



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

FACULTAD DE EDUCACIÓN

La enfermería en Chile: una mirada sobre las principales transformaciones en el saber y la construcción del nuevo perfil profesional

Norma Sagredo Palacios, Enf.

Camila Torres Muñoz, Kin.

Nancy Moreno Rivera, Enf. Lic. Enf.

**Tesis Para Optar al Grado de Magister en Educación, Mención Docencia en
Educación Superior**

Profesor Guía: Paola Andreucci Annunziata, PhD.

Santiago, Noviembre 2019

Chile

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	4
GENEALOGÍA SOBRE LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD	4
I. EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN: FORMULACIÓN Y CONCEPCIÓN	4
1.2 Objetivos de la Investigación	17
1.2.1 Objetivo General	17
1.2.2 Objetivos Específicos.....	17
1.3 Justificación	18
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 Formación, Cuerpo y Sujeto.....	21
2.2 Historia de la Enfermería en el mundo.....	29
2.3 Evolución Académica/Educativa en Chile	37
CAPÍTULO III	41
MARCO METODOLÓGICO	41
3.1 Diseño de la Investigación.....	41
3.2 Tipo de Investigación	43
3.3 Nivel de la Investigación	43
3.4 Población y Muestra	44
3.4.1 Criterios de inclusión:.....	44
3.4.2 Criterios de exclusión:.....	44
3.5 Instrumento de recolección de datos	46
3.6 Validez del Instrumento	46

3.7 Codificación de Entrevistas	47
CAPÍTULO IV	48
RESULTADOS	48
4.1 Lógicas circulantes en la generación de saberes en las escuelas de Enfermería	48
4.2 Impacto de las lógicas circulantes en la formación de las enfermeras/os.	52
4.3 Perfil profesional de los estudiantes de enfermería	55
4.4 Formación de los/as estudiantes de enfermería, desde la perspectiva de los/as docentes	58
CONCLUSIONES	62
SUGERENCIAS	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXO A: GUIÓN TEMÁTICO DE LA ENTREVISTA	70
ANEXO B: REPORTE DE CODIFICACIÓN SEGÚN EL SOFTWARE ATLAS.TI® 8.4	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización de Muestra	45
Tabla 2 Hallazgos/tendencias en las respuestas	61

RESUMEN

La investigación se orienta a analizar los discursos de docentes de enfermería respecto de la formación profesional y los principales cambios referidos a la complejidad antropológica del ser humano, a través de la identificación de las lógicas circulantes en la generación de saberes en la carrera de Enfermería, la comprensión del impacto de las lógicas circulantes en la formación de las enfermeras/os, la descripción del perfil profesional de los estudiantes de enfermería y el análisis de la formación, desde la perspectiva de los docentes. Apalancada en una investigación de diseño cualitativo, se realizaron una serie de entrevistas codificadas a través del Software Atlas.ti 8.4, para filtrar los datos de interés orientados al propósito investigativo, lo que permitió la obtención de resultados de cara a dar respuesta al objetivo general de la investigación. Se concluye que el impacto de las lógicas circulantes en la formación de las enfermeras/os, han girado en torno a que muchas enfermeras/os se formaron en disciplinas como filosofía, sociología y antropología y por esta razón vieron el mundo desde otros puntos de vista y perspectivas, lo que ha ido en evolución ascendente, debido a que evidentemente la profesión de enfermería lo ha usado en su filosofía de cuidados, al someter su práctica profesional a un proceso de indagación, de reflexión profunda, de realidades múltiples, de encuentro con los otros, en busca de re-construir la acción de cuidar desde una perspectiva de cambio.

Palabra Clave: Enfermería, Chile, Transformaciones, Perfil

ABSTRACT

The research is oriented to analyze the discourses of nursing teachers regarding professional training and the main changes related to the anthropological complexity of the human being, through the identification of the circulating logics in the generation of knowledge in the Nursing career, the understanding of the impact of the circulating logics in the training of nurses, the description of the profile of progress of nursing students and the analysis of the training of nursing students, from the perspective of teachers. Leveraged in a qualitative design research, a series of interviews coded through the Atlas.ti Software is required, to filter the data of interest oriented to the research purpose, which requires obtaining results in order to respond to the general objective of The research It is concluded that the impact of the circulating logics in the training of nurses, have revolved around many nurses were trained in disciplines such as philosophy, sociology and anthropology and for this reason they observed the world from other points of view and perspectives, what has been in upward evolution, due to what it is evidently the nursing profession that he has used in his philosophy of care, something like his professional practice in a process of inquiry, deep reflection, multiple realities, meeting with others, in search of re-building the action of caring from a perspective of change.

Key words: Nursing, Chile, Transformations, Profile

“No es suficiente enseñar a los hombres una especialidad. Con ello se convierten en algo así como en máquinas utilizables, pero no en individuos válidos. Para ser un individuo válido el hombre debe sentir intensamente aquello a lo que puede aspirar, tiene que recibir un sentimiento vivo de lo bello y de lo moralmente bueno... para que exista una educación válida es necesario que se desarrolle el pensamiento crítico e independiente de los jóvenes(...) La enseñanza debe ser tal que pueda recibirse como el mejor regalo y no como una amarga obligación.”

Albert Einstein

CAPÍTULO I

GENEALOGÍA SOBRE LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

I. EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN: FORMULACIÓN Y CONCEPCIÓN

La educación superior ha ofrecido a lo largo de los siglos muestras de su viabilidad y de su capacidad para transformarse, propiciando cambios y progresos necesarios en las sociedades. Sumergida en el ritmo y el alcance de las transformaciones, la sociedad tiende cada vez más a fundamentarse en el conocimiento; por lo tanto y debido a que tiene que enfrentarse a imponentes desafíos, la misma educación superior debe iniciar la transformación y renovación más profunda que jamás haya tenido que enfrentar y trascender a escenarios multidimensionales y complejos, donde quede alejada y puesta en el pasado la visión unilateral, fraccionada y reduccionista del conocimiento, que el sistema educativo actual tiene sumergido a nuestros profesionales, llevándonos a la descontextualización y la deshumanización del ser humano.

La formación médica mundial forma parte de este panorama, por ser la educación médica superior, representada por escuelas y facultades de medicina, parte importante de las universidades; donde posturas epistemológicas de siglos pasados han influido de manera decisiva en la internalización del modelo de educación médica tradicional, basada en la orientación biologicista de la dicotomía salud-enfermedad, con la fragmentación y atomización del conocimiento y de los saberes, dando lugar a la hiperespecialización como manifestación máxima de profundización en el conocimiento técnico, desvinculados del contexto social, cultural, económico, político, es decir humano.

La práctica médica se hizo mecanicista, se volvió repetitiva buscando sólo el dominio de la tecnología y los procedimientos, olvidando que no existieran ni médicos, ni enfermeras, si no existieran personas, y que el mismo es un ser;

según Foucault (1977) “la medicina está en todas partes y en todos los momentos de la vida de los seres humanos”(p.90), es decir que a la medicina todo le pertenece y todo le compete, de allí la importancia de interpelar la formación médica del profesional de la salud, porque ella forma parte de la vida misma no se puede separar la formación médica de la práctica, por tanto no se puede concebir una formación que no reflexione sobre su actuación y que deje su quehacer sin fundamento, y que no convierta su práctica médica en solo una lista de casos clínicos o de enfermedades para atender.

El fenómeno de la globalización es día tras día más evidente en la educación médica; lo cual se explica tomando en cuenta que la profesión médica es mundial pero igualmente el conocimiento del profesional de la salud y la investigación también han traspasado las fronteras para ser puesta a la orden de la humanidad, fomentándose en muchos casos la creación de estándares educativos comunes a pesar de que a simple vista los planes de estudio lucen similares en todas partes, su contenido podría variar ampliamente, pero lo que no debe variar son los valores y el humanismo del profesional de la salud, los cuales se ven constantemente amenazados por los rápidos avances en las ciencias biomédicas, en la tecnología de la información y por supuestos en los adelantos biotecnológicos que hacen que la humanidad espere de la medicina, muchas expectativas que van desde la eterna juventud hasta la derrota de la muerte.

La lectura del mundo actual caracterizado por interconexiones con relaciones interdependientes, a nivel global; reclaman nuevas y mejores estrategias en la producción de conocimiento; donde ya no tiene cabida el paradigma de la simplificación, el paradigma cartesiano, aquel que separa el sujeto del objeto, con un mundo propio para cada uno, es decir la filosofía reflexiva por un lado y la ciencia objetiva por el otro, donde esta simplicidad en las ideas, en las cosas y en las leyes ya no son suficientes para comprender al ser humano y su entorno.

Morin (2016), nos plantea que la misma ciencia a consecuencia de su falta de capacidad, de controlar, integrar, reflexionar y prever sus propios conocimientos, así como establecer su importancia social, se ha enfermado de ceguera; así de paradójico y por lo tanto no sabe a dónde va.

El ser humano es de naturaleza multidimensional, por esta razón Morin (2013) propone un nuevo modo epistémico basado en la complejidad para hacerle frente al paradigma de la simplicidad el de la disyunción, reducción y abstracción; donde el sistema educativo ha sido concebido y por ello la universidad, evita la heterogeneidad, la complejidad y por supuesto la diversidad con resultados infructuosos al tratar de transformarla.

El pensamiento unidimensional y fragmentado impide la reflexión y la comprensión de los problemas en su cotidianidad, es allí donde las universidades deben ir a la transformación con creatividad e innovación que motive la formación de un nuevo espíritu científico, hacia la contextualización y globalidad en su pensamiento; de allí que la formación del profesional de la salud actual necesita reconocer la complejidad antropológica del ser humano y así hacerse consciente de las articulaciones multidimensionales propias del hombre, y desenvolverse en escenarios transdisciplinarios que según Nicolescu (2009), se refiere a la simultaneidad de las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina, dándole énfasis a la confluencia de los saberes, cosa tan importante en la visión integral del paciente .

La visión del paciente de manera amplia en sus dimensiones bio-psico-eco-social impide que sean vistos como cosas medibles, donde se aplica solo procedimientos y técnicas, separadas de sus aspectos sociales, culturales, políticos, emocionales, morales y espirituales con la consecuente relación profesional de salud – paciente impersonal, donde el sujeto y objeto de esta relación clínica son vistos de manera independientes; pero sin percatarse de que con la observación, que es el paso inicial del examen clínico, se transforma ya lo observado.

A simple vista podemos percatarnos de signos de fracaso en los sistemas de salud no solo a nivel mundial sino también en nuestro país; al evidenciar epidemias de enfermedades consideradas erradicadas para entonces ; así como, la aparición de nuevas patologías; producto en parte de la descontextualización de la formación del profesional de la medicina en Chile, en relación con la sociedad que le corresponde desenvolverse; separándose del objeto principal de

su vida que es el hombre y su salud, conjuntamente con la prevención de las enfermedades, propiciando calidad de vida.

Para comprender la formación del profesional de la salud chileno, es necesario remontarnos a la historia de la medicina que va de la mano con la formación médica y se confunde con la propia historia de la humanidad; además de desarrollarse vinculado al proceso civilizatorio, histórico, social y cultural del hombre.

La medicina a lo largo de su historia ha recorrido caminos no lineales que la ha llevado a la búsqueda de la curación de las enfermedades, así como el entendimiento de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano, pero también de cómo mantenerlo sano, el hombre como profesional de la salud, recorre de manera sistemática su propia constitución como ser bio-psico-socio-cultural complejos tratando de descubrir la formación y deformación de su mismo cuerpo.

La palabra medicina proviene del latín y significa arte de curar, es posible que la medicina haya nacido con la humanidad; siendo víctima y también testigo del sufrimiento, el ser humano sintió la necesidad y motivación de curarlos, la medicina por lo tanto es una actividad regida por el concepto de salud y enfermedad por el deseo de ver saludable al otro, y así poder vivir más y mejor.

La medicina es una ciencia porque requiere de una estructura teórica-metodológica sistematizada para la explicación de la salud y la enfermedad; pero la medicina también es arte tomando en cuenta, el sentido de ideal que encierra la práctica médica, y de cómo se puede interpretar un síntoma de manera diferentes, tomando en cuenta lo individual de cada paciente,

Es posible remontarse a los orígenes de la medicina en su aspecto más primitivo, a través de la medicina griega cuyas magníficas realizaciones culturales han dado origen a nuestra civilización occidental. Sánchez (2012) expresa que “ en Grecia aparecieron los primeros filósofos «racionales» que se interrogaron sobre “el ser” de las cosas y sobre los “principios” que constituyen la materia” (p.5) El pensamiento griego elaboró una idea contentiva de propiedades como la unidad, diversidad, fecundidad, divinidad, armonía o belleza y razonabilidad, sometida a leyes inmutables y comprensibles racionalmente, y que puede ser

manipulada por el hombre mediante la *techné* o arte, a lo que llamo “*physis*” permitiéndole pasar a contemplar el universo como un «cosmos» ordenado, y no como un resultado del azar o del capricho de los dioses, lo que se ratifica con lo manifestado en la *Ilíada* de Homero, donde se devela un vasto conocimiento del tratamiento de las heridas y otros daños a través de la cirugía. En el mismo orden de ideas, argumenta Navarrete (2013) que “en el siglo VI a.C. la medicina griega se volvió secular por completo; hacían hincapié en la observación clínica y la experiencia” (p.60).

Es así como la absoluta construcción de esta medicina científica, llamada medicina hipocrática, tuvo su basamento en substituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. La medicina hipocrática nació de la filosofía y luego se separó de ésta, pero continuó ligada al saber general. No obstante, en los escritos hipocráticos se encuentran diferentes opiniones acerca de cómo debía ser la relación entre filosofía y medicina. Hay algunos que afirman que la medicina es un saber independiente y anterior al conocimiento filosófico.

Lo expresado deja entrever que en lo que corresponde a la formación del profesional de la salud, el docente era un maestro práctico en Medicina, y el discente, su discípulo, lo que sustituyó, la informalidad de la práctica médica primitiva, por una formación médica tutorial, cuya mediación pedagógica, se ajustaba, de cierta manera, a uno de los postulados de la práctica pedagógica socrática, en que el docente/tutor estimulaba a sus discentes/discípulos a la discusión de sus propios conocimientos, para la consecución de las posibles respuestas, lo que proporcionó la apertura al conocimiento.

Mientras que otros sostienen que la medicina es un saber derivado de la filosofía, el escrito hipocrático temprano. La filosofía de Aristóteles aclaró la estructura del saber científico, y fue capaz de integrar plenamente las ciencias naturales. Y por eso el escrito hipocrático *post-aristotélico De habitu decenti* citado por Sánchez (1998) asume ya la integración entre filosofía y medicina, afirmando rotundamente que el profesional de la salud que a la vez es filósofo es igual a los

dioses siendo preciso trasplantar la filosofía a la medicina y la medicina a la filosofía.

Así la influencia de la filosofía sobre la medicina fue cada vez mayor. Los profesionales de la salud fueron incorporando las teorías especulativas propias de los filósofos. La medicina racional que se constituyó así era científico-especulativa, al igual que toda la ciencia antigua. Esto significa que el sabio tenía plena confianza en la capacidad de la mente humana para intuir la esencia de las cosas por medio de la observación simple de los fenómenos particulares.

Partiendo de esas esencias pretendía constituir un conocimiento universal y necesario que, idealmente, había de ser sistematizado en forma deductiva. Ahora bien, en este sistema no existía una fuerte necesidad de ampliar las observaciones ordinarias modificando experimentalmente las circunstancias. Pero, sobre todo, no existía la necesidad ineludible de contrastar experimentalmente las ideas que llegaban a intuirse.

En función de la formación del sujeto profesional de la salud, persistió la práctica de la medicina primitiva o sobrenatural, ejercida por los iatros especializados en los templos de Asclepiades en la antigua Grecia y al mismo tiempo otra medicina todavía más primitiva, a cargo de magos y charlatanes itinerantes, demiurgos sin reglamentación alguna del ejercicio profesional, ya que no se contaba con enseñanzas rigurosas en escuelas especializadas, la formación del sujeto profesional de la salud, nacía de la inquietud que un aprendiz manifestaba a un miembro distinguido de la práctica médica.

La enfermedad tenía una existencia externa, generalmente física, cuyo origen estaba centrado en los síntomas corporales del individuo, ajeno al sujeto que lo padece, la enfermedad entonces venía de otra parte a posesionarse del cuerpo o de las partes del cuerpo.

Esto, expuso la necesidad del profesional de la salud de estudiar la filosofía para adquirir las bases teóricas exigidas por la profesión, ya que éste debía tener dominio sobre lógica, física y ética, lo que conformaría la orientación pedagógica de la medicina fundamentada en bases filosóficas necesarias a la formación profesional y social del mismo, lo cual fue impulsado por Claudio Galeno (130 –

201 d.C.), médico griego-romano, formado por la Escuela de Medicina de Pergamo.

En esta época predominó en el mundo de la medicina la figura de Galeno quien consideraba los cirujanos inferiores al médico, y a profesionales de la enfermería, inferior al médico, lo que contradecía sus posturas mayormente orientadas por el pensamiento hipocrático, adoptó una concepción teleológica del cuerpo, bajo un punto de vista aristotélico de que el cuerpo es producto de la naturaleza. Bustos (2014) expresa que, “en las descripciones antiguas, el cuerpo de la enfermedad era percibido como la representación visible del pecado” (p.90). Hoy la enfermedad del cuerpo es insonora y aprisionada, expresa la alteración de un cuerpo-máquina que ha sido conceptualizado como indiferente por la mirada y el discurso del profesional de la salud.

Evaluando la línea orientadora de la Medicina desde el pensamiento primitivo, se concluye que la construcción de la historia, memoria y formación médica se encuentra unida a la exaltación de las cualidades y virtudes de los personajes de la Grecia antigua en el ámbito médico, considerada como una construcción pedagógica poco creativa, por encontrarse asentada en prácticas didácticas y conocimientos fragmentados.

En la Edad Media Europa padeció de imposiciones de la Iglesia Católica; la medicina pagana fue condenada transformando los santuarios curativos en santuarios cristianos, por lo que el saber del profesional de la salud busco refugio en Oriente para mayor libertad de acción y pensamiento. Avicena (980-1037 d. c.) representante de la medicina árabe, realizó una síntesis de la medicina griega y árabe manteniendo vivo la medicina clásica.

El conocimiento del profesional de la salud, en este periodo se encuentra en las formalizaciones de Hipócrates y la formación médica desde el siglo XII se aglutinarían en las universidades manejadas por la Iglesia Católica, basada en una cultura erudita donde la medicina era vista como una asignatura de sentido laico, luego en este mismo siglo se establecen las primeras escuelas exclusivas para la enseñanza de la medicina en Italia , y sus libros eran los de Antigüedad clásica donde la disección de cadáveres era prohibido así como el uso de la

química y la formación médica estaba basada en los textos de Galeno es decir que en esta época no existía autonomía en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el saber era transmitido sin avances ni innovaciones, memorística y atada a los valores religiosos de temor a Dios. Aun los inicios de la Enfermería, como ocupación, no se vinculan en este tiempo.

