

**PROCESO DE DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE
ENFERMERÍA**

GRACE NATALIA DUARTE ZUBIETA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D.C.**

2011

**PROCESO DE DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE
ENFERMERÍA**

GRACE NATALIA DUARTE ZUBIETA

Tesis para optar por el título de Enfermera

**ASESORA
EDILMA MARLEN SUAREZ CASTRO
ENFERMERA
MAGISTRA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MAGISTRA EN ESTUDIOS POLÍTICOS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D.C.**

2011

NOTA DE ACEPTACION

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, 31 de agosto de 2011

DEDICATORIA

A Dios, por darme la salud para permitirme lograr mi objetivo de culminar mis estudios, y a mis padres, por brindarme su apoyo incondicional, su comprensión y amor sincero durante todo mi proceso de formación.

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Edilma Suárez, mi asesora, por su apoyo, colaboración y paciencia, y por su amplio conocimiento para el desarrollo de esta investigación.

A las enfermeras participantes en este estudio, que me permitieron conocer su experiencia para lograr los objetivos propuestos.

A mi familia, que me acompañó durante mi proceso formativo; a mis padres, por su apoyo incondicional y su amor sincero, por la confianza y seguridad que me brindaron para lograr mi meta.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	21
2.1 Cuidado de enfermería	21
2.2 Delegación.....	21
2.3 Delegación de actividades de cuidado.....	22
2.4 Enfermera profesional.....	23
2.5 Auxiliar de enfermería	23
3. JUSTIFICACIÓN DE LA PREGUNTA	24
4. OBJETIVOS	28
4.1. Objetivo general.....	28
4.2. Objetivos específicos.....	28
5. PROPÓSITO	29
6. MARCO TEÓRICO	30
6.1. Situación de la enfermera(o) en relación al cuidado.....	30
6.1.1 Cuidado de enfermería.....	31
6.1.2. Relación enfermeras/número de pacientes.....	32
6.2. Delegación.....	36
6.3. Delegación de actividades del cuidado de enfermería.....	37
6.3.1 Características de la delegación.....	40
6.4. Legislación colombiana.....	42
6.4.1. Ley 266 de 1996.....	42
6.4.2. Ley 911 de 2004.....	43
6.4.3. Decreto 1011 de 2006.....	47
6.4.4. Seguridad del paciente.....	49

6.4.5. Perfiles ocupacionales de los auxiliares de enfermería....	50
7. METODOLOGÍA	
7.1. Diseño del estudio.....	58
7.2. Participantes.....	58
7.3. Contacto de los participantes y descripción del escenario.	59
7.4. Instrumento.....	59
7.5. Categorías.....	61
7.6. Interpretación de los datos.....	61
7.7. Aspectos éticos.....	62
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
8.1. Características de los participantes.....	64
8.2. Características de tiempo, modo y modo.....	69
8.2.1. El tiempo.....	69
8.2.2. El modo.....	70
8.2.3. El lugar.....	71
8.3 Criterios de la enfermera profesional para la delegación de actividades de cuidado.....	72
8.3.1. Características del personal.....	72
8.3.2. Actividades que se delegan	75
8.4. Características de la supervisión de enfermería profesional.....	82
8.5. Motivos y responsables de la delegación de las actividades de cuidado.....	84
8.5.1. Motivos de la delegación.....	84
8.5.2. Responsables de la delegación.....	86
8.6. Otros hallazgos.....	90
8.6.1 Autodelegación de actividades del cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.....	90
8.6.2. Actividades que se autodelega el auxiliar de enfermería.	90
8.6.3. Motivos de la auto-delegación del auxiliar de enfermería.....	93

9. CONCLUSIONES

94

10. BIBLIOGRAFÍA

101

LISTA DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1. Distribución del recurso humano por categorías ocupacionales.	16
Tabla 2. Distribución de graduados por categorías ocupacionales 2000.	16
Tabla 3. Actividades delegadas y tipo de delegación.....	19
Tabla 4. Cuidado de enfermería realizado por auxiliares de enfermería.....	26
Tabla 5. Consecuencia del cuidado delegado.....	26
Tabla 6. Datos demográficos participantes.....	65
Tabla 7. Datos laborales de los participantes.....	66

