, pero es la última de ellas la que marca la diferencia entre el cuidado como actividad humana innata, y el cuidado profesional desarrollado con una intencionalidad y dirigido a la mejora de la salud constituido como la razón de ser de la Enfermería profesional (Morse et al., 1990).

Es una realidad que el cuidado es una tarea compleja, larga y difícil, cuyo aprendizaje se extiende más allá de la formación teórica académica, requiriendo una profunda comprensión de la naturaleza humana y el manejo de la relación interpersonal como herramienta fundamental (García-Calvente et al., 2004).

Siendo el cuidado una característica humana, y como tal una buena parte de él se ha brindado de forma tradicional en el hogar y se ha centrado en la satisfacción de necesidades básicas. Ello se vio modificado en buena medida por la institucionalización del cuidado de la salud a partir de la consolidación de los hospitales como instancias terapéuticas, si bien focalizadas siempre en la curación, también abrogaron para sí la función del cuidado, y a través de distintas disciplinas, entre ellas la Enfermería, lo profesionalizaron introduciendo técnicas y métodos vedados al hogar, que llevaron muchas veces a cambiar el centro de la atención de la persona hacia la tarea a ser ejecutada (Lucena et al., 2006).

Las nuevas necesidades en la formación, diseño de perfiles y distribución de recursos humanos en salud ya ha sido objeto de discusión en la región de las Américas a través de iniciativas como la planteada por la Organización Panamericana de la Salud en el 2005 a través de la VII reunión regional de observatorios de recursos humanos, citando problemáticas centrales como la formación por competencias, condiciones de vida y trabajo de las enfermeras, entre otros asuntos de interés capital. Así, se enuncia que "pocos países consiguieron definir de forma satisfactoria un diagnóstico de la situación de

recursos humanos y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados" (Rigoli et al., 2006).

La regulación de la enfermería constituye una dimensión de significativa influencia en la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo. América Latina exhibe un avance importante en materia de promulgación de leyes y normas que regulan la profesión, sin embargo, las enfermeras refieren que no existen en la mayoría de los casos, mecanismos establecidos y funcionales de vigilancia de esas normas, tanto de aquellas cuya responsabilidad recae en el Estado, como de las normas cuya vigilancia se encuentra a cargo de las organizaciones profesionales. En la medida en que las distintas dimensiones de regulación profesional no se desarrollan, la actividad no supera el nivel de oficio y, en consecuencia, ello se expresa en la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo de ese sector (Malvárez et al., 2006). Para que la adaptación de la fuerza de trabajo esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población, deben considerarse los cambios epidemiológicos y sociodemográficos de los países, y exige inversiones permanentes, además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo (Rigoli et al., 2006).

Los enfoques epistemológicos han contribuido a la razón del hacer y ser profesional desde su introducción en el constructo de las ciencias de la enfermería, tal como el positivismo logró penetrar en las diferentes dimensiones del desempeño de enfermería: asistencia o cuidado institucionalizado, docencia, investigación, así como en gestión y administración de los servicios sanitarios (Lizet Veliz et al., 2012).

En materia de asistencia hospitalaria, desde sus inicios las instituciones de salud se organizaron en base al saber médico, centrándose en la patología, por tanto, su objeto de estudio era la enfermedad. Esta forma de organización persiste en la actualidad, en donde las actividades sanitarias se centran en lo patocéntrico, con orientación especialista, lo que fragmenta al ser humano, sobrevalora lo biologicista y lo tecnológico. Esto es denominado también "modelo biomédico", el cual tiene sus raíces en el positivismo (Ceña, 2012; Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

El modelo biomédico ha influido intensamente en la enfermería, la cual se ha desarrollado unida a estos saberes, generando la medicalización de los cuidados. En los inicios de la enfermería moderna, Florence Nightingale

comienza a utilizar la estadística para proporcionar un marco organizativo con la finalidad de controlar, aprender, y poder establecer mejoramientos en la práctica (Gil, 2012). La enfermería se hizo cada vez más dependiente del parámetro biológico y centró su quehacer en la curación. Lo anterior se traduce en una desviación de los cuidados y de la persona enferma hacia la enfermedad, la técnica y la tecnología, acentuando la orientación positivista (Ceña, 2012).

Debido a la necesidad de diferenciación de la ciencia de enfermería respecto al saber médico y al aumento de la tecnologización en salud, se hace necesario trabajar los fundamentos y la epistemología del cuidado para que en él se conjuguen requisitos, tanto desde lo científico, como la preservación de la dignidad humana, la cual se debe orientar hacia una enfermería emancipada (Irigibel-Uriz, 2007). La mirada positivista hace que el cuidado se vuelva generalizable, fragmentado, y centrado en lo biológico. Enfocar los cuidados de enfermería solo en estos aspectos no permite visualizar el gran abanico de necesidades en salud que el ser humano pudiera presentar. La visión de la Enfermería debería considerar la pluridimensionalidad de los cuidados, estableciendo además que lo físico y lo biológico es un aspecto integrado al todo. Se hace necesario un cambio de mirada por parte de los profesionales de enfermería, lo que permitirá que la construcción de cuidados centrados en la curación se torne holística, basada en los procesos de interacción continua, multidimensional, transaccional, entre otros.

Se reconoce que este cambio paradigmático es algo complejo, ya que depende de variados factores tales como la cultura organizacional, el contexto social, percepciones sobre la calidad en las prestaciones en salud y la construcción social del proceso salud-enfermedad.

En referencia a la formación en enfermería se ha asociado principalmente al paradigma positivista (Salgado París & Sanhueza Alvarado, 2010). En sus inicios, los planes de estudios se impartían en los hospitales. La formación se centró en la enfermedad, se tecnicizó la práctica con docentes médicos, los cuales impregnaron a los estudiantes de la mirada biomédica. A pesar de los cambios establecidos, tanto en el contexto sociocultural como en las corrientes de pensamiento, la educación de enfermería continúa orientada hacia lo biomédico, tanto en las prácticas asistenciales como en lo académico (Agudelo, 2008). Los currículos han dado cuenta de una racionalidad técnica, enfatizando

el aprendizaje de habilidades psicomotrices para realizar y controlar eficazmente los procedimientos derivados de los tratamientos médicos (J. L. M. Moya, 1999). En éstos se establece una jerarquía en la entrega de conocimientos, la malla curricular se inicia con las ciencias básicas biológicas, psicosociales y los fundamentos de la ciencia de enfermería. A partir de ellas se presentan aplicaciones a la enfermería de esas ciencias y por último los estudiantes realizan prácticas en los servicios asistenciales, en donde se espera que durante esa formación aprendan a aplicar el conocimiento básico a los problemas de salud de las personas (M. Moya & Luis, 2002).

Considerando que la enfermería ejerce sus actividades en un sistema social que se encuentra en constante evolución y cambio, esta profesión se enfrenta a desafíos que implican la comprensión del comportamiento humano, que va más allá de lo puramente racional y científico. Desde esta mirada, la formación de enfermería debiera dar un salto de lo positivista y evolucionar hacia lo dialéctico. Esta perspectiva permitirá a futuro que la enfermería se forme de manera reflexiva y crítica, permitiendo adaptarse e implementar los cambios que se requieren en la sociedad, con una entrega de cuidados integrales orientados hacia la calidad, eficacia y humanización.

Sin embargo, en la actualidad se dice que la educación en enfermería es fragmentada, rígida y mecánica, en donde se presenta el contenido como hechos universales con una aplicación ideológica de la dicotomía del positivismo, orientado a la causa-efecto. Esta racionalidad empírico-analítica separa a los estudiantes de los marcos culturales, sociales, históricos, lo que dificulta una reflexión en torno a la praxis del cuidado (J. L. M. Moya & Esteban, 2006).

Esto se refleja en un estudio sobre la formación profesional del enfermero, realizado en Brasil (Nunes et al., 2011), que buscó conocer las percepciones de los estudiantes acerca de su formación para el cuidado. Los resultados destacan que las percepciones apuntan a la necesidad de modificar la formación de enfermería, con el fin de rescatar la mirada humanística junto a la científica. Esto evidencia la necesidad de un nuevo pensar y actuar en el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería y la resignificación de la formación pedagógica del docente. Con el fin de atender las demandas educacionales actuales, con un discurso entre la teoría y la práctica que los capacite para el cuidado de la sociedad de manera integral, universal, equitativa y transpersonal.

Lo anterior debiera llamar a la reflexión a todos los actores que de manera directa o indirecta se vinculan con el ámbito de la formación en enfermería. Desde la experiencia, los docentes valoran el aprendizaje desde la retención de contenidos, dificultan la reflexión y el análisis crítico por parte de los estudiantes. Esto origina que el proceso de "gestión de cuidado" se enfoque en lo ya existente en los sistemas de salud, y no favorezca un cambio paradigmático en la manera de ejercer cuidados por parte de enfermería. Se desprende que un cambio curricular que refleje un equilibrio en los diversos conocimientos, sumado a cambios en las metodologías de enseñanza que favorezcan el desarrollo de procesos reflexivos en torno a los cuidados, y el involucramiento de los estudiantes en su propio aprendizaje, permitirán el cambio de mirada en la formación en enfermería.

Se reconoce que no existe un paradigma ideal para la creación de conocimiento, sin embargo, la disciplina de enfermería es humana, y la manera de estudiar su objeto de estudio debería responder a la integralidad más que a lo fragmentado. Según lo anterior, el enfoque cuantitativo está limitado a las preguntas de naturaleza empírica y resulta insuficiente para dar cuenta de la naturaleza creadora, humanista, subjetiva, holística e intuitiva de los cuidados enfermeros (Kérouac, 2007). Así, todo lo que revele la humanidad presente en las situaciones de cuidados, entregará herramientas para desarrollar de mejor forma la profesión de enfermería. La cual requiere entonces más estudios cualitativos para comprender los fenómenos desde las dimensiones subjetivas e intersubjetivas. Esto producirá un conocimiento científico que fortalecerá la práctica de enfermería y por ende contribuirá al crecimiento disciplinar (Benjumea & La, 2010; Noreña & Lucía, 2009).

El conocimiento de las diversas orientaciones conceptuales respecto a la formación práctica de las enfermeras es un factor imprescindible como elemento de reflexión y análisis de la formación para asegurar una sólida fundamentación de la misma. Es necesario que se conozcan las diversas aproximaciones que informan y determinan las variadas realidades del campo de la formación en enfermería para comprender su naturaleza, posibilidades de acción y seleccionar la que se crea más adecuada (M. Moya & Luis, 2002).

El conocimiento práctico es el conocimiento que los profesionales tienen de las diversas y complejas situaciones además de los dilemas prácticos a los que se

enfrentan y de cómo resolverlos. Es aquel conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación asistencial y que determina las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la práctica. Es producto de la biografía, de experiencias pasadas del profesional, sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica.

El saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como un conocimiento práctico y ello ha supuesto una reconsideración que ha conducido, a su vez, a una profunda transformación en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente (J. L. M. Moya & Parra, 2006).

Formación académica y paradigmas en Enfermería

En la relación de los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería, las autoras Barbosa, Motta & Resck (2015), señalan que nuevos conceptos y formas de pensar influyen en la comprensión del conocimiento y del proceso de trabajo en salud, percibiendo que las distintas tendencias epistemológicas traen implicaciones para la enfermería y sugieren diversas formas de actuar dentro de esta área.

Considerado el hito histórico donde se constituyó como profesión a mediados del siglo XIX, fruto del trabajo de Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna o científica. Instituida en plena vigencia del paradigma positivista, de la ascensión de la industria, del capitalismo y del modelo hospitalario fue influenciada en su saber y práctica por tal escenario. En ese contexto, la competencia en el cuidado en enfermería se basaba en la habilidad manual, la rapidez y la perfección en la ejecución de los procedimientos. Así, el cuidado dejaba de tener como centro al paciente para centrarse en la tarea (L. B. A. Barbosa et al., 2015).

No obstante, en el marco del advenimiento de los procesos y paradigmas del postmodernismo se concibe que el cuidar pasa a ser contextual, relacional y existencial, construido entre el ser que cuida y el ser que es cuidado; integra emoción, intuición, creatividad, conocimiento y técnica. En este sentido, los profesionales de enfermería han sido provocados a discutir el cuidado en sus múltiples dimensiones, extrapolando la competencia técnica, asumiendo que es una ciencia humana que no puede estar limitada al uso del conocimiento de las

ciencias naturales, la enfermería se ha desarrollado en una estructura particular de referencia (L. B. A. Barbosa et al., 2015).

A partir de la década de los 50, buscando articular en un cuerpo de conocimientos específicos la descripción del cuidado prestado, algunas enfermeras iniciaron la teorización del saber originado de la práctica. Estas diferentes propuestas teóricas desarrolladas posibilitaron nuevas formas de ver y pensar los fenómenos involucrados en la práctica, enfocando esencialmente el paciente y el cuidado, dentro del ambiente y las relaciones entre el ser cuidado y el cuidador, además del proceso de salud-enfermedad; esas teorías posibilitaron el desarrollo del pensamiento crítico, desencadenando cambios que llevaron el cuidado a centrarse en lo humano, poseedor de necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (L. B. A. Barbosa et al., 2015).

En este sentido la enfermería tiene el desafío de configurarse dentro de estos nuevos paradigmas, ya que la problematización de tales conocimientos debe de salir de la academia y ganar los espacios donde el cuidado es realizado. Así, hay que considerar otro padrón de conocimiento, el socio político, que nos permite visualizar la enfermería en el mundo social, político y económico por medio de una postura crítica sobre el contexto de nuestra práctica, en favor del desarrollo de la salud y de la profesión, liberando al cuidado de las limitaciones impuestas por el modelo clínico. Igualmente, la enfermería debe buscar nuevas metodologías capaces de ayudarla en la construcción de concepciones de cuidar más humanas, integrales y éticas. Donde las nuevas ideas y conceptos cambiaron la manera de pensar y actuar y como resultado de la manera de aplicar los conocimientos en el proceso de trabajo, en salud y en enfermería (L. B. A. Barbosa et al., 2015).

En el marco de los programas oficiales de posgrado en universidades españolas, surge con ahínco el término “ciencias de la enfermería” tomando sentido en el discurso académico e impactando en las denominaciones de los programas de másters o doctorados en ciencias de la enfermería (San Martín Rodríguez, 2008).

Surgiendo el interrogante al respecto de que se entiende por ciencias de la enfermería. Desde la perspectiva histórica, el desarrollo de la ciencia depende de un conjunto de valores y creencias a los que se les ha denominado “paradigma, marco de referencia o cosmovisión” (San Martín Rodríguez, 2008).

En 1962, Kuhn, autor de *La estructura de las revoluciones científicas* introdujo la noción de “paradigma”. Un paradigma es una concepción o visión del mundo, o de una de sus partes (Gagnon & Hébert, 2000; San Martín Rodríguez, 2008).

Según Levy (1994), el paradigma representa la idea de la existencia de un marco conceptual general que manifiesta un conjunto de creencias y de valores o constructos ideológicos y que dan a un grupo o disciplina la posibilidad de identificar, estructurar, interpretar y solucionar problemas bien definidos y particulares (Irigibel-Uriz, 2010; San Martín Rodríguez, 2008).

Por su parte Gagnon & Hébert (2000) proponen la existencia de un “núcleo duro” de representaciones y de principios fundamentales que determinan y guían las investigaciones.

La idea de “paradigma” de Kuhn y la de “núcleo duro” de Lakatos, implica que el desarrollo científico depende de un conjunto de valores, creencias, principios y representaciones, que guían el desarrollo del conocimiento.

En referencia a la idea sostenida por Kuhn, la aparición de fenómenos nuevos no es algo previo a una revolución científica y al cambio de paradigma que deriva de ello, sino que la evolución paradigmática conlleva una evolución de la concepción del fenómeno y al mismo tiempo, la evolución de esta concepción de los fenómenos conlleva una evolución del paradigma existente y así consecutivamente.

A este respecto las ciencias de la enfermería pueden y deben beneficiarse de una orientación multiparadigmática para la adquisición de su conocimiento.

Parse (1997) define la ciencia como “la explicación teórica del sujeto de interés y el proceso metodológico a través del cual se desarrollan los conocimientos de una disciplina; así, la ciencia es proceso y es producto”.

En la misma línea, McEwen & Wills (2019) sostiene que “la ciencia es ambos: producto y proceso”. Sin embargo, otros autores consideran la ciencia únicamente como un producto.

Por ejemplo, a partir de esta perspectiva Burns & Grove (2009) definen la ciencia como “un cuerpo coherente de conocimientos de una disciplina, compuesto por los descubrimientos de la investigación”. Tanto unos como otros están de acuerdo en afirmar que la ciencia está formada por conocimientos y que los conocimientos se adquieren a través de la investigación.

Así, Gortner (1990) sostiene que la ciencia es “el conjunto de conocimientos sobre el universo y sus manifestaciones” y que debe diferenciarse del proceso de la investigación, que es “la herramienta de la ciencia”.

En efecto, a menudo la ciencia es presentada en términos de verdad, de universalidad y de objetividad.

El término “ciencias de la enfermería” comenzó a utilizarse en los escritos americanos a finales de los años cincuenta (Carper, 1978). Desde entonces, se ha pedido con insistencia a las enfermeras que se esfuercen en desarrollar un cuerpo propio de conocimientos que formen las ciencias de la enfermería (Barrett, 2002; DeGroot, 1988), o lo que es lo mismo, que se esfuercen en realizar “investigación enfermera”.

Si de forma simple se puede definir la ciencia como un conjunto de conocimientos, las ciencias de la enfermería serán, tal y como las define Goulet & Dallaire (1999) “el conjunto de conocimientos propios a la disciplina enfermera”. Estos autores conciben la enfermería como una disciplina, constituida por 2 elementos principales: la profesión enfermera y las ciencias de la enfermería. La disciplina enfermera debe poseer una ciencia única, es decir, una base de conocimientos propios que la diferencie de las otras disciplinas (San Martín Rodríguez, 2008). Por un lado, algunos autores consideran que es esencial determinar cuál es la esencia de la disciplina enfermera. En esta línea Reed & Shearer (2012) defienden que es imperativo que se den respuestas a las preguntas ontológicas de la disciplina.

Sin estos elementos es imposible determinar la naturaleza sustancial y el objeto de los conocimientos de las ciencias de la enfermería (San Martín Rodríguez, 2008).

Según Parse (1989), el cuestionamiento continuado de la esencia de la disciplina enfermera ha provocado el agotamiento, la fatiga y el aburrimiento de las enfermeras.

San Martín Rodríguez (2008) sostiene firmemente que debe haber una esencia, una sustancia, que oriente el desarrollo del conocimiento de las disciplinas en general y de las ciencias de la enfermería en particular, definiendo qué conocimientos desarrollarán las enfermeras. Sin ninguna duda, la función esencial de la enfermera es, tal y como lo mantienen varios autores, cuidar. La disciplina enfermera posee un centro de interés propio, a través del cual se

desarrollan los conocimientos únicos que la diferencian de otras disciplinas y este centro de interés son los cuidados de enfermería. A este respecto hay que decir que distintos autores de la disciplina enfermera han presentado su propia determinación y denominación de las corrientes paradigmáticas que han guiado el desarrollo de las ciencias de la enfermería.

Newman (1992) por su parte plantea la presencia de 3 visiones del mundo o paradigmas: el de la categorización, el de la integración y el de la transformación. En otro sentido San Martín Rodríguez (2008), concibe también la presencia de 3 paradigmas, que denomina el de la reacción, el de la interacción recíproca y el de la acción simultánea.

Finalmente, según Parse (1989) son 2 los paradigmas que han guiado la disciplina enfermera a través de los tiempos: el de la totalidad y el de la simultaneidad.

Ahora bien, aunque los autores hayan utilizado nomenclaturas diferentes, estas clasificaciones tienen un punto de anclaje común. Estas convergen en que la ciencia enfermera concibe los fenómenos como contextuales y variables, los elementos como múltiples y la relación entre ellos como circular e interactiva y la percepción de los fenómenos como únicos, complejos y globales y los elementos como elementos en interacción continua, recíproca y simultánea (San Martín Rodríguez, 2008).

Así, es posible concebir los cuidados de enfermería como una actividad que persigue la eliminación de problemas y la compensación de déficit e incapacidades y, todo ello, por medio de una orientación clara, consistente en “hacer por”, que muestra a la enfermera como “experta”. Por otro lado, los cuidados de enfermería pueden ser concebidos como una relación de ayuda, relación que tiene en cuenta la percepción propia de la persona y su globalidad, todo ello por medio de una orientación consistente en “actuar con”. Finalmente, se puede sostener que los cuidados de enfermería son, ante todo, una relación con el otro, relación que consiste en acompañar a la persona a través de sus experiencias de salud. Según esta perspectiva, los seres humanos se consideran como intrínsecamente activos e innovadores, y los cuidados son vistos como un proceso relacional que tiene en cuenta las concepciones contextuales y transformacionales (Packard & Polifroni, 1991; San Martín Rodríguez, 2008).

De acuerdo a la idea de Reed (1997), los cuidados de enfermería son un proceso inherente de bienestar. Esto significa que los cuidados de enfermería conllevan un proceso que favorece el desarrollo, el progreso y la ayuda, y mediante el cual se proporciona bienestar. Además, este proceso se caracteriza por manifestaciones de complejidad y de integración. Según esta perspectiva, los cuidados enfermeros se pueden definir por al menos 3 características: la complejidad, la integración y el bienestar.

Esta complejidad que caracteriza el objeto de estudio de la disciplina enfermera, implica una perspectiva multiparadigmática en el desarrollo de los conocimientos de enfermería, en el desarrollo de la investigación enfermera. Dando sentido a la existencia de unas ciencias de enfermería constituidas en el seno de una multiplicidad paradigmática. En efecto los conocimientos enfermeros deben ser desarrollados en una coexistencia paradigmática que refleje la riqueza y la complejidad de los cuidados de enfermería (Packard & Polifroni, 1991).

En esta misma línea, Parse (1989) sostiene que ningún paradigma es superior a los otros y que la disciplina enfermera requiere de más de una única visión del fenómeno estudiado.

Igualmente, Gortner (1993) afirma que “ninguna visión del mundo debería tener supremacía en nuestra sintaxis (sintaxis tal y como la definen Reed (1997), es decir “la metodología de investigación y los criterios utilizados para, dentro de una disciplina, aceptar como verdaderas un conjunto de proposiciones”); antes, se debería considerar las consecuencias de una visión particular del mundo para el desarrollo de la teoría enfermera”.

Reed (1997) hacen una distinción entre las disciplinas teóricas y las disciplinas profesionales. Según estos autores, el principal objetivo de las disciplinas teóricas es conocer y sus teorías son, por naturaleza, descriptivas. Por otro lado, las disciplinas profesionales se orientan hacia objetivos eminentemente prácticos y pueden generar tanto teorías descriptivas como teorías prescriptivas. Es decir, las disciplinas profesionales exigen que para “conocer” y “practicar” se utilicen tanto teorías descriptivas como teorías prescriptivas. Así, la investigación dentro de la disciplina enfermera no persigue el conocer por el simple hecho de conocer. Las ciencias de la enfermería son ciencias eminentemente prácticas, que “aplican” sus conocimientos al terreno de la práctica, con el fin de mejorar la práctica de los profesionales de la enfermería.

A partir de una perspectiva de disciplina enfermera como disciplina profesional, la profesión enfermera y las ciencias de la enfermería serán 2 constituyentes interrelacionados, en el sentido de que esos 2 elementos tienen intercambios recíprocos, ya que los conocimientos de las ciencias de la enfermería permiten orientar las actividades profesionales de la enfermera y, al mismo tiempo, el ejercicio profesional de las enfermeras permite verificar la credibilidad de estos conocimientos. En efecto “lo que las enfermeras hacen se basa en lo que las enfermeras conocen” (Barrett, 2002; San Martín Rodríguez, 2008).

Bishop & Scudder (1995) utilizan el concepto de “espiral hermenéutica” con el fin de explicar la relación entre la teoría enfermera y la práctica enfermera. Según estos autores, la práctica de los cuidados requiere de una relación constante entre la teoría y la práctica, así como entre la práctica y la vida diaria de los pacientes.

En esta misma línea, Strasser (1985) sostiene que hay que comenzar con las interpretaciones de la experiencia práctica, utilizar posteriormente las explicaciones teóricas con el fin de comprender mejor esa experiencia práctica y, finalmente, emplear esta comprensión para mejorar la práctica.

No obstante, cabe señalar que las ciencias de la enfermería no proporcionan a la práctica enfermera la totalidad de los conocimientos que se necesitan. En la práctica, las enfermeras utilizan conocimientos desarrollados en el seno de otras disciplinas. Las disciplinas no son completamente independientes las unas de las otras. No se pueden ignorar los conocimientos de las otras disciplinas y esta interrelación se hace mucho más evidente en el ámbito de la práctica (San Martín Rodríguez, 2008).

Continuando con el análisis crítico y la asociación entre la teoría y la práctica, en analogía a la formación por competencias y la inserción laboral de egresados de licenciatura en enfermería, cuyo desempeño profesional se configura en virtud de la integración teórica de las competencias obtenidas en la formación y el desenvolvimiento en la práctica laboral.

Hernández (2017), pone de manifiesto que la relación que existe entre la salud y la educación se da a partir de las cuestiones fundamentales que conciernen a la formación de profesionales competentes con su profesión, proyectadas a que sean capaces de resolver los problemas desde la práctica. Tomando como referencia el paradigma del tutor en enfermería, desde los puntos principales han

sido tratados en este aspecto: la función educativa-orientadora del tutor de enfermería, la cual se expresa en la intencionalidad de formar y desarrollar capacidades integrales a partir del saber ser, con la presentación, análisis y tratamiento de situaciones de salud con enfoque partidista y rigor científico, que incentive la ampliación de recursos intelectuales, actitudes y valores propios de la profesión, en particular las motivaciones y orientación vocacional de cada estudiante tutorado, en un clima de confianza, respeto, cortesía, crítica constructiva y ayuda mutua en atención a las problemáticas que se presenten.

En el contexto de los acontecimientos históricos y cambios socioculturales, la enfermería ha evolucionado en estos últimos siglos. Estos cambios han ido asociados al desarrollo de leyes que fortalecen la labor y autonomía de la profesión, y por la incorporación de especialidades de enfermería y posgrados en el ámbito académico universitario (Stuardo et al., 2019).

Según Cadaya & Fernández (2012), estos cambios en la enfermería se plasman en tres ámbitos:

- a) En la forma de pensar, ya que deja de centrarse en la curación de la enfermedad para cuidar la salud de las personas y su entorno.
- b) En la forma de actuar, ya que no se limita en ejercer su función asistencial, sino que desarrolla otros ámbitos de actuación con autonomía y responsabilidad propia, desprendiéndose del carácter subordinado y dependiente.
- c) En la forma de comunicarse, ya que emplea la metodología científica en los cuidados y aplica la investigación para fortalecer la ciencia y el cuerpo de conocimientos propios de la disciplina.

Sobre la base de estos planteamientos se postula que la formación de pregrado debiese apuntar al desarrollo de competencias que permitan desplegar el cuidado holístico de las personas. Y que en base a la nueva revolución paradigmática de la enfermería es relevante que, desde la misma disciplina, así como desde la academia, se comience a entrever el cuidado, resaltando el imperativo social y transformador de la profesión.

La formación del profesional de enfermería es amplia y diversa. Por esta razón, las Escuelas de Enfermería estructuran sus mallas curriculares basadas en fundamentos científicos y en el abordaje más extenso de la disciplina de Enfermería, con el objetivo final de formar profesionales con una sólida

preparación en las áreas biológicas y sociales, y un fuerte compromiso con los principios éticos (Molina Chailán & Jara Concha, 2010; Santos et al., 2009).

El Saber Práctico según Heidegger lo define como el saber que se obtiene de una situación, donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, y que se obtienen más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales. Mientras que el saber teórico sirve para que el individuo asimile un determinado conocimiento y establezca relaciones que le permitan comprender diferentes sucesos (Alligood & Tomey, 2018; Rivera & Herrera, 2006; J. M. de O. e Silva et al., 2008).

De este modo se inicia la alianza entre ambos conocimientos, el teórico y el práctico. Estas estructuras metodológicas favorecen la capacidad crítica del alumno durante su proceso de aprendizaje, preparándolos creativamente en áreas técnicas y humanas, obteniendo como resultado la entrega de cuidados profesionales a cada individuo y comunidad (Acebedo-Urdiales et al., 2007; Agramonte del Sol & Leiva Rodríguez, 2007).

La adquisición de ambos conocimientos recién comienza con los estudios formales, una vez que ya se es profesional, la sensación de no tener la habilidad técnica o el conocimiento teórico para resolver determinados problemas permanece. La especialización en un área específica o el trabajar en un determinado lugar por un tiempo determinado, le permiten al profesional de enfermería desarrollar seguridad en la toma de decisiones asistenciales.

En este contexto, Patricia Benner, enfermera norteamericana, estudió la práctica de la enfermería clínica, con el fin de describir el conocimiento que sustentaba dicha práctica. Para esto utilizó "El modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus (Alligood & Tomey, 2018; P. Benner, 2004; P. E. Benner et al., 2009).

Los hermanos Hubert Dreyfus (filósofo) y Stuart Dreyfus (matemático) desarrollaron este modelo, estudiando a jugadores de ajedrez, pilotos de la fuerza aérea y conductores de tanques de la armada (1977-1982). Benner aplica este modelo a la realidad de enfermería bajo la supervisión de sus creadores. Publica sus resultados en 1984 en su teoría de enfermería denominada "De principiante a Experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica" (P. Benner, 2004; P. E. Benner et al., 2009).

El proceso de formación profesional es considerado como una relación entre profesor y estudiante, en el cual ambos enseñan y aprenden enriqueciéndose mutuamente, este aprendizaje es basado en las experiencias de cada uno. Ya que en la práctica diaria se perciben emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que son tan importantes como la técnica y la teoría (De Biasi & Pedro, 2009).

Benner, señala que, a medida que el profesional adquiere esta experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó, que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida y que dependiendo en qué etapa se encuentre el profesional se crearán diversas estrategias de aprendizaje. Los hermanos Dreyfus clasifican las etapas de este aprendizaje práctico en orden creciente, esta estructura es mantenida por Benner. Las cuales son: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Agramonte del Sol & Leiva Rodríguez, 2007; Molina Chailán & Jara Concha, 2010).

Es importante que las bases dadas por la formación teórica sean sólidas, de esta manera la observación de modelos permite el discernimiento en el aprendiz. Por lo tanto, involucrar a la educación es un pilar fundamental; sin embargo, esta formación debe ser dirigida a las bases del cuidado de enfermería con énfasis en lo práctico.

Cuando el saber práctico logra encauzar el cuidado humanizado, en etapas superiores según Benner, se produce sentimientos motivadores en el profesional enfocados en la capacitación y en la búsqueda de nuevas ideas para su quehacer, de esta forma genera una evolución en el conocimiento, lo integra con el saber teórico, desde esta visión, la formación de profesionales expertos a través de la experiencia está ligada a la toma de decisiones clínicas y éticas, y a las consecuencias que conlleva dichas decisiones (Assad & Viana, 2005; Molina Chailán & Jara Concha, 2010).

Bandura, en su teoría del aprendizaje social refuerza su interés por el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un refuerzo, incluso hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, y lleve

a cabo una determinada conducta (Bandura, 1991; Burney, 2008; Molina Chailán & Jara Concha, 2010).

Esta teoría atribuye un papel central a los procesos cognitivos en la que el individuo puede observar a los demás y el medio ambiente, reflexionar sobre qué hacer, en combinación con sus propios pensamientos y conductas. Es misión de los formadores, que los profesionales o estudiantes aprendan a procesar la información de manera eficaz, reflexionar sobre sus propias experiencias, y obtener confianza en su capacidad para dirigir su propio aprendizaje y superar retos. Deben fomentar la toma de decisiones, la creación de estrategias, y la capacidad de resolver problemas de forma independiente (Burney, 2008).

Una combinación perfecta pareciera ser la forma como estos dos autores teóricos ven por un lado el aprendizaje y por otro la enseñanza. En el quehacer de enfermería, el proceso cognitivo del estudiante lo realiza esencialmente en la observación de los enfermeros clínicos y sus docentes. Por cuanto el modelaje ocurre especialmente en los últimos niveles de formación cuando el estudiante asiste a los campos clínicos a desarrollar su práctica profesional o internado y en el caso de Benner, no solo los estudiantes pueden ser principiantes, sino también profesionales que se integren a nuevos quehaceres que comúnmente no realizaban (Molina Chailán & Jara Concha, 2010)..

El profesional de enfermería se forma con bases teóricas sólidas que aplica en la práctica, guiado por docentes o pares que orientan este proceso. De esta manera la excelencia profesional se obtiene cuando en cada etapa de adquisición de competencias señalada por Benner intervienen profesores y guías clínicos calificados con fuertes conocimientos teóricos, clínicos y humanos. Pero es importante que el aprendiz tenga la capacidad de integrar todos estos tipos de saberes, y de esa manera poder desempeñarse destacadamente. Los programas académicos deben reforzar ambas áreas del saber y los profesionales clínicos deben renovar sus conocimientos teóricos e integrarlos a sus experiencias, considerando que son modelos a seguir por futuras generaciones de profesionales. De esta manera el conocimiento se transforma en un proceso continuo en que cada integrante aporta a un conocimiento global para la enfermería. Fortalecer los procesos de orientación de nuevos profesionales a las áreas clínicas y la evaluación de sus logros profesionales con

refuerzo positivo fomentará la creación de nuevo conocimiento (Molina Chailán & Jara Concha, 2010).

La experiencia provee al profesional de las condiciones para sensibilizarse hacia aspectos más humanos y comprender el significado que para el paciente conlleva su interacción con él (Y. G. Ortega, 2007).

La enfermera que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje que puede generarse por elementos de transformación o por repetición creando habilidades y destrezas que solo son propias de la práctica clínica. La enfermera debe crear un ambiente de organización, con la finalidad de ejercer una práctica clínica en plenitud y con éxito, ejecutando su función de líder (Assad & Viana, 2005; Carrillo Algarra et al., 2013; Cathcart, 2008).

En el área de enfermería y de la salud en general, se requiere gran capacidad cognitiva, de resolución de problemas, pero fundamentalmente para relacionarse con otras personas; la enfermera se ve como un individuo que debe poseer grandes capacidades para pensar y habilidad para realizar actividades y conducta ética que forma parte fundamental de la competencia “el saber ser” (Busquets, 2004; Carrillo Algarra et al., 2013; Wendhausen & Rivera, 2005).

En este contexto, el proceso de formación de enfermería implica varias fases ya que debe estar basado en el desarrollo de diferentes competencias que constituyen la base fundamental para generar un excelente profesional de enfermería; la formación debe ser integral puesto que se educa para realizar tareas específicas y desarrollar las competencias en el sujeto cuidador desde el ser, el saber y saber hacer (Carrillo Algarra et al., 2013; Izquierdo Machín et al., 2016).

Todas son importantes y dependiendo de la situación de enfermería se deben poner en práctica unas más que otras e independientemente de la actividad siempre deben estar presentes en cualquier acción que realiza la enfermera. La formación en enfermería permite crear bases sólidas para el desempeño del profesional, es un proceso de maduración que aspira a promover el avance del ser humano hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva (Carrillo Algarra et al., 2013; I. de J. Silva et al., 2009).

La práctica clínica supone tanto habilidades como conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad que serán

evaluados según la satisfacción del paciente y que la enfermera debe saber relacionar en el momento del actuar pues es trabajar con lo aprendido en el pregrado, es decir, con conocimiento científico al cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí. La práctica clínica señala fundamentalmente algunos componentes a los cuales la enfermera le apunta; el primero es la persona o paciente quien justifica el porqué de la profesión, el segundo la esencia del ser de enfermería, que son los cuidados brindados con excelente calidad ya sea preventivo, curativo o paliativo dependiendo del tipo de paciente (Carrillo Algarra et al., 2013; Massó Betancourt et al., 2008).

Según Nelson (2007), quien cita la teoría propuesta por los hermanos Dreyfus en torno a la experticia y la moral, en la cual los seres humanos no solo acuden en la vida diaria a principios para enfrentar situaciones morales dilemáticas, también se apoyan en el conocimiento de una gran cantidad de ejemplos acumulados a partir de la experiencia y con los cuales fijan un determinado curso de acción. Esta es una de las principales fuentes teóricas de Benner.