Luego aparecen representantes polémicos del pensamiento médico, como Paracelso (1493-1541) con su práctica basada en el misticismo y esoterismo, considerada por muchos como un vago aporte a la formación médica por su retroceso al primitivismo. La formación médica hasta la edad media está vinculada a la experiencia práctica, a lo mágico y a lo espiritual el cuerpo humano y su funcionamiento, quedan desplazadas como un depósito del alma de allí que la salud era vista como bendición y la enfermedad como castigo por los pecados cometidos.

Es para el siglo XVI cuando ocurre una transformación pedagógica innovadora en la formación médica, cuando Vesalio (1514-1564) estimuló el pensamiento pedagógico crítico y creativo al analizar las obras médicas de la Antigüedad; así como también utilizó la disección de cadáveres para la producción de conocimientos en anatomía, elaborando apuntes que luego fueron transformados en nuevos conocimientos caracterizadas por actitudes intencionales científicas dirigidas hacia la dinámica del proceso de enseñanza y de aprendizaje en la formación médica.

Ahora, la medicina centra su atención ya no en las entidades, formas o variedades mórbidas, sino en el asiento físico de las enfermedades, dándole así a la medicina un fundamento científico retroactivo, es decir la medicina para ser objetiva y objetivable dando fundamento al pensamiento médico científico.

Hermann Boerhaan (1668-1738) médico holandés, plantea la formación médica como actividad práctica para así entender al ser humano, integrando a la enseñanza médica, las revistas clínicas, discutiendo con sus estudiantes las enfermedades de sus pacientes. Esta práctica médica lleva implícito los principios básicos de Hipócrates, tales como la observación y la evolución, así como fundamentos socráticos dado por las hipótesis diagnósticas; todo esto encaminado

hacia la sistematización metodológica de la enseñanza médica; las cuales son entendidas actualmente como estudio de caso.

Cabe mencionar a Giovanni Morgagni (1682-1771) quien revolucionó en su época la formación médica al postular la necesidad de correlacionar los datos anatomopatológicos y la anamnesis. Es decir que en esta época se dan acciones individuales fuera de las universidades de una manera empírico experimental fundado en la especulación y en la crítica de la razón como verdades.

Para Foucault (2004) la clínica médica avanza realmente es en el siglo XVIII y los inicios del siglo XIX como método para entender a la persona enferma claro está que viene desde la medicina antigua, y que aun en la actualidad es una forma de atención médica; así mismo plantea que el saber médico disciplinar como saber/poder disciplinar para la mediación técnica en las actuaciones profesionales modernas, disipa posibilidades de aprendizaje en el encuentro entre el ser humano y el saber; llevando a una relación de poder asimétrica por una autoridad médica (activa y sabia) y un paciente (pasivo e ignorante) limitando los diálogos de la formación médica al cuerpo del enfermo.

Ya para el siglo XVIII y XIX surgen los colegios profesionales de cirugía en Europa, aunada a las facultades de medicina con nuevas formas de enseñar con el desarrollo de la vacunación, la primera apendicetomía, creación del microscopio, entre otras innovaciones en el quehacer del profesional de la salud, adquiriendo la formación médica saber y poder, dando entrada a la etapa profesional de Enfermería la cual se inicia con una importante reflexión intelectual sobre el quehacer enfermero. Esto, exigió contar con una línea de análisis conceptual para reconocer el valor del cuidado, dando paso al Acta de certificación de enfermeras, que fue la primera verdadera regulación

El primer esfuerzo para enfermeras educadas y capacitadas que, de hecho, eran hombres, fue realizado por la Dirección de Servicios de Salud del Ejército Griego, que creó la primera "Escuela de Enfermería" mediante un decreto "Acercas de la recomendación de escuelas para enfermeras". El establecimiento de la Escuela ocurrió casi al mismo tiempo que la Escuela de Enfermería de Florence

Nightingale en el Hospital Saint Thomas en Londres, ambas con el objetivo de educar a enfermeras experimentadas para la paz y los servicios de campaña.

La enseñanza entonces del profesional de salud, comienza a tomar en exceso contenidos anatómico –fisiológicos; utilizando la observación y el análisis del paciente como meta de la pedagogía médica, y la medicalización como patrón terapéutico, en estrategias académicas (de diagnósticos y tratamiento) que llevan a la atomización del cuerpo humano, es decir en partes que se enferman, donde la cultura, las relaciones personales, sociales y su historia no tiene cabida en esta pedagogía de certezas.

El siglo XX recientemente concluido ha sido espectador de amplios esfuerzos orientados al progreso de la educación médica, esfuerzos que han sido conducidos de radicales cambios en el paradigma de los profesionales de la salud. Estas acciones de perfeccionamiento dejan ver inevitablemente el interés que tienen todas las sociedades del mundo por la formación de quienes tienen como función resguardar por uno de los bienes más preciados por el ser humano, su salud.

Desde el denominado “Informe *Flexner*” de 1910 hasta la II Declaración de Edimburgo de 1993 se ha evidenciado a las más desiguales propuestas pedagógicas y a divergencias, en ocasiones sin sentido, entre las diversas tendencias que defienden sus posiciones, muchas veces sin tener evidencias probadas de sus beneficios. Sin embargo, en la historia de la educación médica, la figura y los aportes de *Abraham Flexner*, quien no fue médico, pero le correspondió al inicio del siglo pasado realizar un análisis desde su óptica de educador, de las escuelas de medicina existentes en Norteamérica, originando el famoso Informe *Flexner* que marcó pauta en la educación en la salud de la época y aun en la actual, ya que todavía existe en muchas escuelas de formadores para la salud la división entre un período o ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido por otro dedicado a los estudios clínicos.

El desafío de la educación superior en los profesionales de la salud para el siglo XXI plantea la necesidad de un nuevo proceso educativo, basado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia. Salas (2004) expone que, a partir

de la Cumbre Mundial de Educación Médica, se desarrolló un movimiento internacional para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de salud, que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económico-sociales de sus respectivos países.

Lo que responde al hecho de que la formación del profesional de la salud se ha basado durante mucho tiempo en un modelo de diagnóstico y de tratamiento, con una clara visión fragmentada del cuerpo humano aislado además del contexto social y cultural, que ha tenido como consecuencia la puesta en escena de una relación profesional de la salud- paciente alejada del ideal del respeto y dignidad hacia la condición humana.

Lo que trajo como consecuencia una formación deficiente de estos profesionales de la salud en los aspectos sociales de la enfermedad lo cual se ve reflejada en la poca importancia entre los más jóvenes profesionales en la prevención y promoción de la salud, lo cual se evidencia claramente en las noticias en primera plana del incremento y reaparición de enfermedades que habían sido erradicadas del mundo, poliomielitis, sarampión, dengue, cólera, chagas agudo, entre muchas otras, que a simple vista aparecen como enfermedades orgánicas, porque eso es de lo que las universidades con sus escuelas nos enseñan, que somos células, órganos, moléculas, de manera fragmentadas y no como lo que somos sistemas interrelacionados los unos con los otros con nuestra identidad y con nuestro ser. Reflexionar sobre el Ser es, según Heidegger (1927), importante tema de la filosofía, en el cual los profesionales de la salud debemos reflexionar sobre qué es el Ser enfermo y el Ser paciente.

El producto de tales reflexiones nos será muy útil para así poder cumplir con el juramento de atender personas para ayudarlas a la mejor solución de sus problemas de salud, que sería en todo caso uno de los objetivos del ejercicio de la medicina.

Pero los profesionales de salud también debemos reflexionar sobre lo que en verdad es la medicina. Conviene recordar, dice Heidegger (ut supra), que “el hombre común suele reflexionar sobre el Ser solamente en momentos de gran

desesperación, cuando las cosas parecen perder toda su consistencia y se nubla su sentido; sonará como una campana sorda que repica en nuestra vida y poco a poco se va apagando". (p.37) La enfermedad suele ser la causa de esos momentos de desesperación a los que alude Heidegger. A esto se debe que el pensamiento, el sentimiento y la conducta del hombre enfermo no sean idénticos a los del hombre sano; y a que muchas personas al recuperarse de una enfermedad sean, como se dice comúnmente otras personas.

Entonces ¿dónde queda la sensibilidad del profesional de salud?, sus aspectos humanísticos y éticos de responsabilidad social o más bien de sensibilidad social, posiblemente atrofiados por los aspectos netamente científicos de la medicina inmersa en la tecnología; en una clara separación de las ciencias humanísticas de los currículos de las Ciencias de la Salud, llevándonos a la deshumanización del humano así formado como profesional.

En este sentido, estas aristas formativas son aparentemente superadas por este sujeto en formación a partir de sus propias experiencias en el tránsito de su vida profesional, cuyos conocimientos adquiridos los basa en la reflexión y en la obtención de retroalimentación sobre la propia práctica. A tal fin la reflexión ha de constituirse, para esta específica investigación, en un componente esencial en la formación del profesional de enfermería y del profesorado que debe procurar desanclarse en sus esquemas convencionales de pensamiento, en las teorías médicas implícitas y en las creencias propias de su labor diaria, porque la ausencia del análisis crítico-reflexivo en profundidad conlleva a promover un conocimiento desde la superficialidad y el pensamiento simplista de las cosas.

Estas prácticas educativas médicas llevan a comportamientos docentes que preceden prácticas rutinarias a seguir sin reflexión, de manera mecánica, sin participación en la toma consciente de decisiones, sin comprensión del enseñar en la intervención docente, sin entendimiento del conocimiento implícito, lo que lo lleva a la deshumanización.

Si la función docente es objeto de profundas revisiones a nivel mundial, la situación se torna crítica en los países latinoamericanos, donde no se está gestionando la transformación de la educación de cara a alternativas innovadoras

que provoquen rupturas epistemológicas para ir más allá de la evidencia, posibilitando la conquista de procesos de formación y modelos curriculares que otorguen a la función del profesional de enfermería docente un rol profesional activo y transformador comprometido con los problemas y necesidades de los individuos y las comunidades en las cuales actúan.

La formación del profesional de enfermería en los espacios universitarios en Chile reclama que el docente de la salud, asuma compromisos, con la finalidad de cultivar la sensibilidad para que los estudiantes también sean protagonistas de los procesos de transformación social, económica, política, legal, jurídica, espiritual y educativa que requiere el país.

Ante las características de los currículos de las universidades experimentales, las cuales se caracterizan según Patiño (2015) por la rigidez y la poca pertinencia social, el escaso contacto con las comunidades y con las organizaciones usuarias del conocimiento, la frondosidad curricular y la tradicionalidad del proceso de enseñanza aprendizaje, se perfila el contexto de la universidad chilena que forman profesionales de enfermería, ya que resulta muy frecuente escuchar particularmente en los más jóvenes docentes quejas sobre la poca efectividad de sus esfuerzos, rutina de sus actividades, la falta de una orientación que los guíe en la tarea de estimular en los enfermeros en formación, del arte y la ciencia que practican. Su actividad docente ha sido y es fundamentalmente intuitiva y repetidora de las experiencias que como discentes les correspondió vivir en su propio periodo formativo.

Por tanto, ante lo expuesto, pudiera afirmarse que la formación del profesional de enfermería es interpelable. De tal manera que resulta imprescindible a través de la construcción del objeto dentro de la formación universitaria en las Escuelas de Enfermería, realizarse algunas interrogantes: ¿Para qué se forma el profesional de enfermería? ¿Para la libertad, autodeterminación, el respeto al otro la creatividad o simplemente para su prestigio personal y mercantilista? ¿Acaso estas manifestaciones no afectan a las Universidades?, ¿No son estas manifestaciones suficientemente preocupantes para repensar el sistema formativo?, ¿Se forma para la libertad, la igualdad, el

humanismo, la creatividad y la criticidad o para la aceptación, la sumisión y la espera de un cambio a futuro?

Ante lo expuesto, el supuesto de la investigación, se orientan a afirmar la necesidad de cambios en la formación profesional del enfermero, ante la construcción del nuevo perfil profesional requerido.

La reflexión debería permitir clarificar los contextos y escenarios en que pudieran moverse las acciones didácticas o curriculares, bien sea para precisar finalidades y objetivos educativos pertinentes a las necesidades sociales o para derivar el principio sobre los cuales se va a orientar la formación de los profesionales de la salud que una nación como Chile requiere. La reflexión, debería también generar la sensibilización y problematización que lleve necesariamente a la concientización sobre la práctica docente para la orientación de posibles caminos de transformación.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Analizar los discursos de docentes de enfermería respecto de la formación profesional y los principales cambios referidos a la complejidad antropológica del ser humano

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las lógicas circulantes en la generación de saberes en la carrera de Enfermería.
2. Comprender el impacto de las lógicas circulantes en la formación de las enfermeras/os.
3. Describir el perfil profesional de los estudiantes de enfermería.
4. Analizar la formación de los estudiantes de enfermería, desde la perspectiva de los docentes.

1.3 Justificación

El siglo XXI momento histórico que nos corresponde vivir, marcado de manera evidente por la globalización, que impregna también la actividad médica; actividad que se ha visto inmersa en un desarrollo científico sin precedentes en la historia médica, con avances tecnológicos importantes al servicio de la restitución de la salud del ser humano enfermo, con despliegues de importantes avances en la cura de enfermedades anteriormente consideradas incurables por la ciencia médica, con el estudio profundo del genoma humano con la posibilidad de anticiparse a la aparición de muchas de estas enfermedades como el cáncer, la diabetes para nombrar algunas.

Sin embargo, actualmente se percibe elementos de una práctica del profesional de enfermería muy cientísta en sus actividades, en su apego a los estudios de última tecnología, a la informática y a todo aquello que hable de estudios multicéntricos, que suenen elegantes y que les permitan dentro de su entorno destacarse como muy actualizados.

Se observa además, también las quejas de los pacientes en torno a la despersonalización del acto del profesional de la salud por parte de estas generaciones en esta última década, de tal manera que la formación en salud actual debe ser revisada porque se está alejando de la formación integral y humanística que requieren en equilibrio, por supuesto con los conocimientos científicos que son necesario pero que deben estar cónsonos con los pueblos, con las realidades particulares de cada población, y con la prevención de las enfermedades y no solamente en hipertrofiar la medicina curativa.

Es entonces necesario re significar la formación del profesional de la salud en esa percepción sensible y de cómo concebir el mundo, con conciencia crítica para poder participar activamente comprometidos en su aprendizaje y también en los asuntos sociales y políticos de la comunidad, con valores que guíen el camino de la actividad de tal manera que es necesario develar un nuevo enfoque que oriente la formación en salud hacia escenarios transdisciplinarios, que evite la visión parcelaria del enfermo, y la atomización del conocimiento en forma

indiscriminada, por eso es necesario plantear una ruptura epistemológica, en la formación del profesional de enfermería.

“¿Qué será pues, entendida en un estilo moderno, la filosofía de las ciencias? Será una fenomenología del hombre estudioso, del hombre concentrado en su estudio y no únicamente un balance difuso de ideas generales y de resultados adquiridos.”

Gastón Bachelard

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Formación, Cuerpo y Sujeto

La medicina a lo largo de su historia ha recorrido caminos no lineales que la ha llevado a la búsqueda de la curación de las enfermedades así como el entendimiento de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano pero también de cómo mantenerlo sano. Casi tautológico resulta decir que el cuerpo es la condición necesaria para que haya vida. El cuerpo siendo presupuesto y arquitecto de la existencia.

El cuerpo que claudica afecta el desarrollo y la realización de la vida humana, lo que explica la importancia de la medicina para evitar o reparar estas desventuras, y de la antropología médica para insistir en el carácter existencial del enfermar, así el hombre como médico recorre de manera sistemática su propia constitución como ser bio-psico-socio-cultural complejos tratando de descubrir la formación y deformación de su mismo cuerpo

Posiblemente sea el cuerpo la única característica humana que radica en la biología, aun cuando es mucho más que mera biología. Lo humano tiene otros atributos esenciales, provenientes de su ser poético, constructor de la propia existencia. Allí están la racionalidad, la categorización espacial y temporal de realidad, el lenguaje y en general la capacidad simbólica, la imaginación. Más específicos a las preocupaciones de la antropología médica, hay atributos que nacen de la vida y se afectan en el enfermar, entre los cuales tendrán presencia insoslayable en la medicina, en la bioética y en la mirada antropológica- médica.

La palabra medicina proviene del latín y significa arte de curar, es posible que la medicina haya nacido con la humanidad; siendo víctima y también testigo del sufrimiento, el ser humano sintió la necesidad y motivación de curarlos, la medicina por lo tanto es una actividad regida por el concepto de salud y enfermedad por el deseo de ver saludable al otro, y así poder vivir más y mejor.

La medicina es una ciencia porque requiere de una estructura teórica-metodológica sistematizada para la explicación de la salud y la enfermedad; pero la medicina también es arte tomando en cuenta, el sentido de ideal que encierra la práctica médica, y de cómo se puede interpretar un síntoma de maneras diferentes, tomando en cuenta lo individual de cada paciente,

En la Edad Media Europa padeció de imposiciones de la Iglesia Católica; la medicina pagana fue condenada transformando los santuarios curativos en santuarios cristianos, por lo que el saber médico busco refugio en Oriente para mayor libertad de acción y pensamiento. Avicena (980-1037 d. c.) representante de la medicina árabe, realizó una síntesis de la medicina griega y árabe manteniendo viva la medicina clásica.

El conocimiento médico en este periodo se encuentra en las formalizaciones de Hipócrates y la formación médica desde el siglo XII se aglutinarían en las universidades manejadas por la Iglesia Católica, basada en una cultura erudita donde la medicina era vista como una asignatura de sentido laico, luego en este mismo siglo se establecen las primeras escuelas exclusivas para la enseñanza de la medicina en Italia y sus libros eran los de Antigüedad clásica donde la disección de cadáveres era prohibido así como el uso de la química y la formación médica estaba basada en los textos de Galeno es decir que en esta época no existía autonomía en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el saber era transmitido sin avances ni innovaciones, memorística y atada a los valores religiosos de temor a Dios.

Para el Cristianismo de entonces el cuerpo del hombre era una vil prisión del alma. El organismo humano no merecía mayor estudio. La doctrina islámica, que se hizo sentir después, era similar en este aspecto: el cuerpo de los muertos era sucio e impío y había que abstenerse de tocarlo y mancharse con su sangre. Por otra parte, la medicina medieval tuvo un marcado carácter especulativo, la teoría médica constituía lo substantivo, la labor manual era desdeñada. Así, la práctica quirúrgica fue quedando en manos de los barberos.