LISTA DE GRAFICAS

	Pg.
Gráfica 1. Situación de empleo de las enfermeras registradas, enero de 1997-diciembre de 2010.....	17
Gráfica 2. Flujograma de seguridad de calidad.....	50
Gráfica 3. Características que se deben encontrar en el auxiliar de enfermería.....	71
Gráfica 4. Actividades delegadas al auxiliar de enfermería.....	74
Gráfica 5. Responsable de la delegación de acuerdo con la institución de salud.....	85
Gráfica 6. Actividades autodelegadas por el auxiliar de enfermería.....	87
Gráfica 7. Proceso de delegación de actividades según las enfermeras profesionales.....	94
Gráfica 8. Flujo grama del proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería	99

LISTA DE CUADROS

	Pg.
Cuadro 1. Características de la delegación del cuidado.....	40
Cuadro 2. Competencia del auxiliar de enfermería.....	50
Cuadro 3. Competencias adicionales del auxiliar de enfermería.....	55

ANEXOS

	Pg.
Anexo1. Consentimiento informado.....	106
Anexo 2. Formato entrevista.....	108

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería en los últimos años ha desarrollado conceptos en el ámbito jurídico, desarrollando sus propias leyes para el ejercicio de la profesión entre las que se encuentran la ley 266 de 1996, la ley 911 de 2004 y el código deontológico de enfermería, regulando el ejercicio de la enfermería en Colombia. Sin embargo pese al avance en materia jurídica, en la actualidad se encuentran vacíos legales, por ejemplo en la regulación sobre la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería, vacíos que han hecho de la delegación un proceso subjetivo y de libre interpretación en el ejercicio profesional. Es por esta razón que el presente trabajo describe el proceso de delegación de las actividades del cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería, a partir de un estudio cualitativo en salud que contó con la participación de cinco enfermeras de diferentes instituciones de salud (públicas y privadas) de los niveles I, II y IV de atención.

El estudio encontró que la delegación de actividades de enfermería en auxiliares de enfermería se realiza en los turnos de mañana, tarde y noche, presentándose con más frecuencia en la noche y los fines de semana debido a que la enfermera tiene a su cargo más de un servicio con un número mayor de quince sujetos de cuidado. También se encontró que los protocolos de las instituciones de salud establecen que las actividades pueden ser realizadas por la enfermera o el auxiliar de enfermería en especial en las instituciones públicas. Llama la atención que en general es una realidad el alto número de sujetos de cuidado en relación con el poco número de enfermeras, situación que se complica con la autodelegación de actividades por el auxiliar de enfermería en la realización de procedimientos y administración de medicamentos pese a que el documento de Perfiles ocupacionales y la norma de competencia laboral en el área de la salud establece

la prohibición de la autodelegación de actividades sin autorización de la enfermera o la institución de salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La condición de la enfermera en los últimos años ha cambiado en relación con las condiciones salariales, laborales y de recursos humanos, ocasionando que la enfermería se enfrente a nuevos retos de acuerdo con las situaciones y condiciones derivadas del ámbito laboral y sociopolítico, como lo mencionan Ross *et al.*:

[Debido a la] política de reducción de costos directos (personal), los servicios de salud están aumentando las responsabilidades laborales de las enfermeras y, al mismo tiempo, sustituyéndolas por personal menos calificado, cuando no por personal sin calificación alguna. Esta disminución de costo, matemáticamente comprobada, no significa la efectividad del costo ni la calidad de los servicios. Varios estudios vienen demostrando que los riesgos para el paciente aumentan, así como los costos relativos a la ineficiencia e ineficacia en la prestación de dichos servicios¹.

En Colombia se contaba, en el año 2000, con 0,54 enfermeras y 1,84 auxiliares de enfermería por cada 1000 habitantes; cifras que muestran un recurso humano de enfermeras deficitario para brindar atención a la población; así, se puede afirmar que otra condición que presiona el incremento de responsabilidades laborales a la enfermera se relaciona con el bajo número del recurso humano, como lo muestran las Tablas 1 y 2.