En el modelo denominado “Adquisición y desarrollo de habilidades y competencias” los hermanos Dreyfus desarrollaron su método a partir del estudio de la actuación de pilotos en situación de emergencia y de jugadores de ajedrez, para identificar el grado de destreza de los mismos (Carrillo Algarra et al., 2013; Peña, 2010).

Observaron los niveles en la adquisición de habilidades y cómo las personas aprenden, con base en ello han ofrecido un modelo de experiencia sobre cómo un individuo adquiere experticia progresivamente y lo describen en la siguiente clasificación (Peña, 2010):

- Principiante: se utiliza la experiencia específica.
- Principiante avanzado: se utiliza el pensamiento analítico basado en normas de la institución.
- Competente: el estudiante percibe que toda la formación es importante.
- Eficiente: se pasa de ser un observador externo a tener una posición de implicación total.
- Experto: valora los resultados de la situación.

Los orientadores del aprendizaje en enfermería requieren estar preparados en lo disciplinar, lo profesional y en pedagogía, simultáneamente, su práctica debe estar basada en la evidencia, con éstas características los educadores del futuro son eficaces y tienen las competencias necesarias para facilitar el aprendizaje en un entorno cada vez más complejo de cuidado de la salud, guiar a los estudiantes a su nivel más alto de pensamiento independiente y de competencia puede lograrse mejor a través de los métodos de enseñanza que estimulan el pensamiento, hacen hincapié en la resolución de problemas y afectan a la motivación para aprender (Paranhos & Mendes, 2010; Ramsburg et al., 2010; Villon et al., 2006).

Hernández Sánchez et al. (2019) observan que en la formación disciplinar el conocimiento llevado a la práctica es el eje fundamental para el desarrollo de habilidades y destrezas del profesional de enfermería, en concordancia con lo planteado por Landeros (2002) quien “determinó que la ciencia enfermera se nutre de cuatro fuentes o patrones básicos de conocimiento: empírico, ético, personal y estético”. El conocimiento empírico representa a la ciencia entendida de forma tradicional que suele aparecer en forma de principios, leyes y teorías de aplicación general. El patrón ético se relaciona con los deberes, valores y derechos que rigen la práctica. El conocimiento personal hace referencia a la construcción del “yo” en relación con el “otro” y se forja en el entorno de la experiencia interactiva con los demás. Por último, el patrón de conocimiento estético está representado por el significado subjetivo de las acciones, comportamientos, actitudes e interacciones del profesional de enfermería en su relación de ayuda al paciente”. Landeros, expresa que, mediante el desarrollo de los patrones del conocimiento, logra crear una visión amplia frente al individuo como ser integral.

En el ámbito clínico se protagoniza un papel en el que se cuida la salud de un ser humano que lo necesita. Allí el profesional de enfermería demuestra que tan competente es al brindar un cuidado integral a la persona hospitalizada. Se debe ser estricto en cuanto al conocimiento científico de las intervenciones y su respectiva justificación, puesto que se enfrentan situaciones que requieren del saber inmediato y que serán de vital importancia manejarlas adecuadamente para mejorar la condición o el estado de salud en que se encuentra el paciente; esto genera un estrés que al ser controlado de manera asertiva permitirá llegar

a la “expertise” de la que habla Benner en cuanto a la práctica en enfermería (P. Benner et al., 2008; Eulàlia Juvé et al., 2007).

Generalmente los recién graduados, aún teniendo las bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para desafiar una situación que amerite el actuar rápido y responsable, cuando se ven enfrentados al ámbito profesional, ya que no depende de su tutor en ese momento y tiene que ser autónomo en la toma de decisiones. En algunas ocasiones, la experticia que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de pacientes que maneje y de su especialidad; puesto que cuanto mayor tiempo esté en contacto con algún tipo de paciente, mayor es la capacidad de predecir y de actuar basado en la experiencia (P. Benner, 2004).

En la literatura revisada permitió inferir que en el ámbito clínico se ve reflejado la adquisición de habilidades de la enfermera ya que allí debe poner en práctica todas sus competencias para contribuir en el proceso de tratamiento, rehabilitación y recuperación de cada individuo que presenta alteraciones de salud.

En la práctica, el licenciado incorpora en sí conocimientos muy concretos y detallados sobre la enfermería. Se trata de un nivel de mayor eficacia, se hace énfasis en los resultados, en realizar las cosas correctas; un licenciado en enfermería competente aplica nuevas normas y procedimientos de razonamiento en su puesto de trabajo, al tiempo que utiliza las reglas de acción aprendidas adaptándose al contexto (Izquierdo Machín et al., 2016; Llanes Belett, 2011).

El licenciado en enfermería experto tiene la capacidad para reconocer patrones de respuesta a partir de su sólida formación, su máxima meta es satisfacer los problemas reales y potenciales, así como las necesidades del paciente. En esta etapa se asume el control de las situaciones clínicas complejas, se adoptan decisiones y acciones que influyen positivamente en la calidad de la atención del paciente (Assad & Viana, 2005).

Por ello, la combinación de los siguientes elementos posibilita conductas efectivas: la inteligencia, los conocimientos, los estilos de pensamiento y la motivación, los que influyen directamente en la implementación y desarrollo de la Teoría de Patricia Benner; del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica (Izquierdo Machín et al., 2016; Llanes Belett, 2011).

En general, el aprendizaje precede al desarrollo. Todos los licenciados en enfermería no cursan a la misma velocidad del principiante al experto, se puede dar el caso de quien se quede detenido en una etapa. En esta circunstancia, la flexibilidad se hace presente como capacidad para modificar el pensamiento y la conducta partiendo que desde el punto de vista práctico las habilidades no se desarrollan en todas las personas al mismo nivel por igual (Izquierdo Machín et al., 2016).

Benner plantea que la enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, y describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico interpretativo. Por tanto, la formación requiere integrar los conocimientos y la práctica a través de experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de habilidades, saberes y actitudes que desarrollen las competencias necesarias para cuidar con mayor calidad, las cuales, debido a los avances científicos y técnicos es necesario actualizar, al respecto da Silveira, invita a reflexionar sobre la educación permanente, para proporcionar cuidado de enfermería cualificado y vinculado a un modelo de transformación de la vida diaria (Fuentes et al., 2014; F. M. do C. da S. N. de Oliveira et al., 2011). En concordancia con lo anterior, Benner hace aportes relevantes desde sus estudios sobre la práctica de enfermería clínica, basados en el "modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias".

Para que el estudiante logre todas las fases es necesario que los docentes cuenten con experticia para orientarlo y sean su modelo a seguir (Castillo Parra, 2014; Handwerker, 2012; Llanos & Karla, 2015). En consecuencia, es imperioso que las instituciones formadoras sean conscientes cuando contratan una enfermera experta, como docente.

La formación de enfermería se genera a partir de los conocimientos de los educadores (Becker et al., 2006), quienes facilitan el aprendizaje, creando ambientes de interacción y trabajo en equipo que permitan al estudiante adquirir el conocimiento, y al docente actualizar el mismo (Velasquí, 2015).

Formación por competencias en Enfermería

La competencia o facultad de ser competente engloba las características y las cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva. Estos atributos

incluyen los conocimientos, las habilidades y las actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más adecuadas en cada caso y actuar en consecuencia. El término competencia también significa ámbito de responsabilidad disciplinar o área profesional en el que la ley confiere el derecho a tomar decisiones autónomas (Bradshaw, 1997; Juvé Udina et al., 2007).

La definición de competencias en Estados Unidos o en Canadá se recoge en forma de estándares de la práctica, normas de la práctica o buenas prácticas profesionales.

Kirschner et al. (1997) define la competencia como: “El conjunto de conocimientos y capacidades que las personas tienen a su disposición y que pueden utilizar de manera eficiente y eficaz para alcanzar ciertas metas en una amplia variedad de contextos y situaciones”. En principio una competencia está integrada por dos dimensiones: conocimientos denominada saber y habilidades que corresponde al hacer, pero hay una tercera dimensión que es quizá la más importante y es la que corresponde al ser.

Los estándares de la práctica son las guías teóricas que intentan delimitar el espacio profesional enfermero, en sus diferentes ámbitos de actuación y de especialidad, y diferenciarlo del de otras disciplinas afines. Generalmente, los textos dividen el ámbito competencial, de forma abstracta, en 2 grupos: a) estándares de la prestación de cuidados, y b) estándares de desarrollo profesional.

Las competencias de la práctica asistencial son elementos explicativos de las áreas de actuación enfermera en el cuidado de las personas sanas o enfermas, por ejemplo, valoración, planificación y evaluación del plan de cuidados, etc. Las competencias de desarrollo profesional incluyen los requisitos disciplinares para asegurar no sólo una adecuada práctica clínica enfermera, sino también el avance y el “desarrollo” de la profesión como tal; por ejemplo, la bioética, la investigación, la docencia o el compromiso disciplinar (Rushforth & McDonald, 2004).

En España, especialmente durante la última década, múltiples asociaciones científicas enfermeras han definido los “estándares de la práctica profesional enfermera” en un área de “especialización” concreta (Sociedad Española de Enfermería Oncológica, 2018).

Según Eraut (2002), “la necesidad de conceptualizar y demarcar lo que los profesionales de enfermería hacen (o pueden hacer), por parte de los organismos profesionales o de las instituciones implica básicamente un intento de dar respuesta a la garantía de calidad de servicio y de protección social”.

Para el proceso de definición de competencias a partir de la propuesta realizada emplearon el modelo de investigación-acción participativa descrito por Holter & Schwartz- Barcott (1993), y el marco definido por Lucia & Lepsinger (1999) para desarrollar el modelo de competencias y la identificación de sus componentes y significados a partir de la información proporcionada por los participantes.

Estos autores advierten que podría argumentarse que la definición de competencias asistenciales parcializa la visión del ámbito competencial enfermero, ya que a priori puede parecer que no se incluyen competencias de desarrollo profesional. El equipo investigador y los participantes entendían que la competencia asistencial no puede desligarse de una práctica basada en los principios bioéticos, en los fundamentos teóricos de la disciplina, una práctica que asuma el aprendizaje y la formación continuada u otras competencias de desarrollo profesional, y así se recogió en las definiciones, los elementos y los dominios competenciales.

Asimismo, Benner (1987) explica que en la aplicación del Modelo de adquisición de habilidades la experticia sólo puede adquirirse mediante la práctica continuada y reflexiva. Esto implica que la competencia se vincula al ámbito de la práctica en el que el profesional de enfermería desarrolla principalmente su labor, sea la asistencia, la docencia, la investigación o la gestión. Aunque, evidentemente, la experticia se nutre de esta interrelación, siempre existe un ámbito o función dominante. Un profesional de enfermería asistencial puede incrementar su nivel de pericia por el hecho de ser capaz de interpretar e integrar de forma sistemática los resultados de la investigación en su práctica clínica, pero ello no significa necesariamente que sea un experto en investigación, pues su práctica “continuada y reflexiva” se desarrolla en el área asistencial. Las competencias de un profesional de enfermería cuyo ámbito de trabajo principal es la gestión, la docencia o la investigación son necesariamente diferentes de las de un profesional de enfermería asistencial.

Sería pues conveniente identificar y definir también las competencias, desde la perspectiva funcional, para permitir el desarrollo y el reconocimiento de otras

áreas de interés disciplinar además de la asistencial. De hecho, ya existen algunos trabajos en este sentido, como el Proyecto Europeo Leonardo Da Vinci “Marc de referència per a la funció de supervisió d’infermeria” (Teixidor Freixa, 2004), liderado en España por la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona (Barcelona), que describe el marco de competencias enfermeras en gestión asistencial.

También se ha publicado recientemente un trabajo que recoge la propuesta de la Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Instituto de Salud Carlos III-Madrid), sobre competencias en investigación que deben tener los profesionales de salud de los diferentes niveles académicos, en la práctica asistencial y en la formación especializada (C et al., 2007).

En algunos foros se defiende la postura que la definición de competencias debe mantenerse en un nivel genérico (abstracto) y amplio, y que en ningún caso deben incluirse las intervenciones y actuaciones implícitas en este ámbito de responsabilidad. Pero existen argumentos que justifican la necesidad de reducir el nivel de abstracción teórica de los documentos de definición de competencias (Schober, 2006).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define 3 grupos de marcos competenciales, en los que el nivel de abstracción se reduce progresivamente: (1) marco general de competencias; (2) marco de competencias curriculares/académicas, y (3) marco de competencias para los diferentes niveles de prestación de cuidados o los distintos perfiles profesionales y académicos (Affara & International Council of Nurses, 2009).

En primer lugar, para dar respuesta a las demandas de los profesionales reflejados en la literatura revisada y explicitadas en diferentes foros. En segundo lugar, porque es importante realizar un esfuerzo para delimitar las intervenciones enfermeras que construyen los diferentes elementos competenciales, porque ello contribuirá a dilucidar los límites competenciales interprofesionales (British Medical Association et al., 2005).

Por último, porque la evaluación de competencias no puede emplear elementos de elevada abstracción teórica como herramienta de aplicación práctica. Los mejores métodos de evaluación incluyen la observación directa de la práctica clínica y, por tanto, de las intervenciones y actuaciones enfermeras derivadas de

la toma de decisiones en el lugar y el momento en el que se producen (Eulàlia Juvé et al., 2007; O’Hearne Rebholz, 2006).

Del análisis de este trabajo se desprende que:

1. Los profesionales de enfermería hospitalarios vinculan el ámbito de responsabilidad acorde con los principios esenciales de la escuela de necesidades y de los principios esenciales de la ética del cuidado.
2. Hay acuerdo en que el profesional de enfermería no sólo realiza, sino que toma importantes decisiones en la valoración, el diagnóstico y el abordaje preventivo, terapéutico y paliativo de las diferentes situaciones clínicas, especialmente en la prevención, la detección precoz y el tratamiento de complicaciones y en el control de síntomas.
3. La realización de intervenciones, procedimientos y/o técnicas de enfermería se empieza a comprender desde la perspectiva descrita por Henderson (1997): “el profesional de enfermería ayuda al paciente en la realización de las actividades que contribuyen a restablecer su salud, cuando éste no puede por falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad”, y que por lo tanto hay una reinterpretación del concepto de “orden médica” en cuanto a que la “orden” o indicación terapéutica se dirige al enfermo y que el profesional de enfermería vehiculiza su cumplimiento por parte del paciente mediante la supervisión, la ayuda o la suplencia. Evidentemente, el estado, las capacidades y la voluntad del paciente son determinantes, pero el nivel de complejidad de la intervención que se va a realizar también influye definitivamente en quien la ejecutará finalmente.
4. Se evidenció un cierto grado de dificultad en la definición de la competencia 5 (favorecer el proceso de adaptación y afrontamiento); un gran número de participantes asociaban esta competencia al hecho mismo de cuidar, reconociendo que implicaba “algo más” o “intervenir más allá de la escucha y de la información”, aunque en los grupos en los que participaron un mayor número de profesionales de enfermería de áreas de atención a pacientes oncológicos, con insuficiencias orgánicas avanzadas, o enfermos terminales, no se observó este problema de definición. Es probable que el tiempo de contacto del profesional de enfermería con el paciente, en determinadas áreas, sea un factor contribuyente. Este fenómeno también podría asociarse a un déficit de formación

de algunos profesionales de enfermería en este campo. Sería conveniente realizar más estudios que verifiquen esta suposición.

La gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como principal objetivo identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados. La gestión por competencias se centra en el impulso de la innovación para el liderazgo transformacional, ya que permite a los profesionales conocer su propio perfil de competencias, las áreas de mejora competencial en las que invertir en formación o las competencias requeridas para un puesto, entre otros aspectos (Eulàlia Juvé et al., 2007).

Como hito de referencia se menciona el proyecto COM VA© se centra inicialmente en la definición y evaluación de las competencias de prestación del servicio, denominadas competencias asistenciales (Eulàlia Juvé et al., 2007).

Se parte de la premisa de que el profesional de enfermería, como profesional autónomo, tiene las 4 funciones clásicamente definidas: asistencia, docencia, investigación y gestión, pero en el proyecto se ha priorizado la definición y la evaluación de las competencias asistenciales y de gestión asistencial por tratarse de las áreas de actividad principal de los profesionales de enfermería en los hospitales (Eulàlia Juvé et al., 2007).

La evaluación de competencias es el proceso de determinación del nivel o intervalo de experticia en un contexto determinado. Tradicionalmente se ha realizado midiendo por separado los conocimientos, las habilidades y las actitudes en los niveles bajo e intermedio de la pirámide de Miller (Eulàlia Juvé et al., 2007).

La evaluación de competencias debe ser capaz también de distinguir positivamente a los profesionales verdaderamente expertos, de los competentes o los principiantes, entendiendo que las decisiones que toman los primeros pueden situarse más allá del cumplimiento estricto de las normas y los protocolos.

Además, en la evaluación de competencias deben considerarse 2 componentes principales: el instrumento de evaluación y el método.

Las características del instrumento de evaluación de competencias han de ajustarse a las de cualquier herramienta de medida: autenticidad (incluyendo los conceptos relevantes al constructo de interés), viabilidad (un instrumento

perfecto puede resultar inservible si no puede aplicarse a la práctica), validez (lógica, de contenido y de criterio o de constructo) y fiabilidad (concordancia inter-observador, consistencia y estabilidad temporal) (Eulàlia Juvé et al., 2007).

Los profesionales en su práctica combinan un amplio abanico de habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para ofrecer un enfoque cohesionado en el proceso de atención a los pacientes. Por lo tanto, la competencia no debería evaluarse separada del contexto donde se toman las decisiones. Esto implica que la competencia no puede evaluarse indirectamente, sino que debe inferirse de la ejecución en el contexto de la práctica clínica (Eulàlia Juvé et al., 2007).

No existe un método de evaluación que sea totalmente objetivo, porque todo proceso de evaluación de competencia implica 2 fuentes potenciales de sesgo: la subjetividad del evaluador y la socialización entre evaluador y evaluado.

Las fórmulas para minimizar el impacto de estos 2 efectos (subjetividad y socialización) en el resultado final de la evaluación están bien descritas y engloban principalmente: a) el uso de instrumentos con un alto grado de validez y fiabilidad; b) la determinación del umbral de competencia; c) el uso de métodos de evaluación directos, y d) la triangulación de evaluadores (Eulàlia Juvé et al., 2007).

Resulta de interés contemplar que la legislación sanitaria actual pueda regular la necesidad de establecer sistemas de gestión por competencias. Al mismo tiempo que determinar las herramientas y métodos de definición y evaluación de competencias óptimos e impregnarse de los conceptos presentados es un reto para los gestores de todas las disciplinas de la salud.

La evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud ha estado en el centro de las publicaciones científicas mundiales desde la segunda mitad del pasado siglo XX (Hernández Sánchez et al., 2019).

Los organismos internacionales han dado siempre una gran importancia al trabajo de enfermería en el campo de la salud y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. En este sentido la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Internacional del Trabajo, consideran que la enfermería debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud (Esperón & Maricela, 2004; L. M. B. Rodríguez & Jiménez, 2012).

En países como Cuba el Ministerio de Salud Pública diseñó un "Plan de Acción para el incremento de la calidad de los Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud"; en el que se estableció "introducir, validar y generalizar la evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales, enfermeros, demás técnicos y otros trabajadores del Sistema Nacional de Salud, combinando los métodos de autoevaluación, evaluación cruzada y de evaluación externa". Para ello decidió "que la evaluación del desempeño profesional se desarrollara de forma sistemática con fines diagnósticos y certificativos, como elemento clave en el incremento de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población" (Hernández Sánchez et al., 2019).

Las instituciones educativas formadoras de profesionales en enfermería deben afrontar retos que demandan las exigencias contextuales de un mundo globalizado y pluralista del siglo XXI; para así dar respuesta a las necesidades sociales que actualmente prevalecen en el ámbito de la salud. Además de estar acorde a las políticas educativas que prevalecen. En este sentido las políticas educativas en el plano universitario se han orientado a formar profesionales en un nuevo escenario, que implica pensar, trabajar y tomar decisiones en colaboración con otros profesionales, para resolver problemas con un máximo de ejecución eficiente (Escobar - Castellanos & Jara - Concha, 2019).

En este contexto, Raile (2014) afirmó que desde que enfermería alcanzó el nivel de licenciatura ha ido adquiriendo mayor reconocimiento en la educación superior, concretando el objetivo de un mayor desarrollo integral de conocimiento pertinente como base para la práctica de enfermería.

Desde el punto de vista de Gutiérrez-Meléndez (2008), los cambios en las concepciones de brindar y gestionar el cuidado, aunado al ámbito organizacional han planteado la necesidad de modificar los currículos de enfermería para lograr de forma significativa el perfil de la nueva enfermera, con la finalidad de que se incorporen al contexto laboral, con conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan desempeñarse de forma eficiente, con calidad, mayor fundamento científico y conocimientos modernos de gestión, entre otros, adoptando una postura profesional acorde a la disciplina.

Es por esto que la formación del estudiante en enfermería de pregrado a nivel mundial se debe fundamentar teóricamente en aspectos relevantes y actualizados del cuidado de la salud humana, integrando el estudio de la

experiencia o vivencia de la salud humana en toda actividad de su práctica académica, extendiéndose al ámbito profesional. Es aquí donde surge la importancia de la formación de los futuros enfermeros, sobre qué tipo de aprendizaje deben desarrollar para realizar una práctica de enfermería integral acorde a las necesidades del paciente, familia y comunidad, sin olvidarse del mundo de las ciencias de la salud y su vertiginoso avance en la era de la modernidad (Villalobos & Mercedes, 2002).

Para lograr que el estudiante de pregrado desarrolle habilidades y capacidades que le permitan obtener experiencia es necesario incorporar metodologías educativas considerando el proceso de aprendizaje de los estudiantes para que logren la adquisición de competencias profesionales, las cuales le permitirán demostrar la asimilación progresiva de conocimientos científicos, actitudes, valores, aptitudes y habilidades para desarrollar la capacidad de abordar los problemas de salud-enfermedad en forma competente, demostrando un alto sentido de responsabilidad y calidad al otorgar los cuidados a la población (M. C. de S. Cruz & Crespo, 2016).

El uso del modelo en el currículo educativo en estudiantes de enfermería implica el desarrollo de prácticas que puedan favorecer el uso de la toma de decisiones analíticas e intuitivas (forma de conocer y de actuar que no está basado en el razonamiento racional, es saber sin saber cómo se sabe). Para lograr esto es importante que el estudiante demuestre la adquisición de conocimientos de forma gradual (de lo simple a lo complejo del cuidado de enfermería), que obtenga suficiente información en su memoria que le permita procesar de forma consciente e inconsciente la manera de ser utilizada en la toma de decisiones (Nyatanga & Vocht, 2008).

Los estudiantes de semestres avanzados, en prácticas profesionales o servicio social, demuestran más experiencia de conocimientos en relación a estudiantes principiantes o de semestres iniciales, los cuales cuentan con información más limitada. Esta forma de construcción de procesamiento se puede fomentar al tomar en cuenta factores como la reflexión, la investigación y la curiosidad clínica que apoye la explicación de las prácticas de expertos en la toma de decisiones clínicas (Lyneham et al., 2008).

Se rescata la importancia de que a un recién graduado le resulta favorable asignarle una enfermera o tutor competente que lo estimule y explique la práctica

en enfermería de modo que la pueda comprender y desarrollar con mayor facilidad. Para mejorar las competencias del recién graduado, es importante incorporar al currículo, la consejería (tutoría) clínica, para favorecer el desarrollo de conocimientos, habilidades y aptitudes del egresado (las cuales en ocasiones son deficientes) para ofrecer un cuidado de calidad de enfermería. La filosofía de Benner permite que el docente de enfermería brinde al estudiante orientación sobre guías de actuación y comportamientos acerca de la práctica clínica de enfermería en situaciones reales, facilitando su aprendizaje (Ortiz, 2013).

El incorporar el modelo de Benner en el sistema educativo de enfermería permite al docente emplear el juicio intuitivo en áreas que afectan al estudiante para la toma de decisiones (Blum, 2010).

Muchos docentes en enfermería y medicina han adoptado la rúbrica de evaluación del Modelo de Dreyfus y Dreyfus, como marco conceptual para evaluar la adquisición de habilidades de los alumnos y valorar el progreso a través de las diferentes etapas de principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Carraccio et al., 2008).

La configuración de formas y perfiles distintivos en el seno de la disciplina de enfermería en base a la creación de diferentes campos de práctica profesional, tal como el caso de la enfermería de práctica avanzada, la cual supone un marco competencial aún no preciso con criterios competenciales propios por su reciente auge, así como la identificación de este perfil en cada país y la constitución de los marcos regulatorios.

Sastre-Fullana et al. (2015) llevaron a cabo un estudio científico en función del consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. Ergo la distinción de que este ámbito de ejercicio de enfermería implica un desarrollo más allá de la formación del grado de licenciatura y la natural inserción institucional laboral de tales profesionales, sin embargo es pertinente considerar el enfoque y los aportes de estos autores puesto que constituye una instancia de aproximación en su territorio y creando así el antecedente para ser considerado en otros ámbitos internacionales en materia de gestión profesional por competencias y su consideración tanto en la formación universitaria de grado y posgrado así como en los procesos de trabajo independientemente del campo competencial en el cual se desempeñe un enfermero.

Estos autores exponen que el desarrollo de roles de enfermería de práctica avanzada (EPA) es una realidad extendida internacionalmente, aunque los procesos de implantación y determinación de competencias varían en función del contexto de regulación y práctica profesional. Pese a la falta de consenso sobre la definición, competencias y estándares de práctica de las EPA, el Consejo Internacional de Enfermería las describe como: “Una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster” (Sastre-Fullana et al., 2015).

Así, la definición de competencias específicas para la EPA es necesaria para delinear el desarrollo de nuevos roles, la evaluación de los existentes o la identificación de nichos potenciales de práctica avanzada en entornos sin regulación formal. Esto se hace patente al analizar el amplio desarrollo de los estándares de práctica de los roles avanzados y de mapas de competencias relacionados, incluido un creciente número de literatura gris, lo que genera un complejo escenario de conceptualización sobre la EPA. Llevaron a cabo recientemente una profunda revisión de los modelos de competencias desarrollados a nivel internacional, en la que se pudieron identificar elementos competenciales comunes en la EPA y que se agruparon bajo distintos dominios conceptuales, aunque la necesidad de contrastar la validez de ese contenido y la plausibilidad en su medio y entorno cultural llevó al planteamiento de establecer un consenso de expertos sobre las competencias de la EPA aplicables en el entorno español (Duffield et al., 2009; Pulcini et al., 2010; Sastre- Fullana et al., 2014).

Consideran que efectivamente las competencias son comunes en su origen a muchas profesiones y especialidades, y al mismo tiempo comunes a los diferentes roles o perfiles profesionales dentro de una misma profesión. Este hecho puede poner en discusión la legitimidad de atribución de los dominios competenciales como conjunto específico para la EPA. No se pretende en este planteamiento hablar de competencias exclusivas, sino más bien que su alcance y grado de complejidad es precisamente lo que genera esa diferenciación

competencial respecto a otros niveles de la profesión enfermera, donde el factor clave es la capacidad de desempeño (Sastre-Fullana et al., 2015).

La producción exponencial de literatura científica, los avances científicos en constante evolución y la variabilidad en la práctica clínica han promocionado la incorporación de la práctica basada en la evidencia (PBE) en las disciplinas sanitarias. La PBE se define como la «utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente». Comporta integrar la mejor evidencia externa obtenida a partir de la búsqueda sistemática con la habilidad de la práctica asistencial, teniendo en cuenta la elección del paciente y los recursos disponibles. La importancia de la adquisición de esta competencia por parte de los profesionales de la salud radica en el compromiso de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de los pacientes se basen en la mejor evidencia disponible (Frenk et al., 2010; Ruzafa-Martínez et al., 2016).

El grupo internacional de expertos en PBE, en la declaración de Sicilia, señala que todos los profesionales de la salud necesitan entender los principios de la PBE, implantar protocolos basados en evidencias y tener una actitud crítica tanto hacia su propia práctica como hacia los resultados procedentes de la investigación. Sin estas habilidades, los profesionales tendrán dificultades para desarrollar las mejores prácticas (Dawes et al., 2005).

El Consejo Internacional de Enfermería asume que la PBE es un distintivo y una característica central del trabajo de las enfermeras. A pesar de las múltiples recomendaciones y el interés suscitado en los últimos años a nivel internacional, la incorporación de la PBE en la práctica clínica enfermera no está siendo tan rápida como sería deseable y se ha convertido en un reto para la profesión (International Council of Nurses, 1999; Bernadette Mazurek Melnyk, 2006).

En EE.UU., un 46,4% de enfermeras cree que la PBE se aplica de forma rutinaria en su práctica clínica (B.M. Melnyk et al., 2012), mientras que un estudio realizado en Europa muestra datos aún menos alentadores, con un 24% de enfermeras que señalan que utilizan los resultados procedentes de la investigación en su práctica clínica diaria (Wangensteen et al., 2011). Melnyk et al. (2008) proponen 2 medidas para acelerar la implantación de la PBE. Por una parte, mejorar las actitudes, conocimientos y habilidades en PBE en enfermeras clínicas, y que los docentes enseñen a los estudiantes el proceso de

la PBE, de forma que lo integren entre sus habilidades a largo plazo y se sientan motivados para llevar a cabo cuidados de la mejor calidad.

En relación con este último aspecto, son varios los estudios que señalan que es necesario que la enseñanza de la PBE se incluya en el curriculum académico de los estudiantes de enfermería, para que los futuros profesionales interioricen el concepto de evidencia, y no continúen basando su práctica clínica únicamente en su experiencia personal y en la de sus compañeros (McInerney & Suleman, 2010; Warne et al., 2011).

Los modelos o estrategias educativas que integran la enseñanza de la PBE en la educación de pregrado en enfermería son diversos, y realizan diferentes propuestas de formación (Fineout-Overholt et al., 2015).

Actualmente países como EE.UU (H. K. Burns & Foley, 2005). han incluido la formación en PBE en los planes de estudios de pregrado en enfermería. En Europa también hay algún ejemplo de ello (Finotto et al., 2013; Sastre-Fullana et al., 2015), aunque la literatura al respecto es bastante más limitada.

En el contexto español, tras la incorporación de España en el Espacio Europeo de Educación Superior, se establece como competencia académica dentro del nuevo grado en enfermería “basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles”. Se entiende que los planes de estudios de enfermería deberían mejorar la competencia en PBE de los estudiantes, es decir, proporcionar la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades en esta materia. Con el objetivo de adaptarse a los cambios curriculares para la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (Sastre-Fullana et al., 2015).

La existencia de distintos roles y niveles competenciales en la profesión enfermera no debería convertirse en un problema, sino que precisamente es un nicho de oportunidades para hacer frente a los grandes desafíos que la sociedad actual plantea a los servicios de salud.

Conceptualmente, la definición de áreas de especialización y práctica avanzada y su conjugación con las de la enfermera clínica generalista debe estar estructurado por 3 ejes: el nivel de complejidad del cuidado a proveer (marcado por el nivel de dependencia, complejidad y vulnerabilidad), las necesidades de coordinación de la atención (agentes que proveen servicios simultáneamente, transiciones entre niveles, frecuencia de las interacciones, entornos en los que

se provee la atención) y por último, el alcance de la práctica (determinado por la profundidad y amplitud del conocimiento necesario, la complejidad del servicio a proveer y el grado de autonomía en la toma de decisiones) (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019).

Estos ejes se disponen de forma continua, generando gradientes que, en función de su combinación, definen el espacio para los servicios de las enfermeras clínicas generalistas, las especialistas, las de práctica avanzada e, incluso, las especialistas con prácticas avanzadas, en un continuum dinámico que puede crecer o decrecer en función de las necesidades. En este espacio marcado por este triple eje las competencias avanzadas constituyen un elemento esencial, sobre todo para determinar el alcance y desarrollo de los servicios. Las competencias avanzadas de las enfermeras han sido revisadas y analizadas en contexto español exhaustivamente e incluso disponen de instrumentos para evaluarlas con suficiente validez y fiabilidad (Guerra et al., 2018; Sastre-Fullana et al., 2017; Sastre- Fullana et al., 2014).

El análisis de estas competencias puede ayudar a evaluar cómo se distribuye actualmente este gradiente, con los desarrollos actuales con sus fortalezas y limitaciones.

En Colombia, son pocas las investigaciones que permiten establecer un estándar o un consenso acerca de las competencias genéricas que debe tener todo profesional a nivel regional o nacional para un adecuado desempeño académico y laboral. Apenas fue en el año 2009 cuando el Ministerio de la Educación Nacional planteó 4 competencias genéricas a desarrollar en la educación superior para todo profesional: comunicación en lengua materna y lengua internacional, pensamiento matemático, ciudadanía, y ciencia, tecnología y manejo de la información (Charria Ortiz et al., 2011).

Así mismo, con la Ley 1324 y el Decreto 3963 se introduce en el año 2009 la evaluación de competencias genéricas en las pruebas Saber Pro, a partir de la aplicación de la prueba australiana *Graduate Skill Assessment* (GSA), mientras el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES) se ha propuesto desarrollar para el 2012 una prueba que identifique el nivel de desarrollo de las competencias genéricas y específicas que el profesional en Colombia debe tener para responder a las demandas del entorno (Charria Ortiz et al., 2011; Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación, 2010).

Las competencias académicas están asociadas con las condiciones básicas de aprendizaje escolar y comienzan a desarrollarse desde los primeros años de vida, orientadas por las instituciones de educación (Herrera Cabezas et al., 2009).

En el informe de la comisión de la Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills (2000), se afirma que las competencias académicas “están asociadas a conocimientos fundamentales que se adquieren en la formación general”, y las clasifican en habilidades básicas: capacidad lectora, escritura, matemáticas, hablar y escuchar; desarrollo de pensamiento, constituido por pensamiento creativo, solución de problemas, toma de decisiones, asimilación y comprensión, capacidad de aprender y razonar; y cualidades personales: la autorresponsabilidad, autoestima, sociabilidad, autodirección e integridad.

Lo anterior coincide con los planteamientos de Losada & Moreno (2003), quienes afirman que la competencia académica implica el desarrollo de potencialidades del sujeto a partir de lo que se aprende en la escuela, es decir, un conocimiento aplicado que parte de un aprendizaje significativo.

Desde el Proyecto Tuning para América Latina diferentes autores que participaron en Colombia proponen definiciones de la competencia académica en función de la responsabilidad de la educación y de la persona que está en formación profesional. Una de las definiciones de competencia académica propuesta en este informe plantea que es el “conjunto de capacidades que se desarrollan a través de un proceso de aprendizaje, a través del cual se conduce a la persona responsable a ser competente para realizar múltiples acciones (sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales, productivas), con las que proyecta y evidencia su capacidad de resolver un problema dado en un contexto específico y cambiante” (Beneitone & Tuning, 2008, pp. 4).

Por su parte Charria Ortiz et al. (2011) plantean que la competencia académica corresponde a la capacidad conceptual y de abstracción, producción y/o servicio, y especialización por áreas, y que se desarrolla a través de la educación formal. La competencia laboral desde la perspectiva funcionalista es considerada entonces como un punto de encuentro entre los sectores educativo y productivo, por cuanto evidencian la formación de los trabajadores y los desempeños que estos deben alcanzar en el espacio laboral (Ruiz de Vargas et al., 2011).

El enfoque constructivista, pertenece a la escuela francesa y se le ha dado el nombre de enfoque pedagógico-constructivista, de gran acogida en Australia. Define la competencia laboral como “una compleja combinación de atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) y tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones” (Gonzci & Athanasou, 2009, p. 47), y hace énfasis en el proceso de construcción y desarrollo de las competencias en los individuos, basados en el análisis y los procesos de solución de problemas de las organizaciones en pro del mejoramiento de los procesos (Lévy-Leboyer, 2003).

De esta forma, la competencia no se puede definir a priori, pues es el resultado del conocimiento puesto en práctica durante el desarrollo de una actividad laboral precisa.

Según este enfoque “la apropiación del conocimiento se logra mediante interacciones que permiten construirlo desde la persona que piensa e interpreta la información”. Por lo tanto, para definir una competencia no se tiene en cuenta solamente la función que la persona desempeña, sino también los objetivos y potencialidades que tiene. Se privilegia lo que cada empleado aprende, hace de forma distinta y el proceso que vive para estimular y desarrollar confianza en sus habilidades en cuanto resuelve problemas y aprende a aprender (Charria Ortiz et al., 2011).