Luego aparecen representantes polémicos del pensamiento médico, como Paracelso (1493-1541) con su práctica basada en el misticismo y esoterismo, considerada por muchos como un vago aporte a la formación médica por su retroceso al primitivismo. La formación médica hasta la edad media está vinculada a la experiencia práctica, a lo mágico y a lo espiritual el cuerpo humano y su funcionamiento, quedan desplazadas como un depósito del alma de allí que la salud era vista como bendición y la enfermedad como castigo por los pecados cometidos.

En esta etapa histórica, el cuerpo era considerado lastre, en algunos contextos era necesario flagelar la carne y los actos terapéuticos se ejercían en desconocimiento del cuerpo enfermo. Expresa Pellegrino (1981) que “el rasgo distintivo de la medicina es ser una artesanía que se ocupa de curar el cuerpo en el cuerpo” (p.54). Entonces el profesional de la salud era formado para actuar sobre órganos dañados con una mirada reducida de la experticia especializada.

La confianza rayana en la soberbia del terapeuta hipocrático no alcanzó a todos los practicantes de la medicina y ciertamente no fue incorporada a la realidad de los enfermos, quienes siguieron recurriendo a métodos terapéuticos ajenos a la medicina docta. No en vano se consideraba a la medicina como una segunda filosofía, requiriendo el estudio extenso de las artes liberales, gramática, retórica, dialéctica y solo como culminación una indoctrinación en los textos médicos clásicos.

Como resultado, el doctor en medicina dedicaba su vida a la erudición. El grueso de la población acudía una variedad de terapeutas empíricos y otros personajes que confiaba en algún método o sustancia curativa aplicada sin distinciones diagnósticas, en muchos casos y, tal como ocurría en el chamanismo, en ausencia y desconocimiento del enfermo y del estado mórbido que lo aquejaba.

Seguidamente, el establecimiento de hospitales y la confianza en los conocimientos científico-naturales que sustentan habilidades terapéuticas, van consolidando la figura del terapeuta en el sentido original de la palabra *therapeia*: servicio, cuidado. La medicina en las escuelas catedráticas y su enseñanza

estuvo a cargo del clero secular. Se trataba en lo fundamental de la doctrina hipocrática con un fuerte carácter especulativo y elementos religiosos.

Las especulaciones en torno a la orina y pulso del paciente eran parte de esa medicina, tal como el reconocimiento de la medicina como profesión que, por serlo, regula la formación. El ejercicio práctico y la conducta moral de sus afiliados, se desbroza a los curanderos de los médicos y se establece a estos últimos como lo referente socialmente aceptados y apoyados para entender a los enfermos.

Poco a poco se va gestando un ambiente en el cual el enfermo y el profesional de la salud se contactan y generan en el encuentro clínico como el escenario paradigmático en el cual se desarrolla la relación médico-paciente. El enfermo adquiere una nueva categoría, la de paciente, la de sujeto, una palabra que incluye el reconocimiento de estar afectado, *passio: afectación*, más también, y esto es fundamental la connotación que el enfermo es siempre paciente de alguien, el enfermo se encuentra en un estado, el paciente es una relación.

Es entonces como la aceptación del sujeto como situación intersubjetiva vuelve la formación médica más efectiva y competente. El acto del profesional de la salud se optimiza en la medida que es vivido como situación intersubjetiva entre paciente y terapeuta, dando grandes ventajas, humanización, efectividad y competencia en el acto. Freire (2004) expone

Si en la experiencia de mi formación, que debe ser permanente, comienzo por aceptar que el *formador* es el sujeto en relación con el cual me considero *objeto*, entonces el sujeto y el objeto como su contraparte tienen una cercanía incómoda al problema insoluto mente-cuerpo (p.20).

Es para el siglo XVI cuando ocurre una transformación pedagógica innovadora en la formación médica, cuando Vesalio (1514-1564) estimuló el pensamiento pedagógico crítico y creativo al analizar las obras médicas de la Antigüedad; así como también utilizó la disección de cadáveres para la producción de conocimientos en anatomía, elaborando apuntes que luego fueron transformados en nuevos conocimientos caracterizadas por actitudes intencionales científicas dirigidas hacia la dinámica del proceso de enseñanza y de

aprendizaje en la formación médica. Los antiguos manuales medievales fueron sustituidos en un primer momento por textos clásicos, impresos y recuperados en su pureza original.

Y en la segunda mitad del siglo XVI comenzaron a aparecer tratados médicos modernos que introducían novedades no contempladas por los antiguos. Durante esta época cambiaron significativamente los contenidos y la forma de enseñar la medicina, caracterizada por la enseñanza junto a la cama del enfermo. Hacia fines del Renacimiento, por el impulso de los humanistas, se trataron de entender los factores psicológicos de enfermedad.

Así los nuevos descubrimientos y la nueva visión de las cosas propia del Renacimiento provocaron algunas discrepancias, que al principio fueron sólo parciales. Aquellas primeras discrepancias se referían a la forma de aplicar algunos tratamientos, a la descripción de ciertas enfermedades, o a algunos hallazgos anatómicos.

En esta era surgen los colegios profesionales de cirugía en Europa, aunada a las facultades de medicina con nuevas formas de enseñar con el desarrollo de la vacunación, la primera apendicetomía, creación del microscopio, entre otras innovaciones en el quehacer en salud, adquiriendo la formación saber y poder.

Hermann Boerhaan (1668-1738) médico holandés, plantea la formación médica como actividad práctica para así entender al ser humano, integrando a la enseñanza médica, las revistas clínicas, discutiendo con sus estudiantes las enfermedades de sus pacientes. Esta práctica médica lleva implícito los principios básicos de Hipócrates, tales como la observación y la evolución así como fundamentos socráticos dado por las hipótesis diagnósticas; todo esto encaminado hacia la sistematización metodológica de la enseñanza médica; las cuales son entendidas actualmente como estudio de caso.

Cabe mencionar a Giovanni Morgagni (1682-1771) quien revolucionó en su época la formación médica al postular la necesidad de correlacionar los datos anatomopatológicos y la anamnesis. Es decir que en esta época se dan acciones

individuales fuera de las universidades de una manera empírico experimental fundado en la especulación y en la crítica de la razón como verdades.

Michel Foucault, en su libro *Nacimiento de la Clínica*, presumiendo que es en el siglo XVIII y el comienzo del siglo XIX que la clínica médica avanza, pero, se precisa acotar que la clínica como método de atendimento a la persona enferma viene desde la Medicina Antigua. La clínica médica se ha constituido como forma generalizada de atención a la persona enferma, pero es en el final del siglo XVIII y comienzo del siglo XIX, que la formación médica pasa a preocuparse, de modo enfático, con el cuerpo enfermo, y éste en una clínica médica; una atención que resulta en una remuneración, propia de las relaciones capitalistas, como Foucault quien ha cimentado sus investigaciones en los análisis históricos, no solamente sobre la Medicina, sino sobre las relaciones de poder establecidas en las sociedades capitalistas, que intervienen con la producción de saber cómo recurso de dominación.

Debate como la enfermedad ha tenido un concepto separado de un enfoque abstracto, pensada filosóficamente, pasando a ser concebida como un saber adquirido sobre el individuo que lleva un cuerpo enfermo, dicha forma de pensamiento centrada en el individuo, redimensionará el saber en salud cuando logra de forma concreta sus bases epistemológicas en sus líneas ideológicas y pedagógicas, proporcionando un nuevo proceso de formación y actuación médica para los tiempos modernos.

Así mismo plantea que el saber médico disciplinar como saber/poder disciplinar para la mediación técnica en las actuaciones profesionales modernas, disipa posibilidades de aprendizaje en el encuentro entre el ser humano y el saber; llevando a una relación de poder asimétrica por una autoridad médica (activa y sabia) y un paciente (pasivo e ignorante) limitando los diálogos de la formación médica al cuerpo del enfermo.

La enseñanza de las ciencias de la salud comienza a tomar en exceso contenidos anátomo –fisiológicos; utilizando la observación y el análisis del paciente como meta de la pedagogía médica, y la medicalización como patrón

terapéutico, en estrategias académicas (de diagnósticos y tratamiento) que llevan a la atomización del cuerpo humano, es decir en partes que se enferman, donde la cultura, las relaciones personales, sociales y su historia no tiene cabida en esta pedagogía de certezas.

Sin embargo, era necesario desarrollar un acrecentamiento de las ciencias básicas, hacia la formación de un nuevo arquetipo, lo que fue logrado a través la reforma de la actividad académica en la investigación y la docencia, integrando en la formación del futuro formado de las ciencias de la salud los resultados de las nuevas investigaciones. Sánchez (1998) expone que gracias a esta organización universitaria la mayor parte de los descubrimientos científicos médicos de la segunda mitad del siglo XIX se realizaron en Alemania.

De esta forma, en las primeras décadas del siglo XX se llegó a generalizar una enseñanza de las ciencias de la salud estructurada alrededor de las ciencias naturales básicas. La formación del profesional en salud estaba orientada al sujeto, eminentemente corpóreo y curativo. Foucault (1991) advierte que el sujeto“(…) no es aquello a partir de lo cual la verdad se da en la historia, sino que se constituye en el interior mismo de ésta y que a cada instante es fundado y vuelto a fundar” (p.90). Desde este punto de vista, la formación no es cuestión de procedimiento o de comportamiento, sino del ser en cuanto devenido.

En este sentido, cuando se hace referencia al sujeto (hombre), no se piensa en él como entidad fija, sujetos a profesionalizar, no, lo es porque está sujeto; dominado por una sociedad. Sin embargo, en una visión dinámica, en constante construcción y reconstrucción, con el cual se define en este tiempo lo educativo, es inviable formar al hombre desde esa reducción de lo humano, ya que la formación es en esencia una tarea eminentemente humana, por eso en cuanto el hombre adquiere un poder, una habilidad, gana con ello un sentido de sí mismo. De allí, que exista un vínculo entre esta visión de formación y los procesos de subjetivación que Foucault denomina práctica de sí o cuidado de sí.

Este autor sostiene que los modos de subjetivación como experiencia de sí, están vinculados al ejercicio de la ética como práctica reflexiva de la libertad. Proceso que es constitutivamente histórico-cultural. Por ello, lo que nos hace posible constituirnos de otro modo es la transformación incesante de nosotros mismos en nuestra relación con nosotros mismos, en nuestra experiencia de sí como sujetos éticos.

El proceso de subjetivación comienza en las relaciones de poder y también nace en el ser humano mismo, de su libertad, supuesto fundamental de la ética. El cuidado de sí mismo es el principio básico de la racionalidad ética. De este modo, la libertad es condición ontológica de la ética. Foucault (1994) habla de la ética como subjetivación, como posibilidad de constitución de formas diferentes del sujeto. Se entiende aquí este proceso, como el dinamismo por el cual el sujeto se constituye a sí mismo; es decir, el sujeto no nos es dado, está siempre abierto a una transformación histórica. Y es la libertad práctica la que nos invita a esta transformación, como proceso que es genuinamente formativo.

De esta forma se fueron desarrollaron un conjunto de procedimientos para domesticar a los individuos sometiendo sus cuerpos, así la microfísica del poder punitivo en este siglo se ejerce sobre los castigados, los educandos, los educados, los locos, los cuerdos, los niños, es decir sobre todos aquellos que estén sujetos a un aparato de producción; con esta microfísica se controla a los sujetos a lo largo de toda su existencia

En *Vigilar y Castigar* Foucault (2002) muestra como estos mecanismos micro físicos de poder, que los aparatos y las instituciones ponen en juego, se materializan en el cuerpo (tecnología política del cuerpo) “Lo que busco, es intentar demostrar cómo las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos”(p.36). El verdadero interés de Foucault era ocuparse de desenmascarar la forma en que la sociedad ordena y controla a los individuos, adiestrando sus cuerpos y sus mentes

Así, el pensamiento del profesional de las ciencias de la salud es vertical, atribuye al saber científico una superioridad incuestionable, en muchos casos mira

de arriba abajo al paciente o usuario que busca salud. Para los profesionales de la salud resulta complicado desprenderse de esa coraza que la formación universitaria y la jerarquía de los establecimientos de salud le impregnan. Cuarteles y hospitales, como lo demuestra Foucault (ut-supra), son los lugares en los que la jerarquía se hace sentir más en desmedro de la igualdad. Se supone entonces la superioridad del conocimiento que se produce con pretensión de certeza y hace al formador en salud, consignatario de un saber que le adjudica autoridad y control. La relación docente - estudiante, lía conexiones autoritarias con predominio de la verticalidad, la distancia afectiva y la dependencia, lo que produce un estudiante pasivo, dominado por la supremacía del docente.

2.2 Historia de la Enfermería en el mundo

La Historia de la Enfermería ha sido magistralmente desarrollada por Matesanz (2009) donde expone que esta profesión trata del ser humano, de su cuerpo y de su mente, de cómo evolucionan los cuidados, Arregui (2015) manifestó que

Desde la perspectiva fenomenológica se asume el cuerpo propio como el punto cero del mundo, como el centro del entorno, además, de los hechos históricos: las vivencias relacionadas con los cuidados de salud (experiencias vividas) se han de tener en cuenta, así como las objetividades esenciales que existen independientemente de que sean experimentadas o no: la enfermedad, la muerte, el dolor. (p.90)

La analogía entre historia y fenomenología se distingue al considerar la fenomenología como la ciencia que estudia las vivencias a partir de la experiencia, y teniendo en cuenta que las vivencias sólo pueden convertirse en objeto de reflexión mediante la conciencia histórica, individual o colectiva, de la persona, los grupos.

Husserl (1994) al valorar la Historia, solventa el problema relativo a toda interpretación, el problema de la verdad, mediante la subjetividad transcendental, y señala que el sentido de la vida sólo se puede demostrar estableciendo la relación existente entre el acontecer histórico y la razón.

El estudio de la Historia y evolución de la Enfermería es necesario para entender la situación actual en la que se encuentra la profesión en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos. En nuestra historia están las causas de la mayoría de las situaciones actuales y sólo buscando los motivos que las originan se pueden modificar y mejorar atendiendo a las necesidades sociales. Si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene, hay dificultades para identificar dónde se está y difícilmente se puede elegir hacia dónde se quiere ir. Podríamos decir, sin miedo a equivocarnos, que es necesario estudiar el pasado, ponderar el presente para, así, construir el futuro.

Cada sociedad tiene su propia cultura, su mundo de la vida. Sin embargo, cada sociedad puede tener diferentes "mundos de vida", distintas cosmovisiones, lo cual es cada vez más frecuente en las sociedades multiculturales de los países desarrollados como consecuencia de factores históricos y demográficos (inmigración, desarrollo democrático que permite la convivencia de grupos minoritarios respetando sus costumbres, etc.). La cultura tiene gran influencia en la forma en la que el individuo responde a la enfermedad, incluyendo el momento en el que busca ayuda, el tipo de profesional al que acude y la forma en que el grupo social al que pertenece considera la enfermedad. Una singularidad cultural sería los resultados del estudio realizado por Zborowski (1970) en un hospital de la ciudad de Nueva York, referido a las distintas vivencias frente al dolor de personas de distintas etnias.

Aplicando estas realidades a nuestro quehacer profesional se ven los diferentes significados que un mismo hecho puede tener para cada ser humano; a ello hay que unir que también entran en consideración nuestras propias normas y valores culturales, y que podemos evaluar a los pacientes según estas. Esta práctica sería etnocentrista, es decir, se miraría al paciente desde nuestro mundo, desde nuestra propia perspectiva cultural, pues se podría considerar que es la mejor: pues bien, esta actitud nos llevaría al fracaso como profesionales de la salud.

No se debe estereotipar a las personas mediante generalizaciones culturales. Hay que realizar un esfuerzo mental, en el que ni los valores culturales

propios ni los de las otras personas se consideren superiores; esta actitud ayudaría al profesional de enfermería a ser más sensible, es decir, a tener una actitud más empática, sin perder el horizonte de esa máxima de Ortega (1957) que dice: "pensar es pensar la verdad, como digerir es asimilar los manjares. Y el error no anula la verdad del pensamiento, como la indigestión no suprime el hecho del proceso asimilatorio normal" (p.90).

Los cuidados que aportan la Enfermería y cómo lo hace han ido variando por múltiples factores. Estas diferencias observadas en los cuidados enfermeros se manifiestan de forma diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, la percepción de la salud-enfermedad para cada cultura o grupo social. Los cuidados de salud en general y la ciencia enfermera en particular, deben basar su conocimiento y acción en el estudio de los entramados conceptuales y los significados implicados en la interpretación que, sobre la salud y la enfermedad, realiza cada cultura, constituyendo la historia y la antropología dos instrumentos insustituibles en dicho proceso.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2018), etimología es el origen de la palabra, razón de su existencia, de su significación y de su forma. Es evidente que este significado lo podemos aplicar a los cuidados y podríamos aseverar, sin un ápice de error, que la Historia de la Enfermería es la historia de los cuidados, todo un entramado de hechos históricos, relaciones sociales e interpersonales, al que no se le ha prestado atención por parte de los historiadores hasta muy recientemente. Según Gracia (2010)

Lo constitutivo de toda actuación profesional sanitaria es el cuidado, no la curación. Esto tiene un refrendo en la propia historia de las palabras. No debemos olvidar que la palabra griega *therapeía* significó originariamente el acto de cuidar los objetos del templo, y que *therápainá* tiene en griego el sentido de persona dedicada al cuidado, bien del templo, bien de una casa. La terapéutica no consiste primaria ni formalmente en curar, sino en cuidar (...). Los cuidados son un elemento básico de toda relación humana y, en ese

sentido, un índice de humanización. Dime cómo cuidas y te diré el grado de humanidad al que has llegado. (p. 76)

La enfermería no como profesión, sino como ejercicio de las prácticas cuidadoras, ha sido una actividad necesaria para la conservación de la especie humana. En los comienzos, el conocimiento de las personas que realizaban dichas acciones era intuitivo, no tenían preparación específica ni retribución económica, era una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad y realizada preferentemente por la mujer. El origen de la Enfermería no es otro que el origen de la misma humanidad.

Los seres humanos han sido capaces de sobrevivir y evolucionar como especie, pero se han visto limitados por lo que constituye su materialidad, su cuerpo. Cuando los seres humanos rompen su equilibrio biopsicológico con el medio ambiente necesitan ayuda; esta ayuda les ha sido ofrecida por los miembros de su misma colectividad, que iban adquiriendo y elaborando saberes a través de la observación y la experiencia, y transmitiéndolos de generación en generación. Estas personas que ofrecían cuidados relacionados con la salud, independientemente del nombre que recibieran, ejercían la misma función que hoy se conoce como enfermería.