¹ ROSS, AG, MARÍN, JM, Albuquerque, C. Lineamientos para la cooperación técnica en los programas de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, OPS/OMS, borrador para discusión. 1999, 32 p. En: Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. OPS, agosto de 2001.

Tabla 1. Distribución del recurso humano por categorías ocupacionales 2000

Distribución stock del recurso humano por categorías ocupacionales. 2000

Categoría	Número	% Participación	Relación número de personas x 1.000
Médico	51.118	24	1,25
Profesional de Enfermería	21.976	10	0,54
Auxiliar de Enfermería	76.009	35	1,86
Odontólogo	28.310	13	0,69
Terapeuta	16.078	7	0,39
Bacteriología y Nutrición	23.096	11	0,57
Total	216.587	100	5,30

Fuente: Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia, MDS - EARS, Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX.

Fuente: http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf

Tabla 2. Distribución de graduados por categorías ocupacionales 2000

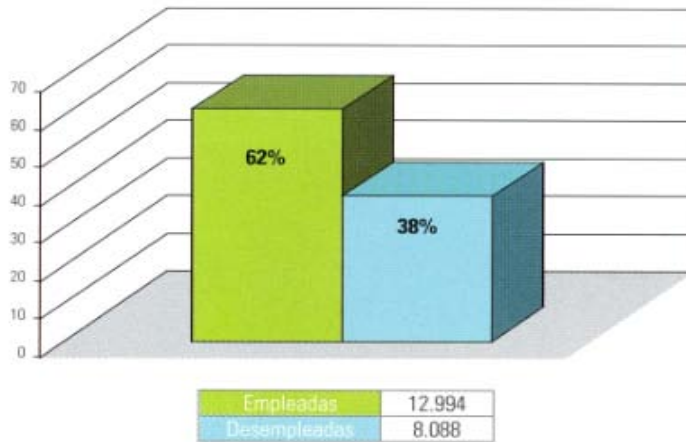
Distribución de graduados por categorías ocupacionales. 2000

Categoría ocupacional	Número	% Participación	Relación con número de médicos
Médicos	2.273	17	
Profesionales de Enfermería	886	6	0,39
Auxiliares de Enfermería	6.742	49	2,97
Odontólogos	1.454	11	0,64
Terapeutas	1.332	10	0,59
Bacteriólogos, Nutricionistas	1.000	7	0,44
Total país	13.687	100	

Fuente: Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia, MDS - EARS Universidad de Antioquia. Cálculo CENDEX.

Fuente: http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) reporta un 65%² de enfermeras registradas sobre el total de enfermeras graduadas; de ellas solo el 62% se encuentran laborando (Gráfica 1); la gran mayoría de profesionales de enfermería graduados son mujeres, lo que “tiene una fuerte relación con las características socio-laborales y de trabajo de las mujeres en el país y en el mundo, relacionadas con mayores niveles de desempleo y subempleo, menores salarios y un mayor desgaste físico y psicológico por la doble o triple carga laboral”³.



Gráfica 1. Situación de empleo de las enfermeras registradas, enero de 1997-diciembre de 2010. Fuente: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, *Revista ANEC*, N.º 17/enero de 2011

El recurso humano de enfermería se encuentra afectado por las condiciones salariales y por el aumento de responsabilidades en los servicios clínico-asistenciales, el cual se expresa en mayor volumen de pacientes y de actividades, y ocasiona que la atención del paciente sea brindada por auxiliares de enfermería, como lo describen Paulina Milos, Ana Isabel Larrain y Marta Simonetti:

² Este valor hace referencia al número de enfermeras registradas, que son 26.653, y al total de egresados, 40.693 (1997-2010).

³ Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Principales indicadores socio laborales aportados por el RUN, *Revista ANEC*, N.º 72, enero 2011, p. 10.