Para autores como Bedoya Maldonado et al. (2001), la persona competente es aquella que partiendo de sus conocimientos especializados realiza una actividad determinada de manera exitosa y coherente, conforme el contexto en el cual se desempeña, y ofrece soluciones variadas, novedosas y ajustadas a las condiciones dadas.

Por su parte, Lozano Ballesteros (2001) plantea que es competente quien se desempeña efectivamente en un puesto de trabajo, se adapta a la cultura organizacional, está en capacidad de analizar lo que ocurre guiado por su experiencia y en previsión de los resultados.

En palabras de Braslavsky & Acosta (2006), la persona competente selecciona, moviliza y combina recursos frente a una situación determinada a la vez que contribuye a alcanzar las metas de la organización.

Además, Martínez (2005) y Barrio & Vásquez (2006) mencionan que la persona competente valora la formación en conocimiento, y en valores éticos y sociales.

De aquí la importancia de la revisión de los currículos de los diferentes programas de formación académica y de los objetivos de las instituciones educativas en donde se incorpore “una fase de diagnóstico que permita detectar los problemas o conflictos que se puedan originar por la falta de conocimiento, de las habilidades, destrezas y actitudes requeridas para el desarrollo institucional y el logro de una misión determinada” (Andrade, 2002, p. 12).

La Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (2005) plantea que tener competencias es importante desde dos perspectivas: la económica y la social. Desde la primera, se puede observar que la competencia aumenta la productividad y competitividad laborales, incrementa el nivel de empleo a través del desarrollo de una fuerza laboral adaptativa y cualificada, y crea un entorno de innovación en un mundo dominado por la competencia global. Desde la segunda, la competencia incrementa la participación de las personas en instituciones e iniciativas democráticas, contribuye a la cohesión social y la justicia y fortalece los derechos humanos y la autonomía como contrapeso al incremento de la desigualdad y la marginación de las personas.

Inserción laboral en egresados de Enfermería

El aumento muy acelerado de las tasas de desocupación de la población egresada universitaria, junto con la creciente precarización y la modificación de los contenidos de los puestos de trabajo en numerosos campos profesionales coadyuva a la conformación de mercados de trabajo de altas calificaciones sobre competitivos, en donde el empeoramiento de las condiciones de trabajo y la descualificación de los puestos o tareas impulsa un proceso de deterioro en términos de subutilización de la fuerza de trabajo y de saberes y calificaciones (Gómez, 1990).

Otro aspecto de los procesos distorsivos del mercado laboral es la expansión de los niveles superiores de educación, la explosión de las matrículas universitarias, la diversificación de la oferta de carreras y títulos, que constituyen una respuesta de la población ante la crisis del mercado de trabajo. Sin desconocer la importancia de la formación y la educación para los patrones de desarrollo vigentes en las “sociedades del conocimiento” modernas, es necesario reparar en el hecho de que el aumento de los niveles educativos y de calificaciones

laborales se erige en la única respuesta de la sociedad argentina para tratar de escapar al flagelo del desempleo, y tratar de mantenerse en el marco del mundo tecnologizado y globalizado. La generalización de las estrategias de aumentar los niveles educativos para mejorar las oportunidades de empleo termina aumentando la presión global del mercado de trabajo en perjuicio de aquellos que tienen menos oportunidades diferenciales de acceso a los altos niveles educativos y termina también degradando la inserción laboral de los jóvenes profesionales (Gómez, 1990).

Estos procesos y este escenario configuran un panorama por demás complicado sobre el que todavía no se cuenta con elementos de juicio objetivos, fundados en una base empírica rigurosa.

La literatura y la investigación sobre el tema privilegian el análisis de los cambios económicos y sus impactos sobre el mercado laboral que dan la piedra de toque para profundizar el tema de los nexos entre la educación superior, la estructura ocupacional y las dinámicas de los mercados laborales de las distintas profesiones.

Uno de los aspectos más preocupantes tanto para legos como para expertos estudiosos de la organización social es la relación problemática entre conocimiento y trabajo. Las teorías de la sociedad posindustrial, o la sociedad del conocimiento y los servicios en sus distintas versiones, subrayan la centralidad que tienen la información y la capacidad de generar saber y conocimiento como estructuradores de las relaciones sociales y económicas. La riqueza comienza a reposar en la capacidad de agregar valor “abstracto” a los bienes y servicios, ideas, diseño, inteligencia. La producción comienza a ser cada vez más acelerada en donde la velocidad de adaptación al cambio, e incluso la habilidad para cambiar es un activo rentable codiciado (Zeitlin, 1974).

En el debate contemporáneo sobre las características de nuestra civilización mencionan dos propiedades o principios que atraviesan todas las esferas de la acción social: la reflexividad y los sistemas expertos para la gestión del riesgo y la incertidumbre. Los cambios en el significado del trabajo, tanto en su representación cultural, como en el contenido concreto de las intervenciones humanas sobre el mundo material, muestran en forma acabada su subsunción real a estos principios (Giddens, 1991; Luhmann, 1992).

Mientras el desarrollo posindustrial, posmoderno, de los países centrales los coloca en semejantes horizontes de reflexión, y los países subdesarrollados en el contexto global reciben los ecos de las nuevas formas de organización social de la producción y el trabajo, y son protagonistas de acelerados y muy profundos procesos de innovación, cambio tecnológico, reestructuración de sus sistemas productivos y económicos.

En todos los casos se reconoce también que estos nuevos modelos productivos impactan sobre los patrones de utilización de la fuerza de trabajo en una forma muy visible, especialmente con relación al tipo de calificaciones, saberes, destrezas, habilidades, información, actitudes, y atributos de personalidad que se vuelcan en el proceso productivo. La importancia del conocimiento no se limita solamente al conocimiento incorporado a la maquinaria o la infraestructura de producción, sino que el accionar mismo de los trabajadores, las prácticas en la situación de trabajo tienden a incorporar elementos cognitivos, técnicos, sociales y personales de carácter novedoso. Estas nuevas formas de utilización de la fuerza de trabajo tendrían importantes efectos sobre el mercado de trabajo y especialmente sobre la consideración de los atributos educativos o de las credenciales formales de los trabajadores, de allí la relevancia excluyente que tiene la vinculación entre el sistema educativo y el productivo y entre la educación y el trabajo (Gómez, 1990).

El principal rasgo de este nuevo planteo es la centralidad que adquiere el conocimiento, la información y los saberes de los sujetos. La capacidad de respuestas ante los cambios del contexto y ante las situaciones de incertidumbre que atraviesa a las empresas modernas desde la gerencia hasta el último de los operarios. Los procesos de trabajo complejizan y están empezando a requerir de las personas diversos tipos de habilidades, destrezas, información, conocimientos, y hasta actitudes y rasgos de personalidad.

En este sentido, los estudios señalan la importancia que va adquiriendo la formación básica de tipo profesional y científica, toda vez que las nuevas formas de utilización de la fuerza de trabajo tienden a valorizar más las competencias genéricas y transversales a muchos procesos de trabajo y, tienden también a valorizar más la capacidad potencial de aprendizajes diversos que los saberes específicos efectivos (Terressac, 1995; Testa & Simonson, 1996).

Los procesos de multiprofesionalidad e interprofesionalidad, en donde los profesionales abordan áreas de aplicación de manera integrada para la solución o formulación de proyectos, así como la inclusión de profesionales en tareas operativas, significan importantes transformaciones en términos de contenidos de tareas, relación con otras áreas disciplinares, valoración de los aportes del personal operativo, conocimiento práctico de los procesos de trabajo concretos, etc (Gómez, 1990).

Actualmente ya algunos analistas están invirtiendo el tradicional esquema de las calificaciones que habilitaban el ejercicio de tareas en un puesto de trabajo. El aprovechamiento integral del recurso humano y su potencial aparece como uno de los activos de la empresa y como su principal eje para desarrollar ventajas competitivas sistémicas.

Estos fenómenos en ciernes modifican complemente las relaciones entre los sistemas e instituciones formativas para la fuerza de trabajo y el sistema económico y productivo. La educación basada en la acopiación de capital cognitivo, información o destrezas específicas tiende a perder adaptabilidad frente a los contextos cambiantes.

La noción de competencia que tiende a reemplazar a la calificación supone un proceso formativo bastante diferente. Los sujetos deben aprender no solamente a movilizar los conocimientos e información acumulada sino a producirla y analizarla de acuerdo a situaciones cambiantes. Se enfatizan nuevas habilidades y capacidades “transversales” que pueden facilitar el aprendizaje en el trabajo. Se tiende a valorar las capacidades dinámicas sobre las estáticas, aquellas capacidades genéricas que permiten generar aprendizajes específicos. Las capacidades dinámicas permiten el aprendizaje permanente y la variación de las competencias disponibles para mejorar la respuesta ante contextos nuevos (Mertens, 1996).

Los requerimientos de formación o instrucción formal se presumen muy superiores, ya que la formación básica y el dominio de competencias genéricas y transversales a muchos procesos de trabajo es el punto de partida inevitable para que opere la flexibilidad productiva y el proceso de aprendizaje permanente en contextos cambiantes. Los altos niveles o rendimientos en la educación formal son percibidos por las empresas como señales de capacidad de asimilación y potencial de aprendizaje del personal. Se habla de “competencias” como el

potencial completo de talentos y habilidades individuales que tiene que ser captado, registrado, aprovechado y promovido por la empresa (Gómez, 1990). La redefinición de perfiles profesionales y de competencias esperadas en los egresados de la educación superior tiene una importancia estratégica, toda vez que son los agentes intervinientes en los procesos de diseño tanto de procesos como de productos y servicios. Se puede decir que los futuros profesionales son los que contribuyen al paradigma del cambio, puesto que detentarán las posiciones superiores de dirección y elaboración de estas nuevas formas del trabajo. Las reformas de los sistemas educativos no se plantean simplemente como cambios de organización, currícula o contenidos de programas, sino como cambios en las prácticas educativas; cambios en las formas de generar situaciones de aprendizaje efectivas, cambios en las formas de articular el proceso formativo con la empresa y la formación en el trabajo, desafío que afrontan las instituciones universitarias (Ruiz de Vargas et al., 2011).

Se ha difundido extensamente la tesis de la “empleabilidad” según la cual la manera de reducir los niveles de desempleo consiste en buscar aumentar las competencias de la fuerza de trabajo a los efectos de elevar la probabilidad de obtener un nuevo empleo. No obstante, la solución de mejorar la dotación de competencias laborales de la fuerza laboral con problemas de empleo lo único que hace es mejorar la probabilidad individual de un desocupado de encontrar empleo. Sin embargo, ese aumento de la probabilidad, seguramente se realiza en perjuicio de la reducción de las probabilidades individuales de conseguir empleo de otro desocupado o inclusive de seguir empleado de otro ocupado. Todavía la vieja proporción de la economía clásica respecto de que la demanda laboral es una función atada a la demanda global de la economía no ha podido ser refutada (Hamermesh & Biddle, 1993).

La combinación de cambio estructural con financiamiento externo desató un proceso de reconversión interna en un marco de crecimiento y expansión, tal como lo demuestran elocuentemente las tasas del Producto Bruto Interno, la producción industrial, las exportaciones, y la inversión. La importación de bienes de consumo, especialmente los durables, impusieron nuevas normas de calidad, variedad, y precio. La apertura fue un ordenador de la reconversión de la economía y no solamente un instrumento de control inflacionario. La abundancia de financiamiento, la apertura comercial externa, y el tipo de cambio fijo

abarataron enormemente la importación de bienes de capital, bienes intermedios e insumos, piezas y repuestos. Habida cuenta del rezago tecnológico del aparato productivo argentino derivado de décadas de proteccionismo y descapitalización, todos estos factores culminaron en una fuerte propensión a la modernización de las empresas sobre la base de la sustitución o mejora del equipamiento, la incorporación de tecnología, la modificación de procesos, la necesidad de adecuar productos a los parámetros internacionales en calidad y diversificación, la innovación en nuevas formas de gestión y organización productiva (Porta et al., 1996).

Las cifras de desempleo y todos los parámetros para medir el comportamiento del mercado de trabajo indican que se está frente a una realidad distinta en términos de patrones de estructuración de la fuerza de trabajo.

El movimiento conjunto de abaratamiento del costo del equipamiento producto de la apertura arancelaria y el tipo de cambio fijo, y el encarecimiento de los costos laborales producto del retraso del tipo de cambio frente a los precios internos y los salarios, genera una presión estructural hacia el ajuste del nivel de empleo de la economía.

Los procesos de reestructuración también tienen vastas consecuencias a nivel de los patrones de utilización de la fuerza de trabajo y no solamente como ajuste de cantidades y precios. De esta forma la reconversión no implica solamente cambios en los niveles de incorporación y expulsión de fuerza de trabajo, sino también modificaciones en la composición sociodemográfica y perfiles de los puestos de trabajo. Los procesos de feminización por aumento de la tasa de participación de la mujer, incentivada también por la mayor generación de empleo en los sectores de servicios y comercio, junto con las tendencias al rejuvenecimiento de la fuerza de trabajo vinculado a las políticas de incorporación de personal que se orientan a bajar la edad promedio de la dotación de personal y apuntar a una fuerza laboral implicada en los objetivos de la empresa, alienta a incorporar jóvenes con mayores niveles educativos formales y con competencias básicas vinculadas a las nuevas tecnologías, al mismo tiempo que se desprenden del personal de más edad (Ruiz de Vargas et al., 2011).

Podría pensarse que la combinación de crecimiento económico y modernización de la estructura productiva y de servicios con el sostenido incremento de los

niveles educativos de la población, iban a derivar en un proceso de retroalimentación positiva o sinergia y en una elevación de la estructura ocupacional hacia un perfil más a la altura de los parámetros del avance tecnológico (Ruiz de Vargas et al., 2011).

Sin embargo, el proceso de reestructuración y modernización económica y las necesidades de orientar el sistema productivo hacia parámetros de competitividad y productividad no ha derivado en una reformulación del papel de los recursos humanos. Se sigue enfatizando los problemas de costos como desventajas estáticas en vez de explorar y aprovechar el reservorio de ventajas dinámicas en materia de competencias disponibles de la fuerza de trabajo. Así los fenómenos de sobreeducación y subcalificación siguen siendo muy acentuados, y la subutilización de mano de obra, expresada en tasas elevadísimas de desocupación, son motivos suficientes para que tanto la problemática del empleo como la de la modernización educativa sean desde hace ya varios años los ejes centrales de la agenda política pública.

Es necesario profundizar acerca de las diferencias entre las carreras tradicionales y modernas o emergentes no solamente de las formas de inserción en el mercado sino también a partir de los aspectos formativos y del funcionamiento de los mercados laborales específicos. Los mecanismos de generación de expectativas y de decisión para la elección de los estudios, las representaciones construidas del mercado de trabajo y de las oportunidades laborales.

El estudio de Casanovas et al. (2004) propone conocer algunas de las características de la actual inserción laboral de los graduados en enfermería, así como identificar las situaciones que ponen en peligro el que dichos recién graduados puedan desarrollar unos cuidados eficaces y expertos adaptados a las necesidades de los pacientes.

La formación y el empleo son temas profundamente relacionados que deberían mantener un cierto equilibrio. Conocer la realidad y la evolución de los procesos de inserción laboral puede ser útil para orientar laboralmente a los pregraduados, y conocer las competencias laborales que demandan los empleadores permite adecuar la formación académica, optimizando el desarrollo de las titulaciones. Algunas universidades, conscientes de esta realidad, han puesto en marcha iniciativas como el caso del Observatorio de Graduados propuesto por

Casanovas et al. (2004), mediante el cual se intenta conocer la trayectoria recorrida por los estudiantes en el proceso de inserción laboral, que ayudan a establecer mejores relaciones entre la universidad y la sociedad.

Es imperativo conocer los procesos de inserción laboral de los graduados ya que, en profesiones como la enfermería, cuyos centros de actividad son las personas, el proceso de inserción laboral que se siga no sólo implicará a los profesionales, sino también a los receptores de los cuidados. Dependiendo del tipo de proceso de inserción laboral, los profesionales podrán sentir seguridad y satisfacción, y los receptores de los cuidados serán atendidos con la consecuente eficiencia (Casanovas et al., 2004).

Que las enfermeras recién tituladas lleguen a ser lo más competentes posible es responsabilidad de los distintos ámbitos profesionales: docencia, asistencia y gestión. Desde la docencia desde donde contribuir a situar a los futuros profesionales en la mejor posición de salida posible, es decir, proporciona los conocimientos, destrezas y actitudes precisas para poder llegar a ser profesionales expertos, teniendo presente que la verdadera competencia se adquiere en la práctica. Desde la asistencia poder asegurarse unas condiciones mínimas para facilitar una correcta iniciación como profesional. Concretamente, la adquisición de responsabilidades con un sentido progresivo (Casanovas et al., 2004).

Las enfermeras noveles contando con la supervisión o la guía de una enfermera más experimentada y, de manera simultánea a su incorporación al servicio o unidad, recibir formación específica relacionada con las responsabilidades a desarrollar. Finalmente, desde la gestión poder garantizarse unas condiciones laborales que permitieran a los profesionales desarrollar unos cuidados de excelencia para lo que es necesario desterrar la idea de que el personal de los distintos servicios es siempre intercambiable, evitarse las rotaciones excesivas y asumir que los recién graduados deben iniciarse profesionalmente en servicios de complejidad baja o media, pero nunca de alta complejidad y especialización como es el caso de las unidades de cuidados críticos (Casanovas et al., 2004).

En el ámbito universitario, es importante disponer de información acerca de los procesos de inserción laboral por distintas razones, por un lado, porque es un referente básico para llevar a término los procesos de planificación, evaluación, e innovación universitaria, ya que la utilización crítica de dicha información

permite mejorar el diseño de los planes de estudio y de la metodología docente y, por otro, porque el conocimiento de los procesos de inserción laboral es fundamental para que los docentes desarrollen mejor su rol de tutores, informando y orientando a los estudiantes y graduados (Casanovas et al., 2006). Por otro lado, es también un referente para mejorar la relación entre el ámbito académico y el laboral, ya que la reflexión y el diálogo que se establece favorecen el conocimiento mutuo y crea lazos que contribuyen a mejorar la inserción laboral y la práctica profesional (Serra Ramoneda & Basart Capmany, 2007).

Por inserción profesional se entiende el paso desde la universidad al mercado laboral, es decir, el espacio que hay entre la obtención del título que legitima como profesional y el desarrollo del rol de las actividades profesionales. Se trata, por lo tanto, de un proceso del que interesa, sobre todo, la trayectoria recorrida desde la graduación hasta 4 años después momento en el que se considera que generalmente se ha conseguido la estabilidad laboral (Revenga, 2002).

La inserción laboral es un proceso complejo, cuya calidad depende de la relación entre una serie de factores personales y sociales. Entre las dimensiones que permiten valorar la calidad de la inserción laboral se encuentran, por un lado, las condiciones de trabajo que incluyen aspectos como el tipo de contrato, el horario, la estabilidad en el lugar de trabajo y el salario; y por otro, la complejidad, especialización y autonomía de la ocupación, y la satisfacción y las expectativas personales respecto al rol profesional (Casal Bataller et al., 1991; Casanovas et al., 2006).

El proceso de inserción laboral de las distintas titulaciones no presenta las mismas características ni dificultades. En el caso de enfermería, la inserción laboral es muy precaria e inestable, ya que son contratados por períodos de tiempo muy reducidos y están sometidos a una gran rotación por distintos servicios y especialidades (Casanovas et al., 2004).

Esta precariedad laboral no sólo tiene efectos personales sobre los profesionales que se sienten menos seguros y satisfechos, sino que afecta además a la calidad de los cuidados que reciben los usuarios del sistema de salud, ya que como sostiene Benner (1987), para que una enfermera llegue a ser un profesional experto capaz de ofrecer unos cuidados de excelencia debe pasar por 5 estadios o categorías denominadas: “principiante”, “principiante avanzado”, “competente”,

“aventajado” y “experto”; para lo que es fundamental contar con la ayuda de alguien más experto que guíe la práctica y permanecer durante un tiempo razonable en un mismo lugar enfrentándose a situaciones análogas.

En este sentido, Benner (2010) apuntan que sea cuál sea el nivel de competencia de la enfermera todo cambio de lugar de trabajo sea de unidad o de hospital, comporta una regresión. Cuanto mayor sea el cambio, mayor será la regresión de la enfermera al estadio de principiante. Ello implica la necesidad de volver a adquirir un bagaje de experiencia para poder actuar con el mismo nivel de competencia.

En esta misma línea, Hayhurst et al. (2005) sostienen que un cambio de entorno continuado disminuye el apoyo efectivo que recibe el profesional, dificulta la adquisición de habilidades, actitudes y conocimientos, y disminuye la autoestima y la satisfacción en el trabajo.

La inserción laboral es un término utilizado habitualmente para referirse al proceso de incorporación de los individuos a la actividad económica. También ha sido considerado un indicador con el que las sociedades occidentales miden el nivel de bienestar social de su población. El estudio de la inserción abarca las posiciones laborales ocupadas, las secuencias más recurrentes (trayectorias) así como la explicación de las diferencias observadas en estos dos aspectos. Se habla de inserción profesional cuando se considera sólo al grupo poblacional con estudios de nivel superior y alude al espacio que hay entre la obtención del título que legitima a una persona como profesional y el desarrollo del rol que delimita sus actividades y responsabilidades profesionales (Balseiro Almario et al., 2012). Se considera que en la inserción y trayectoria laboral intervienen tanto las características del mercado de trabajo como las de los propios profesionales sin perder de vista el papel de intermediación de las instituciones educativas entre los demandantes y los oferentes de empleo u oportunidades profesionales (instituciones y/o empresas) ya que la formación académica influye de manera importante en la cualificación del capital humano (Lagarda, 2001). Un hecho que no debe soslayarse es el papel de la escolaridad frente al trabajo, el empleo o los ingresos, según el periodo económico de que se trate, la región geográfica, la rama de la economía e incluso de las historias y culturas de las empresas mismas (de Ibarrola, 2009).

En cuanto al desarrollo profesional, es el fruto de la carrera y comprende los aspectos que una persona enriquece o mejora con vistas a lograr objetivos dentro de la organización. Implica crecer como persona y realizarse en su trabajo como una necesidad inherente a los individuos. Se inicia en cada persona por su disposición a lograr metas y por la aceptación de responsabilidades que ello conlleva. El Grupo de trabajo del Consejo Internacional de Expertos de los Estándares Internacionales de Educación Médica, ha definido el desarrollo profesional como el periodo de educación y formación que comienza después de la educación básica y la formación de posgrado y se extiende a lo largo de la vida profesional. Así, el desarrollo profesional incluye todas las actividades que se llevan a cabo formal o informalmente, para mantener, poner al día, desarrollar y mejorar los conocimientos, las habilidades y actitudes en respuesta a las necesidades de los pacientes (Balseiro Almario et al., 2012; Grupo de Trabajo del Consejo Internacional de Expertos, 2004). Por tanto, el desarrollo profesional es también un prerrequisito para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Existen diferentes modelos de desarrollo profesional, entre ellos: el modelo de ciclos de vida, en donde los trabajadores hacen frente a tareas de desarrollo en el transcurso de su profesión y pasan por distintas etapas personales o profesionales.

El modelo basado en la organización afirma que el desarrollo profesional implica aprendizaje de los trabajadores para realizar tareas definitivas. Cada etapa supone cambios en las actividades y en las relaciones con compañeros y jefes. Por último, el modelo de patrón de dirección describe cómo contemplan las personas su profesión, cómo deciden sobre la rapidez con que quieren avanzar por las etapas profesionales y en qué punto regresar a una fase anterior (Fernández, 2002). En un modelo global tendrían que considerarse todos los elementos considerados en cada uno de estos, sin embargo, el interés puede estar dirigido sólo a una dimensión y en función de este seleccionar el modelo pertinente.

También el desarrollo profesional según Miguel Ángel Santos Guerra no es una cuestión entregada de forma plena a la iniciativa de cada uno, sino que ha de circunscribirse al marco institucional, porque de esta manera los esfuerzos son mucho más positivos y más alentadores. Así, la planificación, el desarrollo y la evaluación del perfeccionamiento de los profesionales es responsabilidad de la

institución y en ella se han de encontrar, no solo las preocupaciones, sino los medios y las estructuras para alcanzarlo (Balseiro Almario et al., 2012).

Respecto al desempeño laboral, Karla A. Ruiz lo define como aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución en cada empresa (Balseiro Almario et al., 2012).

Entendiendo como competencia a la actitud o capacidad para desarrollar de forma idónea una actividad o tarea, y es lo que el candidato o educando sabe hacer. Se refiere a conocimientos, habilidades, aptitudes, así como la organización, retención y empleo en la práctica académica y/o laboral. El desempeño profesional, por tanto, es el comportamiento total o la conducta real del trabajador en la realización de una actividad o tarea durante el ejercicio de su profesión. Dentro de las actividades se incluyen los componentes de la comunicación interpersonal y de realización de procedimientos técnicos, etc (Balseiro Almario et al., 2012).

Bajo este contexto, se señala que el desempeño del personal de enfermería también comprende actitudes frente a la práctica ya que los conocimientos y las habilidades son la expresión exterior y visible del profesionalismo. Por lo anterior, la calidad de la atención de enfermería en la práctica se evalúa también con el desempeño tomando en cuenta su conducta cotidiana, lo que constituye la demostración de su pericia, ética y compromiso; también implica su actuar profesional, donde importa tanto lo que hace, como lo hace y lo que dice, y se expresa en rubros tan diversos como el reconocimiento de los límites de la propia práctica, el liderazgo en el trato al paciente y la educación en la profesión. La evaluación del desempeño es el proceso por medio del cual se mide el grado en que cada trabajador mantiene su idoneidad y cumple los objetivos del cargo o puesto de trabajo que desempeña (eficacia), así como la forma en que utilizan sus recursos para dichos objetivos (eficiencia) (Balseiro Almario et al., 2012; Roegiers, 2016).

El trabajo es una actividad que aporta grandes beneficios a las personas entre los que se encuentran el darle estructura y sentido a la vida, estatus, prestigio, identidad personal y laboral, ganar dinero, mantener una dependencia económica, oportunidad de interacción social, estructura del tiempo, adquisición

de habilidades y destrezas en el trabajo, socializar, transmitir normas, creencias y expectativas sociales, obtención de poder, control y disfrute de la actividad laboral. Se trata de una relación dialéctica entre hombre y naturaleza, en la cual la transformación de uno redundaría en la del otro, y viceversa. El trabajo también presupone la relación con otros hombres y puede ser comprendido como un esfuerzo colectivo, en el cual todos tendrían que participar (Paz-Rodríguez et al., 2014).

El tener un trabajo es la meta a la que todo estudiante de nivel universitario aspira, lo cual se ha vuelto uno de los aspectos más difíciles de alcanzar para una gran cantidad de jóvenes en muchos países del mundo.

Así, mientras en las escuelas y las universidades se forma a los jóvenes para desempeñarse en diversas disciplinas, el mercado de trabajo exige otras prioridades sobre las habilidades de los trabajadores que parecen no articular entre sí. Esta situación ha generado diversos problemas para los jóvenes, tales como una dependencia prolongada de su familia de origen, no contar con recursos propios, aplazamiento de su ingreso al mercado laboral, y dejar de lado proyectos personales (García-Canclini & Castro-Pozo, 2011).

Son fundamentales los conocimientos que cada profesional adquirió en su formación universitaria pero también se debe contar con una serie de competencias y habilidades que hacen la diferencia entre contratar a un joven egresado sobre otros (Paz-Rodríguez et al., 2014).

Cada vez más frecuente que las empresas seleccionen a sus futuros empleados teniendo en cuenta su potencial más que sus conocimientos. Aunque no cabe duda que una sólida preparación académica es indispensable para desarrollar adecuadamente la profesión, las habilidades y competencias desarrolladas por el estudiante influyen en su desarrollo profesional, pues comprende los aspectos que una persona enriquece o mejora con vistas a lograr objetivos, implica crecer como individuo y realizarse en su trabajo como una necesidad inherente al ser humano. Se inicia en cada persona por su disposición a lograr metas y por la aceptación de responsabilidades que ello conlleva (Paz-Rodríguez et al., 2014). Estos datos evidencian que la empleabilidad es un constructo complejo, multidimensional, que tiene que ver con la obtención y el mantenimiento de un trabajo, y que depende de la decisión de buscar un empleo, de las características

de la persona, el desarrollo de habilidades, la valoración de sus propias capacidades y del mercado laboral (Pérez & Malvezzi, 2008).

Existen instancias con dinámicas heterogéneas en relación a la formación por competencias en el ámbito académico y la inserción laboral de los egresados universitarios, en este orden concebir la naturaleza de las decisiones y la oportunidad de advertir que la adquisición de competencias proviene de múltiples fuentes que forjan y construyen bases para el cimiento del crecimiento profesionalizante de los futuros graduados, así pues cabe pensar en el proceso dual de transcurrir la formación universitaria en concomitancia con una instancia de trabajo. Esta cuestión ha sido de interés para estudios que se encuentran en la línea de investigación de relaciones entre educación, formación y empleo en base a los modelos de producción de competencias para el trabajo e inserción profesional y social, entre otras (Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

Siguiendo este marco epistemológico el estudio de Planas-Coll & Enciso-Ávila (2014) exponen la necesidad de abordaje desde la óptica de la adquisición de competencias y la profesionalización y empleabilidad de los egresados, al menos tal como se usa en el análisis del mercado de trabajo implica reconocer que no existe un único medio para adquirir las capacidades productivas que las personas poseen. Como consecuencia de ello, las competencias de ninguna persona son explicables por lo que han adquirido por un único medio, por importante que éste sea, como es el caso del sistema educativo. Por esta razón el concepto de competencias nos ayuda a entender que las capacidades productivas de las personas son diversas, aunque hayan realizado la misma carrera, el mismo curso y en la misma institución de educación superior (Planas-Coll, 2013).

Simplificando, el concepto de competencia nos recuerda la evidencia de que no aprendemos solamente mediante la educación formal y que la capacidad productiva de las personas es “vectorial”, es decir, resultante de multitud de actividades y experiencias que cada persona realiza durante su vida, y esto es también aplicable a las actividades extracurriculares que realizan durante su época como estudiantes (Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

Debido a ello, en la lógica de competencias, que los estudiantes universitarios hayan trabajado durante sus estudios, más que ganar o perder el tiempo, debería ser leído en clave de que adquirirán competencias distintas y éstas serán tan

distintas como lo sean sus trabajos y, junto con los conocimientos y las habilidades técnicas que puedan adquirir con su trabajo, adquirirán también actitudes y hábitos que son un ingrediente fundamental de la profesionalidad (Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

Probablemente adquirirán competencias aplicadas y de carácter “profesionalizante”, sobre todo si su trabajo está relacionado con sus estudios. Serían unas competencias similares a las que se pretende adquirir con las prácticas profesionales que muchas instituciones de educación superior organizan. Pero, aunque no fuera así, la experiencia laboral implica, casi inevitablemente, adquirir competencias de “socialización en el trabajo” que constituyen un ingrediente fundamental de la empleabilidad y, por ejemplo, una de las finalidades declaradas del famoso “Sistema dual de formación profesional” alemán (Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

No todos los trabajos aportan el mismo tipo de experiencias ni son valoradas de la misma manera por los estudiantes. Béduwé & Giret (2004) proponen una clasificación del trabajo de los universitarios durante los estudios en cuatro tipos: a) trabajos de preinserción laboral plena (su contenido está relacionado con el de los estudios que realizan y que tienden a continuarse, a menudo aumentando de categoría, después del egreso); b) trabajos estudiantiles (trabajos irregulares de baja intensidad, no relacionados con los estudios, con un nivel profesional bajo, tienden a ser abandonados después del egreso); c) empleos regulares (trabajos de media o alta intensidad pero con valor profesional débil, no relacionados con los estudios pero que permiten cubrir la subsistencia básica aunque se desea abandonarlos al egresar), y d) pequeñas contrataciones anticipadas (pequeños trabajos profesionales, con la función de espera mientras se obtiene un trabajo fijo). Los diferentes tipos de trabajo implicarán también diferencias en la aportación a la adquisición de competencias de los universitarios que trabajan.

¿Qué diferencia existe entre la “profesionalización espontánea” que se produce a través del trabajo de los estudiantes y la “profesionalización institucionalizada”, a través de los cambios en la currícula y las prácticas profesionalizadas incorporadas también dentro del currículum?

La principal diferencia está en la diversidad de competencias que, al menos a priori, genera entre los estudiantes que las “prácticas espontáneas” no

organizadas desde las instituciones de educación superior sino a través del trabajo que puedan producir y, la segunda, por derivación de la primera, el problema del reconocimiento de esta diversidad y de las competencias asociables al trabajo frente a las adquiridas en las “prácticas profesionales” programadas desde las instituciones de educación superior con unas competencias a adquirir previamente definidas y programadas (Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

En el área de ciencias de la salud el porcentaje de estudiantes que trabajan durante el último curso está claramente por debajo del promedio. Este comportamiento diferencial de los estudiantes de ciencias de la salud puede ser atribuido a tres cuestiones: a la dedicación exclusiva que exigen algunos de estos estudios en términos de horarios, a la larga tradición de prácticas asociadas a carreras que hace innecesario buscar la “experiencia” fuera de la carrera, y a que algunas carreras requieren cédula profesional para su ejercicio. Asimismo, contemplar que, para valorar la calidad del trabajo de los egresados en el momento de la entrevista del empleo actual, en el estudio emplearon un “índice de calidad ocupacional”, y que es el resultado de la combinación entre indicadores objetivos, como la retribución, y subjetivos, como el grado de adecuación del empleo a los estudios realizados y el grado de satisfacción global con la ocupación que desempeñan. Y los hallazgos obtenidos indican que a quienes les fue mejor en su inserción profesional fue a los que trabajaron durante sus estudios en una ocupación con media o alta relación con la carrera que estudiaban, y a los que peor les fue, trabajaban en una ocupación con baja relación con su carrera, manteniéndose en una posición intermedia aquellos que sólo estudiaron. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones sobre el mismo tema en un contexto europeo (Navarro Cendejas, 2014; Planas-Coll & Enciso-Ávila, 2014).

Los múltiples cambios sociales, económicos y políticos, el avance incontenible de las nuevas tecnologías, así como la transición demográfica y epidemiológica, resultan significativos para este mundo globalizado y, en consecuencia, para la formación de profesionales de enfermería. Esta dinámica social repercute en el proceso salud-enfermedad, pues en todas las regiones del mundo los costos de la atención sanitaria van en aumento, la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas, entre otras, lo cual trae consigo una serie de

oportunidades hacia la adecuación sistemática de los perfiles profesionales (Juárez-Flores et al., 2015).

Juárez-Flores et al. (2015) plantea que resulta una necesidad y conveniencia de contar con resultados de estudios de egresados para lograr el autoconocimiento y planeación de los procesos de mejora en los espacios académicos, de tal manera que se puedan fundamentar las decisiones académicas y poder cubrir las exigencias formativas relacionadas con el cuidado de la salud de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad. Desde esta perspectiva, el cuidado de la salud es el objeto de conocimiento del enfermero, es la aportación específica de la enfermería a la salud de la persona y los grupos sociales. Es necesario destacar que el cuidado está fuertemente influido por el desarrollo evolutivo de la persona y ha configurado un escenario particular para la teoría, la práctica, la acción y la investigación, procesos básicos durante la formación y el desarrollo profesional en el ámbito laboral.

En este mismo estudio hallaron que los egresados perciben que existe congruencia entre los contenidos teóricos durante su formación con las actividades realizadas en el mercado laboral; la mayoría percibe satisfacción por los conocimientos teóricos adquiridos, no así en el área práctica: opinan que estos requieren mayor atención, y refieren que en estos escenarios se desarrollan y/o fortalecen habilidades, actitudes y valores profesionales. La mayoría percibe que en las instituciones laborales son bien aceptados, están satisfechos de ser licenciados en enfermería y consideran relevante su desempeño laboral (Juárez-Flores et al., 2015).

Esto se evidencia en las prácticas emergentes, a las que hacen referencia los egresados en los datos recolectados, destacan el manejo de las tecnologías médicas, para lo cual se requiere capacitación constante que posibilite dar respuesta a las prácticas emergentes que se suscitan en su campo laboral.

Competencias profesionales e inserción laboral en el contexto argentino

La literatura conceptual adoptada en la región de América Latina como la forma de construir los análisis acerca del fenómeno relación entre universidad y sociedad, como vía para la legitimación de acciones de política fue

hegemónicamente desarrollada en los países centrales. Desde esta perspectiva, la referencia a universidad y sociedad busca subrayar el hecho de que cuando se esgrimen nociones extraídas de dichos discursos se asumen supuestos generalmente contruidos en el marco de las experiencias de los países industrializados que distan enormemente de lo acontecido localmente (Versino et al., 2012).