Definir la enfermería como ciencia y arte arrastra consigo una tradición que se remonta al origen de los pueblos y de la sociedad misma. Puede que los comienzos de estos cuidados se diesen cuando tuvo lugar el bipedalismo en nuestros antecesores, ya que, a causa de este hecho obtuvieron una enorme serie de ventajas: por primera vez se miran directamente a los ojos, cara a cara, liberan las manos, lo que les permitió el transporte de alimento y de crías, fundamentalmente, y muy posteriormente la fabricación de herramientas, el dominio del fuego.

Estos primeros hechos debieron ocurrir hace aproximadamente entre 5 y 10 millones de años. Parece que el *Homo sapiens* primitivo fundamentaba sus conceptualizaciones en analogías, por lo que sin duda las cualidades de generación, fertilidad y protección nutricia, siempre identificando a la mujer con la

tierra, en una simbiosis madre tierra, sólo pudo transferírselas al ente femenino; ¿quién sino una hembra, no importa la especie, está capacitada para "crear", para dar vida, mediante la fecundación y el parto? ¿Quién sino la mujer cuida de su prole y se encarga de satisfacer sus necesidades básicas? Esta puede que sea la razón por la que la humanidad prosperó bajo la protección de la deidad femenina durante un periodo cercano al 30.000 a.C. hasta el 3.000 a.C., como puede verse en las diferentes figuras en piedra que se han descubierto en los últimos tiempos, desde la hallada en Willendorf en 1908, conocida como la Venus de Willendorf (25.000-20.000 a.C.); hasta la diosa Parturienta (6.000 a.C.), entre muchas otras que se han encontrado.

A lo largo de la Historia el hogar y el ámbito de la familia han sido los espacios de socialización femeninos por antonomasia, por lo que en la mayoría de las representaciones sociales de las mujeres aparece la figura de la madre y la esposa, lo que constituye un elemento fundamental en el imaginario cotidiano de todas las culturas humanas.

La administración del hogar y el cuidado de la prole serán las principales tareas encomendadas a la mujer, así como la trasmisión de los valores y las tradiciones de cada pueblo en el seno de la familia. La responsabilidad sobre la función reproductiva y sobre la gestión de cuestiones domésticas convierte a las mujeres no sólo en garantes de la supervivencia y el bienestar de la familia, sino en las principales sustentadoras del equilibrio de la comunidad; son las agentes fundamentales de la "socialización primaria". El cuidado es innato en la mujer, en la madre que amorosamente vela el sueño de su hijo y apacigua su dolor; en la hija que cuida a sus padres y hermanos; en la mujer que consuela y abnegadamente cuida a su marido... pero ¿cuándo esta "mujer-cuidadora" incorporó el conocimiento a ese cuidado desinteresado? ¿Cuándo se transformó en profesional de la Enfermería?

Difícilmente se puede entender la evolución de la Enfermería sin analizar el medio en el que se desarrolla, ya que se manifiesta dentro de una estructura social con la que interacciona constantemente. Para analizar los cambios que se han producido en la Enfermería se observan diferentes elementos que han influido

en su evolución, que van desde cuestiones generales, pasando por fenómenos relacionados con la salud, hasta llegar a aspectos relativos a la Enfermería como profesión y como disciplina. Estos elementos son la organización social y los valores imperantes en cada época y lugar (economía, política, etc.), la concepción de la salud que en cada momento se tiene, la que en cada momento se impone y el tipo de atención de la salud que se ofrece por parte de la organización social.

El propio conocimiento enfermero y su proceso de construcción parte de aspectos muy arraigados en valores personales y hechos cotidianos, cargado de explicaciones empíricas propias de cada cultura, que dificulta su explicación científica. Igualmente los antecedentes de la Enfermería relacionados con valores y prácticas religiosas, el rol del género femenino que tradicionalmente ha caracterizado a la Enfermería, su desarrollo y organización ligado a contiendas bélicas, los efectos del estilo militar en su práctica y la influencia de la Medicina, ya que se desarrollan dentro del mismo ámbito de las Ciencias de la Salud.

Existen diversos aspectos relacionados con la Enfermería como los antecedentes religiosos en las tribus primitivas con los chamanes, el brujo, la curandera... Posteriormente, el cristianismo va impregnando la filosofía del hombre tardorromano y medieval de Occidente, y durante mucho tiempo la atención a la salud y los cuidados de esta van a estar motivados por el concepto de ayuda y caridad. Expone Garrder (2015)

Los cuidados de Enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda, que podríamos denominar vocacional-cristiano-caritativo (...). A pesar de todo, el cristianismo hace que estos cuidados, restringidos en el mundo antiguo al ámbito doméstico, afloren a la sociedad. La mujer como enfermera consagrada (p.87)

La doctrina de Cristo y la fraternidad lograron la transformación de la sociedad y el desarrollo de la "enfermería organizada", toda vez que la posición de la mujer se elevó con el cristianismo (primera era cristiana: 1-500 d.C.). El altruismo puro, predicado por los primeros cristianos, comulgaba a la perfección

con el pensamiento y motivación de la enfermera cuidadora, que se traducían en cuidado caritativo, amoroso y desinteresado. Es así como el cuidado de los enfermos y desvalidos surge como *La parábola de buen samaritano* o una de las obras de misericordia, las cuales abarcaban las necesidades básicas humanas: "dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos". (p.45)

La regla de oro de la práctica de la nueva fe "no era ser cuidado, sino cuidar", por lo que el cuidado de los enfermos y afligidos se elevó a un plano superior, convirtiéndose en una vocación sagrada, en un deber declarado de todos los hombres y mujeres cristianos. Se cree que factores como una mejor posición social de la mujer romana, la igualdad de hombres y mujeres ante Dios y por tanto en la tarea de Dios y la llamada de Dios a realizar su labor con todos los afligidos, favorecieron la incorporación de la mujer a la Enfermería.

Las primeras órdenes de mujeres trabajadoras (grupos de Enfermería) crecieron rápidamente y se convirtieron en expresión de los deseos filantrópicos y vocacionales, formando parte de ellas las diaconisas y las viudas y más tarde se incorporaron las vírgenes, las presbíteras, las canónigas y las monjas, aunque sólo las diaconisas y las monjas se dedicaban a la enfermería.

La diaconisa primitiva podía estar casada, ser viuda o virgen. Febe (60 d.C.) es reconocida como la primera diaconisa y enfermera visitadora, siendo la única diaconisa a quien menciona San Pablo en el Nuevo Testamento. Las diaconisas trabajaban sobre una base de igualdad con el diácono, tenían múltiples funciones, entre ellas colaborar en el sacramento del bautismo, cuidar y visitar a los enfermos, llevarles comida, dinero, vestido, atención física y espiritual, entre otras.

Una de las matronas romanas más conocida es Marcela; con su inmensa fortuna fundó, en su propio palacio de Aventino, el primer hospital gratuito de Roma, el cual fue descrito por San Jerónimo como *nosocomium* o lugar donde se cuidaba enfermos, diferenciando entre enfermos y pobres; a Marcela se le ha considerado como matrona de la Enfermería primitiva. Para asumir el papel de la enfermera era necesario poseer una profunda motivación religiosa, con una alta

dosis de autosacrificio, obediencia, humildad y desprendimiento de las cosas materiales. Debido al arraigo de las creencias religiosas y a la necesidad social de mano de obra barata, los cuidados fueron responsabilidad de las comunidades religiosas. Las órdenes militares también han tenido mucha importancia, ya que la gran profusión de conflictos y guerras hizo necesario atender y cuidar a los heridos.

El concepto de salud-enfermedad que cada cultura o pueblo ha poseído a lo largo de los siglos ha ido evolucionado con el transcurrir del tiempo, así mismo los cuidados, realizados en su mayor parte por la mujer como preservadora de la especie, ante esto expone Geertz (1989) "las enfermeras/os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural"(p.8).

La Enfermería es un fenómeno social que ha estado influido por los hechos y valores sociales que acontecen a su alrededor en cada momento y que la han ido configurando a lo largo de la historia. Sin embargo, resulta casi imposible definir fronteras entre la evolución de la enfermera y la de la mujer. La posición que ha ocupado la mujer en la sociedad a través de los tiempos es la que ha marcado el paso del reconocimiento de la enfermera en esa sociedad. Es el conocimiento el que ha hecho visible la Enfermería.

Pero, sin lugar a dudas, es a *Florence Nightingale* a quien se la reconoce como la verdadera fundadora de la Enfermería moderna, la más grande enfermera de guerra de la historia, la que introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, reduciendo la tasa de mortalidad del ejército británico del 42 al 2%; protestó contra el sistema de pasillos de los hospitales y luchó por la creación de pabellones; puso de manifiesto la relación entre la ciencia sanitaria y las instituciones médicas: escribió un texto de crucial importancia sobre la enfermería moderna; creó la *Army Medical School* en Fort Pitt, Chatham, y fundó la primera escuela de formación de enfermeras (St. Thomas´s Hospital, en 1860). Al respecto Gómez-Heras (1992), dice

La línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermería pre-Nightingale y la enfermería Nightingale. De la misma forma que Hipócrates (460-370 a.C.) fue el padre de la medicina, Florence Nightingale (1820-1910) fue la fundadora de la enfermería; así, la medicina sistematizada es un arte antiguo, mientras que la enfermería organizada es un arte reciente. (p.56)

Dada la gran extensión del proceso histórico, intentaremos realizar un breve recuerdo de los antecedentes y consecuentes del proceso de profesionalización según lo expresado por Matesanz (2009), en la Edad moderna tiene lugar la incorporación de las mujeres laicas a los hospitales, con salario y horario; no se requería preparación. En la sociedad industrial hay un fuerte desarrollo de la atención sanitaria; a las enfermeras se les comienza a exigir algo más que buena voluntad. A mediados del siglo XIX emergen las diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) cuya formación durante 3 años sirvió como modelo para la formación enfermera europea y americana.

Las escuelas femeninas estaban próximas o dentro de los mismos hospitales (hospitales docentes) para un beneficio mutuo. La formación de las enfermeras se orientó desde un principio a satisfacer las necesidades de los hospitales. A finales siglo XIX nace la primera Asociación Profesional de Enfermeras (Inglaterra). En 1899 se crea el primer Consejo Internacional de Enfermeras (EE.UU.).

2.3 Evolución Académica/Educativa en Chile

La evolución profesional de la enfermería en Chile, al igual que en la mayoría de los países del mundo, ha experimentado profundos e importantes cambios, desde una enfermería ejercida principalmente por religiosas cuya filosofía a la hora de proporcionar los cuidados era puramente de caridad y amor al prójimo, sin más objetivos que lograr la salvación del alma y expiación de los pecados, hasta hoy en día contar con profesionales del más alto nivel, cuyo

quehacer se basa en sólidos conocimientos científicos, orientados a proporcionar atención integral al individuo, familia y comunidad sana o enferma.¹

No obstante, lograr esto, ha significado realizar un largo y lento proceso, que en Chile comienza en el año 1902, con la creación del primer curso para enfermeras a cargo del Dr. Eduardo Moor, con una duración de 3 años y sin otro requisito que poseer un auténtico sentimiento vocacional. Posteriormente en el año 1906, se funda la primera Escuela de Enfermería, no sólo de Chile sino que también de Sudamérica, en el Hospital Vicente Paul, bajo el nombre de Escuela de Enfermeras del Estado, cuyo director fue el Dr. Francisco Navarro, asistido en la supervisión por religiosas católicas.

Un hecho que sin lugar a duda significó un importante avance para la enfermería chilena fue la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias en el año 1927, bajo la organización de la Dra. Cora Mayers y que permitió explorar nuevas tendencias en el campo de la salud, principalmente en actividades de fomento y protección de la salud. Más tarde la fusión de la Escuela de Enfermeras Sanitarias con la Escuela de Enfermeras del Estado, da origen a la hoy llamada Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, mediante decreto ley del 8 de marzo del año 1929. El paso de la enseñanza de Enfermería a la Universidad marcó una importante época, ya que obligo, por un lado, a mejorar la formación profesional, al aumentar el plan curricular a tres años de Enfermería Hospitalaria y un año de postgrado en Enfermería Sanitaria, y por otro, elevar los requisitos de ingreso, ya no sólo bastaba con terminar la Educación Media sino que además fue necesario rendir el Bachillerato en Humanidades como prueba específica.

Hasta entonces, la dirección de las Escuelas siempre había estado en manos de profesionales en salud, hecho que nos condicionaba a recibir la formación que ellos creían conveniente, pero en el año 1944 por primera vez en la historia de la enfermería chilena, la dirección queda a cargo de las Enfermeras, lo que motivó a lograr un mayor desarrollo profesional. En el año 1981, la Universidad de Talca comienza a impartir la Licenciatura en Enfermería a la carrera de Enfermería-Obstetricia, en un lento proceso y con la ayuda del Colegio

¹ <https://studylib.es/doc/6958215/historia-de-la-enfermer%C3%ADa-en-chile>

de Enfermeras y sobretodo de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería, hasta lograr que las 14 Escuelas de Enfermería existentes en nuestro país cuenten con el grado académico de Licenciados en Enfermería.

Como es de suponer, la implantación de la Licenciatura, no fue paralela en todas las Universidades del país, hecho que motivó la creación de cursos de nivelación, de un año de duración, con el fin de que todos los profesionales de enfermería estuvieran en igualdad de condiciones. La Licenciatura, ha significado para nuestra profesión la posibilidad de lograr una mayor profundización en el área de la investigación y una mejor preparación para las futuras generaciones de profesionales que deseen trabajar en el campo de la docencia, ya que ello les permite optar a otros grados académicos como el magister y/o el doctorado. No obstante, es importante señalar, que en el área clínica tanto los licenciados, como los profesionales de enfermería que no lo son, tienen los mismos deberes y derechos a la hora de desempeñar su rol profesional.

En la actualidad, la Licenciatura en Enfermería, contempla un plan curricular de cinco años académicos, con asignaturas de formación básica, general y profesional. Este plan de estudio tiene como objetivo prioritario formar profesionales con sólidos conocimientos humanistas, científicos y técnicos, capacitados para proporcionar atención integral de enfermería al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad como un todo. Por otro lado, consideramos muy importante hacer referencia a otro tipo de personal sanitario, los llamados Técnicos de Nivel Superior en Enfermería, que complementan, a los profesionales de enfermería, con el fin de proporcionar una atención de calidad al paciente.

Este personal, hasta hace muy poco tiempo eran formados en los Centros Hospitalarios durante un año, actualmente, dicha formación está en manos de las Universidades privadas, públicas y Centros de Formación Técnica, cuya duración se ha elevado a dos años y medio con el objeto de capacitarlos en aspectos teóricos y prácticos que le permitan desempeñar actividades básicas de enfermería ya sea a nivel primario, secundario y/o terciario. Resulta significativo, también, mencionar las especialidades de enfermería, las que en su gran mayoría pertenecen al campo clínico contemplando temas tales como: Cuidados

Intensivos, Médico Quirúrgicos, Enfermería Pediátrica, Enfermería Oftalmológica, entre otras, además de ofrecer el grado académico de Magister en Enfermería con mención en Salud Pública y/o Médico- Quirúrgica. (Muñoz, C. y Alarcón, S. (1999)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El abordaje metodológico pertinente al logro de los objetivos de la investigación atendió a lo expuesto por Fidias (2016, p.26), el cual describe el Marco Metodológico como “La metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación”, por lo que puede inferirse que el fin del marco metodológico es situar los métodos o instrumentos que se emplearon en este proyecto, donde se aborda el tipo, nivel de investigación, el diseño, su población, su muestra, los instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se aplicó entrevista a 10 enfermeras (os), orientada a conocer la concepción de quienes ejercen o han ejercido docencia en la formación del profesional de salud en enfermería como aquellos que participan en las prácticas docentes clínico asistencial de centros de salud tanto públicas como privadas (Clínicas, Hospitales, Centros de Salud Familiar) de diferentes instituciones de educación superior en Chile. (Tabla N° 1.)

3.1 Diseño de la Investigación

El presente estudio fue de diseño cualitativo, el cual según Vera (2017, p.58) es considerado como un “proceso donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema, procurando lograr una descripción holística”. Desde esta perspectiva, esta investigación de diseño cualitativo produjo datos descriptivos, desde las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable, argumenta Piñeiro (2018) “ello expresa el nivel de complejidad de la misma, así como la carga subjetiva que posee” (p.57). Es decir que el diseño cualitativo permitió indagar sobre los discursos de los docentes de enfermería respecto de la formación del profesional de salud en Enfermería y los principales cambios referidos a la antropológica del ser humano, permitiendo desarrollar un

análisis participativo, donde los actores implicados juntamente con las investigadoras se convierten en los protagonistas.

Es importante indicar que la investigación cualitativa posee una serie de pasos importantes, el primero de ellos es la fase descriptiva, es intensa y laboriosa, exige meticulosidad para efectuar los registros derivados de las memorias escritas, sujeta a la discusión y definición de los criterios para establecer las líneas didácticas fundamentales de las experiencias de la formación del profesional de salud en Enfermería.

El segundo paso corresponde con la abstracción teórica, tiene que ver con la precisión de la teoría que corresponde a través de constructo maduros y conceptos transobservacionales, derivada de la contemplación formal de la experiencia, de la observación del hecho sistematizado, para lo cual la actitud de acercamiento total, holístico, fue fundamental.

El tercer paso corresponde a la anacrítica, actividad referida al análisis de la teoría, una vez explicitada y a la correspondencia crítica. Inicialmente se expusieron los criterios que rigieron la postura analítica, a ser tenidos en cuenta para este efecto; el análisis permitió adentrarse en el conocimiento de la experiencia, en otra dimensión, a niveles más profundos que revisten complejidad.

Con el conocimiento que provee el análisis, se procede con el juicio, tanto de la experiencia como de la teoría, bajo el enfoque holístico; a fin de presentar la argumentación de cada aspecto criticado, se emiten los juicios correspondientes y se exponen los resultados.

Finalmente las conclusiones, en esta fase se exponen los aportes, se determinan las falencias, las distinciones, las debilidades y las potencialidades que se señalarán, a su vez se emitirá las informaciones más precisas sobre la teoría. El efecto conclusivo produce una especie de cierre gestáltico que permite apreciar en toda su magnitud el esfuerzo realizado y el sentido de lo que de este trabajo emana. Por ello, es necesario señalar que todas las fases de esta investigación se sucedieron de manera simultánea y recursiva.

3.2 Tipo de Investigación

Durante el proceso de abordaje basado en la metodología de la investigación cualitativa, se presentaron situaciones diversas que involucraron la búsqueda de la información requerida, utilizando técnicas e instrumentos de recolección de datos, se estableció un orden de carácter cronológico, con miras a que no existieran dispersiones o factores no vinculados directamente con los elementos a ser sistematizados, para lo cual se requirió de técnicas como la *observación participativa*, cabe aseverar que “es el método más importante en la investigación cualitativa en educación, exige la utilización vigorosa de los órganos sensoriales: visión y audición combinados producen mayor efectividad en la comprensión de los fenómenos” (Santana y Gutiérrez, 2003, p.60).

Para efectuar observaciones fue necesario mantener el *rapport* a lo largo de la investigación, centrar las observaciones en los objetivos del estudio, responder a las interrogantes planteadas, hacer uso adecuado y descriptivo del lenguaje. Es necesario señalar, dado el tipo de investigación, que se fueron realizando observaciones de forma interactiva con el propósito de ir evaluando.

Luego de realizadas las actividades señaladas, se entendió que las dinámicas didácticas son importantes, pues los actores del hecho educativo deben entender la lógica y ser protagonistas del proceso de cambios.

3.3 Nivel de la Investigación

Fidias (2016), enuncia que: “El nivel de la investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio” (p.203). Clasificando la investigación como: exploratoria, descriptiva y explicativa. Siendo este trabajo exploratorio, se asumió con el citado autor que: “(...) es aquella que se efectúa sobre un tema sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimientos” (p. 23) Es entonces, esta investigación de tipo exploratorio ya que el tema es novedoso.

3.4 Población y Muestra

Hernández (et-al, 2018), señala que la población, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.230). Para objeto de la investigación la población estuvo conformada por los profesionales que conforman el personal caracterizado por Enfermera/os chilenos de diferentes universidades del país, que ejercen o han ejercido docencia en la formación del profesional de salud en enfermería como aquellos que participan en las prácticas docentes clínico asistencial de centros de salud tanto públicas como privadas (Clínicas, Hospitales, Centros de Salud Familiar) (Tabla N° 1)

. Según Eco (2018) se entiende por “muestra” la colección de individuos pertenecientes a una población, de cuyo conocimiento puede inferirse, mediante procedimientos estadísticos, consecuencias que atañen la población global”. (p. 695).

El tamaño de la muestra para esta investigación correspondió a 10 enfermeras /os. Para efectos de la muestra fue considerada no probabilística, puesto que fueron seleccionados en función del criterio intencional de las investigadoras. Se consideraron los siguientes criterios para la definición de esta muestra:

3.4.1 Criterios de inclusión:

- Enfermeras/os que son miembros activos del personal docente, y pertenecientes a la Carrera Académica. (Profesores Interinos, Adscritos, Adjuntos y Titulares).Con más de tres años de ejercicio profesional, docente, clínico asistencial
- Profesores de ambos sexos.
- Que el profesor acepte participar en la encuesta-entrevista.

3.4.2 Criterios de exclusión:

- Personas que son miembros activos del personal docente, no pertenecientes a la Carrera Académica pero con vocación de ingresar a la misma, y exceptuando a los profesores provisionales.
- Auxiliares del personal docente.

- Profesores que rechazaron la colaboración para participar en la encuesta-entrevista.
- Incapacidad de los profesores para proporcionar datos adecuados (falta de tiempo, estrés, etc.).

Tabla 1 Caracterización de Muestra

N° Entrevista	N° Entrevistado	Perfeccionamientos/grados	Año de egreso	Años de experiencia profesional pertinente	Lugar Trabajo/sede
1	1	Docencia, psiquiatría y otros de actualización. Licenciada en Enfermería	2015	4	Universidad UCINF
2	8	Diplomado en Gestión de Calidad en Salud. Licenciada en Enfermería	2010	9	Universidad Andrés Bello. Universidad Aconcagua
3	10	Licenciada en Enfermería	2009	9	Hospital Del Carmen, Maipú, Santiago. Coordinadora de la Lista de espera Quirúrgica y referente Minsal, docente clínica y académica Universidad Las Américas.
4	6	Diplomado en gestión de calidad. Licenciada en Enfermería	2008	10	Hospital Del Carmen, Maipú, Santiago. Jefa de Gestión de la demanda y listas de espera, docente Clínica Universidad San Sebastián (sede Santiago) y U.Chile
5	4	Magister en Educación Superior. Licenciada en Enfermería	2008	12	Universiada las Américas.
6	5	Magister en Educación Superior. Licenciada en Enfermería	2008	12	Universidad Santo Tomas, sede Puerto Montt.efa de carrera Enfermería y docente clínica.
7	2	Licenciada en Enfermería	2006	13	Universidad Aconcagua / San Sebastian /La República
8	7	Diplomado en Calidad, Diplomado en Administración de Centrales de Esterilización, curso 80 horas IAAS, Curso formación de Evaluadores. Licenciada en Enfermería	2004	15	Universidad Aconcagua
9	9	Licenciada en Enfermería	2003	16	Universidad Aconcagua
10	3	Diplomado en educación en Diabetes. Diplomado en calidad en salud. Diplomado Salud familiar	1979	40	Universidad Aconcagua

3.5 Instrumento de recolección de datos

Siguiendo los postulados teóricos de Creswell (2018) que exponen que “los dos instrumentos investigadores más importantes en una investigación cualitativa son precisamente la entrevista abierta o en profundidad y la observación participante” (p.87), por el acercamiento y la relación que se establece con ellos, lo que facilita la obtención de información. A tal fin se realizó una entrevista contentiva de 9 ítems, a ser aplicada a enfermeras /os.

La entrevista se realizó en un lugar concertado, tranquilo, neutro, en el que el informante se sintió cómodo, sin ruido, tranquilo. El material necesario fue: lápiz o bolígrafo, cuaderno de campo o cuaderno de notas, guión de entrevista, guión temático, grabadora para realizar la grabación de la conversación y facilitar posteriormente su transcripción.

3.6 Validez del Instrumento

La validez del instrumento está en relación directa con el objetivo el mismo. Thorndike (1980), citado por Hurtado (2018), señala que “La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide lo que pretende medir, mide todo lo que el investigador quiere medir y se mide sólo lo que se quiere medir”. (p.433). Para medir la validez de los instrumentos a utilizar, se aplicó la validez por experto/a del contenido, según Hurtado (2000) expone que ésta “refiere al grado en que el instrumento abarca realmente todos o una gran parte de los contenidos o los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explorar sólo una parte de éstos” (p.78). La escogencia de la validez de contenido de los distintos tipos existentes corresponde a que la misma es particularmente importante en instrumentos que pretenden medir información.

La validación de la entrevista se realizó por la señorita Camila Morales Cabello, Asistente de Investigación Centro de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales (CEICS-UGM), Investigadora Centro de Estimulación Temprana (CET - UGM), Universidad Gabriela Mistral), durante ella se realizaron 3 reuniones

presenciales con la validadora , quien retroalimentó la elaboración del documento propuesto para consensuar el objetivo general y los objetivos específicos que la orientan y observar si las variables miden lo que desea medirse, así mismo como las preguntas que serán planteadas a enfermeras/ os comprometidos con el estudio y se determinó el número de la muestra .

En las reuniones se establecieron los criterios a considerar para la elección o selección de los entrevistados: enfermeras y enfermeros con o sin licenciatura, con egreso mayor a tres años, en ejercicio de la profesión y que desarrollen funciones docentes y /o docencia clínica asistencial. Además de entregarnos validado el documento de autorización para la aplicación de la encuesta por parte de los entrevistadores. Del producto de esta retroalimentación se adjunta como anexo la entrevista aplicada.

3.7 Codificación de Entrevistas

Se hizo uso del *Software* de Análisis de Datos Cualitativos ATLAS.ti® 8.4, el cual constituyó una herramienta informática de análisis de información de tipo cualitativo, y brindó la posibilidad de trabajar con grandes volúmenes de datos. La decisión particular de hacer uso de ATLAS.ti® 8.4 para esta investigación, se fundamentó en la posibilidad que brinda el *Software* de reducir la información obtenida a partir de las entrevistas transcritas, y con ello, filtrar los datos de interés para el propósito investigativo. De la misma forma, es importante mencionar que con la implementación del ATLAS.ti® 8.4 en la investigación, no se pretendió automatizar el proceso de análisis; se buscó la segmentación de las entrevistas en citas. El *software* ATLAS.ti 8.4 permitió estructurar desde su interfaz la Codificación de Entrevistas, para así dar comprobación a los Indicadores o Códigos, facilitó enormemente el proceso, pues dio una visión completa del texto y de los Códigos que estaban siendo asumidos. Además, proporcionó elementos útiles para la exportación de datos y la síntesis de la información, eliminando las citas que no generan representatividad para la investigación y dando relevancia a aquellos fragmentos que fueron considerados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados han sido posibles de obtener luego de aplicado el método de recolección y análisis, corroborando que esta tesis no solo es un trabajo de investigación, es la representación del proceso evolutivo coherente, para lo cual se mostraron los análisis e interpretación de los resultados obtenidos, de acuerdo con los objetivos y las hipótesis de la investigación.

4.1 Lógicas circulantes en la generación de saberes en las escuelas de Enfermería

Estos resultados fueron producto de una extensa revisión bibliográfica sobre el tema, lo que permitió presentar una síntesis de las lecturas realizadas durante la fase de investigación documental, específicamente basada en los aportes de Muñoz, C. y Alarcón, S. desde su documento “Evolución histórica y desarrollo profesional de la Enfermería en Chile”.

Así, se argumenta, que la transformación de la práctica de los profesionales de la salud se adhería a la mudanza del pensamiento social, económico y político, ahora ya considerado como productivo y de comercialización, de manera cómo se procesaba históricamente. La Medicina, considerada por Foucault, fue construida y reconstruida articulada con el desarrollo de las producciones sociales y en las formas de organizaciones de esas producciones materiales y del espacio; convergiendo, de esa manera, a una nueva forma de organización de la Enfermería y de sus saberes, redimensionando, así, la formación médica, en sus bases conceptuales, instrumentales, pedagógicas y espaciales, destinándose la práctica.

En sus más remotos orígenes, dar cuidados, cuidar, era una actividad ligada a cualquier forma de vida, y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los seres humanos, de la continuidad de la vida en grupo, de su desarrollo y mantenimiento. En este sentido, cuidar es

conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiestan de diferentes maneras, según los grupos y civilizaciones. Tales actividades eran realizadas, generalmente, por religiosas, cuyo sentido a la hora de proporcionar los cuidados, era no sólo el ayudar, consolar y servir al prójimo, sino, además hallar a Dios en el sufrimiento y el dolor de los semejantes.

Sin embargo, la creación de los Centros hospitalarios como instrumentos terapéuticos, el desarrollo de la práctica médica y la aparición de nuevas necesidades sociales, se constituyeron en factores determinantes para la formación de los profesionales de enfermería a fines del siglo XIX, denominada Enfermería moderna. Hasta entonces su práctica se realizaba emancipada de la práctica médica y con unas parentescos que la diferenciaban de la medicina, por una parte, la vinculación que la profesión tuvo en sus comienzos con las órdenes religiosas y por otra la herencia que dejó *Nightingale* como una disciplina de servicio, con un código moral rígido, comportamientos y estructuras jerarquizadas que marcó a la enfermería moderna en su desarrollo.

El progreso profesional de la enfermería en Chile, ha experimentado profundos e importantes cambios, desde una enfermería ejercida principalmente por religiosas cuya ideología a la hora de proporcionar los cuidados era de caridad y amor al prójimo, sin más objetivos que lograr la salvación del alma y expiación de los pecados, hasta hoy en día contar con profesionales de nivel, cuyo quehacer se basa en sólidos conocimientos científicos, orientados a proporcionar atención integral al individuo, familia y comunidad sana o enferma.

No obstante, lograr esto, ha significado realizar un largo y lento proceso, que en Chile comienza en el año 1902, con la creación del primer curso para enfermeras a cargo del Dr. Eduardo Moor, con una duración de 3 años y sin otro requisito que poseer un auténtico sentimiento vocacional. Posteriormente en el año 1906, se funda la primera Escuela de Enfermería, no sólo de Chile sino que también de Sudamérica, en el Hospital Vicente Paul, bajo el nombre de Escuela de Enfermeras del Estado, cuyo director fue el Dr. Francisco Navarro, asistido en la supervisión por religiosas católicas.

Un hecho que significó un importante avance para la enfermería chilena fue la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias en el año 1927, bajo la organización de la Dra. Cora Mayers y que permitió explorar nuevas tendencias en el campo de la salud, principalmente en actividades de fomento y protección de la salud.

Posteriormente la fusión de la Escuela de Enfermeras Sanitarias con la Escuela de Enfermeras del Estado, da origen a la hoy llamada Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, mediante decreto ley del 8 de marzo del año 1929. El paso de la enseñanza de Enfermería a la Universidad marcó una importante época, ya que obligo, por un lado, a mejorar la formación profesional, al aumentar el plan curricular a tres años de Enfermería Hospitalaria y un año de postgrado en Enfermería Sanitaria, y por otro, elevar los requisitos de ingreso, ya no sólo bastaba con terminar la Educación Media sino que además fue necesario rendir el Bachillerato en Humanidades como prueba específica.

Hasta entonces, la dirección de las Escuelas siempre había estado en manos de médicos, hecho que determinaba a recibir la formación que ellos creían conveniente, pero en el año 1944 por primera vez en la historia de la enfermería chilena, la dirección queda a cargo de las Enfermeras, lo que motivó a lograr un mayor desarrollo profesional.

En el año 1981, la Universidad de Talca comienza a impartir la Licenciatura en Enfermería a la carrera de Enfermería-Obstetricia, en un lento proceso y con la ayuda del Colegio de Enfermeras y sobretodo de la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería, hasta lograr que las 14 Escuelas de Enfermería existentes en nuestro país cuenten con el grado académico de Licenciados en Enfermería.

La implantación de la Licenciatura, no fue paralela en todas las Universidades del país, hecho que motivó la creación de cursos de nivelación, de un año de duración, con el fin de que todos los profesionales de enfermería estuvieran en igualdad de condiciones. La Licenciatura, ha significado para la profesión la posibilidad de lograr una mayor profundización en el área de la investigación y una mejor preparación para las futuras generaciones de

profesionales que deseen trabajar en el campo de la docencia, ya que ello les permite optar a otros grados académicos como el magister y/o el doctorado.

En junio de 1906 se fundó la Escuela de Enfermeras del Estado, dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile, constituyéndose en la primera de esta índole en Sudamérica. La enseñanza se desarrolló en el Hospital San Vicente de Paul, y las primeras generaciones pudieron ingresar sin el requisito de estudios completos, pero a partir de 1937 se exigió a las nuevas estudiantes haber rendido el Bachillerato con mención en Humanidades. Integrantes de su cuerpo docente fueron becadas por organizaciones norteamericanas para perfeccionarse en el extranjero; ello, junto a la llegada de asesores internacionales, contribuyó al desarrollo de exitosos programas de salud, entre los que destacan las Unidades Sanitarias, en cuya organización y funcionamiento tuvieron activa participación las enfermeras egresadas de la Universidad de Chile.

En 1951 se fusionaron las Escuelas de Enfermería Hospitalaria y de Enfermería Sanitaria, modalidad de formación que perdura en la actualidad. Dos años después, y dado el crecimiento de la enseñanza de la disciplina en el país, se estableció un reglamento nacional para la formación de estas profesionales.

En 1963 nació la Sociedad de Educación de Enfermería, organización que agrupa a los docentes de todas las escuelas del país. En esa misma época, y con el fin de aportar profesionales de Enfermería a las regiones, la Universidad de Chile creó los Centros Universitarios Regionales en Temuco, Talca, Antofagasta, Ñuble, La Serena, Osorno, Valdivia y Puerto Montt; durante estos años, los planes de estudio fueron revisados periódicamente, tratando de mantener cierto grado de homogeneidad en la formación profesional impartida por las diferentes casas de estudios, entre estas según lo expresado por Boca (1980)

En el Sur de Chile, un acontecimiento histórico relevante fue el terremoto del año 1960, y por considerarse Zona de Desastre, surge la creación de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile, producto también del estudio de recursos humanos y necesidades de Enfermería realizado por

Krebs, quien evidencio la urgente necesidad de incrementar la formación de este profesional en el país y firmar el Convenio Chile/ Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Chile/ OMS/UNICEF), "*Programa de Asistencia al desarrollo de la Enfermería en Chile*" (p.90)

La Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile nace en 1963, y el Hospital recibe a las primeras alumnas el año 1965, Internas de Enfermería en 1966, año que se titula la primera promoción formada por 28 alumnas. A partir de 1968 surge el Convenio Docente Asistencial de la XI Zona de Salud Valdivia-Osorno, entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad Austral de Chile, con el propósito de contribuir a solucionar la insuficiencia de profesionales enfermeras en la zona. En 1969, en virtud de este convenio se destinaron profesoras a los servicios básicos, para asumir responsabilidades asistenciales y docentes Cabe destacar que este curriculum conducía a la formación de una enfermera generalista con énfasis en lo materno infantil.

No obstante, es importante señalar, que en el área clínica tanto los licenciados, como los profesionales de enfermería que no lo son, tienen los mismos deberes y derechos a la hora de desempeñar su rol profesional. En la actualidad, la Licenciatura en Enfermería, contempla un plan curricular de tres años académicos, con asignaturas de formación básica, general y profesional. Este plan de estudio tiene como objetivo prioritario formar profesionales con sólidos conocimientos humanistas, científicos y técnicos, capacitados para proporcionar atención integral de enfermería al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad como un todo. Las mallas incluyen actividades prácticas desde los primeros años de la carrera, lo que permite vincular tempranamente al estudiante con su medio laboral.

4.2 Impacto de las lógicas circulantes en la formación de las enfermeras/os.

Según el Consejo Internacional de Enfermería en su Informe de 2016 "Las Enfermeras, una fuerza para el cambio", profundiza en la idea de la enfermería

como profesión global y de cómo la crisis económica de 2008 y sus secuelas, en gran parte magnifica esta circunstancia. No es posible lograr la salud global sin las enfermeras. En este contexto, las competencias enfermeras son fundamentales para los resultados de atención al paciente. Es de importancia internacional que las enfermeras tengan unos óptimos niveles competenciales en la aplicación de los cuidados. A continuación, se caracterizan los hallazgos producto de una entrevista aplicada a los diez profesionales de la Enfermería

La muestra opinática contentiva de profesionales de la Enfermería estuvo caracterizada por docentes con mínimo de 4 años de experiencia , mediana de 14 años y un máximo de 40; con profesionalización continua, lo que resulta de importancia medular en enfermería el requerimiento de construir conocimiento; puesto que es consecuencia de la aplicación del método científico a los problemas prácticos que se plantean en el desafío y reforma de la realidad del cuidado en salud, puesto que se requiere en el profesional de la enfermería un individuo habituado al aprendizaje continuo

Opinión 1

¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

La interrogante refiere a la importancia de los nuevos conocimientos de los profesionales de la enfermería en los programas de salud, puesto que este profesional educa en acciones dirigidas hacia la promoción y prevención de la salud, trabajando desde los determinantes sociales. Incluso esta taxativamente reconocido desde 1997, cuando la legislación chilena incluyó en el código sanitario lo siguiente:

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones

derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (Milos et al, 2011, 25).