La intención de referenciar a los sectores productivos como destinatarios de la vinculación es en función de cuestionar los discursos y prácticas que conllevan como contraparte de la relación a la empresa. Es sabido que el sector productivo es heterogéneo, y entender que la transferencia de conocimientos desde las universidades hacia él es homogénea tergiversa el tipo de vinculación que las universidades públicas pueden y deben proponerse sostener. Al mismo tiempo la empresa asocia la vinculación a una relación orientada al mercado y en este sentido restringe las opciones posibles de fomentar al negar formas de producción no guiadas por la obtención de ganancias (Versino et al., 2012).

Se modifica la misión institucional de las universidades nacionales agregando a las tradicionales funciones de investigación, docencia y extensión, la función o transferencia tecnológica. La expansión educativa, la centralidad adquirida por las políticas de ciencia y tecnología y la creciente participación de los organismos internacionales en la construcción de políticas educativas, junto con los problemas asociados a la falta de calidad son parte de los rasgos de un proceso globalizador. En este contexto la educación superior tiene en los organismos internacionales nuevos actores que plantean metas, políticas y estrategias de cambio y transformación social (Versino et al., 2012).

En Argentina el proceso de reformas de la educación superior tiene como ejes de transformación la relación entre las universidades públicas y privadas y el Estado, así como la gestión política, administrativa, financiera de las universidades nacionales. Tales mutaciones se expresan en la Ley de Educación Superior y en recomendaciones y señales que marcan el rumbo que la reforma universitaria debía transitar para acomodarse a los nuevos criterios normativos. En el marco conceptual acerca de la vinculación entre la universidad y otros sectores sociales, en especial el productivo, vale destacar los aportes desde una perspectiva económica que implican la noción del sistema nacional de innovación y el modelo de la triple hélice, ambos enfoques se caracterizan por

señalar la importancia de las universidades en el desarrollo económico (Versino et al., 2012).

Debido al papel determinante que asumen el conocimiento en los procesos de innovación, las universidades ocupan un lugar central en el enfoque del sistema nacional de innovación en la medida en que se ubica en ellas gran parte del motor del cambio tecnológico. En lo que respecta a las relaciones entre universidad y empresa, aunque el enfoque del sistema nacional de innovación encuentra deseable que ambas instituciones mantengan vínculos fluidos el intercambio de experiencias y conocimientos, se reconoce que las relaciones entre ellas resultan complejas y no están exentas de dificultades (Arocena & Sutz, 2001).

El Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA) elabora informes periódicos sobre el rol de las universidades en el sistema científico-tecnológico regional, tomando como referencia conceptual el enfoque del sistema nacional de innovación. Allí se enfatiza que en los países que componen la región iberoamericana, las universidades son los espacios que concentran las actividades de generación de conocimientos a diferencia de lo que ocurre en países con mayor desarrollo, en los cuales las empresas participan en un grado mucho más alto. Por ello, según el informe, las universidades de la región juegan un rol fundamental en los procesos de innovación nacionales. En este sentido en el informe publicado en 2016 se sostiene que “así como el desarrollo de políticas de innovación pone fuerte énfasis en la creación de empresas, capaces de usar tecnología y conocimientos, incrementando la competitividad económica de las naciones, los estados de Iberoamérica debieran considerar muy seriamente la creación de más y mejores universidades de investigación en la región, que puedan desarrollar la ciencia, la tecnología y la innovación” (Brunner & Miranda, 2016).

En este sentido, en el ámbito universitario Clark propone el concepto de universidad emprendedora que supone una capacidad de dirección central fuerte y flexible que define estrategias para arribar a las metas establecidas por cada institución. El autor sostiene que este concepto es un esfuerzo voluntario en la construcción de la institución que refiere tomar riesgos cuando se inician nuevas prácticas de las cuales se duda de los resultados. En tal sentido, asumir desafíos iniciando nuevas prácticas cuyo resultado es incierto es un factor principal que

caracteriza a dichas instituciones. De este modo Clark prefiere el concepto de emprendedor sobre innovador puesto que alude a la organización y enfatiza con mayor precisión la importancia de la deliberación del esfuerzo local y de las acciones que conducen a cambiar la postura de la organización (Versino et al., 2012).

Asimismo, el concepto de universidad emprendedora evita las connotaciones negativas que muchos académicos adjudican a la figura de empresarios individuales orientados por el negocio procurando maximizar ganancias y beneficios.

Las demandas se multiplican, extienden las tareas de enseñanza y aumentan las especialidades tanto interdisciplinarias como disciplinares y se intensifica la investigación. Tales cambios profundizan la debilidad de la forma tradicional de dirigirse de la universidad al tiempo que aumenta la necesidad de una mayor capacidad de gestión.

De este modo, Clark (2011) pone el acento en la acción colectiva emprendedora, la cual está en el centro de la dirección académica y generalmente se asienta en nuevas áreas que suelen ser transversales al resto de las que integran la estructura organizativa de la universidad.

Las unidades de la periferia desarrollable se extienden hacia los municipios, las asociaciones profesionales y sobre todo hacia las empresas privadas. A menudo se involucran en la educación continua y permanente de los profesionales. Desde esta perspectiva, el concepto de periferia del desarrollo extendida implica la posibilidad de transferencia recíproca de conocimientos que plantea la intensificación de las relaciones con distintos actores de la sociedad: la universidad aprende de las empresas, así como las compañías aprenden de la universidad (Versino et al., 2012).

Por otro lado, Clark (2011) se vale del concepto de cultura innovadora integrada, para sostener que las universidades emprendedoras, al igual que las firmas vinculadas a la industria de alta tecnología, se caracterizan por desarrollar una cultura de trabajo que abraza el cambio. Asimismo, dado que culturas fuertes están arraigadas en prácticas fuertes, como las ideas y las prácticas actúan recíprocamente, el lado cultural o simbólico de la universidad se vuelve crucial en el desarrollo de la identidad institucional y la reputación distintiva. Para lograr el cambio, las universidades emprendedoras requieren de la ampliación de sus

recursos financieros. El ensanchamiento de la base financiera se vuelve fundamental, sobre todo cuando uno de los principales proveedores de recursos, el Estado, destina partes cada vez menores del presupuesto para las universidades.

La literatura que se dedica al tema de la vinculación entre universidad y sector productivo en el ámbito latinoamericano se ha incrementado a medida que el fenómeno fue adquiriendo una mayor difusión local. Numerosos trabajos surgidos en América Latina, influidos por los enfoques elaborados en los países desarrollados, refieren a los mecanismos para la gestión de la vinculación entre la universidad y la empresa. Muchos de ellos se centraron en señalar las carencias en los canales de vinculación entre ambas esferas y en generar propuestas normativas tendientes a superarlos. Una tendencia de este tipo de estudios ha sido considerar que los déficits en las relaciones entre las instituciones académicas y el mercado, los sectores productivos, o más generalmente, la sociedad, se deben a la inadecuada gestión de la oferta o la escasez de demanda (Kreimer & Thomas, 2010).

Hacia fines de la década de 1980 surgen trabajos centralmente de corte normativo que comienzan a instalar la cuestión en la agenda de las políticas universitarias. La denominada vinculación universidad-empresa aparece como necesaria para la modernización productiva de los países latinoamericanos (Versino et al., 2012).

En la década de los noventa también se comienza a dar cuenta de temas como la redefinición de la función de extensión de las universidades en el sentido de orientarse hacia un concepto de transferencia de conocimientos útiles para los sectores productivos y se asume que diferentes causas como la disminución del financiamiento público de las universidades, el aumento de la competencia económica entre países basado en el uso de nuevas tecnologías y los cambios en la percepción de la responsabilidad social de las universidades, propiciaron la emergencia de políticas promotoras de la vinculación universidad-empresa (Versino et al., 2012).

En el trabajo referido se analizan dichas transformaciones para el caso de tres facultades de la Universidad de Buenos Aires: Ciencias Económicas, Arquitectura, Diseño y Urbanismo y Ciencias Exactas y Naturales. Se describen las modalidades (consultorías, servicios, transferencias, etcétera) y los

mecanismos (arreglos institucionales) de vinculación con el medio productivo en las facultades mencionadas. Asimismo, se describen las políticas de vinculación de la UBA: la creación de la Dirección de Convenios y Transferencias (1987) y de UBATEC S.A (1991), el proyecto de la Red de Oficinas de Transferencia de Tecnología, Desarrollos y Servicios (1991) y la creación del Centro Universitario de Empleo (1991) (Versino et al., 2012).

Ya en la década del 2000 registra trabajos producidos desde la gestión de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, que realiza una compilación de artículos sobre el tema. Se trata de una publicación que reúne reflexiones de especialistas y miembros de la comunidad universitaria con el fin de propiciar el debate e incentivar el surgimiento de propuestas de acción, así como de difusión de experiencias concretas de la actividad universitaria tanto en la extensión como en la vinculación tecnológica. Con ello se apunta, principalmente, a contribuir al intercambio fluido de buenas prácticas e ideas innovadoras entre todas las universidades del país, prestando especial interés a todas aquellas experiencias que hayan aportado al fortalecimiento del vínculo entre la universidad y la sociedad (Versino et al., 2012).

También hacia mediados de la década del 2000 surgen trabajos críticos como el de Llomovatte (2006), que sitúan a la universidad en un momento de pérdida de autonomía por la necesidad de responder al mercado en el marco del denominado proceso de privatización de los conocimientos y la modificación de la cultura académica en términos de la orientación hacia la producción de conocimiento aplicado, que responde a una racionalidad individualista y competitiva. Las relaciones entre las universidades y el sector productivo, la formación de profesionales y su vinculación con las demandas del mercado de trabajo. Este punto es analizado focalizándose en el análisis de las tensiones que se producen entre una formación superior orientada a satisfacer los requerimientos del mercado laboral y aquella que tiene como principal objetivo la formación de ciudadanos con conciencia crítica.

A mediados de la década de 1990 dos hitos marcaron el proceso de planificación de cambios en la Argentina: la creación de la Secretaría de Políticas Universitarias en el año 1993 y la sanción de la Ley N° 24.521 de Educación Superior en el año 1995. La Ley de Educación Superior, que se

encuentra vigente es una norma que por primera vez en la historia del país regula el conjunto de la educación superior y no solo las universidades nacionales. Asimismo, sienta las reglas básicas para el ordenamiento y transformación del sistema de educación superior y deja la definición de los aspectos particulares a los estatutos y resoluciones de cada institución. Su carácter de norma básica ha exigido la posterior sanción de una serie de decretos reglamentarios necesarios para su desarrollo y aplicación.

Además, la Ley de Educación Superior plantea la posibilidad de llevar adelante modelos de organización y gestión diferentes de aquellos característicos de formatos tradicionales y autoriza la creación y funcionamiento de otras modalidades de organización universitaria previstas en el artículo 24 de la Ley Federal de Educación N° 24.195.

Ya entrados los 2000 se concretan varios programas y encuentros orientados a promover la vinculación entre universidad y sector productivo. En el año 2002 se crea el Programa para el apoyo y fortalecimiento de la vinculación de la universidad con el medio socio productivo en el ámbito de la Dirección Nacional de Coordinación Institucional, Evaluación y Programación Presupuestaria (DNCIEy PP), de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. El objetivo de este Programa fue específicamente el de contribuir al desarrollo institucional de las áreas de vinculación tecnológica o similares en las universidades, de forma tal que, mediante el uso del conocimiento y su transferencia al sector socio productivo, se logre el mejoramiento de la calidad de vida de la población (Versino et al., 2012).

En 2003 se realizan el Primer y Segundo Encuentro Nacional de Formación de Redes Universitarias en su articulación con el sector productivo y ese mismo año el Consejo Interuniversitario Nacional crea la Red de Vinculación Tecnológica de las Universidades Nacionales de Argentina (RedVITEC). Entre los principales objetivos de la RedVITEC se destacan: promover un rol protagónico de las universidades nacionales en la discusión de políticas de Innovación-Desarrollo; compartir experiencias de vinculación tecnológica con el medio social, productivo y gubernamental y difundir en la sociedad el aporte del sistema universitario al desarrollo y la transferencia de conocimientos, entre otros (Versino et al., 2012).

Actualmente un grupo de universidades argentinas cuentan con proyectos de polos o parques tecnológicos e incubadoras de empresas, dando sentido a la incesante indagación acerca de la relación entre la entidad académica y el mercado laboral donde se recrea el carácter socioproductivo para el mantenimiento de la economía.

La enfermería pertenece a un sector cuya composición es compleja, por la segmentación en subsectores, por la descentralización política y geográfica, por la fragmentación en diversos tipos de establecimientos desvinculados entre sí, por la heterogeneidad de las ocupaciones y niveles de calificación que componen el empleo sectorial (Aspiazu, 2017).

El sistema de salud argentino es el conjunto de recursos organizados para dar atención a la población en forma preventiva y asistencial, a través de los subsectores de salud pública, medicina privada, obras sociales y cooperativas y mutuales de salud, los cuales se encuentran descentralizados en relación con los organismos que los regulan y sus fuentes de financiamiento. El subsistema público es coordinado y financiado por los ministerios de salud nacional, provinciales o municipales; la medicina privada se sostiene en los pagos por las primas o mensualidades de los socios/beneficiarios con desembolsos directos de los usuarios/pacientes; y el subsistema de las obras sociales sindicales, nacionales o provinciales, es financiado a través de los aportes y contribuciones salariales. Esta conformación configura un sector altamente segmentado, con una lógica compleja, que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos y, generalmente, no cuentan con principios y criterios integradores entre sí. Se trata de un sistema en el que las provincias y los municipios tienen la mayor responsabilidad sobre la salud pública, pero los recursos con que cuentan para afrontarla son escasos, y las brechas regionales son significativas en cuanto a los resultados de salud alcanzados y a la calidad de la atención (Tobar et al., 2011).

La estructura fuertemente descentralizada y segmentada de nuestro sistema de salud es consecuencia, en gran parte, de las reformas aplicadas en Argentina en la década de 1990, que aún no han sido revertidas ni superadas y que impactaron tanto en la composición como en el funcionamiento, la atención y los recursos humanos del sector; proceso que fue ampliamente (Aspiazu, 2017).

El impacto negativo sobre la salud pública y privada, tanto en la calidad y las condiciones de atención como en el empleo, no tardaron en verse y se agudizaron durante la crisis de 2001 (Aspiazu, 2017).

Las consecuencias más visibles son la inequidad en el acceso, en la financiación y en los resultados de salud y el pobre desempeño del sistema en términos de relación entre los recursos asignados y la calidad de la salud conseguida. En los últimos 15 años, tras declararse la Emergencia Sanitaria por el deterioro profundo del sistema de salud, se implementaron a nivel nacional una serie de políticas tendientes a paliar la crisis de la salud. Sin embargo, a pesar del diagnóstico y de la intención de mejorar las consecuencias de la reforma con otra reforma, la situación del sistema de salud continúa siendo crítica. En la práctica, y a pesar de las políticas implementadas en los últimos años, el sistema de salud argentino aún dista de basarse en un paradigma de equidad y justicia en la prestación de servicios, falencias que también se trasladan a las condiciones de trabajo de los trabajadores del sector (Tobar et al., 2011).

Las ocupaciones del sector salud se diferencian del resto de las ocupaciones por el tipo de servicio que brindan. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de profesionales, técnicos y enfermeros (Novick, 2012).

En su conjunto, el sistema de salud emplea alrededor de 325 mil personas; de ellos la salud privada concentra al 60% de los trabajadores de la actividad, con un crecimiento del empleo en los últimos años, mientras que la salud pública incrementó un 31% sus ocupados (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2020). Por este motivo es que los procesos educativos y de profesionalización tienen gran importancia en el sector salud.

Las condiciones laborales de la actividad fueron ampliamente analizadas por diversos autores (Aspiazu, 2017; Novick, 2012; Tobar et al., 2011), los cuales señalan que durante la década de 1990, a partir de las reformas del sistema, se inició un proceso de deterioro de las condiciones de trabajo, que se profundizó con el progresivo aumento de la demanda de servicios de salud, que en el caso de la salud pública no fue acompañado por un incremento del empleo y de la inversión que lo compense. Los principales efectos negativos sobre la calidad

del empleo fueron el sobre-empleo, la extensión de las jornadas de trabajo, la precarización de las formas de contratación, las remuneraciones variables, la flexibilidad laboral y el empleo no registrado.

La precarización de las formas de contratación es una de las deficiencias más apremiantes que afectan a todo el sector, tanto en el subsector público como en el privado. Dentro de la gran heterogeneidad en las modalidades de contratación, las tres formas principales son: la planta permanente del Estado, que otorga garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso; los regímenes de contratación periódicos, con protección social y garantías, tanto amparados en normas de empleo público como en la Ley de Contrato de Trabajo; y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, efectivizados por medio de locaciones de servicio o bien como locaciones de obra. Además, en el sector público existen formas contractuales transitorias e informales, cuya incidencia es más elevada entre las y los profesionales (Aspiazu, 2017).

Conjuntamente, se observa un elevado peso del empleo no registrado. La incidencia de la asalarización en negro o encubierta creció a una proporción muy alta en la década del noventa, alcanzando el 45% para el conjunto de los profesionales del sector. Este porcentaje se elevaba un poco para el caso de las y los médicos y disminuía para los otros profesionales. En el periodo 2003-2012 el empleo no registrado cayó considerablemente hasta llegar al 21% del total. Ahora bien, si se desagrega por subsectores, claramente se observa que la falta de registro es un problema que afecta principalmente a la salud privada, llegando al 36,4%, mientras que en el sector público alcanza solo al 10% (Aspiazu, 2017). El incremento del pluriempleo en el sector puede explicarse a partir de distintos factores, como la ampliación de la proporción de puestos de tiempo parcial y la caída de remuneraciones, que induciría a la búsqueda de fuentes adicionales de ingreso; tal es el caso de las enfermeras. Al respecto, es destacable la contradicción que implica que en ámbitos de la salud se observe un fenómeno como la sobreocupación que claramente puede afectarla, tanto en el trabajador, como en la calidad del servicio que brinda (Aspiazu, 2017; Novick, 2012; Tobar et al., 2011).

Los enfermeros representan una porción considerable de la fuerza de trabajo sectorial. Según la última información disponible de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) para el año 2018 existían 192.829

enfermeras/os en edad activa. No hay datos precisos sobre la distribución de los enfermeros por subsectores, pero podemos suponer que la misma reproduce la distribución general del sector (Ministerio de Salud, 2020).

Se trata de una ocupación que reproduce la heterogeneidad de calificaciones que caracteriza el empleo en el sector salud, el cual se divide en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas, pero con la particularidad de invertir la pirámide sectorial en la que predominan los trabajadores más calificados.

Según datos de 2018 del Sistema de Información Sanitario Argentino (SISA), en la actualidad son 179.175 las personas matriculadas en el campo de la enfermería. De ese total, 19.729 (11,01%) son licenciados, que es el grado mayor de formación, mientras que 73.373 (40,95%) son técnicos y 86.073 (48,04%) auxiliares (Ministerio de Salud, 2020).

Las condiciones de trabajo identificadas para el sector atraviesan de similar forma a los tres niveles de calificación de la enfermería, sin embargo, quienes poseen calificación auxiliar y ejercen tareas de asistencia, suelen cargar con una alta carga de trabajo, menores salarios y mayor vulnerabilidad que el resto, por encontrarse en los niveles más bajos del escalafón (Aspiazu, 2017).

Además, la precariedad laboral de la enfermería reproduce la situación descrita para el conjunto del sector y se agudiza en los establecimientos más pequeños, principalmente en la rama geriátricos, donde la falta de registro (con su consecuente precariedad contractual, laboral y desprotección en relación con la seguridad social) es una de las problemáticas más acuciantes y difíciles de enfrentar, tanto desde las políticas de fiscalización estatal como de las inspecciones sindicales (Aspiazu, 2017).

A esta situación se suma una observación recurrente respecto de los salarios de quienes ejercen tareas técnicas y, principalmente, de las enfermeras auxiliares: en este segmento la carga de trabajo, la intensidad y el desgaste superarían ampliamente el salario que perciben, tanto en el subsector público como en el privado. Las entrevistadas lo atribuyen a las características propias de la ocupación que requieren “mayor entrega” desde “lo físico, por el contacto cuerpo a cuerpo con el paciente” y desde “lo mental, por la carga afectiva que implica el trabajo”, y que se vincula a la mayor carga de cuidado directo de la enfermería.

En los establecimientos públicos dependientes de la Ciudad de Buenos Aires, tal como muestran Pereyra & Micha (2015), el personal de enfermería puede llegar

a duplicar la cantidad de horas de la jornada laboral a través de los “módulos”, que son el equivalente a las horas extra, y se pautan en forma de bloques horarios de 6 horas cada uno. Sobre esta base se plantea que se trata de un componente precarizado de la remuneración que implica el recurso sistemático a las horas extra y que se encuentra naturalizado entre quienes desempeñan la ocupación, tanto en el ámbito público como el privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el caso de los trabajadores hospitalarios no médicos dependientes de la Provincia de Buenos Aires, debido al cambio en la regulación por el cual las tareas de los trabajadores se declararon como “insalubres”, se redujo la jornada laboral de 8 a 6 horas diarias, con la posibilidad de jubilación anticipada, así como la restricción de la cantidad de horas extra que pueden trabajarse. En la práctica, esta regulación limita la extensión de la jornada laboral para un mismo empleador, aunque no el pluriempleo.

En la enfermería, el pluriempleo adquiere diversas variantes. Una forma es la doble jornada laboral en distintos establecimientos y otra muy frecuente es la extensión de las jornadas laborales en un mismo establecimiento a través de las horas extras. Ambas funcionan como los mecanismos “compensadores” de los bajos salarios (Pereyra & Micha, 2015).

En resumen, el estrés y el desgaste laboral no responden a una sola causa: las condiciones y medio ambiente laboral, la falta de recursos materiales y de personal, la intensidad de las tareas y la sobrecarga laboral contribuyen a crear un ritmo laboral intenso y desgastante, que repercute fuertemente en la salud de quienes se desempeñan en el sector y en su percepción sobre el trabajo, así como impacta negativamente en la atención y la calidad del servicio brindado.

Un rasgo característico del empleo en salud es su composición mayoritariamente femenina. Se trata de un sector de servicios que históricamente, y al igual que otras ocupaciones vinculadas a servicios de cuidado como la educación, tuvo una fuerte presencia de mujeres. Las mujeres representan el 71% de los trabajadores registrados de la salud, valor que se encuentra muy por encima del resto de la economía, donde apenas se aproximan al 40% de la fuerza de trabajo. Asimismo, la actividad explica alrededor del 8% del empleo femenino de todo el país, mientras que para los trabajadores varones solo significa el 3% del empleo formal (Aspiazu, 2017).

El sistema de salud opera como un marco normativo que estructura prácticas y discursos que han construido a nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica y funciona como reproductor de dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras (Duré et al., 2009).

El acceso diferencial por sexo a posiciones que implican algún grado de responsabilidad, decisión o poder es otra de las situaciones de desigualdad más evidentes, que profundiza la segregación vertical existente en el mercado laboral en general. En el sector salud donde las mujeres son amplia mayoría, la proporción de mujeres que trabajan en el sector no se ve reflejada porcentualmente en los cargos de mayor jerarquía o en las jefaturas de área (Aspiazu, 2017).

Las profundas diferencias entre subsectores público, privado y de la seguridad social del sector salud, sumada a la descentralización de la salud pública que divide su gestión entre municipios, provincias y nación, marcan la complejidad de su configuración. A ésta se suma la diversidad de ocupaciones, calificaciones y especializaciones de la fuerza de trabajo del sector. Este heterogéneo mapa se traduce en múltiples normas que regulan el trabajo sectorial y marcan inequidades al interior de la actividad (Aspiazu, 2017).

La enfermería, inserta en este complejo conglomerado de ocupaciones, posee un marco regulatorio constituido por las diversas normas que regulan el empleo sectorial y la normativa propia. El resultado son situaciones diferenciales en materia de derechos y obligaciones laborales según se trate de enfermeros privados o públicos, nacionales, provinciales o municipales, profesionales o no profesionales, que se desempeñan en clínicas, hospitales, centro de salud, laboratorios, geriátricos u otros establecimientos (Aspiazu, 2017).

Por un lado, los enfermeros del sector privado se encuentran enmarcados en la Ley de Contrato de Trabajo (LCT N° 20744) que establece disposiciones generales para el empleo privado en el país. Dado que la LCT es una norma general, todas aquellas disposiciones específicas, referidas al trabajo en salud y al ejercicio de la enfermería son establecidas en los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) sectoriales. Los CCT establecen las categorías de la ocupación con sus tareas correspondientes y el régimen de promoción y capacitación, fijan

la carga horaria semanal, y el régimen de remuneraciones (incluyendo el sueldo básico, así como las compensaciones), y también definen los grados escalafonarios (categorías salariales) y las licencias, tanto la anual como las especiales (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1976).

Ahora bien, dentro del subsector privado los convenios se firman separadamente con diferentes grupos de instituciones (sanatorios y hospitales, establecimientos geriátricos, clínicas y sanatorios de neuropsiquiatría, institutos médicos u odontológicos sin internación, mutuales), y comprenden al personal técnico, administrativo y obrero, entre los que se incluye al personal de enfermería. En la negociación de todos los convenios interviene la Federación de Asociaciones de la Sanidad Argentina (FATSA) como representante sindical con personería gremial y lo que varía es la representación de los empleadores intervinientes. Su cobertura es de alcance nacional y sus reglamentaciones no divergen en gran medida según la institución, por lo cual los enfermeros que se desempeñan en instituciones privadas gozan de similares regulaciones respecto de sus condiciones de trabajo y sus remuneraciones (Aspiazu, 2017).

No obstante, es importante destacar que entre la letra de la ley y su aplicación concreta en la práctica no siempre se genera la misma correspondencia.

Así, los establecimientos más grandes como las clínicas y laboratorios reconocidos muestran niveles mayores de registro, formalidad y cumplimiento de la normativa, mientras que existe toda una línea de establecimientos de menor tamaño como laboratorios barriales, consultorios y geriátricos donde el nivel de incumplimiento de la normativa es mucho mayor. Por lo tanto, las inequidades en materia de derechos laborales dentro del subsector privado de la salud se dan más por irregularidades e incumplimiento de la norma que por diferencias en lo pautado (Aspiazu, 2017).

Las diferencias entre los derechos laborales alcanzados sí surgen cuando se comparan los convenios para el sector privado con los del sector público, y los diferentes convenios en el sector público según jurisdicción.

El ejercicio de enfermería en el ámbito de la salud pública cuenta con una ley nacional de ejercicio profesional (Ley N° 24.004) aprobada en el año 1991, que sirve como marco jurídico para orientar a las provincias que carecen de legislación o quieren compatibilizar sus leyes existentes (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1991). La sanción de esta ley constituyó un avance

importante a la anterior legislación que consideraba el ejercicio de la enfermería como una actividad de colaboración subordinada a la actividad médica/odontológica (Ley Nacional N° 17.132/67 de ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares). Sin embargo, la ley vigente carece de regulación en aspectos cruciales que hacen a las condiciones de trabajo de los enfermeros (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1967).

El artículo N° 28 de la Ley 24.004 invita a las provincias a adherir al régimen establecido por ésta. Muchas provincias lo hicieron y otras tienen su propia norma que regula el ejercicio profesional. No obstante, tanto la ley nacional como las leyes provinciales evidencian las insuficiencias de la legislación vigente para asegurar condiciones de trabajo favorables para los trabajadores de enfermería: no incluyen artículo alguno sobre remuneraciones, tareas, licencias, jornada laboral, salubridad o protección en el trabajo (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1991).

Pereyra & Micha (2015) analizan estas diferencias y sostienen que las problemáticas laborales en la enfermería se manifiestan con diferente intensidad y se gestionan de diferente modo según el subsector de inserción de los trabajadores, lo cual se traduce también en diferencias en términos de los interlocutores ante los que se deben plantear los reclamos, de las representaciones gremiales de la ocupación y de las capacidades presupuestarias para dar respuesta a las demandas.

La multiplicidad de normas se traduce en disímiles condiciones de trabajo de los enfermeros a pesar de que existen problemáticas comunes a la ocupación. Dentro del sector existen asimetrías, tanto entre las diferentes ocupaciones como dentro de la enfermería, ya que los enfermeros trabajan en contextos laborales y normativos distintos según su calificación, el ámbito y la jurisdicción a la que pertenecen. Las asimetrías son fuertes y podría pensarse que su fragmentación dificulta el desarrollo de políticas laborales y sindicales que mejoren la situación de la ocupación.

La falta de personal es un problema grave en el sector salud, tanto para el ámbito público como para el privado, en todas las calificaciones y particularmente en la enfermería. El déficit de enfermería en el país representa uno de los principales problemas de la ocupación desde la década de 1980. Dicho déficit se manifiesta

tanto en la escasez en el número de enfermeras/os en ejercicio como en la falta de profesionales (Aspiazu, 2017).

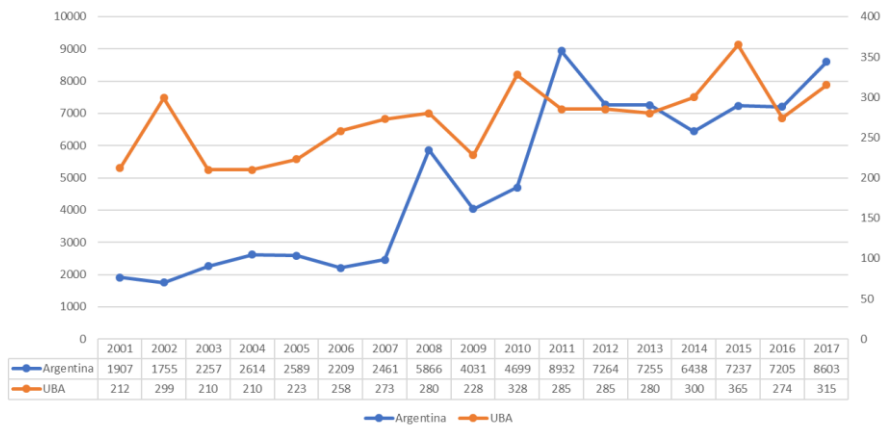
La relación con la población total del país es de 3,8 enfermeros/as por cada diez mil habitantes, una de las tasas más bajas de América según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Ministerio de Salud, 2020).

La interrelación entre la falta de personal y las condiciones laborales se convierte en un círculo vicioso: no hay suficientes enfermeros porque la ocupación resulta poco atractiva debido a la enorme carga física y emocional que requiere, a la intensidad del trabajo y a los bajos salarios; a la vez que esa misma escasez de personal refuerza la intensidad del trabajo, impulsa el pluriempleo y contribuye al desgaste laboral. Entonces, el desgaste físico y el estrés laboral aparecen como efectos de esta situación, como identifican Pereyra & Micha (2015), las licencias por problemas de salud relacionados con el exceso de trabajo, y particularmente las licencias psiquiátricas, constituyen un problema acuciante que atraviesa a la ocupación, y que ha sostenido la idea de la enfermería como ocupación insalubre.

Los déficits de calificación en la enfermería profundizan la problemática de la sobrecarga laboral, dado que la escasez de profesionales agrava la ya distorsionada relación entre médicos y trabajadores de enfermería.

La relación general entre enfermeros y médicos es de 0,56 enfermeros/as por cada médico. Estos datos indican la distorsión en la constitución de los equipos de salud, sostenidos en torno al trabajo médico, con una bajísima participación de la enfermería en ese equipo, cuando la proporción debería ser más equitativa. Esta situación responde a las dificultades en el país para implementar programas destinados a estimular la formación en enfermería (Ministerio de Salud, 2020).

La evolución de egresados de las carreras de enfermería entre 2001 y 2017 a nivel nacional y en la Universidad de Buenos Aires (UBA), según datos del Sistema de consulta de estadísticas universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, muestra una tendencia al aumento, en la siguiente figura podemos observar en detalle el comportamiento en este periodo (Ministerio de Educación, 2020).



Evolución de los graduados de enfermería a nivel nacional y en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Fuente: Ministerio de Educación de la Nación.

Existe información que señala que los trabajadores de la enfermería comenzaron a volcarse hacia la formación de nivel universitario, pero no de manera constante ni estable ya que también se evidencia un decrecimiento en los egresados en los últimos dos años considerados. Es decir, puede afirmarse que se ha iniciado un proceso gradual de profesionalización del personal de enfermería, pero dicho proceso no es aún suficiente para revertir las tendencias de la falta de personal ni la necesidad de una mayor valorización de la ocupación en términos salariales y laborales (Ministerio de Salud, 2020).

Para analizar este cambio, Faccia (2015) en un recorrido por la historia de la enfermería en Argentina marca como un punto de inflexión la creación de la Licenciatura en Enfermería, a principios de los años noventa, porque desplegó nuevos horizontes a los enfermeros que continuaron con su formación y se reabrió el debate en torno a las características de la profesionalización.

Además, en ese contexto, la Ley Nacional N° 24.004 sancionada en 1991, reconoció a la profesión como autónoma, definió dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el profesional y el auxiliar, y prohibió la práctica empírica como ejercicio ilegal. “La ley impulsó la profesionalización de la enfermería y puso por escrito algo que en la práctica era muy difícil de cumplir: dejar de ser considerada como colaboradora del médico u odontólogo” (Faccia, 2015, p. 322). Además, la autora llama a reflexionar sobre el concepto de profesionalización de la enfermería: “como parte de un proceso dinámico e histórico en el que se ha impulsado el reconocimiento del estatus profesional”. Dentro de ese proceso se constituyó un espacio social de disputa por ser reconocidos como profesionales

en el interior del campo de la salud y en la sociedad. En ese espacio de posicionamiento se establecieron relaciones sociales y de poder entre los actores involucrados, principalmente enfermeros, médicos y otros profesionales del equipo de salud. El “proceso de profesionalización” de la enfermería puede definirse en dos sentidos. Por un lado, se refiere al proceso de cambios y de transformaciones sociohistóricas que han contribuido al reconocimiento y a la legitimidad de la enfermería como profesión a lo largo del tiempo. Por otro lado, se refiere al proceso formativo que en la actualidad incluye los diferentes niveles de formación y desempeño profesional-laboral (auxiliares, profesionales, licenciados, posgrados y especializaciones). Ambos significados sobre el proceso de profesionalización se articulan para poder comprender de manera diacrónica y sincrónica a la enfermería dentro de un espacio de negociación y reivindicaciones profesionales en los diferentes ámbitos de su desempeño laboral” (Faccia, 2015, p. 323).

La importancia de la formación de las y los enfermeros radica en el impacto de una mayor calificación, tanto sobre la calidad del servicio brindado, como sobre las condiciones laborales y salariales; así como también en la valorización y legitimación de la ocupación tanto hacia la sociedad como al interior de los equipos de salud, donde históricamente se vio subordinada frente al saber médico hegemónico. En este punto emerge la pregunta acerca de si esta desvalorización se vincula también al factor principal que define la ocupación: el componente de cuidado presente en todas las tareas de enfermería y los significados que a éste se adjudican (Aspiazu, 2017).

El cuidado en la enfermería comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los pacientes, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros. Muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros. Si se comprenden las características enunciadas de la práctica de la enfermería, entonces la discusión sobre la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero (Aspiazu, 2017).

Valorizar ese saber profesional de la enfermería, a través de su jerarquización desde la formación, los salarios y la reestructuración de los equipos de salud, contribuiría a formar una definición de la ocupación más como profesión y menos como vocación. El carácter vocacional de una ocupación alude a la creencia de que es necesario “haber nacido para”, “tener el don” o “sentir el llamado” para ejercerla (Wainerman & Geldstein, 1990). Y eso la aleja de los saberes adquiridos a través de la capacitación y la experiencia laboral.

La concepción de la enfermería como vocación, vinculada al cuidado del otro como un “rol natural” (principalmente adjudicado a las mujeres) entra en contradicción con la enfermería como profesión, como trabajo calificado, que puede ser ejercido por cualquier persona capacitada para hacerlo con independencia de su género. La vocación de servicio sólo exige como retribución el reconocimiento social de las tareas realizadas, mientras que la capacitación laboral profesional implica una retribución económica acorde al status profesional (Aspiazu, 2017).