Según lo expuesto, coloca a la enfermería en el centro de respuestas a las demandas de la población.

Opinión 2

A su juicio, ¿cómo cree que es la actual formación de estudiantes de enfermería? ¿Y en particular, en la escuela donde trabaja?

La interrogante se refiere a la actual formación de estudiantes de enfermería, puesto que la enfermería ha sido registrada como disciplina profesional, con un conjunto de conocimientos propios que ampara la investigación, la docencia y la práctica asistencial, como ciencia humana enfocada en las personas desde una perspectiva holística. La única forma de garantizar que este conocimiento permee el ejercicio profesional, es aplicarlo en los diferentes ámbitos de la práctica y promover que los estudiantes de enfermería, de todos los niveles, se adecuen de este y desarrollen competencias para contribuir a su desarrollo en los diferentes procesos de formación. Ante lo expuesto se les interrogó a los entrevistados sobre su percepción de la actual formación de estudiantes de enfermería en su área de docencia.

Sin embargo, también se destacan otras apreciaciones donde los entrevistados argumentan que en el aula predominan discursos que se contraponen a los objetivos para la construcción del conocimiento, tales como instrucciones de que hacer y que no, limitando toda capacidad creativa de los alumnos, de análisis crítico, y la reflexión, se observa que el eje fundamental gira en torno a la entrega de trabajos escritos, es decir entregan el conocimiento mecánicamente diseñado con objetivos conductistas, enfocados a recibir una evaluación, cuantitativa y absoluta, intentando apartarse de la práctica de la

enfermería, lo que provoca que el alumno configure una concepción errónea acerca la esencia misma de la disciplina.

Ante lo expuesto, se concluye que el mejoramiento en el avance de la entrega el conocimiento debe incorporarse desde el currículo y que debe ser evaluado como una competencia de los futuros profesionales. Ante la existencia de un clima de cambio, la mayor carga de trabajo, el aumento de las demandas de los pacientes motivadas en parte por los medios de comunicación, los valores profesionales se ven comprometidos, puesto que el perfil profesional del enfermero que egresa es un factor que determina en mayor medida la calidad de la atención en el medio hospitalario, el cual desarrolla una asociación reforzada con el equipo de salud, beneficia la comunicación, la obtención de las metas compartidas y la entrega de un cuidado al paciente con altos estándares de calidad.

4.3 Perfil profesional de los estudiantes de enfermería

Opinión 3

¿Cómo describiría el perfil profesional de los (as) egresados (as) de la Escuela de Enfermería donde trabaja actualmente?

En la investigación de Torres J. (2004), está definido al enfermero (a) como:

La persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería, que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos. (p.90)

Para lo expuesto, este ha de haber seguido un programa extenso y general de formación en el sistema educativo en el que se le suministre alineación en materia de enfermería, que le brinde extensas y consistentes bases para una práctica

segura y para su formación superior, lo que significa el perfil profesional del egresado, ante ello se solicitó la opinión de los entrevistados

Los entrevistados en su mayoría, respondieron que el perfil profesional está acorde con lo que exige la atención en salud, teniendo en cuenta esta perspectiva y el hecho que el desempeño de cada profesional es influenciado por la formación que recibe en su pregrado, es preciso realizar rastreos evaluativos a los egresados donde los programas pueden estimar sus propias estrategias educativas y la calidad en la formación impartida según lineamientos de la universidad y el programa. El perfil profesional del egresado en enfermería, ha de estar encuadrado tanto en los conocimientos y habilidades como en las cualidades, lo cual determinado operacionalmente demarca el ejercicio profesional del enfermero (a). En esta consideración conceptual se incorpora la necesidad de desglosar las competencias profesionales en sus dimensiones específicas, a fin de establecer tanto las orientaciones como el alcance del saber, el hacer y el ser en el desempeño profesional de una especialidad. Sin embargo, se destaca la apreciación de 3 entrevistados cuando exponen disconformidad al acotar *“poco arraigo y compromiso hacia el progreso colectivo, dejando de lado el rol de gestión del cuidado”*, lo que invita a fortalecer el desarrollo de un pensamiento humanista en los estudiantes, fomentando la identidad profesional y visibilizando la contribución de la disciplina, para atender los retos de la agenda global de salud.

Opinión 4

¿Considera que existe concordancia entre los objetivos y el perfil profesional del egresado en la Escuela donde trabaja? ¿Qué aspectos considera claves?

Para iniciar el análisis de la relación conceptual entre perfiles profesionales y objetivos, se parte de la relación entre competencias y funciones, puesto que las competencias constituyen un referente teórico de gran importancia en el desempeño del enfermero, resultante de una mezcla entre educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo de la vida universitaria. Al

respecto se interrogo a los entrevistados sobre la existencia de concordancia entre los objetivos y el perfil profesional del egresado de Enfermería.

Möller (2014) Los modelos de formación por competencias o por resultados de aprendizaje, de acuerdo con la elección de cada institución y/o programa, han intentado operacionalizarse en las distintas instituciones a través de la definición de perfiles de egreso. A partir del proceso de renovación curricular que se está llevando a cabo en las instituciones de educación superior a nivel nacional, las universidades están desarrollando serios esfuerzos por definir qué entienden por perfil de egreso. Un ejemplo de ello lo encontramos dentro del *Manual para la implementación del sistema de créditos transferibles* de la Universidad de Santiago de Chile (Usach, 2013), en el cual se señala que "el perfil de egreso establece las áreas del conocimiento, habilidades y destrezas profesionales, actitudes, valores y competencias que desarrolla el plan de estudios" (p. 43). De este modo, el perfil de egreso no se aboca solo al ámbito laboral, sino que implica una definición integral del profesional que se espera formar. Asimismo, Hawes (2010) concibe el perfil de egreso como la declaración formal que hace la institución frente a la sociedad y frente a sí misma, comprometiendo la formación de una identidad profesional, ciertos compromisos formativos en ámbitos de realización de la profesión y sus competencias clave asociadas.

Los resultados de la entrevista estructuran un criterio mayoritario que los objetivos de la carrera y el perfil profesional del egresado están en concordancia. Así entendido el perfil de egreso, se concibe como un instrumento que concede sentido a los programas de formación, por lo que resulta fundamental que los perfiles incluyan mecanismos para evaluar su cumplimiento.

Opinión 5

¿En qué lineamientos teóricos consideras se sustenta el perfil profesional de egresados de la escuela en donde trabaja, bajo qué perspectiva?

Los entrevistados manifestaron que los lineamientos teóricos que sustenta el perfil profesional de egresados de la escuela en donde trabajan está basada en

los sustentos de Virginia Henderson la cual plantea el cuidado como servicio que este grupo profesional ofrece a la sociedad, determinando el ejercicio de la profesión como lo es la de cuidar la salud, se le asignan además las de administrar el cuidado de enfermería, los servicios, unidades y educar para la salud.

4.4 Formación de los/as estudiantes de enfermería, desde la perspectiva de los/as docentes

En la formación del profesional de enfermería y en particular en el aprendizaje clínico inciden diversos factores para el logro de los objetivos, algunos se derivan del propio entorno institucional y otros relacionados con la función docente, a tal fin se entrevistaron a los docentes en cuanto a la formación de los estudiantes de esta especialidad.

Opinión 6

¿Cómo ve Usted el proceso formativo del futuro profesional en Enfermería en la Escuela donde trabaja? Explique:

Los hallazgos en las respuestas denotan falencias en el proceso formativo del futuro profesional en Enfermería, percibido por los docentes, orientados a impulsar cambios y adecuación de roles, también denotan falta de compromiso y carácter humanista del alumno que desmotiva la entrega del conocimiento. La producción científica en enfermería debe ser motivo de preocupación permanente entre los profesionales de la disciplina, puesto que se considera que constituye uno de los mecanismos indispensables para lograr mejoras en el desarrollo de la práctica, enriquecer el conocimiento y calificar el aprendizaje que se imparte.

Opinión 7

¿Qué aspectos considera son relevantes para incluir en el proceso formativo?

El fenómeno central de la enfermería es el cuidado, sin embargo, este debería ir de la mano con la ciencia y la práctica, para no generar rupturas. El

profesional se caracteriza principalmente por la integralidad de la asistencia en salud, y su capacidad para identificar las necesidades y las expectativas del paciente, la familia y la comunidad, sin embargo, los entrevistados, mencionan que aspectos considera son relevantes para incluir en el proceso formativo, son entre muchos, el cuidado ya que el cuidado ha pasado a un segundo plano; temas sobre calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes, también mencionan que los especialistas de enfermería en muchas ocasiones abandonan sus quehaceres cotidianos por realizar actividades de los otros profesionales de la salud, y deben responder por todas las situaciones ocurridas en el servicio

Opinión 8

¿Existe relación entre lo que el mundo laboral requiere y la formación actual de las /os enfermeras/os?

La mayoría de los entrevistados expusieron que existe relación entre lo que mundo laboral requiere y la formación actual de las /os enfermeras, aunque otros argumentaron que no, puesto que hay una sobre oferta de egresados desempleados porque no cubren el perfil profesional necesario que el mundo laboral requiere.

Tanto en Chile como a nivel mundial una de las funciones esenciales de la enfermera/o es la participación en políticas de salud y en gestión de los sistemas de salud. En el cuerpo legislativo chileno, tanto de la profesión como de salud, se indica la responsabilidad que tiene la enfermera/o profesional en la administración de los recursos para la asistencia del paciente. En Chile, según el artículo 113 del Código Sanitario, y la norma general administrativa N°19, Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada, esta responsabilidad debe estar a cargo de un profesional enfermero/a con formación y competencias técnicas y de gestión en el ámbito de los cuidados para tener las atribuciones de organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, por lo que se requiere que su perfil formativo este acorde a la exigencia del medio.

Opinión 9

En su formación, ¿qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

Los entrevistados en su mayoría, reflexionaron sobre la enfermería como una profesión inmensa en un mundo global, hoy día se está estableciendo un discurso gubernamental que recalca la equidad por sobre la igualdad. A tal fin los entrevistados argumentan que los profesionales de enfermería deberían defender y complementar la igualdad de derechos y oportunidades, elementos que no pueden ser eliminados del quehacer profesional, por lo que se requiere como profesión, que se sitúe en el momento histórico determinado, que sea capacitado de analizar el impacto de las situaciones de salud de los pacientes, debido a los trabajos de cuidado y por tanto tomar el rol preponderante como profesión y disciplina.

Sánchez (2017), expone que el profesional de enfermería debiera sustentar su cuidado en tres visiones del mundo: la particular determinística, contiene la visión mecanicista, de persistencia, de totalidad; concibe el individuo como ser biopsicosocial y espiritual, fraccionado en sus componentes físicos, biológicos, sociales y espirituales. De interacción recíproca, resume los elementos a partir de las visiones de organicismo, simultaneidad, totalidad, cambio, persistencia iterativa e integrativa, el individuo es considerado un ser holístico, las partes como un todo, una entidad integrada, organizada y no reducible. De acción simultánea, tiene en cuenta los elementos del organicismo, la simultaneidad, el cambio y la visión del mundo unitaria transformativa. El ser humano es considerado como un ser unitario, holístico, auto-organizado; es más que y diferente de la suma de partes.

Tabla 2 Hallazgos/tendencias en las respuestas

1. ¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?	2. A su juicio, ¿cómo cree que es la actual formación de estudiantes de enfermería? Y en particular, en la escuela donde trabaja.	3. ¿Cómo describiría el perfil de los (as) egresados (as) de la Escuela de Enfermería donde trabaja actualmente?	4. ¿Considera que existe concordancia entre los objetivos y el perfil profesional del egresado en la Escuela donde trabaja? ¿Qué aspectos considera claves?	5. ¿En qué lineamientos teóricos considera se sustenta el perfil profesional de egresados de la escuela en donde trabaja, Bajo que perspectiva?	6. ¿Cómo ve Usted que el proceso formativo del futuro profesional en Enfermería en la Escuela donde trabaja? Explique	7. ¿Qué aspectos considera son relevantes para incluir en el proceso formativo?	8. A su juicio, existe relación entre lo que mundo laboral requiere y la formación actual de las /os enfermeras.	9. En su formación ¿qué conocimientos consideras relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?
Humanización del cuidado Comunicación, menos tecnicismo	Incorporación pensamiento teórico y modelos conceptuales. Entrega de conocimientos mecanizado, por sobre desarrollo de pensamiento crítico.	Acorde al perfil profesional. Falta evaluación de los perfiles de egreso declarados por las instituciones de educación: Capacidades cognitivas, habilidades técnicas y de comunicación Saber, hacer y ser. Poco compromiso hacia progreso colectivo falta rol en la gestión del cuidado.	Mayoritariamente concordancia en que si existe. Pero se requiere mecanismo que permitan evaluarlo.	Sustentado en teorías y modelos de enfermería.	Faltencias en proceso formativo, falta de compromiso y humanismo lo que se traduce como desmotivación de los docentes en la transferencia del conocimiento.	El cuidado como eje central, de la mano de la ciencia y práctica. Calidad Seguridad Humanización. Funciones ajenas a su propio rol. Que lo alejan de su quehacer propiamente tal.	Sobre oferta de titulados. No cumplimiento perfil laboral requerido. Perfil Profesional que requiere revisión de acuerdo a la exigencia del medio actual.	Defender y complementar la igualdad de derecho y oportunidades. Profesional que sea capaz de conocer y adaptarse al momento histórico en que le toca ejercer. Mantener y tomar rol preponderante como profesión y disciplina.

Detalle de respuestas de los encuestados según pregunta que recoge ideas, conceptos extraídos de la información

CONCLUSIONES

- Las lógicas circulantes en la generación de saberes en la carrera de Enfermería, han emergido como grupo ocupacional en los inicios de la Historia pero con un signo visiblemente de oficio asistencial, tal como lo expresa Garrder (2015) cuando expone que los cuidados de Enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda, que podría denominar vocacional-cristiano-caritativo. Actualmente el grupo ocupacional va adquiriendo las particularidades de una profesión: su quehacer cada vez se asienta más en un saber propio y con base científica y los/as candidatos/as son seleccionados/as entre los/as más cualificados/as en el mundo de la salud.
- El impacto de las lógicas circulantes en la formación de las/os enfermeras/os, han girado en torno a que muchas/os enfermeras/os se formaron en disciplinas como filosofía, sociología y antropología y por esta razón vieron el mundo desde otros puntos de vista y perspectivas, lo que ha ido en evolución ascendente, a tal fin se produjo en la disciplina, tal como lo dice Gómez-Heras (1992), "La línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermería pre-Nightingale y la enfermería Nightingale". Debido a que evidentemente la profesión de enfermería lo ha usado en su filosofía de cuidados, al someter su práctica profesional a un proceso de indagación, de reflexión profunda, de realidades múltiples, de encuentro con los otros, en busca de re-construir la acción de cuidar desde una perspectiva de cambio.
- El perfil profesional de los/as estudiantes de enfermería según los encuestados está alineado con la exigencia del mundo laboral, pero requiriendo ajustes en función de una práctica más humana y menos mercantilista. Los/as entrevistados/as sugieren favorecer el pensamiento crítico del estudiante e implementar las salas de simulación clínica como una valiosa herramienta en la formación, que les permita trabajar desde el

pregrado sus habilidades teóricas, comunicacionales y técnicas a través de los casos clínicos asociados a la simulación.

- La formación de los/as estudiantes de enfermería, desde la perspectiva de los/as docentes, estuvo llena de acuerdos y desacuerdos, con opiniones llanas en unos y otros sin emitir respuesta, sin embargo, la gran mayoría se orientó a considerar que hay que mantener y mejorar la calidad, eficiencia, eficacia y efectividad de las respuestas de las/os enfermeras/os a las peticiones sociales y epidemiológicas de la población y de los sistemas de salud, formarlas/os para dar un cuidado basado en conocimientos, reflexión y creatividad, que permitan mezclarse las variables críticas de la atención de enfermería: acceso, oportunidad, humanización, seguridad, calidad y reducción de costos.

En síntesis, los/as docentes consideran la necesidad de prácticas humanizadas, incorporación de la gestión del cuidado y de conceptos de calidad asociados a la formación actual en las escuelas de enfermería del país, además de favorecer el pensamiento crítico de los/as futuros/as profesionales.

SUGERENCIAS

A la luz de los alcances y limitaciones de la presente investigación realizada, se sugiere

- El fomento de áreas académicas que permitan el adelanto de exploraciones relacionadas, en los diferentes campos de acción en la enfermería y así responder a las problemáticas actuales en relación con el rol exigible en la sociedad y en el mundo laboral, como por ejemplo en Investigación, y la formación en especialidades que permitan abordar a la persona en su integridad.
- Es provechoso que tanto las instituciones prestadoras de servicios de salud como las instituciones educativas y las asociaciones profesionales forjen estrategias para generar el posicionamiento de esta disciplina histórica y siempre vigente a través del tiempo, como por ejemplo que la carrera sea parte de la ley de exclusividad universitaria y la responsabilidad de las enfermeras otorgada por la norma general administrativa n° 19, “gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada”, del año 2007.
- Lo que se traduce en un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración de estos profesionales.
- Otra instancia de desarrollo es la actual Nursing Now campaña que lleva tres años de implementación, realizada en conjunto con el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud. La que considera el desempeño de las enfermeras en un papel crucial en la promoción de la salud, así como en la prevención y el tratamiento de enfermedades y en el desarrollo de nuevos modelos de cuidados comunitarios.
- Circulación activa de las investigaciones realizadas por los/as profesionales de enfermería para mejorar la visibilidad de la profesión publicaciones que pueden encontrarse en por ejemplo <https://scielo.conicyt.cl> y favorecer al desarrollo de nuevos campos laborales que ayuden a posicionar la

profesión con más potencialidad, de la mano con actitudes más humanistas.