Fomentar la inclusión de más enfermeros, a través de políticas laborales y educativas y de incentivos a la formación profesional universitaria, puede ser un primer paso para disminuir la intensidad laboral y mejorar la calidad de atención. Además, promover las demandas propias de este colectivo de trabajadores en los sindicatos que los representan, propiciando una mayor visibilidad de sus reivindicaciones con el fin de mejorar sus derechos laborales también es un paso importante en ese camino.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo evaluativo de corte longitudinal.

Contexto y Período

El presente estudio se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el periodo comprendido entre enero 2017 y septiembre de 2019.

Criterios de selectividad

Criterios de inclusión

Graduados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Voluntariedad de participar en la investigación expresada mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de salida

Retirarse de la investigación los que así lo deseen, aún luego de la aplicación del instrumento y/o de haberlo recibido.

Graduados que no completen la totalidad de los instrumentos o su respuesta no sea consistente con la pregunta.

Unidades de análisis

El universo está conformado por los 441 graduados de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Métodos

Métodos teóricos

Análisis - Síntesis: posibilitó la descomposición mental del fenómeno estudiado (competencias, inserción laboral, enfermería, educación superior, educación en enfermería, bases legales) en los principales elementos o partes que lo conforman, determinando sus particularidades; a la vez que permitió la integración de dichos elementos, descubriendo nuevas relaciones y vínculos

entre estos. La utilidad de este método se pone de manifiesto a lo largo de todo el proceso de investigación, fundamentalmente en la fundamentación teórica y en el análisis de los resultados.

Inducción-Deducción: posibilitó el movimiento de lo particular a lo general (de los resultados de esta investigación a lo que plantea la literatura acerca de la inserción laboral de Licenciados en Enfermería), así como el movimiento de lo general a lo particular (del comportamiento de esta en el mundo, la región Latinoamericana, Argentina, Buenos Aires, y en la Universidad de Buenos Aires). La utilidad de este método se hace evidente en la introducción y en el análisis de los resultados.

Análisis documental: en la conformación de los fundamentos teóricos de la investigación, en la identificación de competencias profesionales en graduados de Licenciatura en Enfermería.

Análisis histórico-lógico: utilizado para precisar el desarrollo histórico - social en que se ha desenvuelto la formación por competencias de Licenciados en Enfermería, la evolución de su formación asociada con el desempeño profesional.

Enfoque de sistema: permitió identificar las funciones y competencias profesionales de los Licenciados en Enfermería; así como establecer las relaciones con los componentes del desempeño profesional.

Sistematización: para establecer las regularidades en la formación por competencias de Licenciados en Enfermería y el desempeño alcanzado por los graduados, la formación de competencias y los modelos por competencias profesionales que se han expresado en investigaciones precedentes.

Educación comparada: precisó cómo se ha abordado la formación por competencias de Licenciados en Enfermería en diferentes universidades del mundo.

Métodos empíricos

Consulta a expertos: incluyó varias técnicas y procedimientos con diferentes grupos de expertos seleccionados, entre ellos profesionales de alto nivel, liderazgo y responsabilidad en el campo de la Enfermería, con la finalidad de validar los instrumentos aplicados.

Encuestas: se aplicaron a los expertos que participaron en los diferentes grupos de la investigación.

Observación científica: al aplicar los instrumentos utilizados en la presente investigación.

Métodos estadísticos

Se emplearon técnicas de la estadística descriptiva y estadística inferencial.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Clasificación	Dimensión	Categoría	Indicador
Sexo	Sexo que refiere el graduado en su encuesta	Cualitativa nominal dicotómica	Sociodemográfica	Femenino Masculino	Números absolutos y por ciento
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Sociodemográfica	24-32 años 32-40 años 40-48 años 48-56 años 56-64 años	Números absolutos y por ciento
Año de graduación	Año en que se recibió de Licenciado en Enfermería	Cuantitativa discreta	Sociodemográfica	2017 2018 2019	Números absolutos y por ciento
Competencias	Percepción del graduado según competencias en las áreas de Cuidado Directo, Gestión y Administración, Docencia e Investigación	Cualitativa nominal politómica	Percepción de Competencias	Muy competente Competente Medianamente competente	Números absolutos y por ciento

Índice de Percepción de Competencias	Según el cálculo del Índice de Percepción de Competencias detallado en la sección de procedimientos	Cuantitativa discreta	Índice de Percepción de Competencias	Según valores del Índice de Percepción de Competencias	Números absolutos y por ciento, y estadística inferencial
Índice de Percepción de Competencias Normalizado	Según el cálculo del Índice de Percepción de Competencias Normalizado detallado en la sección de procedimientos	Cuantitativa continua	Índice de Percepción de Competencias	Según valores del Índice de Percepción de Competencias Normalizado	Números absolutos y por ciento, y estadística inferencial
Índice de Calidad Ocupacional (ICO)	Según el cálculo del Índice de Calidad Ocupacional detallado en la sección de procedimientos	Cuantitativa discreta	Índice de Calidad Ocupacional	Según valores del Índice de Calidad Ocupacional	Números absolutos y por ciento, y estadística inferencial

Técnicas y Procedimientos de recolección y análisis de datos

Fuentes de información

Se obtuvo la información de fuentes primarias, en este caso los dos instrumentos autoadministrados, aplicados a los graduados, los que pudieron acceder mediante un enlace facilitado solo a aquellos que aprobaron la presentación del Trabajo Científico Final que se considera la última instancia evaluativa de la carrera.

El procedimiento se realizó de la siguiente forma: en un primer momento se evaluó la autopercepción de las competencias de los Licenciados en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires, mediante un instrumento de evaluación autoadministrado; en un segundo momento se aplicó el Índice de Calidad Ocupacional (ICO).

Instrumento de recolección de datos

Características de la Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería

Se diseñó una encuesta en formato electrónico con carácter anónimo, autoadministrado y participación voluntaria de los graduados de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires, de autovaloración de competencias tomando como referencias las exigidas por la ley de ejercicio profesional de enfermería (Anexo I). La misma está conformada por dos partes: inicialmente con 3 ítems de datos sociodemográficos y 38 ítems de autovaloración de las competencias dimensionándolas en cuatro categorías de análisis relacionadas a: cuidado directo, gestión y administración, docencia e investigación; definidas en una escala de tres opciones: Medianamente competente, Competente y Muy competente (Anexo II).

Para el cálculo del Índice de Percepción de Competencias se estableció una escala de Likert de acuerdo a siguiente puntuación:

Medianamente competente: 1 punto.

Competente: 2 puntos.

Muy competente: 3 puntos.

Luego se sumaron las puntuaciones de acuerdo a cada una de las categorías: cuidado directo, gestión y administración, docencia e investigación, y la suma de las puntuaciones de cada categoría conformó el Índice de Percepción de Competencias General.

Con la finalidad de establecer comparaciones entre las categorías, fue necesario establecer una normalización dado que no tenían la misma cantidad de ítems, para ello se sumaron las puntuaciones de la categoría dada y se dividió entre el número de ítems de esa categoría, de igual forma se procedió con el Índice de Percepción de Competencias obteniéndose el Índice de Percepción de Competencias Normalizado. Este índice normalizado permitió obtener diversos indicadores estadísticos donde los valores más cercanos a 1 correspondían a percepciones de competencias más bajas y los más cercanos a 3 a las percepciones de mayor competencia.

Índice de Calidad Ocupacional (ICO)

Esta encuesta incluye 8 preguntas sobre la situación laboral actual, entre ellos las dimensiones de: tipo de contrato y su duración (C), la retribución económica (R), la adecuación entre la formación universitaria y el empleo (A) y la satisfacción con el trabajo en general (S) (Anexo III).

El cálculo del ICO se realizó de acuerdo a la investigación de Rovira et al.(2012), asignando el mismo peso a las variables 'Contrato', 'Retribución' y 'Adecuación' entre 0 y 3 puntos). A partir estas consideraciones, el índice queda expresado de la siguiente manera:

$$ICO = f [(C + R + A) * S]$$

La función f, que otorga la puntuación final al índice, transforma el resultado obtenido de forma que los valores se sitúen entre 0 y 100.

Teniendo en cuenta que los instrumentos serían completados en momentos diferentes, para garantizar que ambos cuestionarios puedan correlacionarse se les pidió a los graduados que colocaran su correo electrónico, y usaran el mismo al momento de completar ambos cuestionarios, a manera de identificación.

Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de la Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería

El instrumento utilizado fue validado por 12 expertos, rediseñándose la especificidad y redacción de algunas preguntas (Anexo IV).

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach o también con el método de omega de McDonald (Frías-Navarro, 2013).

Se analizó la confiabilidad de consistencia interna que permite determinar el grado en que los ítems de una prueba están correlacionados entre sí.

El método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional el valor de consistencia interna será bajo. Es decir, no se observa una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir (Frías-Navarro, 2013).

La confiabilidad de consistencia interna, pone énfasis en las puntuaciones de los sujetos y no en el contenido o el formato de los ítems. Por lo tanto, si los ítems del instrumento correlacionan positivamente entre sí, este será homogéneo, independientemente del tipo de contenido que se haya utilizado. Por el contrario, la prueba será heterogénea si los ítems no tienen una correlación positiva entre sí, aun cuando aparentemente estén midiendo el mismo rasgo. Como se puede comprender, la distinción entre lo homogéneo y lo heterogéneo no es una dicotomía, sino un continuo. Por otra parte, la homogeneidad está relacionada con la característica de unidimensionalidad de una prueba, la cual indica que el instrumento mide una sola variable (un rasgo) en lugar de una combinación de ellas. Si una prueba es homogénea, podemos suponer que todos los ítems miden una característica común (Santos Sánchez, 2017).

El coeficiente α fue propuesto en 1951 por Cronbach como un estadístico para estimar la confiabilidad de una prueba, o de cualquier compuesto obtenido a partir de la suma de varias mediciones. Para evaluar la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas o ítems, es común emplear el coeficiente Alfa de Cronbach cuando se trata de alternativas de respuestas politómicas, como las escalas tipo Likert; la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total (Corral, 2009).

El coeficiente α de Cronbach puede ser calculado por medio de dos formas (Santos Sánchez, 2017):

1.- Mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

k: Número de ítems del instrumento.

S_t^2 : Es la Varianza total del instrumento.

$\sum S_i^2$: Es la Suma de la varianza individual de los ítems, $i = 1, \dots, k$.

2.- Mediante la matriz de correlación de los ítems.

$$\alpha = \frac{k\bar{p}}{1 + \bar{p}(k-1)}$$

Donde:

k: Número de ítems.

\bar{p} : Promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems.

Interpretación del coeficiente de confiabilidad

El coeficiente de confiabilidad es un coeficiente de correlación, teóricamente significa correlación del test consigo mismo. Sus valores oscilan entre cero (0) y uno (1) (Santos Sánchez, 2017).

Una manera práctica de interpretar la magnitud de un coeficiente de confiabilidad puede ser guiada por la escala mostrada en la siguiente tabla (Oviedo & Campo-Arias, 2005):

Rangos coeficiente alfa de Cronbach	Magnitud
0,9 a 1	Excelente
0,8 a 0,9	Bueno
0,7 a 0,8	Aceptable
0,6 a 0,7	Cuestionable
0,5 a 0,6	Pobre
menor a 0,5	Inaceptable

Este índice de consistencia interna toma valores entre 0 y 1 y sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad.

Análisis estadístico

Se emplearon técnicas de la estadística descriptiva: números absolutos y porcentajes y estadística inferencial.

Los resultados de las variables se procesaron mediante el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico Medcalc® versión 19.2.0.

Para las comparaciones se usó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney debido a que la mayoría de las variables no mostraron una distribución normal. Para el establecimiento de la relación entre las variables se determinó el coeficiente de correlación de Spearman (r).

Las diferencias se consideraron significativas con valores de p menores que 0,05.

Aspectos éticos de la investigación

Durante el desarrollo de la presente investigación se siguieron las normas para la investigación, establecidos en la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Esta investigación fue aprobada por Comité de Investigación de la institución que han colaborado en el desarrollo de este trabajo (Anexo V).

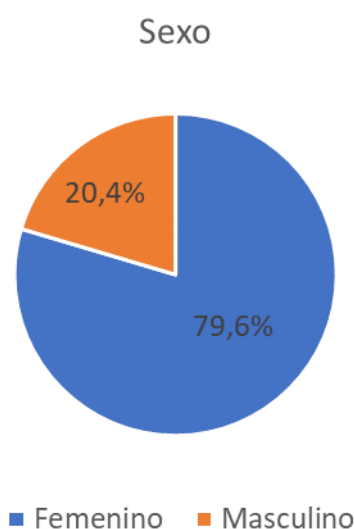
Las encuestas tuvieron carácter anónimo, se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado (Anexo I), donde quedó claro el compromiso por parte de los investigadores que los datos de los encuestados no serían comunicados a terceros y solo serían manejados por los participantes en la investigación, quienes se comprometieron en no revelar datos que permitan la identificación de los encuestados.

Los resultados de la evaluación de los instrumentos evaluativos fueron recogidos en una base de datos, que quedó bajo el cuidado del responsable de la investigación.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas

Figura 1. Distribución de los egresados de Licenciatura en Enfermería según sexo.



Fuente: Elaboración propia.

Se pudo observar que predominó el sexo femenino con 79,6%, mientras que el sexo masculino estuvo representado por el 20,4%, de 441 egresados que conforman el estudio.

Tabla 1. Distribución de los egresados de Licenciatura en Enfermería según edad.

Edades	Graduados	%
24-32 años	75	17%
32-40 años	156	35,4%
40-48 años	96	21,8%
48-56 años	99	22,4%
56-64 años	15	3,4%

Total	441	100%
--------------	-----	------

Fuente: Elaboración propia.

La media de edades general fue de 41,6 años con una desviación típica de 8,83 años, valores extremos de 24 y 62 años. El 35,4% de los graduados se encontró en el rango de 32-40 años, que fue el que predominó en el presente estudio, cabe destacar que los graduados por encima de los 40 años representaron más del 50%.

Tabla 2. Distribución de los egresados de Licenciatura en Enfermería según año de graduación.

Año de graduación	Graduados	%
2017	15	3,4%
2018	180	40,8%
2019	246	55,8%
Total	441	100%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 muestra una tendencia al alza en relación al crecimiento de graduados, donde el 55,8% correspondió a los graduados de la promoción de 2019, seguido de la graduación 2018 con un 40,8%, y por último la graduación 2017 con un 3,4%.

Del total de egresados el 51,7% (228 egresados) trabajaban en el sector público, el 44,4% (196 egresados) en el sector privado y un 3,9% (17 egresados) en ambos sectores.

Encuesta de percepción sobre competencias

Las tablas siguientes ilustran el comportamiento de la percepción de los egresados relativas a las áreas de Cuidado Directo, Gestión y Administración, Docencia e Investigación. La Confiabilidad de la Escala de Actitudes, evaluada por el Alpha de Cronbach global fue de 0,765).

Tabla 3. Percepción sobre competencias relativas al Cuidado Directo en egresados de Licenciatura en Enfermería.

Competencias relativas al Cuidado Directo	Muy competente		Competente		Medianamente competente		Total	Alpha
	n	%	n	%	n	%		
Valorar el estado de salud de la persona sana o enferma y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.	201	45,6	216	49,0	24	5,4	441	0,73
Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.	150	34,0	261	59,2	30	6,8	441	0,66
Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.	219	49,7	198	44,9	24	5,4	441	0,77

Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.	264	59,9	168	38,1	9	2,0	441	0,80
Colocar sondas y controlar su funcionamiento.	279	63,3	150	34,0	12	2,7	441	0,81
Control de drenajes.	240	54,4	183	41,5	18	4,1	441	0,67
Realizar control de signos vitales.	357	81	84	19,0	-	-	441	0,67
Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.	288	65,3	147	33,3	6	1,4	441	0,76
Colaborar en los procedimientos especiales de diagnósticos y tratamientos.	198	44,9	207	46,9	36	8,2	441	0,66
Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parental, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.	258	58,5	165	37,4	18	4,1	441	0,65
Realizar curaciones simples y complejas, que no demanden tratamiento quirúrgico.	270	61,2	162	36,7	9	2,0	441	0,86
Realizar punciones venosas periféricas.	261	59,2	165	37,4	15	3,4	441	0,79
Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistidas y catéteres centrales y otros.	216	49,0	177	40,1	48	10,9	441	0,78
Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.	69	15,6	207	46,9	165	37,4	441	0,82

Brindar cuidados de enfermería a pacientes críticos con o sin aislamiento.	225	51,0	186	42,2	30	6,8	441	0,66
Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.	174	39,5	228	51,7	39	8,8	441	0,66
Realizar el control y el registro de ingresos y egresos del paciente.	291	66,0	138	31,3	12	2,7	441	0,71
Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.	177	40,1	195	44,2	69	15,6	441	0,73
Participar en la planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes.	84	19,0	234	53,1	123	27,9	441	0,85
Participar en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.	30	6,8	186	42,2	225	51,0	441	0,81
Realizar el registro de evolución de pacientes y de prestaciones de enfermería, consignando: fecha, firma y número de matrícula.	264	59,9	165	37,4	12	2,7	441	0,86

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Percepción sobre competencias relativas a la Gestión y Administración en egresados de Licenciatura en Enfermería.

Competencias relativas a la Gestión y Administración	Muy competente		Competente		Medianamente competente		Total	Alpha
	n	%	n	%	n	%		
Planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.	174	39,5	234	53,1	33	7,5	441	0,85
Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.	165	37,4	258	58,5	18	4,1	441	0,72
Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.	189	42,9	240	54,4	12	2,7	441	0,72
Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud utilizando criterios tendientes a garantizar una atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.	126	28,6	267	60,5	48	10,9	441	0,7
Organizar y controlar el sistema de informes o registros pertinentes a enfermería.	183	41,5	225	51,0	33	7,5	441	0,71

Establecer normas de previsión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.	147	33,3	252	57,1	42	9,5	441	0,81
Planificar, implementar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo interdisciplinario y en los niveles nacional y local.	96	21,8	261	59,2	84	19,0	441	0,73
Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.	102	23,1	270	61,2	69	15,6	441	0,78
Participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.	102	23,1	228	51,7	111	25,2	441	0,73
Asesorar sobre aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación de enfermería.	102	23,1	273	61,9	66	15,0	441	0,86
Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.	90	20,4	261	59,2	90	20,4	441	0,79

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Percepción sobre competencias relativas a la Docencia en egresados de Licenciatura en Enfermería.

Competencias relativas a la Docencia	Muy competente		Competente		Medianamente competente		Total	Alpha
	n	%	n	%	n	%		
Participar en la programación de actividades de educación sanitaria tendientes a mantener y mejorar la salud de la persona, familia y comunidad.	159	36,1	204	46,3	78	17,7	441	0,86
Planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar los programas educacionales de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades.	117	26,5	222	50,3	102	23,1	441	0,7
Participar en la formación y actualización de otros profesionales de la salud en áreas de su competencia.	126	28,6	228	51,7	87	19,7	441	0,83
Participar en comisiones examinadoras en materias específicas de enfermería, en concursos para la cobertura de puestos.	75	17,0	234	53,1	132	29,9	441	0,8
Integrar los organismos de los Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología relacionados con la formación y utilización del Recurso Humano de enfermería y los organismos técnico-administrativos del sector.	57	12,9	231	52,4	153	34,7	441	0,88

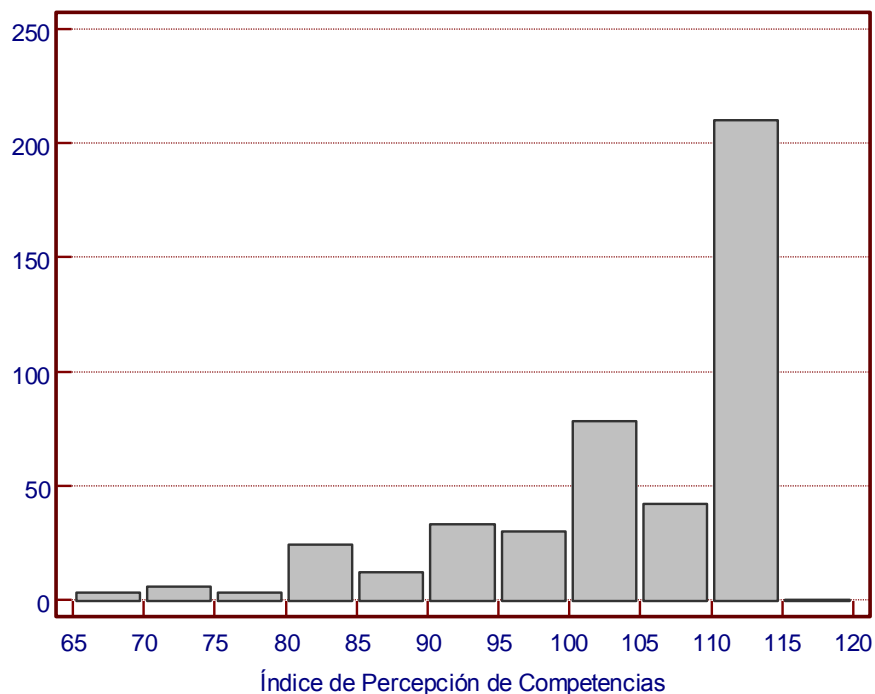
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Percepción sobre competencias relativas a la Investigación en egresados de Licenciatura en Enfermería.

Competencias relativas a la Investigación	Muy competente		Competente		Medianamente competente		Total	Alpha
	N	%	n	%	n	%		
Realizar y/o participar en investigaciones sobre temas de enfermería y de salud	129	29,3	237	53,7	75	17,0	441	0,89

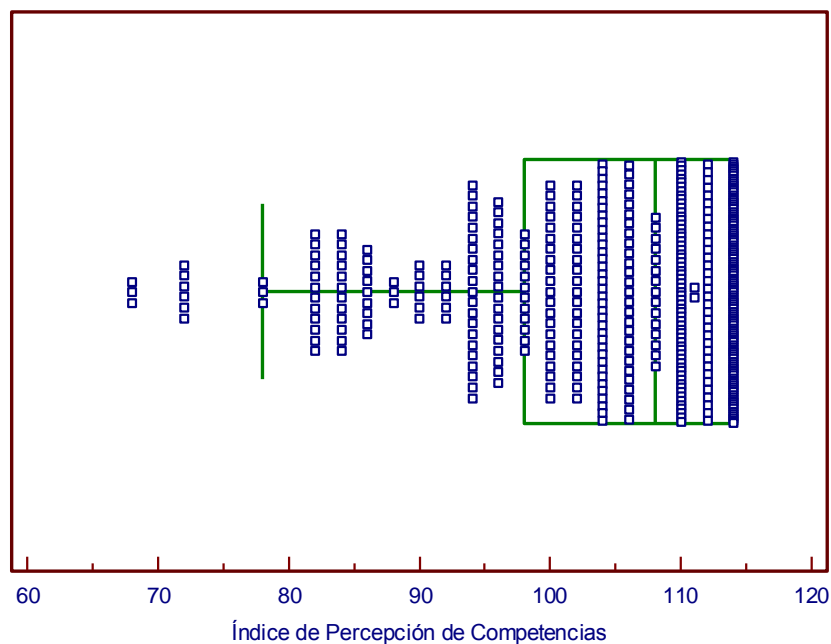
Índice de Percepción de Competencias

Figura 2. Distribución del Índice de Percepción de Competencias en egresados de Licenciatura en Enfermería.



Fuente: Elaboración propia.

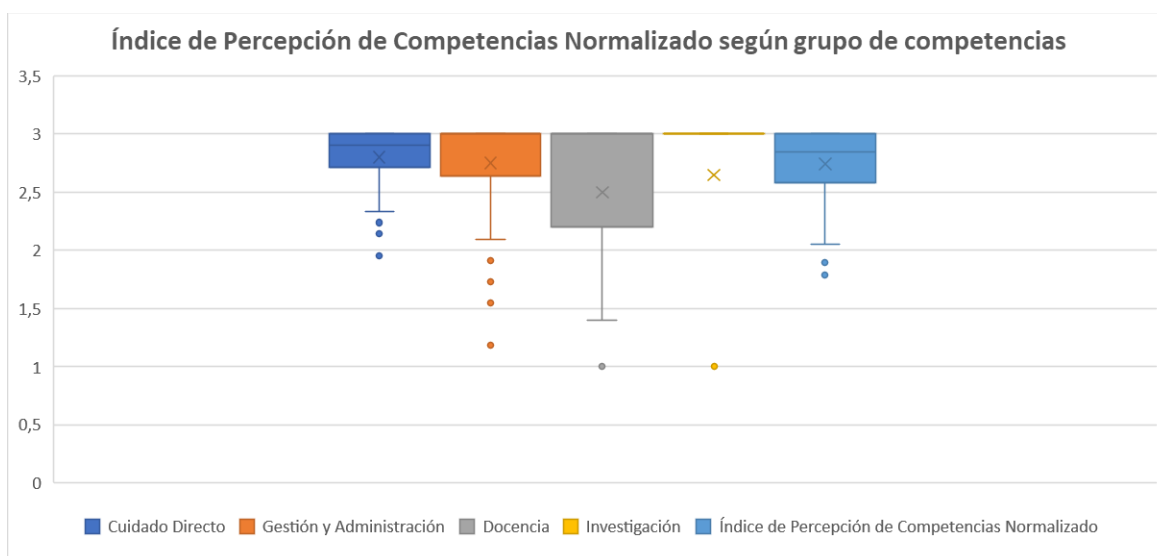
Figura 3. Distribución del Índice de Percepción de Competencias en egresados de Licenciatura en Enfermería según cuartiles.



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la variable Índice de Percepción de Competencias, se encontraron valores entre 68 y 114 puntos, una media de 104,19 con desviación estándar de 10,49 (IC 95% 103,2173 a 105,1818). Cabe destacar que el 74,8% (330) de los egresados obtuvieron valores de este índice por encima del percentil 75 (IC 95% 112,0000 a 114,0000). Al aplicar el test de Kolmogorov-Smirnov la variable rechaza la normalidad ($P < 0,0001$).

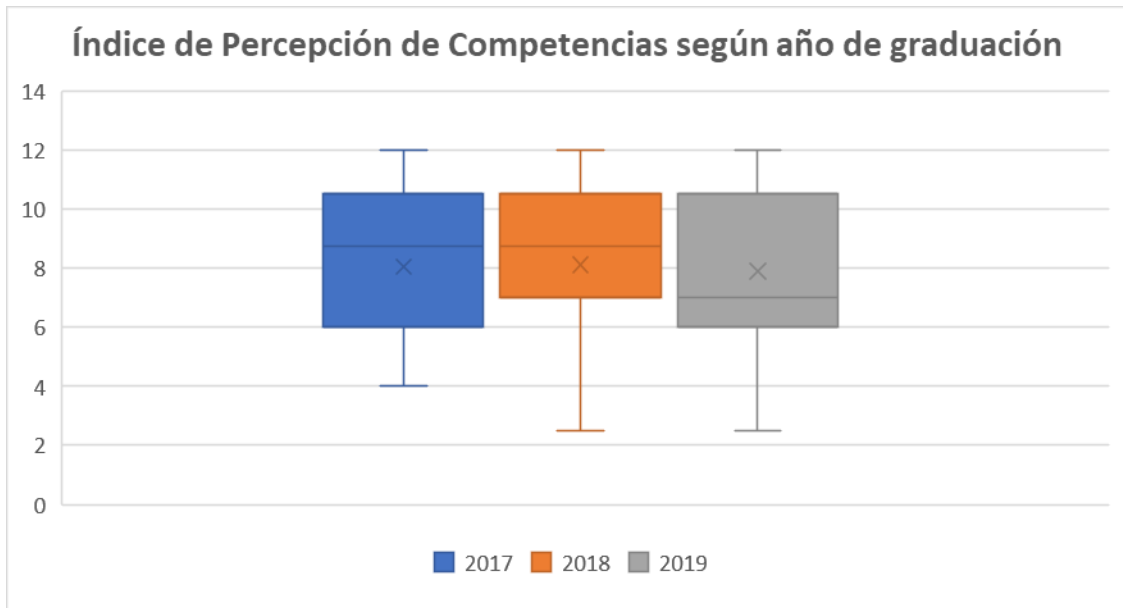
Figura 4. Distribución del Índice de Percepción de Competencias Normalizado según grupo de competencias.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados, como se muestra en la Figura 4, indican que los índices según competencias específicas se encontraron con puntuaciones mayores iguales que 2,5 puntos; y de ellos solo los de las áreas de Docencia e Investigación se encontraron por debajo del Índice de Percepción de Competencias Normalizado Global (2,74 puntos) con 2,5 y 2,65 puntos respectivamente.

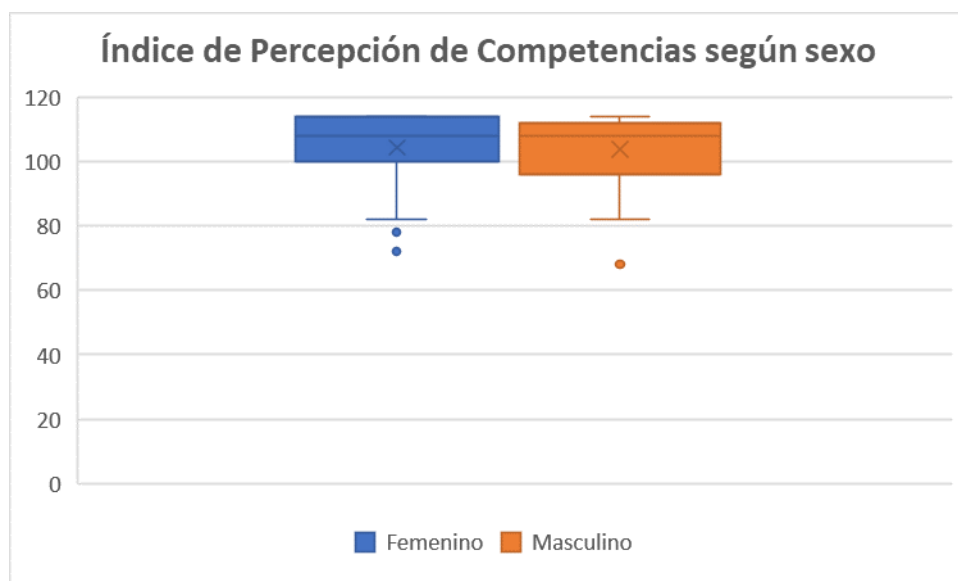
Figura 5. Distribución del Índice de Percepción de Competencias en egresados de Licenciatura en Enfermería según año de graduación.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de la gráfica inferior podemos establecer que el Índice de Percepción de Competencias promedio fue levemente superior en los graduados de 2018 (8,10 puntos) respecto a los que se recibieron en 2017 y 2019 que obtuvieron 8,05 y 7,90 respectivamente. Ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa al aplicar el test de Mann-Whitney (entre 2017 y 2018: $Z = -0,226190$, $P = 0,8211$; entre 2017 y 2019: $Z = 0,045800$, $P = 0,9635$; y entre 2018 y 2019: $Z = 0,857604$ $P = 0,3911$).

Figura 6. Distribución del Índice de Percepción de Competencias en egresados de Licenciatura en Enfermería según sexo.

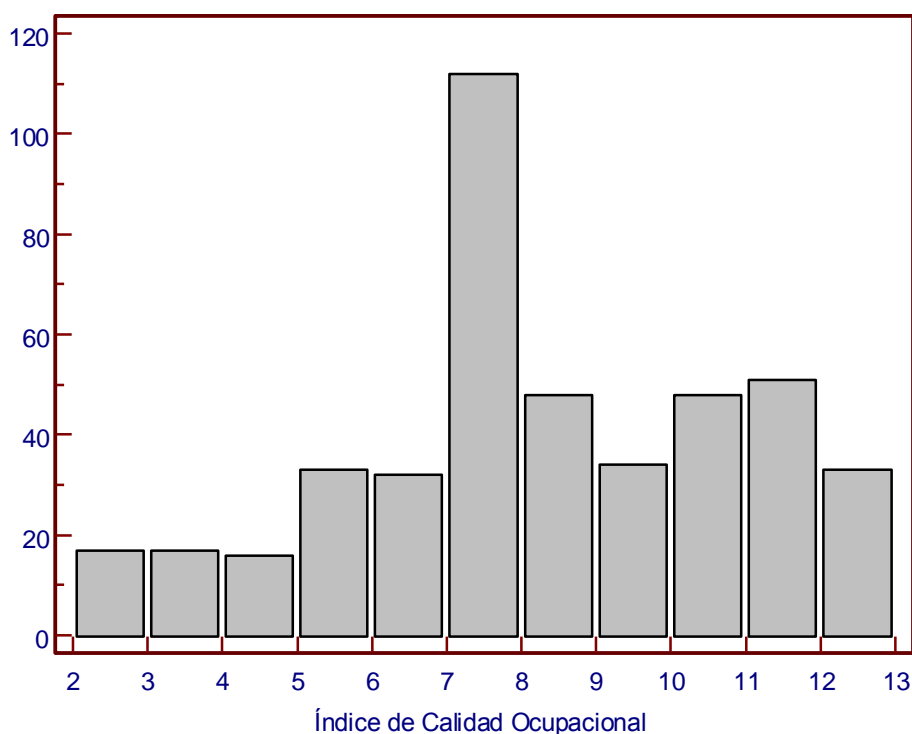


Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la figura anterior al analizar el Índice de Percepción de Competencias según el sexo, ambos tuvieron comportamiento similar, levemente superiores en el femenino (104,34 puntos) en relación al masculino (103,67 puntos). La prueba Mann-Whitney no mostró diferencias significativas entre el sexo femenino y masculino respecto a la puntuación del Índice de Percepción de Competencias ($Z = -0,750913$, $P = 0,4527$).

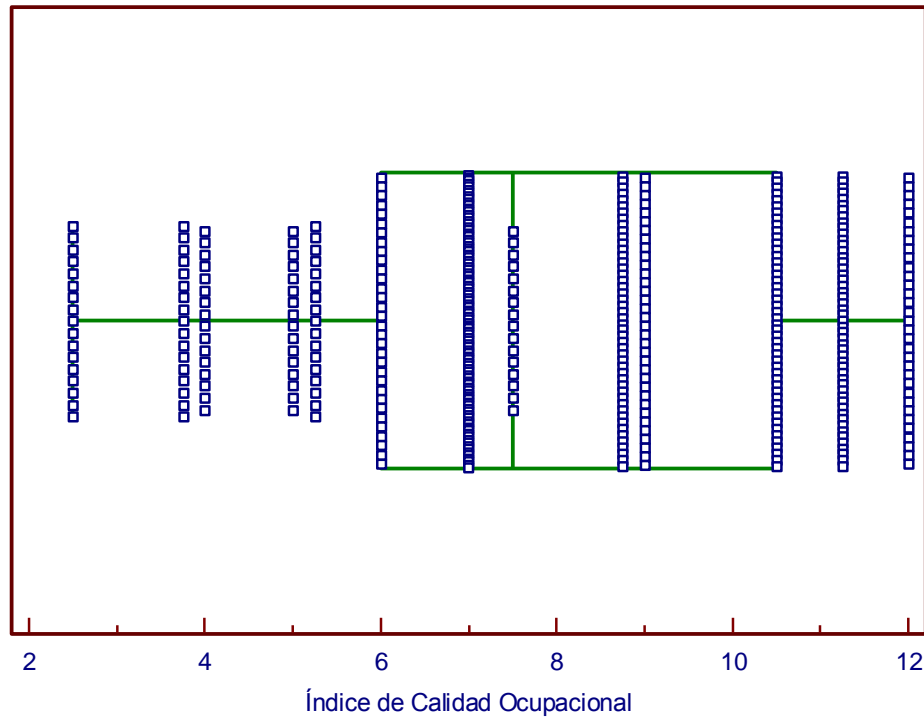
Índice de Calidad Ocupacional (ICO)

Figura 7. Distribución del Índice de Calidad Ocupacional en egresados de Licenciatura en Enfermería.



Fuente: Elaboración propia.