- En base a lo revisado puede plantearse a futuro una investigación que dé cuenta del nivel de cumplimiento de los perfiles de egreso de las casas formativas, contando desde ya con el análisis del perfil profesional de las /os enfermeras/os, contribuyendo a revisar el real cumplimiento de lo declarado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alegría, P; Sáez, M. (1985) Atención de Enfermería Domiciliaria. Rev. Colegio de Enfermeras. Chile; Enero, Febrero y Marzo; 29-35. 9) Espinoza A; Peake, G; Cartes, A. (1985) Planteamientos Doctrinarios y Políticos de Acción Futura en Enfermería. Rev. Colegio de Enfermeras. Chile; Enero, Febrero y Marzo; 3-12.
- Arenas, E; Cornejo, E; Güdelhoefer, E; Oye, C; López, I. (1982) Enfermería Hospitalaria en Chile. Rev. Colegio de Enfermeras. Chile; Enero, Febrero y Marzo; 20-28.
- Colliere, M.F. (1992) Promouvoir la Vie: de la Pratique des Femmes Soignantes Aux Soins Infirmiers. Intereditions, París.
- Damilano, M. (1985) Rol de las Enfermeras en las ISAPRES. Rev. Colegio de Enfermeras. Chile; Enero, Febrero y Marzo; 51-52.
- Diccionario de la Real Academia Española (2018) <https://dle.rae.es/>
- Flexner A. (1910) Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four. New York. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching
- Foucault, M (1992) Microfísica del poder. España. Las Ediciones de la Piqueta
- Foucault, M. (1977) Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud. Buenos Aires: Argentina. Siglo XXI Editores
- Foucault, M. (1991) La hermenéutica del sujeto. México. Fondo de Cultura Económica

Foucault, M. (2002) Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión- 1a, ed.- Siglo XXI.
Argentina. Editores. Buenos Aires

Foucault, M. (2007) El nacimiento de la clínica:
una arqueología de la mirada médica, 2da edición. Buenos Aires: Argentina.
Siglo XXI Editores

Gadamer HG.(1999) Verdad y método II. Madrid, España. 5a ed. Salamanca,
Ediciones Sígueme

Giroux, H. (1990) Los profesores como intelectuales transformativos. Barcelona.
Paidós

Heidegger, M (1927) Ser y Tiempo. Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo
Rivera Edición electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía.
Universidad de ARCIS

Larrosa, J. (1995). Tecnologías del yo y educación. Notas sobre la construcción y
la mediación pedagógica de la experiencia de sí. En Escuela, Poder y
Subjetivación. Revista Genealogía del poder N° 26. Madrid, España.
Ediciones de la Piqueta

Maffesoli, M. (1997). *Elogio de la Razón Sensible: Una Visión Intuitiva del Mundo
Contemporáneo*. Barcelona, España: Paidos Ibérica

Ministerio de Salud de Chile. (2014) Orientaciones para planes comunales de
promoción de la Salud.
<https://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>

- Morín, E. (1999). Los Siete Saberes necesarios para la Educación del Futuro. UNESCO. Paris, Francia.
- Morín, E. (1998). Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Argentina. Editorial Paidós. 2da Reimpresión.
- Morín, E. (2000). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona; España. Editorial Gedisa.
- Muñoz, C. y Alarcón, S. (1999) Evolución histórica y desarrollo profesional de la Enfermería en Chile. Cultura de los Cuidados. Universidad del Bio Bio, Departamento de Enfermería. Chile
- Nicolescu, B. (1999) "La transdisciplinariedad. Una nueva visión del mundo. México. Ediciones Du Rocher
- Pincheira, S. (1982) Evolución de la Enfermería en Salud Comunitaria y su Repercusión en el Desarrollo de la Enfermería. Rev. Enfermería. Chile; Año XVII N° 73, Julio, Agosto y Septiembre; 32-34.
- Piñeiro, N. (2018) "La investigación acción participativa y su aplicación en el contexto educativo. Apuntes para su aplicación," Revista Electrónica: Entrevista Académica REEA, Servicios Académicos Intercontinentales SL, issue 2, August
- Salas Perea, R.S. (2004): Conceptos básicos de competencias. Compilación y resumen. República de Cuba Ministerio de Salud Pública Escuela Nacional de Salud. La Habana.
- San Martín, H. et al. (1996) Salud, Sociedad y Enfermedad. Madrid. Editorial Ciencia,

Schnaith, N.(2003) “La salud Mental, y el desafío de la interdisciplinariedad desde la perspectiva filosófica”. Ponencia presentada en el Segon Congrés Català de Salut Mental, en la Mesa de Debate” La salud mental, un repte interdisciplinari”. Barcelona.

Schneider, J; Stiepovich, J; Alves, C; Valenzuela, S. (1996) El Nacimiento del Hospital y de la Enfermería Moderna. Rev. Horizonte de Enfermería. Chile; Vol. 7 N° 2; 35-41.

Tamayo y Tamayo (2004). El Proceso de la Investigación Científica. México. Editorial Limusa, S.A. de C.V

ANEXO A: GUIÓN TEMÁTICO DE LA ENTREVISTA

Identificación general:

- Profesión (indicar título profesional):
- Perfeccionamientos/grados (indicar cuál(es):
- Año de egreso:
- Años de experiencia profesional pertinente:

1. ¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

2. A su juicio, ¿cómo cree que es la actual formación de estudiantes de enfermería? Y en particular, en la escuela donde trabaja.

3. ¿Cómo describiría el perfil profesional de los (as) egresados (as) de la Escuela de Enfermería donde trabaja actualmente?

4. ¿Considera que existe concordancia entre los objetivos y el perfil profesional del egresado en la Escuela donde trabaja? ¿Qué aspectos consideras claves?

5. ¿En qué lineamientos teóricos considera se sustenta el perfil profesional de egresados de la escuela en donde trabaja, bajo que perspectiva?

6. ¿Cómo ve Usted que el proceso formativo del futuro profesional en Enfermería en la Escuela donde trabaja? Explique

7. ¿Qué aspectos considera son relevantes para incluir en el proceso formativo?

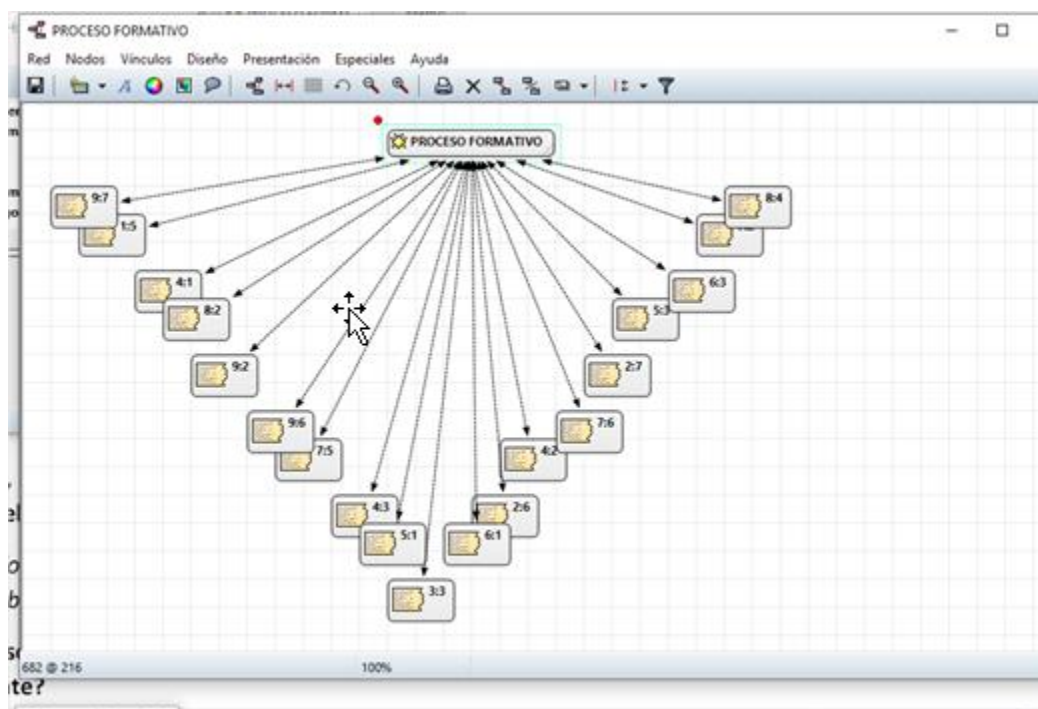
8. A su juicio, existe relación entre lo que mundo laboral requiere y la formación actual de las /os enfermeras.

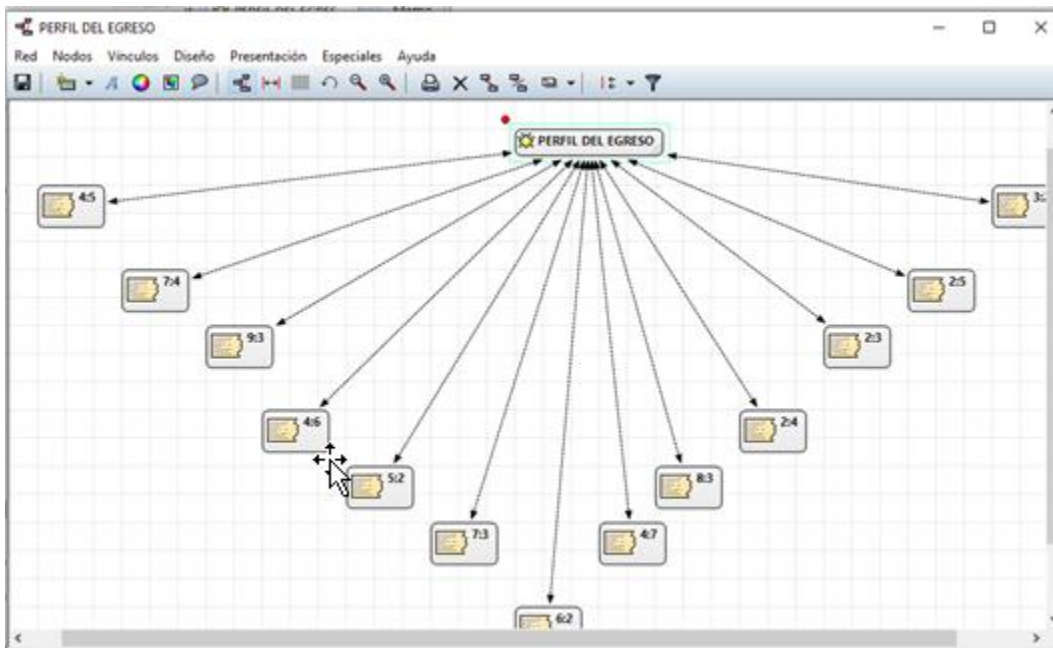
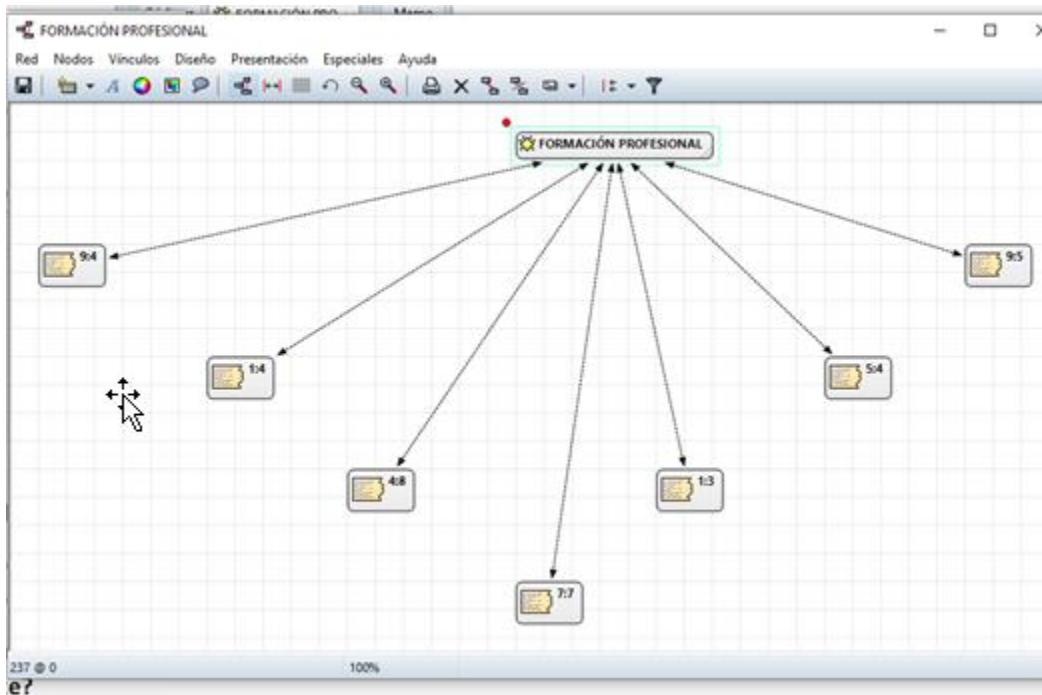
9. ¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

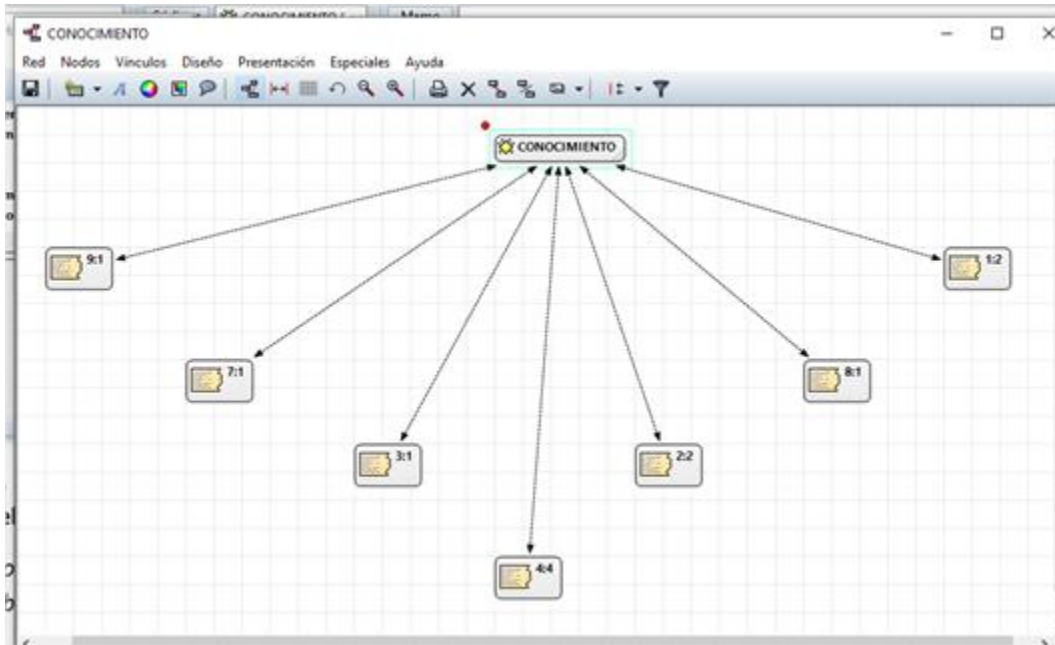
ANEXO B: REPORTE DE CODIFICACIÓN SEGÚN EL SOFTWARE ATLAS.TI®

8.4

Vista de red de administrador de códigos de la unidad Hermenéutica







ANEXO C: RESPUESTAS DE ENTREVISTADOS/AS

Opinión 1

¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

Entrevistado 1: *“En la educación nuevos enfermeros, apadrinamiento, mayores humanismos trato, menos conductista”*

Entrevistado 2: *“Creo que es fundamental el aprendizaje del Proceso de atención de enfermería, contenidos de administración para ejercer el rol de liderazgo de la enfermería. Y a la fecha se hace imperante que durante el pregrado se aborde de manera profunda la Calidad de la atención, a los pacientes, de la mano de la humanización de la atención”*

Entrevistado 3: *“La formación de los profesionales de enfermería ha tenido grandes cambios, principalmente debido a los avances tecnológicos y rol de la enfermera en el ámbito de la gestión. Creo que lo que más marco mi formación profesional estuvo centrado en la ética profesional y relaciones humanas. El valor que se le asignaba a la disciplina, al sentido de la responsabilidad y la rigurosidad en las tareas encomendadas, a siempre propender a realizar lo mejor posible nuestro trabajo y más de lo que me están pidiendo o se espera, por sobre todo siempre tener un trato humanizado con nuestros pacientes”.*

Entrevistado 4: *“con respecto a la primera pregunta yo creo que los últimos años hay cambios que son importantes y positivos y algunos que son importantes y muy negativos ya me parece que hay una amplia especialización y gran conocimiento en relación a áreas como específicas... Yo veo que hay una despersonalización y la deshumanización de la disciplina con relación a la alta tasa de trabajo administrativo de la cual tenemos que estar pendientes”*

Entrevistado 5: *“Difícil pregunta para una disciplina tan diversa en su quehacer como es la Enfermería, en donde como enfermeros tratamos al usuario sano y enfermo en todo el ciclo vital, de manera individual, grupal, familiar y de comunidad. Por lo que considero relevante tanto el conocimiento científico adquirido en las universidades, así como el conocimiento empírico que nos deja la*

experiencia en cada área clínica en donde nos hemos desempeñado. Creo relevante dentro del conocimiento empírico el cuidado humanizado desde nuestro propio ser. Creo relevante el conocimiento adquirido de nuestro error previo, y el avance que produce el hacer un quiebre cognitivo para poder superarlos. Creo relevante el conocimiento que nos conduce a relacionarnos de la mejor manera como seres humanos, desde la empatía, el amor y la compasión por el otro”.

Entrevistado 6: *“Más que conocimiento es el acceso rápido y su fundamento”*

Entrevistado 7: *“Cambios relevantes relacionados con la gestión del cuidado de la Enfermera, lo que posiciono a la Enfermera en un lugar importante en la atención de Salud”*

Entrevistado 8: *“De acuerdo con los cambios que han ocurrido en los últimos años, creo que los cambios más relevantes tienen que ver con la importancia que se le ha dado a la opinión y a los sentimientos de cada paciente, hoy en día esto define la forma de atención, un ejemplo claro es la ley de derechos y deberes de pacientes. En tema de formación de alumnos, específicamente prácticas clínicas, esto también juega un rol muy importante ya que debemos tener el consentimiento obligatorio, cuando se trata de poder emplear el aprendizaje en el campo clínico”*

Entrevistado 9: *“En la escuela en la que forme se dió un énfasis especial en lo relacionado a la Gestión del cuidado y a la reforma de salud...”*

Entrevistado 10: *“Acceso rápido y compromiso”*

Opinión 2

A su juicio, ¿cómo cree que es la actual formación de estudiantes de enfermería? ¿Y en particular, en la escuela donde trabaja?