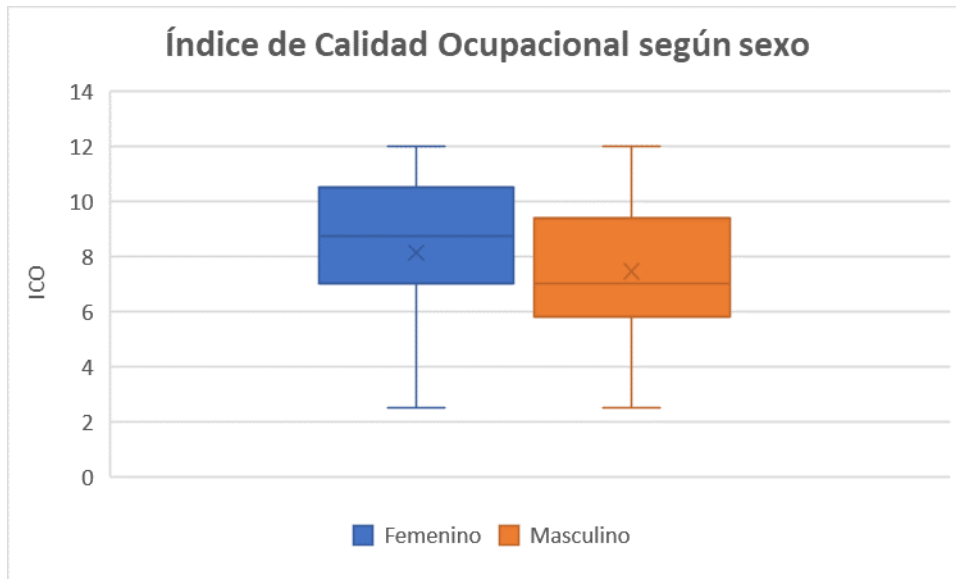
Figura 8. Distribución del Índice de Calidad Ocupacional en egresados de Licenciatura en Enfermería según cuartiles.



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la variable Índice de Calidad Ocupacional, se encontraron valores entre 2,5 y 12 puntos, una media de 7,99 con desviación estándar de 2,61 (IC 95% 7,7446 a 8,2338). El resultado más llamativo que emerge de los datos es que solo 29,9% (132) de los egresados obtuvieron valores de este índice por encima del percentil 75 (IC 95% 10,5000 a 10,5000); mientras que el 47,85% (211) se encontraban con valores por menores iguales que el 25 percentil (IC 95% 6,0000 a 7,0000). Al aplicar el test de Kolmogorov-Smirnov la variable rechaza la normalidad ($P < 0,0001$).

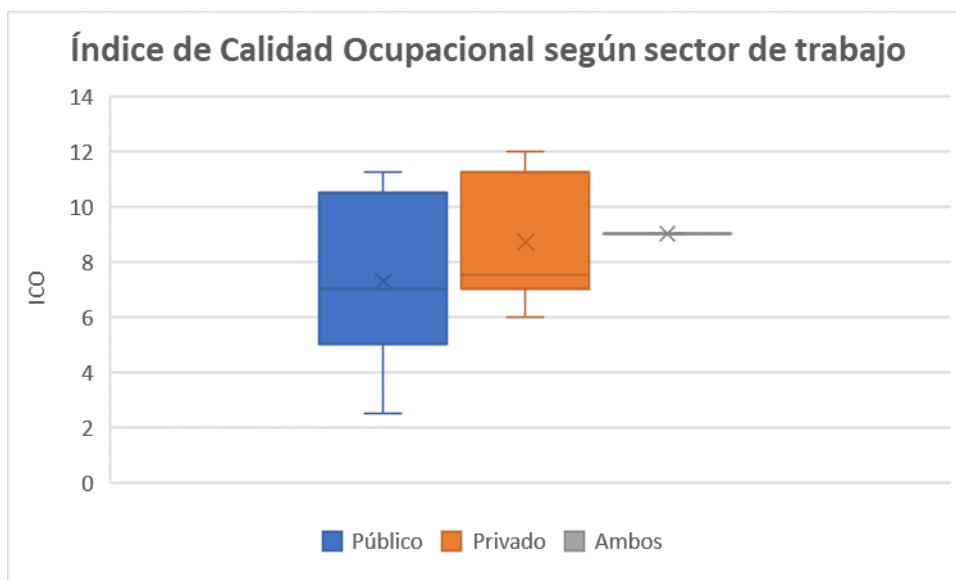
Figura 9. Distribución del Índice de Calidad Ocupacional en egresados de Licenciatura en Enfermería según sexo.



Fuente: Elaboración propia.

Las diferencias entre los valores del Índice de Calidad Ocupacional entre el sexo femenino y masculino se resaltan en la figura 9, cuyos promedios fueron 8,13 y 7,45 respectivamente, aunque con solo 0,67 puntos de diferencias al aplicar la prueba Mann-Whitney estas fueron significativas ($Z = -2,233271$, $P = 0,0255$).

Figura 10. Distribución del Índice de Calidad Ocupacional en egresados de Licenciatura en Enfermería según sector de trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

Los valores del Índice de Calidad Ocupacional en los egresados que se desempeñaban en el sector privado (8,71 puntos) fueron mayores que los del público (7,29 puntos), valores estadísticamente significativos con $Z = 5,778766$ y $P < 0,0001$). Si bien se encontraron diferencias significativas entre los que trabajaban en instituciones públicas y ambos ($Z = 2,955127$, $P = 0,0031$), mientras que entre el privado y ambos no fue significativa ($Z = 1,569144$, $P = 0,1166$); la serie de datos correspondientes a los que trabajaban en ambos tipos de instituciones merecen la pena ser examinadas en mayor detalle dado que solo estuvo compuesta por 17 egresados, es por ello que para su análisis nos concentraremos en las diferencias entre el sector público y privado.

Análisis de Estadístico de otros factores

Al aplicar análisis estadístico inferencial con la finalidad de encontrar relaciones entre los índices y diversos factores no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre:

- El Índice de Percepción de Competencias y la Edad ($r = 0,0485$; $P=0,3094$).
- El Índice de Calidad Ocupacional y la Edad ($r = 0,0464$; $P=0,3308$).
- El Índice de Calidad Ocupacional y del Índice de Percepción de Competencias ($r = - 0,0112$; $P=0,8141$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El sexo que predomina en la muestra estudiada es el femenino con un 79,6% contra un 30% que pertenece al sexo masculino. Estudios como los de Cardoso et al (2016) y Pinto & Nunes (2018) describieron que su población estuvo constituida por un 89,7% y 73% de féminas respectivamente; en sintonía con estos datos Barbosa et al. (2019) y Ortega et al. (2015) reportaron que la mayor parte de los participantes era de sexo femenino. Esta variable pueda estar relacionado con que la población en general de enfermería, cultural e históricamente son mujeres.

Si bien predominó el rango de edades entre 32 y 40 años, la media de las edades general de los egresados fue de 41,6 años con una desviación típica de 8,83 años, valores extremos de 24 y 62 años.

Barbosa et al. (2019) por su parte reportó una población joven con un promedio de edad de 29,62 años. En su tesis de doctorado presentada en la Universitat Rovira i Virgili, Bonasa Jiménez (2016) encontró en un estudio en egresados españoles un promedio de edad de 21,3 años con una desviación estándar de 5,64 y en un intervalo de 18 a 44 años, cifras más bajas que las encontradas en este estudio.

Para García Bañón et al. (2004) la Enfermería, desde sus inicios, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina; y afirma que desde 1860, cuando Florence Nigthingale cambia la enfermería de una actividad totalmente doméstica a un nivel de profesión, hasta nuestros días, la función de las enfermeras en las instituciones de salud obedece al estereotipo del género femenino.

Los datos obtenidos por Ortega et al. (2015) con 40 años como media son más parecido a nuestro estudio, este autor también consideró que su población era muy homogénea respecto a la edad, donde el 95% de los sujetos encuestados se encuentran en un rango de unos 10 años respecto a la edad media de la población.

Resulta llamativo que más del 50% de los graduados están por encima de los 40 años. Autores como Badel (2016) afirman que hay una preocupación en común entre todas las personas que están en proceso de transición de carrera: la edad

para reubicarse y recomenzar en un nuevo empleo, pasados los 40 años de edad. El autor plantea que, si bien cada persona es distinta y no se trata de mezclar edades, formación o experiencias, pero, en términos generales, la incertidumbre que manifiestan quienes han pasado los 40, es que temen sentirse obsoletos en un mundo muy dinámico. Hoy, más que nunca, las empresas buscan personas capaces de crear valor. Tus conocimientos, cualidades y sobre todo, la capacidad de adaptación, son valores deseables, sin importar la edad. En el marco del análisis de la segmentación del empleo argentino, Manzano (2017) indagó respecto a los comportamientos de las categorías ocupacionales según la edad de los trabajadores y trabajadoras y afirma que la relación entre el crecimiento económico y el comportamiento del mercado de trabajo no es para nada determinística en Argentina, donde la estructura de los ocupados concentró aproximadamente el 66% entre los 26 y 55 años.

Se observó un incremento en el número de graduados por año. Es importante resaltar que un aumento de los graduados en el período estudiado contribuye a disminuir la escasez de este tipo de profesionales, sobre todo en nuestro país, la donde necesidad de contar con enfermeros es aún mayor.

En 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó a formar más profesionales en América Latina y el Caribe por lo que supone un obstáculo para que todas las personas de la región tengan acceso y cobertura universal de salud. Por otro lado, un informe de 2018 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado “Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas”, reveló que Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante, con 4,24 cada 10 mil personas, sólo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití. Chile es el mejor posicionado de Latinoamérica con 22, seguido de Uruguay (18,9), Paraguay (14,6), Brasil (7,1) y Bolivia (5,1). En tanto, Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4) son los que mantienen la mayor proporción de todo el continente (Cassiani et al., 2018).

El Ministerio de Educación de la Nación, a través del INET (Instituto Nacional de Educación Tecnológica) y la Secretaria de Políticas Universitarias, en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, han desarrollado el Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE), creado por Resolución N° 209/16 del Consejo Federal de Educación, con el objetivo principal de promover, optimizar y formar enfermeras/os que aporten a la resolución de los problemas de salud y

cooperen en la transformación de los servicios ofreciendo cuidados de calidad, para mejorar el estado de salud de la población y contribuir al desarrollo humano (Ministerio de Educación de la Nación, 2018).

Por ello es necesario no solo consolidar la formación a través del conocimiento de contenidos, sino también inculcar, durante el proceso formativo, capacidades, actitudes y aptitudes que permitan generar un profesional de alta capacitación técnica que, también, tenga compromiso social y capacidad de liderazgo.

Estas definiciones implican cambios, en algunos aspectos culturales, al interior de las instituciones formadoras: Brindar una formación integral que aporte una visión más amplia que las implicancias directas de su labor diaria. Asegurando durante su proceso formativo, la realización de las prácticas necesarias, tanto dentro como fuera de la institución formadora, lo cual implica la necesidad de la realización de acuerdos entre instituciones educativas y los prestadores de salud para que estas prácticas cumplan con la finalidad de formación que se prevé en los planes de estudio (*Resolución N° 209/16*, 2016, p. 16).

El PRONAFE como política educativa gubernamental podría estar incidiendo de forma positiva en el aumento del número de egresados, siendo su primer objetivo “Aumentar la matrícula y mejorar los Indicadores Académicos de las instituciones formadoras” (*Resolución N° 209/16*, 2016, p. 16). De igual forma se deben tener en cuenta otros aspectos como el incremento de la matrícula anual, así como del número de docentes y escenarios.

Cruz & Crespo (2016) para la percepción del nivel de competencias en relación con el entorno de aprendizaje práctico en 33 estudiantes de enfermería del último ciclo de Facultad de Enfermería de Universidad de la República y Universidad Católica del Uruguay; del total de estudiantes trabajadores, el 40,9 % se desempeña en instituciones privadas, el 36,4% en sector público y el restante porcentaje en ambos sectores (22,7%). El 81,8% poseen contrato titular y el 18,2% contrato suplente. En la presente investigación se observaron cifras que presentaban la misma regularidad con un 51,7% de egresados trabajando en el sector privado, un 44,4% en el público y 3,9% en ambos sectores.

El 74,8% (330) de los egresados obtuvieron valores del Índice de Percepción de Competencias por encima del percentil 75 (IC 95% 112,0000 a 114,0000). Estos resultados han reforzado nuestro punto de vista sobre el entorno donde tiene

lugar su proceso formativo, lo que permite identificar déficits del aprendizaje y recomendar los planes de estudios a las necesidades formativas de los estudiantes, a fin de garantizar el éxito como profesionales ante las futuras demandas del contexto laboral.

Torres Esperón & Urbina Laza (2006) plantean que desde el punto de vista conceptual existe una estrecha relación entre competencias, perfil y funciones y para lograr una correspondencia entre estos se debe antes de identificar las competencias, establecer el perfil profesional y verificar en la práctica las funciones. La relación de funciones, competencias y habilidades que se presenta en este artículo tiene un enfoque integral y responde al encargo social de la enfermería en el país y a las perspectivas nacionales del sistema de salud.

Profundizar sobre el significado y el contenido de cada dominio y elemento competencial puede contribuir a aportar luz al debate nacional sobre las competencias de enfermería, teniendo en cuenta que las competencias no son estancas y definitivas en el tiempo, sino que deben revisarse y actualizarse periódicamente como respuesta a las innovaciones de la ciencia y a las demandas de la sociedad.

La ampliación de competencias asistenciales en la fase de formación del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario es probablemente innecesaria si se permite el pleno desarrollo de las competencias definidas y se reconoce a nivel jurídico-legal el área de responsabilidad y de corresponsabilidad para la toma de decisiones en la práctica clínica. Las disciplinas científicas de la salud trabajan hoy en día en redes de conocimiento, buscando la complementariedad competencial y promoviendo dinámicas de trabajo en equipo que contemplen el respeto a la aportación específica de cada grupo profesional. Como afirma Benner, “mucho debemos aprender y valorar en el momento en que los profesionales de enfermería asistenciales desvelan los significados comunes adquiridos como resultado de su preparación, de su ayuda y de su contribución y participación en los episodios genuinamente humanos que integran el arte y la ciencia enfermera” (Juvé Udina et al., 2007).

Gómez (1990) desarrolló una serie de estudios acerca de la problemática de la educación superior y el mercado de trabajo. En este marco ha llevado a cabo una encuesta a una muestra de 1149 graduados universitarios recientes (no menor a 5 años de egresados) sobre diversos tópicos relativos a su formación

de grado y su inserción profesional y laboral. El estudio contempló egresados de las siguientes instituciones: Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional del Sur, Universidad Nacional de Río Cuarto, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Universidad Nacional de Quilmes, Universidad Nacional de San Juan, Universidad de Buenos Aires-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, y Universidad Nacional de Córdoba, además de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Se encuestó a 1149 egresados de 11 universidades de Argentina sobre el proceso de inserción laboral, el 8,4% (96 egresados) correspondieron a las carreras “paramédicas”, de ellos el 37,5% (36 egresados) eran licenciados en enfermería. Este autor plantea que los nuevos modelos productivos impactan sobre los patrones de utilización de la fuerza de trabajo en una forma muy visible, especialmente con relación al tipo de calificaciones, saberes, destrezas, habilidades, información, actitudes, y atributos de personalidad que se vuelcan en el proceso productivo. Estas nuevas formas de utilización de la fuerza de trabajo tendrían importantes efectos sobre el mercado de trabajo y especialmente sobre la consideración de los atributos educativos o de las credenciales formales de los trabajadores, de allí la relevancia excluyente que tiene la vinculación entre el sistema educativo y el productivo y entre la educación y el trabajo.

Cruz & Crespo (2016) describieron que los estudiantes de último ciclo de Licenciatura en dos Facultades de Enfermería en Uruguay tenían un muy buen nivel de competencias, de manera general, la puntuación osciló en 76,97 (valores entre 75-100: muy bueno), con una mediana de 80,42 y desviación típica de 18,16. Si bien los instrumentos aplicados son similares, salvando las diferencias, podrían afirmarse que los resultados encontrados fueron similares a los valores encontrado en el Índice de Percepción de Competencias en los egresados objeto de estudio.

Los resultados de este estudio muestran que los estudiantes percibían la mayor preparación en las competencias relacionadas al Cuidado Directo, con 2,80 puntos en el Índice de Percepción de Competencias Normalizado, por encima del Índice General (2,74 puntos), cabe destacar que los resultados obtenidos en

esta esfera son superiores al resto (Administración y Gestión, Docencia, e Investigación).

Estos resultados son de esperar dado que el cuidado directo del paciente es la base fundamental de la Enfermería como profesión, es por ello que los docentes deben seleccionar las estrategias más apropiadas para que el aprendiz adquiera la habilidad y destreza propias del ejercicio profesional.

En este sentido Pinto (2006) afirma que:

“La Enfermería es un grupo social que cumple con 2 tareas primordiales: el cuidado de los pacientes y la enseñanza de la Enfermería, con un compromiso moral con las necesidades de la sociedad que requiere una constancia en los esfuerzos del autodesarrollo, para que este grupo sea honrado en forma rápida y excelente” (p. 121).

Respecto a las herramientas o estrategias pedagógicas Mantilla-Pastrana & Gutiérrez-Agudelo (2013) en un estudio en universidades colombianas concluyen que para la enseñanza del cuidado, deben favorecer el acercamiento entre la teoría y la práctica, haciendo un mayor uso en aquellas que incrementan la visibilidad del conocimiento de Enfermería para dar solución a los fenómenos propios de la disciplina, tales como las situaciones de Enfermería, donde el profesional aplica un plan de cuidados con todo el rigor científico a diferencia del estudio de caso, que permite analizar la evaluación cualitativa desde el área médica, pero de forma coincidente en las dos universidades la de mayor uso es el estudio de caso.

Del estudio de Casanovas et al. (2004) los resultados de interés extraídos se corresponden con que el 97,1% de los graduados contestó que la formación global recibida durante la carrera le resultó útil para ejercer como enfermera generalista. La formación específica en conocimientos, habilidades técnicas y relaciones interpersonales para el ejercicio de la profesión les han resultado suficientes: los conocimientos en un 85,5%, las habilidades técnicas en un 75,4% y las relaciones interpersonales en un 91,3%. En referencia si creen que están suficientemente preparados para el trabajo para el que han sido contratados, el 69,1% contestó que sí, mientras que el 27,9% indicó lo contrario. Al preguntar a estos últimos qué pensaban que deberían hacer para mejorar su preparación, el 71,4% contestó que deberían seguir formación especializada. Respecto a esta pregunta, sólo una persona opinó que precisaría hacer más prácticas. A la

pregunta de en qué porcentaje coincidía lo que se les exige como enfermeras laboralmente y la formación recibida durante la carrera, el 55,9% consideró que existe una coincidencia de entre el 50 y el 70%, y el 35,3% opinó que superaba el 70%. El 81,4% de los graduados sujetos de estudio opinó que el grado de satisfacción respecto a la formación recibida es alto, el 18,6% que es medio, y nadie opinó que fuera bajo.

Un aspecto que destaca en el estudio es que la diferencia de adecuación entre la formación recibida y los requerimientos del lugar de trabajo aumenta cuando el recién graduado trabaja en áreas de mayor especialización.

Según Vidal Ledo et al. (2016) la educación basada en competencias requiere entonces, de un estudio científico del encargo social que tiene la universidad, las necesidades de la población y de la concepción en el diseño de los entornos, de los estándares o normas laborales que rigen en los escenarios donde el estudiante se va a formar y finalmente a desempeñarse.

Este estudio arroja resultados que subrayan las conclusiones obtenidas en gran parte del análisis realizado por los autores anteriores, los que afirman que la educación basada en competencias promueve herramientas y soluciones para los docentes en el contexto de un aprendizaje activo, interdisciplinario e integral, en un mundo en constante cambio, que responda a las necesidades del contexto, como la construcción de mecanismos para comparar, relacionar, seleccionar, evaluar y escoger información adecuada, enfrentar nuevos lenguajes científicos y tecnológicos; resolver problemas complejos, por lo cual ha de ser un proceso abierto y flexible de desarrollo de aptitudes laborales donde, a partir de su identificación y normalización, se establecen los diseños curriculares, que posibilitan garantizar un desempeño laboral más efectivo y pertinente en correspondencia con las necesidades de la población y no solo con las del mundo laboral.

Emanuel & Cross (2012) en un estudio en la University of Wolverhampton en Reino Unido informan sobre el uso de casos como herramienta de aprendizaje para mejorar el conocimiento de los estudiantes en el cuidado en el ictus. En este sentido el 87% de los estudiantes compararon mejor los casos que las clases tradicionales, se habían sentido motivados para leer sobre el tema del ictus, mayor afinidad con su estilo de aprendizaje, aumentaba su conocimiento sobre el ictus, percibían que habían alcanzado sus resultados de aprendizaje.

Los hallazgos de estos autores confirman la asociación entre la prevalencia y la complejidad de ciertas enfermedades y su potencial para desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el cuidado de un paciente que ha sufrido dicho proceso como un aspecto necesario en la formación de los futuros profesionales de enfermería.

Uno de los aspectos que distingue la atención en salud es el trabajo en equipo y de la colaboración, de la atención centrada en el paciente, del cuidado espiritual y de la profesionalidad. Lindemulder et al. (2018) observaron un aumento de la capacidad autoevaluada de las estudiantes de Ciencias de la Enfermería para ejecutar estas competencias de educación de calidad y seguridad para enfermeras concretas después de participar en el proyecto de simulación de fin de vida, los estudiantes identificaron el trabajo en equipo y la colaboración como factores importantes para poder trabajar más eficazmente ($M = 0,917$, $DE = 1,228$, $t(35) = 4,48$, $p = 0,0001$).

Entre las cuestiones que surgen del análisis realizado podemos mencionar la coordinación entre las instituciones sanitarias y académicas para facilitar un proceso de formación práctica acorde con los objetivos académicos y las competencias requeridas a las enfermeras por la sociedad; asumiendo los docentes a cargo de las actividades prácticas y tutores una gran responsabilidad con insuficiente orientación, coordinación y seguimiento. Esto genera una alta variabilidad de la docencia práctica y una heterogénea formación clínica de los estudiantes.

Una de las funciones esenciales de la enfermera/o es la participación en políticas de salud y en gestión de los sistemas de salud. Para Fuentes et al. (2014) la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería; se debe gestionar para cuidar, no existir solo para gestionar.

La puntuación media del Índice de Percepción de Competencias Normalizado para el área de Gestión y Administración fue de 2,75 puntos, cifra por encima del promedio general (Índice de Percepción de Competencias Normalizado General 2,74 puntos); ello refleja la importancia que reviste esta área para los futuros profesionales.

El gerente de enfermería ha asumido actualmente un importante papel en los servicios de salud, sobre todo en el ámbito hospitalario, ya que es el responsable de la gestión de los servicios con el objetivo de obtener una atención de calidad (P. Oliveira & Kowal, 2011).

El saber gerencial representa un eje conductor para buscar el desarrollo profesional de enfermería, basados no solo en construcciones idealistas, elaboradas en la teoría, sino a través de la problematización, las reflexiones y los estudios realizados (Resck & Gomes, 2008).

El análisis de los hallazgos del estudio de Vega (2012) respecto a identificar las temáticas de administración-gestión o gerencia que se imparten actualmente en programas de enfermería en Latinoamérica, respecto a las 24 asignaturas analizadas de diferentes centros de enseñanza, el 77 %, consignan objetivos de tipo informativo (conocer, comprender y aplicar) y de tipo formativo (intelectual, humano, social y profesional) y 7 asignaturas, 23 %, consignan competencias del saber, saber hacer, saber estar y saber ser; en esta última categoría no se explicitan claramente. En cuanto a la formulación de competencias, se observa claramente lo esperado en lo técnico y metodológico, no así en lo personal y la participación con el otro; se tiene que hacer una lectura entre líneas de este componente para asignarlo puesto que no se describe explícitamente.

La gestión del cuidado da como resultado la optimización de recursos con el objeto de proporcionar un cuidado profesional de carácter científico, técnico y humano que influye en el mantenimiento o recuperación de la salud, en la reducción de costos de atención en las instituciones, en el compromiso social de velar por el desarrollo humano y en el liderazgo profesional. La contribución de la enfermera gestora es única, representa una fuerza indispensable para asegurar los servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de óptima utilización de recursos disponibles. La enfermera gestora se enfrenta a un gran desafío, al ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas contrariedades y que presenta diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a mantener el cuidado de las personas que viven experiencias de salud (Benjumea & La, 2010).

Lizet Veliz et al. (2012) afirma que la gestión del cuidado plantea a la enfermería un desafío, ya que debe considerar aspectos cuantitativos, como son la categorización, la planificación, la gestión de unidades de atención, entre otros,

pero con una mirada transformadora, que permita entregar cuidados integrales, basados en aspectos humanistas. Solo así la enfermería gobernará su espacio propio insertándose en el ámbito sanitario como una profesión autónoma.

Se reconoce a la gestión como un importante ámbito del quehacer de enfermería, tanto para el desarrollo profesional como para favorecer su autonomía, sin embargo, la enfermería se debe centrar en el cuidado de las personas y la gestión de éste es una herramienta para la mejora de los cuidados, no el centro de la profesión. Algunos alertan que, sin desconocer la importancia de los procesos de gerencia, al asumir estas funciones, el tiempo de contacto directo con los pacientes se hace más corto, lo cual desdibuja el rol de enfermería en los servicios. Así, las tareas administrativas han hecho que los cuidados de enfermería queden en manos del profesional auxiliar y técnico, lo que se convierte en una limitante a la hora de planear el quehacer (Moreno-Fergusson, 2009).

Otros autores postulan que en el contexto del cuidado se ve amenazado por una lógica de eficiencia y de productividad que aleja a los profesionales de enfermería del usuario y sus familias, centrando sus esfuerzos en el diligenciamiento de los registros clínicos, en la facturación y en los costos de sus acciones con escasa sistematización del impacto del cuidado (Roldan, 2006). Se puntualiza que la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes (Vasquez & Andrea, 2010).

Jeans & Rowat (2005) llevaron a cabo un estudio para identificar las habilidades, los atributos personales y el conocimiento requerido para la gestión de enfermería en Canadá en 563 enfermeros y enfermeras a través de una encuesta. Los ejecutivos de enfermería y las enfermeras gestoras eligieron las mismas cinco competencias de gestión como las más importantes: 1) rendición de cuentas del ejercicio profesional, 2) comunicación (verbal), 3) trabajo en equipo, 4) habilidades de liderazgo y 5) resolución de conflictos. A su vez, el personal de enfermería selecciona las cuatro primeras competencias antes descritas y agrega las relacionadas con cuestiones jurídicas y éticas. Entre las competencias menos importantes a nivel ejecutivo se encuentran: marketing, gestión de sistemas de información, la alfabetización informática y la planificación estratégica. Mientras que las enfermeras gestoras y clínicas,

además del marketing y la gestión de sistemas de información, agregan la competencia docente, la experiencia clínica y la gestión de proyectos.

En Chile el estudio de Robles et al. (2007), que valida una estructura de cuidados de enfermería, identifica un conjunto de acciones de gestión y administración y los clasifica en la dimensión de cuidados indirectos, después de las dimensiones de cuidados universales y terapéuticos. Los cuidados indirectos son acciones que apoyan la eficacia de las intervenciones directas de enfermería que se realizan lejos del usuario pero dirigidas a su beneficio. Incluyen acciones de cuidado dirigidas al ambiente y la colaboración interdisciplinaria. En el mismo estudio, al revisar los tiempos totales invertidos en cuidados indirectos se observa que corresponden al 26 %, es decir, al tercer lugar después de cuidados universales y terapéuticos, lo que refuerza la concepción de que la gestión y el liderazgo ocupan un lugar complementario al rol de cuidado que tiene la enfermera/o.

En el estudio realizado en estudiantes avanzados de enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado en Venezuela, Giménez (2017) afirma que la mayoría de los futuros egresados de enfermería carecen de conocimiento sobre gerencia, es decir, carecen de preparación administrativa. Existe un nivel alto de aceptación del trabajo ejecutado, sin embargo, su debilidad es la falta de estudios que proyecten la administración de enfermería en el tiempo, tanto a corto, mediano como a largo plazo. La mayoría del personal de enfermería, se deben capacitar por su cuenta en el área gerencial lo que limita proyección de una gerencia eficaz y eficiente.

Este autor plantea que hay pertinencia de la enseñanza universitaria con la gerencia prospectiva por lo que no existen escenarios futuros ya que no se considera la sistematización del ejercicio profesional y los criterios de formación no se basan en estadísticas ni en proyecciones pues están formados de manera tradicional (Giménez, 2017). Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro estudio difieren de estas conclusiones.

El resultado más llamativo que emerge a analizar los valores del Índice de Percepción de Competencias Normalizado para las esferas de Docencia e Investigación con 2,50 y 2,65 puntos respectivamente, ambos por debajo del Índice Normalizado Global con 2,74 puntos.

Los datos parecen apoyar la hipótesis que sustentan diversos estudios procedentes de Cuba (Pelegrino de la Vega & Batista Robles, 2019; Sánchez Ortiz et al., 2018), Costa Rica (Acón Hernández et al., 2015), Perú (Ochoa-Vigo et al., 2016), Chile (Orellana Y & Sanhueza A, 2011), Uruguay (M. C. de-Souza-Cruz & Mariscal-Crespo, 2016) y México (Moreno Tello et al., 2013) que muestran resultados bajos en cuanto al nivel de preparación de estudiantes de pregrado hacia la docencia y la investigación. Al mismo tiempo, encuentran actitudes negativas y poco interés por las mismas.

Aunque hay diferencias en el desarrollo de la investigación en Enfermería en diferentes países, en América Latina existe el acuerdo de que es importante que cada país genere conocimientos para la práctica de Enfermería, se promueva la práctica basada en evidencia y resultados de investigaciones. Existen países donde las enfermeras no están involucradas en la investigación; mientras, en otros, la investigación en enfermería se está empezando a desarrollar. Esta área del desarrollo profesional deberá ser potenciada en las naciones que más lo necesiten para lograr resolver las contradicciones que se generan en el ejercicio de la profesión, mejorar la calidad de la atención y así contribuir a alcanzar estándares superiores en la calidad de vida de la población (Aguirre Raya, 2011). En Argentina, a pesar de la existencia de un sistema nacional de investigación en salud, comités de investigación en instituciones sanitarias, estrategias para la vinculación de graduados a centros de investigación, y becas de formación de maestrías y doctorados, se identifica una baja participación de licenciados en enfermería, esto se encuentra en congruencia con los resultados obtenidos, dado que para la inserción en el área de investigación se debería tener una alta preparación en esta competencia, sin embargo, no fue el objeto de estudio (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1973, 2001; Ministerio de Salud, 2002; Sarthou, 2018).

La introducción de nuevos diseños y estrategias metodológicas encaminadas a vertebrar las asignaturas hacia las competencias finales del estudiante de enfermería, hace cada vez más necesaria su exhaustiva definición y su concreción operativa en los objetivos de aprendizaje. Estos objetivos establecen las características de la acción del discente, e instituyen el nivel de competencia exigible en el programa diseñado. Se añade así a la tarea docente la búsqueda, la selección y el análisis de los objetivos por cada temario, asignatura y materia,

de manera longitudinal y transversal, siendo imprescindible destinar más tiempo para poder organizar los contenidos y las materias a partir de esta nueva configuración. Por todo ello, será necesario el trabajo en equipo de los profesionales encargados de la formación, además de destinar, por parte de las escuelas de enfermería, más recursos para poder hacer frente al reto de formar a las enfermeras y enfermeros competentes que la sociedad demanda (Falcó Pegueroles, 2004, p.45).

Cuando se analiza la situación de la educación superior y la calidad de la enseñanza que en ellas se imparte, se hace referencia a la competencia de los docentes como factor esencial para su mejora; pero pocas veces se analiza de manera crítica la situación de la formación disciplinar que se recibe (Oviedo Duque, 2014). Es por ello que resulta de suma importancia el desarrollo de habilidades y competencias docentes en los educandos con la finalidad de prepararlos para su futura vida profesional, dado que los profesionales de la salud, y específicamente los enfermeros y enfermeras son docentes por excelencia.

Los resultados que Pelegrino de la Vega & Batista Robles (2019) obtuvieron en una estrategia educativa para desarrollar capacidades pedagógicas en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, planteaban que los “alumnos ayudantes” (estudiantes que se vinculan a la docencia desde el pregrado) son estudiantes de alto aprovechamiento docente, previamente seleccionados en las carreras, que se distinguen por mostrar ritmos de asimilación más rápidos, aptitudes favorables para el aprendizaje y para la investigación científica o el trabajo de desarrollo técnico. Estos estudiantes serán capaces de realizar tareas complementarias a su plan de estudio, con el propósito de formarlos como profesores o futuros investigadores, y así contribuir a satisfacer las necesidades de las universidades y de los centros de investigación científica. Estas autoras plantean que la asignatura Enfermería Ginecobstétrica ha desarrollado un trabajo intencional con estos alumnos, pero aún no se alcanzan los resultados esperados, es por eso que el colectivo de la asignatura se ha propuesto incentivar el protagonismo de estos estudiantes con tareas específicas que desarrollen su capacidad investigativa y se alcancen resultados de impacto investigativo y pedagógico.

Pelegrino de la Vega & Batista Robles (2019) a su vez recomiendan el desarrollo de los talleres, constituyen la base teórico-metodológica fundamental del resto de las acciones que conforman la estrategia, pues está dotado de la teoría básica para la preparación necesaria que deben llevar a la práctica los alumnos ayudantes en su desempeño, en estas modalidades de superación, se tienen presentes todos los recursos necesarios para que sus contenidos sean asequibles y constituyan un punto de partida seguro para la elevación del nivel de preparación.

Los presentes hallazgos parecen ser consistentes con los que otras investigaciones como Fajardo Tornés & Sánchez García (2010) los cuales plantean que el dominio real de los conocimientos acerca de la didáctica se produce cuando los estudiantes puedan utilizarlos libremente al ejecutar tareas teóricas o prácticas. La aplicación de los conocimientos sobre didáctica en una u otra forma ocurre a través de todo el proceso docente, para aproximar el proceso docente a la vida es indispensable realizar actividades de aplicación de conocimientos. El estudiante debe adentrarse, de forma cada vez más independiente, en las tareas planteadas, lograr la combinación armónica de la actividad docente y la práctica. Los autores refieren que la formación didáctica de los alumnos no está aparejada a la formación científico-investigativa y ética debido a las insuficiencias en el trabajo del tutor en este sentido.

Varios autores han señalado que en el plan de estudio de la carrera de ciencias de la salud no están diseñadas acciones que contribuyan a la preparación pedagógica y que permitan desarrollar habilidades para desempeñar la función docente concebida dentro del perfil profesional del médico general básico. Proponen como estrategia la impartición de cursos extracurriculares sobre elementos de pedagogía y metodología de la enseñanza superior para estos estudiantes, así como la preparación pedagógica de estos en los respectivos departamentos, a través de los planes de formación específicos que contribuyan al trabajo docente-metodológico. Dicha preparación debe realizarse de forma escalonada, teniendo en cuenta la etapa por la cual se transita, con tareas en orden de complejidad creciente (Cabrera Chaviano et al., 2018; Hernández-Negrín et al., 2018; Jiménez Puñales et al., 2017).

La competencia de investigación fue evaluada por Harrison et al. (2005) y calificada como indispensable para el desarrollo profesional por las enfermeras

con grado de jefatura en el 90,2% de los casos, y para las enfermeras clínicas en el 84%, difiriendo con lo encontrado en el año 2005, en un estudio latinoamericano que evaluó la importancia de la investigación en los diferentes niveles de formación de la enfermera, en donde el 73% de las competencias para el nivel de licenciatura sugieren que las encuestadas percibieron estas aptitudes como apropiadas pero no esenciales, publicación que difiere con los datos de la presente investigación, por la diferencia en objetivos y metodologías, sin embargo resultan interesantes.

Aceituno et al. (1998) en un estudio realizado en Colima, México, identificó que los universitarios de enfermería tienen una opinión desfavorable sobre la investigación y que ésta no forma parte de su identidad.

En un estudio realizado en estudiantes de 6º nivel del Programa de Enfermería de la Universidad del Tolima en Colombia, Fajardo-Ramos et al. (2015) evidencian desde la perspectiva de los estudiantes que los docentes constituyen un pilar en la enseñanza de esta asignatura, porque a través de la motivación, identidad de su rol como investigadores y miembros de grupos de investigación enseñan con su ejemplo y se constituyen en modelo para el fomento del desarrollo científico en enfermería, como generador de conocimiento que hace de esta profesión una disciplina.

Que el 53,7% de los estudiantes de sientan competentes en lo relativo a las investigaciones sobre temas de enfermería y de salud, estos resultados se encuentran alineados con los planteamientos de Prado et al. (2011) y en este sentido afirman que la producción de conocimientos a través de la investigación es motivo de preocupación permanente entre los profesionales de la disciplina, puesto que consideran que constituye uno de los mecanismos indispensables para lograr mejoras en el desarrollo de la práctica, enriquecer el conocimiento y calificar el servicio que se está prestando a la sociedad. En este aspecto los resultados muestran una tendencia a resaltar la importancia que tiene la investigación en enfermería para contribuir a visibilizar su conocimiento científico.

Harrison et al. (2005) identificaron las competencias en investigación correspondientes a licenciatura, magíster y doctorado en enfermería en Latinoamérica. En este sentido el mayor porcentaje de respuestas se obtuvo de Chile, seguido de México. El 82% de las respuestas provino de profesoras de

investigación o guías de tesis. Para el nivel de licenciatura se considera esencial el conocimiento de las etapas del proceso investigativo y la realización de búsqueda bibliográfica. Se encontraron discrepancias entre los niveles con relación a los ítems de conocimiento y tendencia de la investigación, organismos que financian investigaciones, métodos de análisis de datos, uso de programas estadísticos computacionales, aplicación y enseñanza de la investigación, preparación de propuestas y publicaciones. Los resultados de este estudio orientan el diseño de programas de formación en investigación en enfermería.

Un estudio realizado en estudiantes de grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, muestra que los estudiantes avanzados presentan puntuaciones significativamente más altas en las actitudes, habilidades y conocimientos en Prácticas Basada en la Evidencia (PBE), así como en el nivel de competencia global que los estudiantes del resto de cursos. Ruzafa-Martínez et al. (2016) plantean que estos hallazgos podrían explicarse dado que los estudiantes a lo largo del plan de estudios reciben formación relacionada con metodología de la investigación y con la PBE, como puede observarse por el aumento de estudiantes que autodeclaran un número mayor de horas de formación conforme avanzan los cursos.

Para cristalizar tal interés de los estudiantes en titularse con tesis, es importante atender a los contenidos y formas de enseñanza de la investigación científica. Tal y como lo señalan Alvarado et al. (2011), es importante innovar las formas de enseñar la investigación como un camino viable para estimular a los estudiantes en su incursión en ella.

En esta misma línea, cabe el planteamiento de Jiménez (2006), quien señala que “la adopción de cursos de metodología de investigación o de módulos para “enseñar” a investigar son un fracaso si no están acompañados de las prácticas investigativas” (p. 42). Dicha innovación deberá entonces incluir la creación de escenarios y espacios para la discusión, el cuestionamiento, en los que los estudiantes mantengan un papel activo; esto es, los cursos de metodología y seminarios de investigación tendrán que ser espacios para un aprendizaje activo y de colaboración en los que se aprenda investigación haciendo investigación.

A partir del estudio realizado por Prado et al. (2011), donde analizan la educación en enfermería enfocado en el área de la investigación y la producción del conocimiento en Iberoamérica, es posible percibir oportunidades para el

desarrollo investigativo de enfermería, con énfasis en la formación de líderes que puedan actuar en los nuevos cambios educativos y de salud, así como la formación de investigadores capaces de promover un impacto en la construcción de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos para todos los países de Iberoamérica. El reconocimiento del estado del arte de la investigación de educación en enfermería, ayuda en la identificación de políticas para la educación y nuevos enfoques en la investigación, con el objetivo de contribuir al desarrollo de la formación profesional de enfermería en la realidad iberoamericana.

En el área competencial investigación, desde el paradigma positivista, surge el enfoque cuantitativo, el cual "usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías" (Sampieri et al., 2014).

La influencia de esta visión en la investigación de enfermería ha sido potente, tanto que aún continúa siendo la alternativa de primera elección en sus investigaciones. Aunque algunos autores señalan que la investigación en enfermería valora tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa (Orellana Yañez & Paravic Klijn, 2007), lo cierto es que existe un dominio de la primera, que en México supone el 77,5% de las investigaciones realizadas en enfermería (M. G. Rodríguez et al., 2011), mientras que en Chile lo fue en un 80,8% (Alarcon M & Astudillo D, 2007).

Con estas afirmaciones no se pretende desconocer los aportes que el método cuantitativo ha realizado a la enfermería, sino plantear que los futuros profesionales deben conocer todas las posibilidades metodológicas de investigación, con sus fortalezas y debilidades, para así comprender que el decidir por alguna de ellas va a depender de su pregunta de investigación y de la temática a resolver.

En el caso de la enfermería, la formación de investigadores agrega valor a esta profesión y este proceso plantea la exigencia de integrar componentes subjetivos, como la afectividad, cognición, acción social, lo que implica considerar aspectos éticos, políticos e ideológicos (Roldan, 2006). En la formación de enfermería se debe tener claro que la única forma de conocer el impacto que producen los cuidados de enfermería es a través de la investigación,

que además de generar nuevos conocimientos dota a la enfermería de una mayor autonomía profesional (Vasquez & Andrea, 2010).

En relación al Índice de Percepción de Competencias según el año de graduación, si bien los egresados del 2019 presentaron una percepción levemente inferior al resto, se encontraron valores similares en los tres años estudiados. Ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

Resultados similares fueron encontrados en relación al sexo, con una leve superioridad del sexo femenino, siendo la diferencia entre ellos menor a un punto, sin diferencias estadísticamente significativas.

Al abordar el desarrollo histórico de la enfermería con perspectiva de género se constata que hitos históricos han permitido a la mujer y a la enfermería conquistar espacios en la sociedad y el campo laboral a pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. El género ha influido en el valor que se ha atribuido a los cuidados de enfermería, sin embargo en las investigaciones realizadas no se abordan temas relacionados a la superioridad productiva respecto a algún sexo en específico (Arroyo Rodríguez et al., 2011; Liria et al., 2012; Rueda Martínez, 2015; Zúñiga Careaga & Paravic Klijn, 2009).

Para Juárez-Flores et al. (2015) son los egresados los que ponen a prueba en el mercado laboral conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes creadas y/o fortalecidas en la institución educativa, por lo tanto, generan opiniones sobre fortalezas y debilidades durante su formación. Su inserción en el mercado de trabajo indica cuál es la recepción y con qué ritmos se incorporan los egresados, permite conocer cierto tipo de conexión importante entre las universidades y el mundo del trabajo, además de saber en qué medida se están cumpliendo las expectativas de inversión en capital humano.

La aplicación de un índice de calidad ocupacional que integre varios indicadores laborales en una única medida permite facilitar una visión de conjunto de la situación laboral de los graduados universitarios.

En relación al Índice de Calidad Ocupacional Rovira et al.(2012) encontraron valores sustancialmente superiores al del presente estudio con una puntuación media del índice de 57,6 (desviación típica de 19), sin embargo al analizar los datos obtenidos son proporcionales. Esto podría deberse al factor de

“Satisfacción” que se encuentra multiplicando la suma del resto de los competentes, y no precisamente a diferencias en el comportamiento del índice. En cuanto a la distribución de las puntuaciones el resultado más llamativo que emerge de los datos es que solo 29,9% (132) de los egresados obtuvieron valores de este índice por encima del percentil 75 (IC 95% 10,5000 a 10,5000); mientras que el 47,85% (211) se encontraban con valores por menores iguales que el 25 percentil (IC 95% 6,0000 a 7,0000). Estos resultados difirieron de los encontrados por Rovira et al.(2012) quienes informan que un 25% de la muestra obtiene una puntuación inferior a 46,3, el 50% está por encima de 60,2 y un 25% por encima de 74,1.

Entre los hallazgos del estudio de Balseiro Almario et al. (2012) en relación con la actividad principal que desarrollan los egresados dos de cada tres realizan atención directa, en segundo lugar, funciones administrativas y sólo cerca del 10% realiza funciones docentes y de investigación. Lo que refleja por un lado la consistencia entre la formación y la función y por otro, las habilidades de los egresados para realizar funciones de liderazgo o de coordinación de equipos de trabajo.

Las diferencias entre la formación y la plaza ocupada coinciden con el estudio de Lagarda (2001). Por otro lado la inserción y trayectoria laboral muestra como intervienen las características del mercado laboral así como las de los egresados con mayor fuerza que la participación de las instituciones educativas situación expresada también en los estudios realizados por De Ibarrola (2009).

En el estudio de Juárez-Flores et al. (2015) hallaron que los egresados perciben que existe congruencia entre los contenidos teóricos durante su formación con las actividades realizadas en el mercado laboral; la mayoría percibe satisfacción por los conocimientos teóricos adquiridos, no así en el área práctica: opinan que estos requieren mayor atención, y refieren que en estos escenarios se desarrollan y/o fortalecen habilidades, actitudes y valores profesionales. La mayoría percibe que en las instituciones laborales son bien aceptados, están satisfechos de ser licenciados en enfermería y consideran relevante su desempeño laboral.

Esto se evidencia en las prácticas emergentes, a las que hacen referencia los egresados en los datos recolectados, destacan el manejo de las tecnologías

médicas, para lo cual se requiere capacitación constante que posibilite dar respuesta a las prácticas emergentes que se suscitan en su campo laboral.

Rodríguez-García (2019) en un estudio realizado en enfermeros españoles encontró una influencia del entorno clínico en el desempeño asistencial y docente de las enfermeras y en el aprendizaje de los estudiantes, en la muestra estudiada se reveló mediante su experiencia formativa la presencia de condiciones laborales desfavorables con escasez de recursos en cuanto a la dotación de personal. Asimismo, observaron una considerable falta de tiempo que obliga a los profesionales sanitarios a compensar los recortes de plantilla dedicando un menor tiempo al cuidado del paciente y descuidando labores tan importantes como su rol educador y docente. De este modo, la percepción de los estudiantes concibe una realidad que afecta gravemente a la salud y el bienestar de los profesionales, y con ello, la calidad de los servicios prestados en salud.

Resultados similares al estudio de Rodríguez-García (2019) fueron encontrados por Abad-Corpa et al.(2013), Escobar-Aguilar et al. (2013) y Fuentelsaz-Gallego et al. (2013).

En contraste con resultados previos por Rovira et al.(2012), quien indican que los hombres obtienen mejores resultados que las mujeres, resultado estadísticamente significativo, el presente estudio encontró resultados totalmente diferentes, siendo el sexo femenino superior en puntuación media al masculino con 8,13 y 7,45 puntos respectivamente, sin embargo estas diferencias fueron igualmente estadísticamente significativa.

Los valores del Índice de Calidad Ocupacional en los egresados que se desempeñaban en el sector privado (8,71 puntos) fueron mayores que los del público (7,29 puntos), valores estadísticamente significativos ($P < 0,0001$).

Uno de los factores que podrían estar incidiendo en esta puntuación podría ser los salarios, donde en el sector de la salud indican que el ingreso de la ocupación principal promedio mensual de la totalidad de los trabajadores en relación de dependencia del sector es un 31% superior al de la media del total de ocupados, y en el subsector público es un 8% más alta que en el privado (Aspiazu, 2017).

Se debe tener en cuenta que en Argentina el sector privado concentra a más de la mitad de los establecimientos de salud del país (el 53%) y los salarios del sector privado son muchos más altos que el público (Pereyra & Micha, 2016).

Los estudios de Carmona Mejía et al. (2012) y López et al. (2005) evidencian que los egresados son mayormente contratados en el sector privado, incluyendo el ejercicio libre de la profesión.

Las ocupaciones del sector salud se diferencian del resto de las ocupaciones por el tipo de servicio que brindan. A grandes rasgos, es un sector que se caracteriza principalmente por ser una actividad de mano de obra intensiva, especialmente en el empleo de profesionales, por prestar un servicio de alta repercusión social y por poseer recursos humanos altamente calificados, con un peso importante de la enfermería (Aspiazu, 2017).

En un estudio realizado en egresados de la Universidad de Almería, Rodríguez-García (2019) en relación a la formación y perspectivas laborales para los futuros profesionales, los estudiantes percibieron limitada su incorporación como profesionales al ámbito laboral debido a los recortes de contratación por la crisis. Por otra parte, señala la importancia de una excelente formación que permita ejercer una adecuada gestión de los recursos sanitarios sin alterar la salud de sus equipos ni la calidad de la atención. Para ello, insisten en la necesidad de crear vínculos entre la Universidad y el ámbito asistencial para abordar los posibles déficits de su aprendizaje clínico en prácticas mediante otras estrategias educativas y concientizar a los tutores del valor de su relación con el alumno para el éxito de su aprendizaje.

Ortega et al. (2015) encontró en enfermeros y enfermeras colegiados de Murcia en España el 53,8% consideró que la formación recibida no se adecúa a las necesidades de su puesto de trabajo; mientras que el 94,2% refieren que la formación académica vinculada al puesto de trabajo repercute en la calidad de los cuidados prestados. Según los resultados del antes mencionado estudio se considera necesario adecuar la formación continuada al puesto de trabajo y a su trayectoria profesional.

Estos resultados no se encuentran en correspondencia con nuestro estudio, donde el 77,6% refirió que el trabajo requiere competencias propias de la formación universitaria y su formación se adecúa al puesto de trabajo que realiza. En relación a la satisfacción de los egresados que el 59,6% se encuentren muy satisfechos o bastante satisfechos y que solo el 11,3% esté poco satisfecho resulta positivo en relación a su inserción laboral, dado que la satisfacción laboral como estado emocional positivo deriva de la percepción subjetiva de las

experiencias laborales de un individuo, marcado por el balance final entre el rol que cada trabajador quiere cumplir y el rol que finalmente desempeña.

Juárez-Flores et al. (2015) recabó la opinión de los egresados de enfermería de la Universidad Autónoma de Tlaxcala en México sobre la congruencia de los contenidos curriculares y requerimientos laborales al ofrecer el cuidado profesional y encontró que el 87% opinan que los contenidos curriculares son congruentes con las actividades que realizan al ofrecer el cuidado, el 86% perciben satisfacción de sus conocimientos, el 85% se consideran bien aceptados laboralmente, el 95% aprecian relevante su desempeño laboral, el 66% son contratados en 2^{do} y 3^{er} nivel de atención en el sector salud.

Marín Samanez & Placencia Medina (2017) en un estudio realizado en egresados de Perú encontró en el caso de la satisfacción laboral, que las tres cuartas partes de los trabajadores se encuentran en las categorías de altamente satisfecho y medianamente satisfecho lo que indica que hay un estado positivo de la percepción subjetiva de sus experiencias laborales.

Briceño Cheglio (2010) en su investigación en el Hospital Nacional Santa Rosa, analiza el nivel de motivación y su relación con la satisfacción laboral del profesional de enfermería en el Área de Centro Quirúrgico en Perú. El autor concluye que el 43,5% tienen motivación media, 34,8% alta y 21,7% baja y sobre la satisfacción laboral, 43,5% presentan satisfacción media, 34,8% alta y 22,7% baja, y además acepta que existe relación entre el nivel de motivación y satisfacción laboral usando la correlación de Spearman. Los resultados tienen una distribución similar a la hallada en esta investigación ya que la mayor proporción se concentra en el valor “muy satisfecho” y “bastante satisfecho”.

Al analizar la satisfacción de los profesionales de enfermería que laboran en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Morales Carcelén (2016) encontró que el 77,6% tenía una satisfacción media y el 10,4% basa satisfacción.

Vásquez (2007) analizó la satisfacción y sus resultados concuerdan con nuestros resultados, donde se obtuvo que el 53,8% de profesionales de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza tenía satisfacción laboral medio, 21,2% bajo y 25% alto.

A partir de estos resultados podemos inferir que la satisfacción laboral influye en el desempeño de los profesionales, así como en la calidad de atención que brindan.

Si bien no se encontró correlación entre el Índice de Calidad Ocupacional y del Índice de Percepción de Competencias, se encontró diferencias significativas entre ambos índices, lo que significa que ambos tienen independencia, esto podría deberse a que ambos índices fueron evaluados en dos momentos y evalúan dimensiones diferentes.

A partir de las consideraciones anteriores es evidente la necesidad y conveniencia de contar con resultados de estudios de egresados para lograr el autoconocimiento y planeación de los procesos de mejora, de tal manera que se puedan fundamentar las decisiones académicas y poder cubrir las exigencias formativas relacionadas con el cuidado de la salud de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad.

Desde esta perspectiva, el cuidado de la salud es el objeto del conocimiento de enfermeros y enfermeras, es la aportación específica de la enfermería a la salud de la persona y los grupos sociales. Es necesario destacar que el cuidado está fuertemente influido por el desarrollo evolutivo de la persona y ha configurado un escenario particular para la teoría, la práctica, la acción y la investigación, procesos básicos durante la formación y el desarrollo profesional en el ámbito laboral.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos sustentan el análisis basado en la revisión de los estándares educacionales y curriculares para la formación por competencias requeridas en la Licenciatura en Enfermería en la República Argentina, que le permiten al profesional contar con los conocimientos, las destrezas y actitudes necesarias para abordar los problemas de forma autónoma y flexible y colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.

La revisión de la situación de revista y estado laboral de los graduados de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires insertos en el sistema productivo permitió una visión de la calidad ocupacional de los egresados, así como su comportamiento en los subsectores públicos y privados.

Los egresados perciben que en las instituciones laborales son bien aceptados, están satisfechos con su inserción laboral y consideran relevante su desempeño profesional.

Se identificó que los egresados perciben que existe congruencia entre los contenidos curriculares durante su formación con las actividades realizadas en el mercado laboral.

RECOMENDACIONES

Resulta imprescindible que la formación profesional esté involucrada con el mercado laboral para consolidar las competencias laborales mínimas a fin de responder a demandas complejas. Esta capacidad debe estar respaldada por conocimientos pertinentes y en coherencia con los principios éticos que sustenta quien la ejerce.

Promover la articulación entre el sector formador y el sector productivo, a través de estrategias conjuntas y acuerdos.

Los programas y docentes de enfermería deben potenciar la experiencia situacional y fomentar las herramientas pedagógicas e investigativas para contribuir en la conexión teórico-práctica, que aporte al futuro graduado competencias para reconstruir su propio conocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M. C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Pelegri, J. M., Leal-Llopis, J., Hernández-Méndez, S., García-Arsac, I., Muñoz-Sánchez, M., Rodríguez-Ródenas, J. M., Iniesta-Sánchez, J., García-Jiménez, C., Caravaca-Alcaraz, B., Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., & González-María, E. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: Características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>
- Acebedo-Urdiales, S., Rodero-Sánchez, V., Vives-Relats, C., & Aguarón-García, M. J. (2007). La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index de Enfermería*, 16(56), 40-44.
- Aceituno, H., Lanz, J. R., Lanz, J. A., & Lander, G. (1998). Interes, conocimientos, recursos y limitaciones de los estudiantes de medicina en la investigación científica. *Gaceta médica de Caracas*, 106(1), 40-46.
- Acón Hernández, E., Fonseca-Artavia, K., Artavia-Chávez, L., & Galán-Rodas, E. (2015). Conocimientos y actitudes hacia la investigación científica en estudiantes de medicina de una Universidad Privada de Costa Rica. *Rev Cuerpo Med [Internet]*, 8, 217-221. Scopus.
- Affara, F. A., & International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of competencies for the nurse specialist*. ICN - International Council of Nurses.
- Agramonte del Sol, A., & Leiva Rodríguez, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 0-0.
- Agudelo, M. C. C. (2008). Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 114-121.
- Aguirre Raya, D. (2011). La investigación en enfermería en América Latina 2000-2010. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 396-409.

- Alarcon M, A. M., & Astudillo D, P. (2007). La investigación en enfermería en revistas Latinoamericanas. *Ciencia y enfermería*, 13(2), 25-31. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000200004>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Alvarado, J. I. U., González, C. V. M., Fierros, G. A., & Acevedo, A. M. C. (2011). Percepción De La Investigación Científica E Intención De Elaborar Tesis En Estudiantes De Psicología Y Enfermería. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 15-26.
- Andrade, A. P. (2002). *Desarrollo de capacidades en gestión educativa: Propuesta metodológica para el diagnóstico de necesidades de capacitación y lineamientos de respuesta a nivel de centros educativos*.
- Arocena, R., & Sutz, J. (2001). *La universidad latinoamericana del futuro: Tendencias, escenarios, alternativas*. Unión de Universidades de América Latina.
- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: Entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28, 11-35.
- Assad, L. G., & Viana, L. de O. (2005). Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 586-591. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000500016>
- Badel, J. (2016). Sobre la edad y la empleabilidad. *Lee Hecht Harrison ARGENTINA*. <http://lhh-argentina.com.ar/sobre-la-edad-y-la-empleabilidad/>
- Balseiro Almario, C. L., Zárate Grajales, R. A., Matus Miranda, R., Balan Gleaves, C., Sacristán Ruíz, F., García Cardona, M., & Pérez Ruíz, A. (2012). Inserción laboral, desarrollo profesional y desempeño institucional de las (os) egresadas (os) del Plan Único de Especialización en Enfermería de la ENEO-UNAM: Una experiencia de doce años. *Enfermería universitaria*, 9(1), 16-26.

- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Barbosa, A. C. S., Luiz, F. S., Friedrich, D. B. de C., Püschel, V. A. de A., Farah, B. F., Carbogim, F. da C., Barbosa, A. C. S., Luiz, F. S., Friedrich, D. B. de C., Püschel, V. A. de A., Farah, B. F., & Carbogim, F. da C. (2019). Perfil de egresados del curso de enfermería: Competencias e inserción profesional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3222.3205>
- Barbosa, L. B. A., Motta, A. L. C., & Resck, Z. M. R. (2015). Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería Global*, 14(37), 335-341.
- Barrett, E. A. M. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51-60. Scopus. <https://doi.org/10.1177/08943180222108778>
- Barrio, G. H., & Vásquez, O. C. (2006). Aplicación del enfoque de competencias en la construcción curricular de la Universidad de Talca, Chile. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(Extra 1), 3.
- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M., & Hartigan, C. (2006). Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(2), 130-148.
- Bedoya Maldonado, D., Vinent Solsona, M., Restrepo Forero, G., Torrado Pacheco, M. C., Jurado Valencia, F., Perez Abril, M., Acevedo Caicedo, M., Garcia Oliveros, G., Sarmiento Parra, F., Cardenas Salgado, F. A., Granes Sellares, J., & Diaz Monroy, L. G. (2001). *Competencias y proyecto pedagogico*. Universidad Nacional de Colombia.
- Béduwé, C., & Giret, J.-F. (2004). Le travail en cours d'études a-t-il une valeur professionnelle ? *Economie et Statistique*, 378(1), 55-83. <https://doi.org/10.3406/estat.2004.7225>
- Beneitone, P., & Tuning. (2008). *Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina: Informe final, Proyecto Tuning, América Latina 2004-2007*. Universidad de Deusto.

- Benjumea, C., & La, C. de. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 762-766. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400020>
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Benner, P. (2010). *De novice à expert: Excellence en soins infirmiers*.
- Benner, P. E. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: Manual de comportamiento profesional*. Ediciones Grijalbo.
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics*. Springer.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard-Kahn, V., & Day, L. (2008). Formation and Everyday Ethical Comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473-476. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.5.473>
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1995). Applied Science, Practice, and Intervention Technology. En *In Search of Nursing Science* (pp. 263-274). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452225753>
- Blum, C. A. (2010). Using the Benner intuitive-humanistic decision-making model in action: A case study. *Nurse Education in Practice*, 10(5), 303-307. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.01.009>
- Bonasa Jiménez, M. del P. (2016). *Estudiantes de enfermería y profesionales de enfermería: Factores de riesgo y factores de protección para garantizar el bienestar psicológico y su calidad de vida laboral* [Ph.D. Thesis, Universitat Rovira i Virgili]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/399566>
- Bradshaw, A. (1997). Defining 'competency' in nursing (Part I): A policy review. *Journal of Clinical Nursing*, 6(5), 347-354. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00327.x>
- Braslavsky, C., & Acosta, F. (2006). La Formación en Competencias para la Gestión de la Política Educativa: Un Desafío para la Educación Superior en América Latina. *REICE: Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 4(2), 27-42.
- Briceño Cheglio, Y. (2010). *Nivel de Motivación y su relación con la satisfacción laboral del profesional de enfermería de centro quirúrgico*. *Hospital*

- Nacional Santa Rosa* [Tesis de Especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Community Practitioners' and Health Visitors' Association, & Royal College of Nursing (Great Britain). (2005). *Nurse prescribers' formulary for community practitioners 2005-2007, incorporating BNF 50, September 2005 and including Prescribers' extended formulary list*. BMJ Publishing Group.
- Brunner, J. J., & Miranda, D. A. (Eds.). (2016). *Educación superior en Iberoamérica: Informe 2016*. Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA), Universia.
- Brykczynski, K. (2003). De principiante a experta: Excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 165-173). Elsevier Science.
- Burney, V. H. (2008). Applications of Social Cognitive Theory to Gifted Education. *Roeper Review*, 30(2), 130-139. <https://doi.org/10.1080/02783190801955335>
- Burns, H. K., & Foley, S. M. (2005). Building a Foundation for an Evidence-Based Approach to Practice: Teaching Basic Concepts to Undergraduate Freshman Students. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.001>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. Elsevier, Saunders.
- Busquets, M. (2004). La ética del cuidar. *V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías*, 27–34.
- C, F.-G., S, N.-P., & M, R.-M. (2007). Competencias en investigación: Propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). *Enfermería Clínica*, 17(3), 117-127.
- Cabrera Chaviano, L., Rivas Corría, B., & Casanova García, C. (2018). Capacitación pedagógica de alumnos ayudantes: Una necesidad sentida en la carrera de Estomatología. *EDUMECENTRO*, 10(4), 150-165.
- Cadaya, N. M., & Fernández, M. L. F. (2012). El rol enfermero: Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en

- enfermería. *Cultura de los cuidados*, 0(33), 22-29.
<https://doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03>
- Cardona, S. D. (1999). Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: Un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. *Investigación y Educación En Enfermería*, 17(1).
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16890>
- Cardoso, M., Fornés-Vives, J., & Gili, M. (2016). Implicaciones del hostigamiento psicológico (mobbing) sobre los testigos: Un estudio observacional en enfermería. *Enfermería Global*, 15(42), 303-312.
- Carmona Mejía, B., González Velazquez, S., & Crespo Knopfler, S. (2012). Opinión de los egresados del plan de estudios de la licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-Universidad Nacional Autónoma de México. *Enfermería Global*, 11(28), 180-191.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23. Scopus.
- Carraccio, C. L., Benson, B. J., Nixon, L. J., & Derstine, P. L. (2008). From the Educational Bench to the Clinical Bedside: Translating the Dreyfus Developmental Model to the Learning of Clinical Skills. *Academic Medicine*, 83(8), 761–767.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31817eb632>
- Carrillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 12(32), 346-361.
- Casal Bataller, J., Masjuan, J. M., & Planas Coll, J. (1991). *La inserción social y profesional de los jóvenes*. Centro de Publicaciones, Ministerio de Educación y Ciencia : C.I.D.E.
- Casanovas, I., Escuredo, B., & Esteve, J. (2004). Situación laboral de los recién graduados en una escuela universitaria de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14(3), 157-166. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73875-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73875-9)
- Casanovas, I., Escuredo, B., Esteve, J., Abades, M., Guillaumet, M., & Mitjans, J. (2006). Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enfermería Clínica*, 16(5), 238-243. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71223-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71223-2)

- Cassiani, S. H. D. B., Hoyos, M. C., Barreto, M. F. C., Sives, K., & Silva, F. A. M. da. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 42, e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>
- Castillo Parra, S. (2014). *Práctica pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería* [Ph.D. Thesis, Universitat de Barcelona]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/134821>
- Cathcart, E. B. (2008). The role of the chief nursing officer in leading the practice: Lessons from the Benner tradition. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 87-91. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000314536.91122.8b>
- Ceña, D. P. (2012). La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 0(22), 26-32. <https://doi.org/10.14198/cuid.2007.22.04>
- Charria Ortiz, V. H., Sarsosa Prowesk, K. V., Uribe Rodríguez, A. F., López Lesmes, C. N., & Arenas Ortiz, F. (2011). Definition and theoretical classification of academic, professional and work related competencies: The competencies of the Psychologist in Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 28, 133-165.
- Clark, B. R. (2011). *Cambio sustentable en la universidad*. Universidad de Palermo, Cátedra UNESCO-UNU «Historia y Futuro de la Universidad».
- Resolución N° 209/16, (2016) (testimony of Consejo Federal de Educación). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-03-03-programa-nacional-de-formacion-en-enfermeria.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2010). *Definición de Enfermería*. <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 33, 228-247.
- Cruz, M. C. de S., & Crespo, M. I. M. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: Autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 15(1), 121-134. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.229551>
- Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. del C., Jenaro Río, C., Flores Robaina, N., & Segovia Díaz de León, M. G. (2010). Social need to the training on not professional resources to care: A dilemma to professional nursing. *Index de Enfermería*, 19(4), 269-273.

- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzsolt, F., Burls, A., & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>
- De Biasi, L. S., & Pedro, E. N. R. (2009). Experiences of learning about nursing care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(3), 506-511. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300002>
- de Ibarrola, M. (2009). El incremento de la escolaridad de la PEA en México y los efectos sobre su situación laboral y sus ingresos, 1992-2004. *Revista electrónica de investigación educativa*, 11(2), 1-19.
- de Lanuza, J. L. S., Lobo, P. S. J., Guerra, B. S., Sierra, E. G., & Sánchez, E. C. (2010). *Autoevaluación en enfermería: Test razonados para la preparación de oposiciones en el estado español*. Elsevier España.
- DeGroot, H. A. (1988). Scientific inquiry in nursing: A model for a new age. *ANS. Advances in nursing science*, 10(3), 1-21. Scopus. <https://doi.org/10.1097/00012272-198804000-00003>
- de-Souza-Cruz, M. C., & Mariscal-Crespo, M. I. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: Autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 15(41), 121-134.
- Dueñas Padrón, A. (2008). Desarrollo Empresarial Hospitalario. En *Administración hospitalaria* (pp. 103-109). Editorial Médica Panamericana.
- Duffield, C., Gardner, G., Chang, A. M., & Catling-Paull, C. (2009). Advanced nursing practice: A global perspective. *Collegian*, 16(2), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2009.02.001>
- Durante, S. (2005). *Claves para pensar la Enfermería. Ensayos para una proyección para la disciplina*. El Uapití.
- Duré, M. I., Cosacov, N., & Dursi, C. (2009). La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación cuantitativa. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(13), 1-30.
- Emanuel, V., & Cross, V. (2012). Using vignettes to teach stroke care. *Nursing Times*, 108(9), 20-22.
- Eraut, M. (2002). *Developing Professional Knowledge And Competence*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203486016>

- Escobar - Castellanos, B., & Jara - Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: Propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182-202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Escobar-Aguilar, G., Gómez-García, T., Ignacio-García, E., Rodríguez-Escobar, J., Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Contreras-Moreira, M. (2013). Entorno laboral y seguridad del paciente: Comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enfermería Clínica*, 23(3), 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.005>
- Esperón, T., & Maricela, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 0-0.
- Eulàlia Juvé, M., Huguet, M., Monterde, D., José Sanmartín, M., Martí, N., Cuevas, B., de la Fuente, C., & Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. española)*, 25(4), 56-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70907-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70907-X)
- Faccia, K. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Fajardo Tornés, Y. L., & Sánchez García, E. (2010). Algunas consideraciones sobre la formación didáctica de los alumnos ayudantes en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior*, 24(2), 207–213 .
- Fajardo-Ramos, E., Henao-Castaño, Á. M., & Vergara-Escobar, O. J. (2015). La investigación formativa, perspectiva desde los estudiantes de enfermería. *Salud Uninorte*, 31(3), 558-564.
- Falcó Pegueroles, A. (2004). La nueva formación de profesionales: Sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica*, 7(1), 42-45.
- Fernández, N. L. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de gestión*, 2(1), 65-90.
- Fernández Pérez, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=15503202>

- Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., Williamson, K. M., Cox, J. F., & Robbins, B. W. (2015). Teaching evidence-based practice in academic settings. *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice.*, 330-362. Scopus.
- Finotto, S., Carpanoni, M., Turrone, E. C., Camellini, R., & Mecugni, D. (2013). Teaching evidence-based practice: Developing a curriculum model to foster evidence-based practice in undergraduate student nurses. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 459-465. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.021>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Frías-Navarro, D. (2013). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gómez-García, T., & González-María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001>
- Fuentes, P. E. S., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: Desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 79-99.
- Gagnon, M., & Hébert, D. (2000). *En quête de science: Introduction à l'épistémologie*. Les Editions Fides.
- Garay, O. (2005). *Ejercicio de la enfermería*. Ad-Hoc.
- García Bañón, A. M., Sainz Otero, A., & Botella Rodríguez, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48.

- García Campayo, J., & Sanz Carrillo, C. (1998). Modelos conceptuales de la conducta humana. En *Ciencias Psicosociales* (p. 11). Masson.
- García Morales, I. (2001). Identidad e identificación de la enfermería. *Revista ROL de enfermería*, 24(7), 539-545.
- García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 132-139.
- García-Canclini, N. G., & Castro-Pozo, M. (2011). *Cultura y Desarrollo: Una visión distinta desde los jóvenes*. Universidad Autónoma Metropolitana. Fundación Carolina, , CeALCI.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity self and society in the late modern age*. Polity Press.
- Gil, T. G. (2012). Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los cuidados*, 0(17), 33-40. <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.17.06>
- Giménez, R. A. C. (2017). Análisis Prospectivo de la Gerencia de Enfermería desde las Voces de los Estudiantes. *Revista Scientific*, 2(5), 242-261. <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2017.2.5.13.242-261>
- Gómez Campo, V. M., & Celis Giraldo, J. E. (2005). Factores de innovación curricular y académica en la educación superior. *Revista ieRed: Revista electrónica de la Red de Investigación Educativa*, 1(2), 2-14.
- Gómez, M. (1990). *El mercado de trabajo para los egresados universitarios recientes*. <http://bibliotecadigital.cin.edu.ar/handle/123456789/1373>
- González Jurado, M. A. (2005). La deontología de las corporaciones sanitarias. *Cuadernos de bioética*, 16(57), 221-230.
- González-Valiente, C. L., León Santos, M., & Rivera, Z. (2014). El egresado de la carrera Ciencias de la Información y su inserción en la gestión de mercadotecnia. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 25(2), 234-248.
- Gonzci, A., & Athanasou, J. (2009). Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectivas teóricas y prácticas en Australia. En *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*. Editorial Limusa SEP CNCCL Conalep.