Entrevistado 1: *“Se enfoca en los distintos niveles de atención además de temáticas necesarias para el ejercer con seguridad. Incluye cursos con competencias que lo habilitan para desarrollarse exitosamente”*

Entrevistado 2: *“La actual formación de profesionales de enfermería, adolece de humanización de la atención, y que no solo se base en las técnicas que se realizan en la atención”*

Entrevistado 3: *“Creo que la Formación es esta institución tiene un alto estándar de calidad en relación con la formación en lo teórico-práctico, sin embargo, me parece que debiéramos reforzar la formación en relación con habilidades blandas y ética”*

Entrevistado 4: “Sin respuesta”

Entrevistado 5: *“En la Universidad donde trabajo, transformamos personas, trabajamos desde el foco de la experiencia transformadora del estudiante, que hoy toma mayor fuerza para centrar los objetivos en el estudiante. Creo que recién estamos en una transición para llegar a lograr de manera homogénea esta experiencia transformadora del estudiante, mejorando los talentos académicos y fortaleciendo el trabajo de nuestros estudiantes con la comunidad. El estudiante de enfermería de esta Universidad es un estudiante con valores, respetuoso con los demás, respetuosa de costumbres, creencias y etnias de sus usuarios. De bajo perfil, pero aprende con responsabilidad social, desarrolla la pro actividad, trabaja en equipo y aprende a relacionarse en diferentes ambientes. Nuestro estudiante de enfermería a diferencia de otras casas de estudio es bastante resilente, y perseverante”*

Entrevistado 6: *“Formación teórica sin exigencias”*

Entrevistado 7: *“a mi juicio la formación de profesionales de Enfermería, a pesar de que ha ido en aumento, aun no logra suplir lo que debieran recibir los pacientes o usuarios de la Salud, en el lugar donde yo trabajo, se trata de dar bastante énfasis e esto con los alumnos de TENS”*

Entrevistado 8: *“En la actualidad creo que han ocurrido bastantes cambios positivos, ya que hoy en día el nivel de competencias y habilidades que se les entrega tanto teórica como practica a los estudiantes es mucho más amplia que antes, esto se debe al mayor acceso a tecnología que existe en la actualidad. Con Respecto a la escuela donde yo trabajo esta se encuentra totalmente sumergida en los nuevos métodos educacionales que tiene que ver con la innovación y tecnología con la que se cuenta hoy”*

Entrevistado 9: *“Al lugar de trabajo en el que me desempeño llegan pocas escuelas de enfermería tanto en el ámbito de prácticas de pregrado como a desempeñarse en lo laboral y lamentablemente la experiencia no es muy grata, en la mayoría de los casos, los alumnos destacan por características personales, más que de formación académica, se aprecia un conocimiento más acabado del ámbito clínico en desmedro del desempeño en la gestión del cuidado de forma integral, dejando de lado la coordinación, las relaciones interpersonales y realizando un trabajo menos colaborativo en el equipo, con especial dificultad en las relaciones inter personales y poca empatía hacia el resto del equipo confundiendo el liderazgo y las relaciones armónicas con falta de responsabilidad y límites en las relaciones con el resto del equipo”*

Entrevistado 10: *“poco comprometidos y sin perfeccionamiento de egresados”*

La mayoría respondió que ha habido un avance favorable en la enseñanza y en la recepción del aprendizaje de la enfermería, puesto que se ha desarrollado inicialmente un pensamiento teórico en los estudiantes, de forma escalonada, desde la apreciación y conocimiento de las escuelas de pensamiento en enfermería, de los conceptos esenciales del cuidado, los modelos conceptuales y teorías, y posterior la habilidad de implementarlos en la práctica como fundamento del proceso de enfermería. Todo orientado a un profesional competente, donde no exista discrepancia en la relación teoría práctica.

Opinión 3

¿Cómo describiría el perfil profesional de los (as) egresados (as) de la Escuela de Enfermería donde trabaja actualmente?

Entrevistado 1: *“Perfil completo que abarca todas las áreas de posibles intervenciones. Además de contar con sello de la escuela que los identifica”*

Entrevistado 2: “Sin respuesta”

Entrevistado 3: *“Estoy muy de acuerdo con el planteamiento del perfil de egreso de nuestros estudiantes, mi experiencia con egresados es que cumplen con este perfil en su desempeño profesional una vez incorporados al área laboral. Creo, sin embargo, que falta reforzar la mirada preventiva y promocional de la salud, la integración de los aspectos relacionados con las determinantes sociales y cómo influyen en el estado de salud de las personas”*

Entrevistado 4: *“En relación al perfil de egreso y diría que son profesionales que cultivan un alto valor moral alto valor ético en su desempeño valoro mucho la como la posición humana ya la versión humana con la que estos alumnos se destacan sus otras instituciones de educación superior son profesores Un poco de todo, pero no todo muy profundo y creo que son profesionales muy respetuosos de la diversidad y eso es un excelente valor en nuestros tiempos”*

Entrevistado 5: *“Es un profesional con valores, respetuosa de su profesión, respetuosa de costumbres, creencias y etnias de sus usuarios, con responsabilidad social, pro activo, trabaja en equipo. Gestiona el cuidado de enfermería utilizando estrategias de liderazgo y calidad, proporcionando atención de salud integral a las personas, familias y comunidad en general, sanas, en riesgo de enfermar y enfermas, en todo el ciclo vital, de acuerdo con el perfil epidemiológico y demográfico del país aplicando el Proceso de Enfermería, usando el modelo de Virginia Henderson”*

Entrevistado 6: *“Poco comprometidos”*

Entrevistado 7: *“el perfil profesional en la escuela donde trabajo define y ordena las competencias de los alumnos, hasta llegar al logro del desempeño completo una vez finalizado su proceso de formación. Por otra parte, también orienta la estructura curricular, los recursos humanos, los recursos a los procesos de*

aprendizaje enseñanza, las estrategias de enseñanza, los aspectos pedagógicos, la infraestructura, los recursos físicos y tecnológicos, la evaluación del proceso”

Entrevistado 8: *“Es un perfil acorde con lo que hoy se exige en atención en salud, creo que entre las competencias que más destaca es el nivel de habilidades blandas, lo que favorece la inserción en el mundo laboral”*

Entrevistado 9: *“Colegas empeñados en los logros personales y monetarios más que en los objetivos de la institución, sobre todo en el ámbito público en el que me desempeño, con poco arraigo y compromiso hacia el progreso colectivo, dejando de lado el rol de gestión del cuidado”*

Entrevistado 10: *“poco consecuentes con proceso de egreso”*

Opinión 4

¿Considera que existe concordancia entre los objetivos y el perfil profesional del egresado en la Escuela donde trabaja? ¿Qué aspectos considera claves?

Entrevistado 1: *“Si, los objetivos de la carrera están definidos y orientados al PE”.*

Entrevistado 2: Sin respuesta

Entrevistado 3: *“Para mí los aspectos claves tienen que ver con la integración de conocimientos que permite brindar una atención de calidad”*

Entrevistado 4: *“Efectivamente, yo creo que existe lo que lo que preguntas , una coherencia entre lo que el mundo laboral requiere y lo que los enfermeros salen siendo al final de su proceso de formación ,pero no sé si es lo que entiendo; que sólo en primera instancia se necesita , se busca y se contrata ,ya hay otra cosa que ocurre hoy en el mundo laboral de la enfermería ,los puestos que se ofrecen requieren de profesionales con experiencia Entonces si el alumno egresado ;el recién egresado no tiene experiencia, nunca va a poder optar a trabajos y si no puede optar a trabajo no hace la experiencia .Entonces yo siento que hoy en día hay un mercado, hay un mundo laboral que te pide algo que nunca va a tener, porque en su condición natural de egresado no la tiene, la experiencia. Si se ofrece un puesto para toma de muestra, el egresado cumple con que tiene buen trato, responsable ,motiva ,conoce de la técnica conoce de equipos, insumos ,técnicas distintas para distintos rangos de edades y situaciones que pueden ocurrir ,tipos de calibres del material clínico, cumple con ellos pero no con este requisito que se pide “experiencia”, y creo que el mundo laboral hoy en día nos ofrece trabajo en otras áreas en que los egresados cumplen ,pero se pide experiencia y no se les da oportunidad .”*

Entrevistado 5: Sin respuesta

Entrevistado 6: *“No, la clave es el compromiso de los alumnos”*

Entrevistado 7: *“si existe concordancia, ya que define concretamente dimensiones para el logro de estos objetivos, en un orden coherente”*

Entrevistado 8: *“Considero que existe mucha concordancia entre los objetivos y el perfil, ya que uno de los aspectos clave es el grado de empatía con que se desempeñan los alumnos y esto se ve muy marcado dentro de los objetivos del perfil de egreso”.*

Entrevistado 9: *“No, parece no ser concordante entre las necesidades de los cargos y el tipo de formación, especialmente en habilidades de liderazgo y responsabilidad frente al usuario y el equipo”*

Entrevistado 10: *“no existe concordancia en aspectos claves a considerar: mayor proactividad en aulas”*

Opinión 5

¿En qué lineamientos teóricos considera se sustenta el perfil de egresados de la escuela en donde trabaja, bajo que perspectiva?

Entrevistado 1: *“Método Científico, con respaldo en áreas de formación que entreguen competencias que habiliten su trabajo profesional.”*

Entrevistado 2: Sin respuesta

Entrevistado 3: *“Los lineamientos básicos que sustentan el perfil de egresados de la escuela de enfermería son las ciencias básicas y la integración de todas ellas en la práctica clínica, Calidad y mejora continua, gestión Clínica”*

Entrevistado 4: *“En relación a los lineamientos teóricos que se sustenta este estudiante de verdad que no entiendo muy bien la pregunta pero es lo que yo veo es que tiene como tres áreas finalmente ya tiene un área que es disciplinariamente que es súper importante que lo troncal en la profesión qué tiene que ver con obviamente una respuesta a las distintas áreas de la aplicación de la enfermería desde el punto de vista general donde se trabaja desde la mirada del respeto por la por el ser humano la diversidad no cierto se sustenta en cosas claves para la enfermería .Como por ejemplo la aplicación de un modelo que tiene que ver en este caso de esta escuela de Santo Tomás de Virginia Henderson cierto que es un modelo de enfermería ya y que además tiene la escuela enfermería en su formación cómo fuerte referente en relación ya para establecer entonces las respuestas a estás necesidades humanas y él como el profesional de enfermería trabaja en función de lo que sustentan el tercer componente importante, el desarrollo social Es la formación valórica qué trabaja en el desarrollo formación general en la formación y entidad como la llama de la institución con la asignatura del orden valórico valores cristianos que promueven la inclusión”.*

Entrevistado 5: *“Lineamiento de compromisos”*

Entrevistado 6: *“Se sustenta en el programa de asignatura, la planificación didáctica y el conjunto de estrategias didácticas pertinentes”*

Entrevistado 7: *“El lineamiento fundamental que considero tiene que ver con la gestión del cuidado, bajo este marco, la carrera aporta a los estudiantes las*

herramientas teóricas y prácticas, siempre bajo el alero de entregar una atención individualizada, humanizada, honesta y comprometida en la gestión del cuidado”

Entrevistado 8: *“Considero que existe mucha concordancia entre los objetivos y el perfil, ya que uno de los aspectos clave es el grado de empatía con que se desempeñan los alumnos y esto se ve muy marcado dentro de los objetivos del perfil de egreso”.*

Entrevistado 9: *“Las escuelas de enfermería que se desempeñan en el centro que lidero apunta a que sus estudiantes poseen una sólida formación científica, ética y humanista en los ámbitos investigativos, asistenciales y de gestión, orientados al cuidado de la salud de las personas, el que se cumple en el ámbito de conocimientos, pero no entrega el aporte humano que profesa, dejando de lado, incluso en su pronunciamiento el liderazgo del equipo a su cargo”.*

Entrevistado 10: *“Lineamientos de compromiso”*

Opinión 6

¿Cómo ve Usted el proceso formativo del futuro profesional en Enfermería en la Escuela donde trabaja? Explique:

Entrevistado 1: *“Incierto, por colapso profesional con relación al número de egresados de la carrera. Es decir, falta de empleabilidad”*

Entrevistado 2: Sin respuesta

Entrevistado 3: *“Para mí, el proceso formativo debería tener un giro hacia la formación en algunas áreas humanistas que entreguen competencias para realizar intervenciones efectivas en la salud de la población. Más que aumentar horas de aula, trabajar en desarrollar la capacidad de análisis y planificación y evaluación de procesos de atención”*

Entrevistado 4: *“en relación a donde yo trabajo si existe un perfil de egreso declarado que tiene que ver con objetivos declarados como finalmente profesionales decir la persona como producto como profesional y eso por qué por qué la institución se declara de manera objetiva y bien definida y su proyecto educativo sumisión y su perfiles de egreso y el define la traducción educativa por asignatura en cada uno de sus procesos que van a llevar a la formación de profesionales definido el perfil de egreso para unos super simple poder hacer coherente las formaciones estudiantes su malla curricular asignatura que tributan a una determinada competencia definir eso y eso está en la declaración de la traducción educativa entonces si hay una coherencia entre el objetivo y el niño que sale”.*

Entrevistado 5: Sin respuesta

Entrevistado 6: *“Falta mayor cooperación de los alumnos, se informan pocos y solo quieren ganar dinero”*

Entrevistado 7: *“lo veo ordenado, pensado en el estudiante, relacionado con las evaluaciones o el modelo evaluación implementado, preocupación por la empleabilidad de los egresados”*

Entrevistado 8: *“La escuela en la que trabajo cada vez se está ampliando mucho más, pero creo que se debería otorgar mayor prioridad al lugar en donde se realizan primeras prácticas clínicas, ya que se debe poder entregar todas las*

herramientas necesarias a los estudiantes, para que el día de mañana enfrenten el mundo laboral y creo que es en estas instancias, donde los estudiantes aplican la mayor cantidad de conocimientos adquiridos”.

Entrevistado 9: *“Pienso que tiene gran oportunidad de realizar cambios y adecuar aquellos roles que debe desarrollar el profesional enfermero en pro de mejorar las futuras generaciones”*

Entrevistado 10: *“veo que se puede mejorar, incluir proceso laboral, pae”*

Opinión 7

¿Qué aspectos considera son relevantes para incluir en el proceso formativo?

Entrevistado 1: *“Mayor investigación “*

Entrevistado 2: *“Temas sobre calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes”*

Entrevistado 3: *“Potenciando el rol de la enfermería como líder en la gestión de los cuidados.”*

Entrevistado 4: *“Yo creo que en relación al proceso formativo qué es lo que podría incorporar ,yo creo que hay que incorporar elementos que hagan que la disciplina sea algo más autónoma , más independiente, no con lo que comúnmente declaramos como autónomo independiente Me parece que hay decisiones y hay cosas que las enfermeras tenemos que poder hacer solas y hay áreas en las cuales las enfermeras tenemos que hacernos cargo , creo que hay cosas que explorar y esas cosas hay que de repente poder abrir un poco la mirada a los estudiantes, insisto yo creo que si nos seguimos basando en que la enfermera tiene que ser generalista y les tenemos no se 108 horas de asignatura médico en adulto , no sé si eso nos abre las perspectiva de explorar otras áreas repito las aulas escolares. Por qué es importante tener una enfermera en cada colegio; la salud estética yo creo que es un campo muy poco explorado. Tenemos una tremenda responsabilidad y mucho que hacer Me parece que hay otras áreas que explorar no sé por ejemplo hay ciertas cosas específicas que las enfermeras en la formación de pregrado no enseñamos y que son un tremendo campo por explorar por los futuros profesionales. Escuchar alguna vez a los enfermeros que son especialistas por ejemplo, lo enfermeros que son más que ayudantes de anestesia. Un montón de cosas; yo creo que esas cosas hay que explorar Creo que desde el punto de vista de donde yo trabajo hay que dejar de hacer las cosas como se están haciendo y ampliar la visión y la mirada de otros campos de acción de la enfermera en el mundo.”*

Entrevistado 5: Sin respuesta

Entrevistado 6: Sin respuesta

Entrevistado 7: *“El acompañamiento”*

Entrevistado 8: *“En los aspectos relevantes considero que se debe incorporar más abiertamente la simulación clínica, ya que las herramientas que esta entrega a los estudiantes son de un nivel formativo gigante.”*

Entrevistado 9: *“Gestión centrada en procesos reales, en concordancia con el rol del enfermero y las responsabilidades inherentes al mismo y relacionada con la continuidad de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos que le son encomendados resguardar”.*

Entrevistado 10: *“proceso atención enfermería”*

Opinión 8

¿Existe relación entre lo que mundo laboral requiere y la formación actual de las /os enfermeras?

Entrevistado 1: *“Actualmente no, hay sobrepoblación del profesional para trabajar. Aunque existen cargos no cubiertos y necesarios”.*

Entrevistado 2: *“El mundo laboral exige un profesional integral, con una mirada amplia del proceso de atención, capaz de gestionar todas las actividades requeridas en un trabajo” determinado. “La formación actual debe mejorar aquella capacidad unificadora del trabajo, en donde el profesional de enfermería esta encomendado a tener un rol preponderante dentro de las acciones de salud”.*

Entrevistado 3: *“Hoy día estamos enfrentados a un mundo laboral muy competitivo y de alta exigencia, que requiere de un adecuado control de los procesos de atención, considerando al individuo como uno de los elementos que forma parte del sistema de atención. Por otro lado, la tecnología y los rápidos avances en el ámbito de la medicina, requiere de capacitación continua. Creo que debido a esto sería bueno establecer las especialidades en el ámbito de la enfermería que permita desarrollar competencias específicas”*

Entrevistado 4: Sin respuesta

Entrevistado 5: Sin respuesta

Entrevistado 6: *“No, actualmente los alumnos realizan pocas prácticas lo que lo lleva a no tener un conocimiento completo de su formación”*

Entrevistado 7: *“si existe relación, al menos donde yo trabajo está directamente relacionado, el énfasis en la atención, desarrollo de habilidades blandas”*

Entrevistado 8: *“A mi juicio si existe concordancia en la formación actual con el mundo laboral, lo que yo destacaría poder entregarla mayor importancia a la vocación que se debe tener en la carrera, educar a las nuevas generaciones sobre la enfermería en sí, más allá de que exista un sustento económico”*

Entrevistado 9: *“No, y esto se evidencia en la alta producción de egresados y la deficiente preparación que se entrega por parte de algunas instituciones formadoras”*

Entrevistado 10: *“No”*

Opinión 9

¿En su formación qué conocimiento considera relevante en relación con los cambios que se han generado en la práctica y atención de salud en los últimos años?

Entrevistado 1: *“Mayor investigación”*

Entrevistado 2: *“Temas sobre calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes. Potenciando el rol de la enfermería como líder en la gestión de los cuidados.”*

Entrevistado 3: *“trabajar en desarrollar la capacidad de análisis y planificación y evaluación de procesos de atención”.*

Entrevistado 4: *Sin respuesta*

Entrevistado 5: *Sin respuesta*

Entrevistado 6: *Sin respuesta*

Entrevistado 7: *“El acompañamiento”*

Entrevistado 8: *“En los aspectos relevantes considero que se debe incorporar más abiertamente la simulación clínica, ya que las herramientas que esta entrega a los estudiantes son de un nivel formativo gigante”.*

Entrevistado 9: *“Gestión centrada en procesos reales, en concordancia con el rol del enfermero y las responsabilidades inherentes al mismo y relacionada con la continuidad de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos que le son encomendados resguardar”*

Entrevistado 10: *“Proceso atención enfermería”*