- Gortner, S.R. (1990). Nursing Values and Science: Toward a Science Philosophy. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 22(2), 101-105. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00184.x>
- Gortner, Susan R. (1993). Nursing's syntax revisited: A critique of philosophies said to influence nursing theories. *International Journal of Nursing Studies*, 30(6), 477-488. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90019-Q](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90019-Q)
- Goulet, O., & Dallaire, C. (1999). *Soins infirmiers et société*. G. Morin.
- Grupo de Trabajo del Consejo Internacional de Expertos. (2004). Estándares globales de la WFME para la mejora de calidad. *Educación Médica*, 7(S2), 39-52.
- Guerra, S. S., Salmerón, J. M., & Zabalegui, A. (2018). Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 20(1), 99-106. <https://doi.org/10.1111/nhs.12391>
- Guerrero Serón, A. (1999). El enfoque de las competencias profesionales: Una solución conflictiva a la relación entre formación y empleo. *Revista Complutense de educación*, 10(1), 335-360.
- Gutiérrez-Meléndez, L. (2008). Formación profesional factor determinante en el ejercicio profesional con calidad en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(3), 121–125.
- Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., de Pedro-Gómez, J. E., Higuero-Macías, J. C., Pérez-Ardanaz, B., & Morales-Asencio, J. M. (2019). Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>
- Hamermesh, D. S., & Biddle, J. E. (1993). *Beauty and the Labor Market* (Working Paper N.º 4518). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w4518>
- Handwerker, S. M. (2012). Transforming nursing education: A review of current curricular practices in relation to Benner's latest work. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9. <https://doi.org/10.1515/1548-923X.2510>
- Harrison, L., Ray Hernández, A., Cianelli, R., Rivera, M. S., & Urrutia, M. (2005). Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de

- enfermeras: una perspectiva Latinoamericana. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 59-71. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532005000100007>
- Hayhurst, A., Saylor, C., & Stuenkel, D. (2005). Work Environmental Factors and Retention of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 283–288.
- Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. International Council of Nurses.
- Hernández, S. A. P. (2017). El tutor de enfermería: Un paradigma que se impone. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1428>
- Hernández Sánchez, Y., Hernández Pérez, R., Señán Hernández, N., & Rodríguez Roja, L. R. (2019, julio 12). Evaluación del desempeño profesional de enfermería bajo la teoría de Patricia Benner, Mayabeque 2019. *XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería*. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/721>
- Hernández-Negrín, H., Negrín Jurajuria, A., Cabrera Bermúdez, Y., Zurbano Fernández, J., & Martínez Neira, X. (2018). Movimiento de alumnos ayudantes: Experiencia de una institución cubana. *Educacion Medica*, 19(2), 115-119. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.09.006>
- Herrera Cabezas, A., Restrepo Álvarez, M. F., Uribe Rodríguez, A. F., & Lopez Lesmes, C. N. (2009). Competencias académicas y profesionales del psicólogo. *Diversitas; Vol. 5, Núm. 2 (2009); 241-254*. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2009.0002.03>
- Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304. Scopus. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020298.x>
- Horrutiner Silva, P. (2006). El reto de la transformación curricular. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(3), 3-25.
- Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación. (2010). *Documentación del examen Saber PRO*. Pontificia Universidad Javeriana. <https://www.icfes.gov.co/documents/20143/518352/Documentacion%20saber%20pro.pdf>

- International Council of Nurses. (1999). *Position statement: Nursing research*.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf.
- Irigibel-Uriz, X. (2007). Nietzsche y Levinas, un marco de referencia para una enfermería transformadora. *Index de Enfermería*, 16(58), 50-54.
- Irigibel-Uriz, X. (2010). Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Index de Enfermería*, 19(4), 274-278.
- Izquierdo Machín, E., Martínez Ruiz, M. T., & Ramírez García, B. (2016). Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(4), 642-650.
- Jeans, M. E., & Rowat, K. M. (2005). *Leadership objective C. Competencies requeried of nurse managers*. Canadian Nurses Association. https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/competencies_required_nurse_managers_e.pdf
- Jiménez Puñales, S., Gómez González, Y., Sosa Fleites, I., Socarras Fernández, N., Iglesias Yera, A. E., & Gómez Gómez, A. A. (2017). Acciones pedagógicas para la preparación de los alumnos ayudantes en Ginecología y Obstetricia. *EDUMECENTRO*, 9(1), 125-141.
- Jiménez, W. G. (2006). La formación investigativa y los procesos de investigación científico-tecnológica en la Universidad Católica de Colombia. *Revista studiositas*, 1(1), 45-52.
- Jorin Oramas, K., León Jerez, A., García Verdecía, Y., & Martha Díaz, K. (2017). *Modelos y Teorías de Enfermería, importancia para los cuidados desde la ciencia de la Enfermería*. Jornada Científica Universidad de Ciencias Médicas de La habana, La Habana.
- Juárez-Flores, C., Báez-Alvarado, M., Hernández-Vicente, I., Hernández-Ramírez, M., Hernández-Hernández, O., & Rodríguez-Castañeda, M. (2015). Opinión de egresados en enfermería sobre la congruencia de los contenidos curriculares con los requerimientos laborales. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 197-203. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.002>
- Juvé Udina, M. E., Muñoz, S. F., Calvo, C. M., Prat, D. M., Barrabés, G. F., Serra, R. M., Martín, C. R., Vidal, B. G., Prats, A. P., Arnau Vives, M. ^a J., Luque, R. M., & Moya, C. F. (2007). ¿Cómo definen los profesionales de

- enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing (Ed. española)*, 25(7), 50-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70957-3](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70957-3)
- Katz, F. M., & Snow, R. (1981). *Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud: Manual de formación y supervisión*. Organización Mundial de la Salud.
- Kérrouac, S. (2007). *El Pensamiento Enfermero*. Elsevier España.
- Kirschner, P., Vilsteren, P. V., Hummel, H., & Wigman, M. (1997). The design of a study environment for acquiring academic and professional competence. *Studies in Higher Education*, 22(2), 151-171. <https://doi.org/10.1080/03075079712331381014>
- Korin, D. (2004). *La profesionalización en el tercer sector: "Una aproximación a sus modos y formas de presentación en la ciudad de Buenos Aires, República Argentina"* [Tesis de Maestría]. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Kreimer, P., & Thomas, H. (2010). The Social Appropriability of Scientific and Technological Knowledge as a Theoretical-Methodological Problem. En *Encyclopedia of life sciences*. John Wiley.
- Lagarda, A. M. (2001). La educación superior y el mercado de trabajo profesional. *REDIE: Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(1), 4.
- Landeros, E. (2002). La identificación de patrones de conocimiento en un incidente crítico. *Revista Horizonte de Enfermería*, 13(1), 23-28.
- Latrach-Ammar, C., Febré, N., Demandes, I., Araneda, J., & González, I. (2011). Importancia de las competencias en la formación de enfermería. *Aquichan*, 11(3). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=74121424006>
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional* (Lippincott Company). OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3276/Bases%20conceptuales%20de%20la%20enfermeria%20profesional.pdf?sequence=1>
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: Une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures*, 1, 92-100. Scopus.
- Lévy-Leboyer, C. (2003). *Gestión de las competencias: Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas*. Gestión 2000.

- Lindemulder, L., Gouwens, S., & Stefo, K. (2018). Uso de competencias de educación de calidad y seguridad para enfermeras, para evaluar la atención de fin de vida de las estudiantes de enfermería en simulaciones. *Nursing (Ed. española)*, 35(6), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.11.017>
- Liria, C., Cid Expósito, G., & Núñez Álvarez, A. (2012). *Vinculación del género en la profesión de enfermería*. 14. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/33158/Pages%20from%20LIBRO%20ACTAS%20I%20CONGRESO%20COMUNICACI%C3%93N%20Y%20G%C3%89NERO-5.pdf>
- Lizet Veliz, R., Ceballos, V. P., Valenzuela, S. S., & Sanhueza, A. O. (2012). Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería*, 21(4), 224-228. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>
- Llanes Belett, R. A. (2011). *Lecturas Complementarias de Filosofía. Para profundizar y actualizar conocimientos*. ECIMED.
- Llanos, D., & Karla, C. A.-U. (2015). *Mentoring desde la percepción de los docentes de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú, 2014*.
- Llomovatte, S. Y. (2006). *La vinculación universidad-empresa: Miradas críticas desde la universidad pública*. Laboratorio de Políticas Públicas: Miño y Dávila. <http://books.google.com/books?id=PZ2OAAAAMAAJ>
- López, M. K., Burgos, F. B., & Campillo, C. D. (2005). *Estudio de Egresados de la Licenciatura en Enfermería*. Universidad de Sonora.
- Losada, A., & Moreno, H. (2003). *Competencias básicas aplicadas al aula*. Ediciones SEM.
- Lozano Ballesteros, M. F. (2001). *Modelo de gestión humana centrada en competencias laborales con relación a la productividad organizacional*.
- Lucena, A. de F., Paskulin, L. M. G., Souza, M. F. de, & Gutiérrez, M. G. R. de. (2006). Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 292-298. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200020>
- Lucia, A. D., & Lepsinger, R. (1999). *The art and science of competency models*. Wiley Co.

- Luhmann, N. (1992). *En el ocaso de la sociología crítica*. Sociológica México, 7(20).
<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/download/799/772>
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Explicating Benner's concept of expert practice: Intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 380-387. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04799.x>
- Malvárez, S. M., Castrillón, M. C., & Consuelo, M. (2006). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Primera parte. *Rev Enferm IMSS*, 14(2), 101–16.
- Mantilla-Pastrana, M. I., & Gutiérrez-Agudelo, M. C. (2013). Procesos de evaluación del aprendizaje del cuidado en la práctica de estudiantes de Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 43-49. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72628-9](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72628-9)
- Manzano, F. (2017). La influencia de la edad en la inserción de trabajo como dependiente o independiente y su comportamiento a nivel espacial: Argentina (2001 y 2010). *Ateliê Geográfico*, 11(1), 06-23. <https://doi.org/10.5216/ag.v11i1.44860>
- Marin Samanez, H. S., & Placencia Medina, M. D. (2017). Motivación y satisfacción laboral del personal de una organización de salud del sector privado. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(4), 42-52. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n4.08>
- Martínez, M. C. (2005). *La educación basada en competencias: Una metodología que se impone en la Educación Superior y que busca estrechar la brecha existente entre el sector educativo y el productivo*. Universidad de Carabobo. Venezuela.
<http://webdelprofesor.ula.ve/humanidades/marygri/documents/PPD/Competencias.pdf>
- Martínez Martín, R. (2003). La inserción laboral de los universitarios a través de las prácticas en empresas. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 101, 229-256.
- Massó Betancourt, E., Fernández Guindo, J. A., Macías Bestard, C., & Betancourt Borges, Y. (2008). Valoración de algunas teorías de

- enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*, 24(3-4), 1-7.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (Eds.). (2019). *Theoretical basis for nursing*. Wolters Kluwer.
- McInerney, P., & Suleman, F. (2010). Exploring Knowledge, Attitudes, and Barriers Toward the Use of Evidence-Based Practice Amongst Academic Health Care Practitioners in Their Teaching in a South African University: A Pilot Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(2), 90-97. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00180.x>
- Medina, L. G. (2011). *Consulta sobre orientación vocacional a través de internet* [Tesis Doctoral]. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Melnyk, Bernadette Mazurek. (2006). Calling All Educators to Teach and Model Evidence-Based Practice in Academic Settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 93-94. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00061.x>
- Melnyk, Bernadette Mazurek, Fineout-Overholt, E., Feinstein, N. F., Sadler, L. S., & Green-Hernandez, C. (2008). Nurse Practitioner Educators' Perceived Knowledge, Beliefs, and Teaching Strategies Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Integration of Evidence-Based Practice Into Graduate Programs. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.023>
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. Scopus. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>
- Mertens, L. (1996). *Competencia laboral: Sistemas, surgimiento y modelos*. Cinterfor. <https://repositorio.sena.edu.co/handle/11404/3627>
- Ministerio de Educación. (2020). *Sistema de consulta de estadísticas universitarias*. <http://estadisticasuniversitarias.me.gov.ar/#/seccion/1>
- Ministerio de Educación de la Nación. (2008). *Ley N° 24.521*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>

- Ministerio de Educación de la Nación. (2018). *Programa Nacional de Formación en Enfermería (PRONAFE)*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/enfermeria/pronafe>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1967). *Ley N° 17.132 Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1973). *Ley N° 20.464 Estatuto de las carreras del Investigador Científico y Tecnológico y del Personal de Apoyo a la Investigación y Desarrollo*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/60507/texact.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1976). *Ley N° 20.744 Ley de Contrato de Trabajo*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1991). *Ley N° 24.004 Ejercicio de la Enfermería*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2001). *Ley 25.467 Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Objetivos de la política científica y tecnológica nacional*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/69045/norma.htm>
- Ministerio de Salud. (2002). *Resolución 170/2002 Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS)*. <http://test.e-legislar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=17995&word=>
- Ministerio de Salud. (2020). *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino*. <https://sis.msal.gov.ar/sisa/>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2008a). *Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería*. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-12-03-08.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2008b). *Resolución N° 404/2008*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/140761/norma.htm>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2020). *Estudios y Estadísticas Laborales 2020*. Argentina.gob.ar.
<http://www.trabajo.gob.ar/estadisticas/index.asp>
- Molina Chailán, P. M., & Jara Concha, P. del T. (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Morales Carcelén, E. M. (2016). *Nivel de satisfacción laboral del profesional de enfermería en el servicio de centro quirúrgico Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren*. *EsSalud*. 2016 [Tesis de Especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Moratal Ibañez, L., & Pérgola, F. (2013). *Organización y Administración académica. Su evolución a través de la historia*. Akadia.
- Moreno Tello, M. A., Prado Moncivais, E. N., & García Avendaño, D. J. (2013). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. *Revista Cuidarte*, 4(1), 444-449.
- Moreno-Fergusson, M. E. (2009). Para retomar el rumbo: Menos procesos administrativos y más cuidado humano. *Aquichan*, 9(2).
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1475>
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS. Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
- Moya, J. L. M. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=179536>
- Moya, J. L. M., & Esteban, M. P. S. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: Un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 312-319. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200016>

- Moya, J. L. M., & Parra, S. C. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 303-311. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>
- Moya, M., & Luis, J. (2002). *Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva*. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/387>
- Navarro Cendejas, J. (2014). *Universidad y mercado de trabajo en Cataluña: Un análisis de la inserción laboral de los titulados universitarios* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_134648/jnc1de1.pdf
- Nelson, S. (2007). Embodied knowing? The constitution of expertise as moral practice in nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 136-141. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100017>
- Newman, M. A. (1992). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40(1), 10-13, 32.
- Noreña, G., & Lucía, D. (2009). Evaluation of nursing care: A commitment disciplining. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 24-33.
- Novick, M. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Organización Panamericana de la Salud.
- Nunes, E. C. D. A., Silva, L. W. S. da, & Pires, E. P. O. R. (2011). La enseñanza superior de enfermería: Implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 252-260. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200005>
- Nyatanga, B., & Vocht, H. de. (2008). Intuition in clinical decision-making: A psychological penumbra. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(10), 492-496. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.10.31493>
- Ochoa-Vigo, K., Bello Vidal, C., Villanueva Benites, M. E., Ruiz-Garay, M. I., & Manrique Borjas, G. A. (2016). Percepción y actitud del universitario de enfermería sobre su formación en investigación. *Revista Médica Herediana*, 27(4), 204-215. <https://doi.org/10.20453/rmh.v27i4.2989>
- O'Hearne Rebholz, M. (2006). A Review of Methods to Assess Competency. *Journal for Nurses in Professional Development*, 22(5), 241–245.

- Oliveira, F. M. do C. da S. N. de, Ferreira, E. C., Rufino, N. A., & Santos, M. da S. S. dos. (2011). Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: Aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*, 11(1), 48-65.
- Oliveira, P., & Kowal, I. (2011). Perfil y competencias de gerentes de enfermería en hospitales acreditados. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 19(1), 1–10.
- Orellana Y, A., & Sanhueza A, O. (2011). COMPETENCIA EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 9-17. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>
- Orellana Yañez, A., & Paravic Klijn, T. (2007). Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 17-24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100003>
- Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica. (2005). *Perspectiva del empleo en la OECD*. OECD Rights and Translation unit (PAC). <http://www.oecd.org/dataoecd/0/45/36777876.pdf>
- Ortega, M. del C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H. de, Montesinos, M. J. L., Soler, L. M., Ortega, M. del C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H. de, Montesinos, M. J. L., & Soler, L. M. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Ortega, Y. G. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan*, 7(2). <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108>
- Ortiz, D. (2013). *Competencias clínicas y nivel de conocimiento de los recién graduados de enfermería al ingresar a la fuerza laboral en hospitales en Puerto Rico* [Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico]. http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTesis/Tesis_Salud/2013/D_Ortiz_2013.pdf
- Oviedo Duque, Y. M. (2014). *Competencias docentes específicas en enfermería en la educación superior*. <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/11879>
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4 [41]), 572-580.

- Packard, S. A., & Polifroni, E. C. (1991). The dilemma of nursing science: Current quandaries and lack of direction. *Nursing Science Quarterly*, 4(1), 7-13. <https://doi.org/10.1177/089431849100400105>
- Paranhos, V. D., & Mendes, M. M. R. (2010). Currículo por competencia y metodología activa: Percepción de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 109-115. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100017>
- Parse, Rod Rod. (1997). The language of nursing knowledge: Saying what we mea. En *The language of nursing theory and metatheory*. Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press.
- Parse, Rosemarie Rizzo. (1989). *Nursing science: Major paradigms, theories and critiques*. W.B. Saunders.
- Paz-Rodríguez, F., Betanzos-Díaz, N., & Uribe-Barrera, N. (2014). Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. *Aquichan*, 14(1), Article 1. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3389>
- Pelegrino de la Vega, D., & Batista Robles, L. (2019). Estrategia educativa para desarrollar capacidades académicas, investigativas y pedagógicas en los alumnos ayudantes de Enfermería Ginecobstétrica. *XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería*, 1-6. <http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/456>
- Peña, A. (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: A critical perspective. *Medical Education Online*, 15. <https://doi.org/10.3402/meo.v15i0.4846>
- Pereyra, F., & Micha, A. (2015). Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales. El caso de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *XII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*.
- Pereyra, F., & Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud Colectiva*, 12, 221-238. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.730>
- Pérez, E. R., & Malvezzi, S. (2008). Empleabilidad, cambios y exigencias psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica*, 7(2), 319-334.

- Pinto, A. S. S., & Nunes, A. J. S. (2018). Preditores do mobbing nos enfermeiros em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 6*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0217>
- Pinto, N. (2006). El cuidado en el proceso de enseñanza aprendizaje. En *El Arte y La Ciencia del Cuidado* (pp. 119-126). Universidad Nacional de Colombia.
- Planas-Coll, J. (2013). El contrasentido de la enseñanza basada en competencias. *Revista iberoamericana de educación superior*, 4(10), 75-92.
- Planas-Coll, J., & Enciso-Ávila, I.-M. (2014). Los estudiantes que trabajan: ¿tiene valor profesional el trabajo durante los estudios? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 5(12), 23-45. [https://doi.org/10.1016/S2007-2872\(14\)71941-9](https://doi.org/10.1016/S2007-2872(14)71941-9)
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Poder Legislativo de la Nación. (1991). *Ley Nacional N° 24.004*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>
- Pontón Laverde, G. (2008). Recursos Humanos. En *Administración hospitalaria* (pp. 148-150). Editorial Médica Panamericana.
- Porta, R. L., Lopez-de-Silanes, F., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1996). *Trust in Large Organizations* (Working Paper N.º 5864). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w5864>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2005). *Fundamentos de enfermería*. Elsevier Mosby.
- Prado, M. L. do, Medina-Moya, J. L., & Martínez-Riera, J. R. (2011). La producción del conocimiento en educación en enfermería en España y Brasil: Una revisión integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 607-615. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300024>
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal*

- of Nursing Scholarship*, 42(1), 31-39. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
- Raile, M. (2014). Introducción a las teorías en enfermería: Historia, importancia y análisis. En *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences Spain.
- Ramsburg, L., Marshall University, Graduate College, & Department of Curriculum and Instruction. (2010). *An initial investigation of the applicability of the Dreyfus Skill Acquisition Model to the professional development of nurse educators*. Marshall University Libraries.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Espasa Calpe.
- Reed, P. G. (1997). Nursing: The ontology of the discipline. *Nursing Science Quarterly*, 10(2), 76-79. <https://doi.org/10.1177/089431849701000207>
- Reed, Pamela G, & Shearer, N. B. C. (2012). *Perspectives on nursing theory*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Resck, Z. M. R., & Gomes, E. L. R. (2008). La formación y la práctica gerencial del enfermero: Caminos para una praxis transformadora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 71-77. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100012>
- Reyes Mediaceja, R. (2012). *Estrategia didáctica para la formación de la competencia gerontológica geriátrica en el médico general* [Tesis Doctoral]. Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García.
- Rigoli, F., Rocha, C. F., & Foster, A. A. (2006). Desafíos críticos de los recursos humanos en salud: Una visión regional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 7-16. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100002>
- Rivera Hernández, E. (2010). *La formación de competencias profesionales pedagógicas para el trabajo en el multigrado del docente en formación de la carrera de Educación primaria en el municipio Il Frente* [Tesis Doctoral]. Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García.
- Rivera, M. S., & Herrera, L. M. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(SPE), 158-163. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500019>

- Robles, C., Camus, L., & García, A. (2007). *Informe Final Proyecto FONIS Modelos de Asignación de Personal de Enfermería (MAPE) según dependencia y riesgos de cuidados y complejidad de tratamiento médico (I+D EN SALUD SA06I20025)*. Pontificia Universidad Católica de Chile - PUC.
- Rodríguez, L. M. B., & Jiménez, S. J. (2012). Desempeño laboral de los enfermeros (a) egresados de la Universidad Francisco de Paula Santander. *Revista ciencia y cuidado*, 9(2), 64–70.
- Rodríguez, M. G., Ávila, M. G. G., Pérez, I. A., Martínez, G. P. P., Díaz, L. V., Sotomayor, M. S., & Olvera, E. L. (2011). Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Enfermería Universitaria*, 8(1), 7-16.
- Rodríguez-García, M. C. (2019). Percepción de los estudiantes del Grado en Enfermería sobre su entorno de prácticas clínicas: Un estudio fenomenológico. *Enfermería Clínica*, 29(5), 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.10.004>
- Roegiers, X. (2016). *Marco conceptual para la evaluación de las competencias*. Oficina Internacional de Educación y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/ipr4-roegiers-competenciasassessment_spa.pdf
- Roldan, M. (2006). Perfil del investigador en enfermería: Un debate necesario y una propuesta alternativa. *Copérnico*, 3(5), 83–90.
- Rovira, E. C., Hoz, E. V., Canals, C. S., & Alcaire, M. F. (2012). Construcción de un Índice de Calidad Ocupacional (ICO) para el análisis de la inserción profesional de los graduados. *Revista de educación*, 357, 193-194.
- Rueda Martínez, V. G. (2015). *Condicionantes de género en la profesión enfermera* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la Rioja]. https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001071.pdf
- Ruiz de Vargas, M., Jaraba Barrios, B., & Romero Santiago, L. (2011). Competencias laborales y la formación universitaria. *Psicología desde el Caribe*, 16, 64-91.

- Rushforth, H., & McDonald, H. (2004). Decisions by nurses in acute care to undertake expanded practice roles. *British Journal of Nursing*, 13(8), 482-490. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.8.12789>
- Ruzafa-Martínez, M., Molina-Salas, Y., & Ramos-Morcillo, A. J. (2016). Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del Grado en Enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.002>
- Salgado París, J. E., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Nursing teaching and the relationship between healthcare and teaching activities in the Chilean educational and health frame. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(2), 258-266.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill Education.
- San Martín Rodríguez, L. (2008). Una reflexión en torno a las “ciencias de la enfermería”. *Enfermería Clínica*, 18(5), 262-268. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72385-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72385-4)
- Sánchez Ortiz, L., Melián Rivero, H., Quiroz Enríquez, M., Dueñas Pérez, Y., Suárez Denis, A. L., & Rojas Rodríguez, Y. (2018). Habilidades investigativas en estudiantes de 2do año de Licenciatura en Enfermería: Ocasión para su desarrollo. *EDUMECENTRO*, 10(1), 55-72.
- Santos, M. F. dos, Merighi, M. A. B., & Muñoz, L. A. (2009). La experiencia de las enfermeras clínicas con estudiantes de enfermería: Un análisis fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 528-534. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300005>
- Santos Sánchez, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con Lupus, Puebla* [Tesis Doctoral]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Sarthou, N. (2018). Los instrumentos de la política en ciencia, tecnología e innovación en la Argentina reciente. *Revista Trilogía*, 10(18), 97-116.
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>

- Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., & Pedro-Gómez, J. D. (2017). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): Clinimetric validation. *BMJ Open*, 7(2), e013659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>
- Sastre-Fullana, P., Pedro-Gómez, J. E. D., Bennasar-Veny, M., Serrano-Gallardo, P., & Morales-Asencio, J. M. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *International Nursing Review*, 61(4), 534-542. <https://doi.org/10.1111/inr.12132>
- Schober, M. (2006). Advanced nursing practice: An emerging global phenomenon. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 275-276. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971_2.x
- Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills. (2000). *Lo que el trabajo requiere de las escuelas: Informe de la Comisión SCANS para America 2000*. Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills.
- Serra Ramoneda, A., & Basart Capmany, A. (2007). *Educació superior i treball a Catalunya: Anàlisi dels factors d'inserció laboral*. Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.
- Silva, J. M. de O. e, Lopes, R. L. M., & Diniz, N. M. F. (2008). Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 254-257. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200018>
- Silva, I. de J., Oliveira, M. de F. V. de, Silva, S. É. D. da, Polaro, S. H. I., Radünz, V., Santos, E. K. A. dos, & Santana, M. E. de. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- Sociedad Española de Enfermería Oncológica. (2018). *Estándares de la práctica de la enfermería oncológica*. <https://seeo.org/estandares/>
- Strasser, S. (1985). *Understanding and explanation: Basic ideas concerning the humanity of the human sciences*. Duquesne University Press.
- Stuardo, P. L., Veliz-Rojas, L. H., & Carmona, P. S. (2019). Significados de la enfermería en estudiantes, una perspectiva desde la construcción social de la profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2612>

- Teixidor Freixa, M. (2004). *Marc de referència professional per a la funció de supervisor/a d'infermeria de la demarcació pilot de Barcelona: Desenvolupar les competències i la mobilitat dels supervisors d'infermeria per millorar la qualitat d'atenció dels usuaris a l'hospital*. EUI Santa Madrona de la Fundació «la Caixa».
- Terressac, G. de. (1995). *Autonomía en el trabajo*. Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840. <https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306>
- Tobar, F., Olaviaga, S., & Solano, R. (2011). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. *CIPPEC, Documento de Políticas Públicas*, 99, 1-17.
- Torres Esperón, J. M., & Urbina Laza, O. (2006). Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba. *Educación Médica Superior*, 20(1), 1-36.
- Vásquez, C. (2007). *Nivel de motivación y su relación con las satisfacción laboral del profesional de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza* [Tesis de Especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vasquez, C., & Andrea, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 31-35. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- Vega, Y. V. (2012). La administración que se enseña en el pregrado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 30(1), 95-106.
- Veglia, D. B., & Pérez, V. G. (2011). El proceso de Bolonia y su incidencia en el MERCOSUR. *I Congreso Internacional de la Red de Integración Latinoamericana*, 1-15.
- Velandia Mora, A. (1998). Futuro e identidad de enfermería con base en el cuidado: Una historia prospectiva del cuidado de enfermería en Colombia. En *Dimensiones del Cuidado* (pp. 134-135). Unibiblos.
- Velasteguí, J. R. (2015). *Percepción de licenciados/as, internos/as y auxiliares de enfermería sobre el proceso de aplicación del método enfermero de los estudiantes de la Universidad de Guayaquil* [Tesis Doctoral,

Universidad de Guayaquil].

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8833>

- Véliz Martínez, P. L. (2016). *Modelo del especialista en medicina intensiva y emergencias por competencias profesionales* [Tesis Doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Versino, M., Guido, L., & Di Bello, M. (2012). *Universidades y sociedades: Aproximaciones al análisis de la vinculación de la universidad argentina con los sectores productivos*. Federación Nacional de Docentes Universitarios, Instituto de Estudios y Capacitación Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Vidal Ledo, M. J., Salas Perea, R. S., Fernández Oliva, B., & García Meriño, A. L. (2016). Educación basada en competencias. *Educación Médica Superior*, 30(1), 37-42.
- Villalobos, D. de, & Mercedes, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18.
- Villon, O., Lisetti, C., & RO-MAN 2006: The 15th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication. (2006). *A User-Modeling Approach to Build User's Psycho-Physiological Maps of Emotions using Bio-Sensors*. 269-276.
- Wainerman, C., & Geldstein, R. N. (1990). *Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*. Centro de Estudios de Población.
- Wangensteen, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E., & Nordström, G. (2011). Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: Predictors for research use. A quantitative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2436-2447. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03629.x>
- Warne, T., Holland, K., & McAndrew, S. (2011). The catcher in the why: Developing an evidence-based approach to the organization, delivery and evaluation of pre-registration nurse educational programmes. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.10.008>
- Wendhausen, Á. L. P., & Rivera, S. (2005). O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 111-119. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100015>

- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158. <https://doi.org/10.1086/223790>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zeitlin, M. (1974). Corporate Ownership and Control: The Large Corporation and the Capitalist Class. *American Journal of Sociology*, 79(5), 1073-1119. <https://doi.org/10.1086/225672>
- Zúñiga Careaga, Y., & Paravic Klijn, T. (2009). El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 1-9.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento Informado.

Estimado/a graduado/a:

Les agradeceríamos su colaboración al aceptar responder un instrumento evaluativo, donde recabaremos información sobre su percepción de las competencias obtenidas durante la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede no aceptar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin que esto le ocasione ningún perjuicio.

Si usted acepta responderá un sencillo Instrumento.

Los miembros del equipo de investigación se comprometen a no revelar ninguna información que permita su identificación.

Conforme: ___ Sí. ___ No.

Nombre y Apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: ___/___/_____

Anexo II. Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería.

La presente encuesta reviste carácter confidencial de participación voluntaria y anónima. Los datos que de ella deriven solo serán utilizados con fines de investigación. Agradecemos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas.

Sexo:

Edad:

Año de graduación como Licenciado/a:

Cuidado Directo

Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital, según lo siguiente:

Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Colocar sondas y controlar su funcionamiento.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Control de drenajes.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar control de signos vitales.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Colaborar en los procedimientos especiales de diagnósticos y tratamientos.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parental, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar curaciones simples y complejas, que no demanden tratamiento quirúrgico.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar punciones venosas periféricas.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistidas y catéteres centrales y otros.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Brindar cuidados de enfermería a pacientes críticos con o sin aislamiento.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar el control y el registro de ingresos y egresos del paciente.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en la planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar el registro de evolución de pacientes y de prestaciones de enfermería del individuo y de la familia, consignando: fecha, firma y número de matrícula.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Gestión y Administración

Planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud utilizando criterios tendientes a garantizar una atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Organizar y controlar el sistema de informes o registros pertinentes a enfermería.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Establecer normas de previsión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Planificar, implementar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo interdisciplinario y en los niveles nacional y local.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Asesorar sobre aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación de enfermería.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Docencia

Participar en la programación de actividades de educación sanitaria tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, familia y comunidad.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar los programas educativos de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en la formación y actualización de otros profesionales de la salud en áreas de su competencia.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Participar en comisiones examinadoras en materias específicas de enfermería, en concursos para la cobertura de puestos a nivel profesional y auxiliar.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Integrar los organismos competentes de los Ministerio de Salud y de Educación relacionados con la formación y utilización del Recurso Humano de enfermería y los organismos técnico-administrativos del sector.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Investigación

Realizar y/o participar en investigaciones sobre temas de enfermería y de salud.

Medianamente competente

Competente

Muy competente

Anexo III. Índice de Calidad Ocupacional (ICO)

La presente encuesta reviste carácter confidencial de participación voluntaria y anónima. Los datos que de ella deriven solo serán utilizados con fines de investigación. Agradecemos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas.

Sexo:

Edad:

Año de graduación como Licenciado/a:

Sector de trabajo: a) Público. b) Privado. c) Ambos

Tipo de contrato y su duración (C)

- a) Trabajo fijo o autónomo: 3 puntos;
- b) Trabajo temporal con contrato de entre uno y tres años: 2 puntos;
- c) Trabajo temporal con contrato superior a seis meses: 1,5 puntos;
- d) Trabajo temporal con contrato inferior a seis meses: 1 punto;
- e) Sin contrato: 0 puntos.

Retribución económica (R)

- a) Más de 45000 pesos por mes: 3 puntos;
- b) Entre 40000 y 45000 pesos por mes: 2 puntos;
- c) Entre 30000 y 40000 pesos por mes: 1 punto;
- d) Menos de 30000 pesos por mes: 0.

Adecuación entre la formación universitaria y el empleo (A)

- a) El trabajo requiere competencias propias de la formación universitaria: 3 puntos
- b) El trabajo requiere competencias que no son propias de la formación universitaria: 2 puntos
- c) El trabajo no requiere competencias propias de la formación universitaria: 1 punto
- d) El trabajo requiere competencias propias que no obtuve en la formación universitaria: 0 puntos

Satisfacción con el trabajo en general (S).

- a) Muy satisfecho: 1,5;

- b) Bastante satisfecho: 1,25;
- c) Neutral: 1;
- d) Poco satisfecho: 0,75;
- e) Nada satisfecho: 0,5.

ICO se ha asignado el mismo peso a las variables 'Contrato', 'Retribución' y 'Adecuación' entre 0 y 3 puntos).

A partir estas consideraciones, el índice queda expresado de la siguiente manera:

$$ICO = f [(C + R + A) * S]$$

La función f, que otorga la puntuación final al índice, transforma el resultado obtenido de forma que los valores se sitúen entre 0 y 100.

Anexo IV. Evaluación de expertos de la Encuesta de percepción sobre competencias de Licenciados en Enfermería.

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para evaluar la percepción de competencias de Licenciados en Enfermería.

En razón a ello se le brinda el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información objetiva, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con una en la casilla que usted considere conveniente (pertinente o no pertinente) y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación al final en la sección de observaciones.

Ítems	Pertinente	No pertinente
Cuidado Directo		
Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital, según lo siguiente:		
Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.		
Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.		
Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.		

Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.		
Colocar sondas y controlar su funcionamiento.		
Control de drenajes.		
Realizar control de signos vitales.		
Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.		
Colaborar en los procedimientos especiales de diagnósticos y tratamientos.		
Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parental, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.		
Realizar curaciones simples y complejas, que no demanden tratamiento quirúrgico.		
Realizar punciones venosas periféricas.		
Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistidas y catéteres centrales y otros.		
Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.		
Brindar cuidados de enfermería a pacientes críticos con o sin aislamiento.		
Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.		
Realizar el control y el registro de ingresos y egresos del paciente.		
Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.		
Participar en la planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes.		

Participar en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.		
Realizar el registro de evolución de pacientes y de prestaciones de enfermería del individuo y de la familia, consignando: fecha, firma y número de matrícula.		
Gestión y Administración		
Planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.		
Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.		
Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.		
Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud utilizando criterios tendientes a garantizar una atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.		
Organizar y controlar el sistema de informes o registros pertinentes a enfermería.		
Establecer normas de previsión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.		
Planificar, implementar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo interdisciplinario y en los niveles nacional y local.		
Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo en la prevención de accidentes		

laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.		
Participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.		
Asesorar sobre aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación de enfermería.		
Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.		
Docencia		
Participar en la programación de actividades de educación sanitaria tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, familia y comunidad.		
Planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar los programas educacionales de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades.		
Participar en la formación y actualización de otros profesionales de la salud en áreas de su competencia.		
Participar en comisiones examinadoras en materias específicas de enfermería, en concursos para la cobertura de puestos a nivel profesional y auxiliar.		
Integrar los organismos competentes de los Ministerio de Salud y de Educación relacionados con la formación y utilización del Recurso Humano de enfermería y los organismos técnico-administrativos del sector.		
Investigación		
Realizar y/o participar en investigaciones sobre temas de enfermería y de salud.		

Observaciones:

Anexo V. Aval Institucional.



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Buenos Aires, 10 de junio de 2019

Luego de realizar el análisis correspondiente a la documentación presentada por el Prof. Lic. Carlos Oscar Lepéz se determinó avalar de satisfactorio la investigación cuyo título es: "Formación por competencias y proceso de inserción laboral de los egresados de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Buenos Aires".

El objetivo principal del estudio es analizar las competencias de los egresados de licenciatura en enfermería de la Universidad de Buenos Aires para el desempeño en el ámbito laboral.

La relevancia de la investigación radica en la propuesta de un modelo de evaluación de competencias que sustenta la adecuación entre la formación en el ámbito universitario y los requisitos que el mercado laboral exige, que permita alcanzar los niveles de excelencia académica necesarios para aportar a los servicios de salud con graduados de licenciatura en enfermería que brinden atención a las necesidades de la población como indicador de calidad.

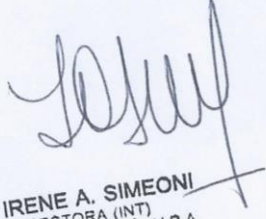
Sin otro particular,

Lic. Irene Simeoni

Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería

Facultad de Medicina

Universidad de Buenos Aires

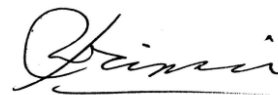

Lic. IRENE A. SIMEONI
DIRECTORA (INT)
ESC. DE ENFERMERÍA U.B.A.

UCES
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires, 11 de abril de 2020....

Por la presente se autoriza el pasaje del documento de Trabajo Final “Formación por competencias e inserción laboral de los egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires” del alumno Carlos Oscar Lepez correspondiente a la Carrera de Doctorado en Salud Pública Mención Sistemas y Servicios de Salud, aprobado por las autoridades de la carrera, para su evaluación por parte de los jurados:

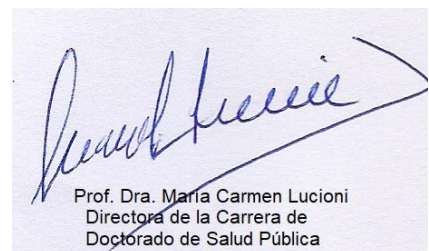
Firma y aclaración del Director/Tutor:



Dra. Kumiko Eiguchi
Coordinadora Académica
de la Carrera de Doctorado
de Salud Pública

Firma y aclaración del Coordinador
de Trabajo Final de la Carrera:.....

Firma y aclaración del Director de la Carrera:



Prof. Dra. María Carmen Lucioni
Directora de la Carrera de
Doctorado de Salud Pública