La escasez de enfermeras muestra cómo se pone en riesgo una atención de enfermería integral, segura y de calidad; observando con mayor frecuencia que profesionales de otras disciplinas, y también auxiliares y técnicos, asumen funciones de la enfermera que requieren de un criterio profesional, el problema se torna crítico si se consideran las condiciones epidemiológicas actuales que generan mayores necesidades de cuidado, el envejecimiento profesional y el compromiso con la calidad en salud⁴.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas se observó diferentes situaciones que propician la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería, como el número de sujetos de cuidado, el alto número de responsabilidades de tipo administrativo (como coordinar dos servicios, verificar listas de chequeo, elaborar la programación de salas de cirugía y gestionar traslados de pacientes a otros servicios), la contratación de enfermeras para tener bajo su responsabilidad dos o más servicios, la alta rotación del personal de enfermería por condiciones laborales que hacen que sea el auxiliar de enfermería quien se autodelegue o que el médico delegue la administración de medicamentos, la preparación de mezclas, el paso de sondas, la canalización de venas y la toma de muestras de laboratorio, entre otras.

La delegación de acciones de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería es una realidad cuyas características, resultados e implicaciones no se han estudiado suficientemente. Un estudio realizado por Claudina Pineda en el 2010, con expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería, titulado *Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar en el año 2010*⁵, encontró que hay tres tipos de delegación: autodelegación, delegación por parte del profesional al auxiliar de enfermería y delegación por

⁴ MILOS, Paulina; LARRAIN, Ana Isabel; SIMONETTI, Marta. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 15, n. 1, abr. 2009. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100003&script=sci_arttext (10 de enero de 2011).

⁵ PINEDA, Bustos Claudina, *Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería*, trabajo de grado Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C, 2010, p. 82.

parte de la institución al auxiliar de enfermería; también describe algunas actividades delegadas del cuidado de enfermería, y las consecuencias en la vida e integridad del paciente, como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Actividades delegadas y tipo de delegación

Actividades delegadas	Tipo de delegación	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración y seguimiento a sujeto de alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto delegación. 	Muerte (5)
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos • Realización de procedimientos: 	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación del profesional al auxiliar de enfermería. 	Amputación (1) Fractura (1)
<ul style="list-style-type: none"> • Canalización de venas, realización de curaciones, inmovilización de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación de la institución al auxiliar de enfermería. 	Percepción de maltrato (1) Lesión en rostro (1)

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo *Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar*⁶.

Otro estudio, titulado *Problemas éticos y legales a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado intensivo de diferentes IPS de Bogotá en el año 2009*, encontró, en relación con la delegación, que “El cuidado directo se ve riesgosamente limitado [... y que la] “delegación de funciones al personal auxiliar es uno de los problemas éticos de mayor importancia, debido a las características de las funciones delegadas y a la trascendencia que esto tiene dentro del cuidado que se le brinda al paciente”⁷; se

⁶ *Ibíd.*.

⁷ ROJAS, Andrew y PEDRAZA, Adriana. Problemas éticos y legales a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado intensivo de diferentes IPS de Bogotá en el segundo periodo de 2009. Trabajo de grado, Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, p. 104.

muestra así que la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería es una situación real dentro de la unidad de cuidado intensivo, pero que también es cierto no se puede asegurar que solo se presente en este servicio.

Los estudios mencionados concluyen que la delegación es una realidad que se presenta en diferentes servicios clínicos y que en algunas situaciones se puede enmarcar en autodelegación, delegación del profesional y delegación de la institución, con la ocurrencia de eventos adversos en el sujeto de cuidado, con consecuencias en la vida e integridad. Es así como el presente trabajo de investigación se plantean la siguiente pregunta: ¿Cómo es el proceso de delegación de las actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería?

2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA

Para este trabajo se entiende cuidado de enfermería como lo define la Ley 911 de 2004 en su artículo 3:

El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas⁸.

2.2. DELEGACIÓN

La American Nurses Association (ANA) y el National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) coinciden en que la delegación es: “La transferencia de la responsabilidad del cumplimiento de una actividad, conservando el deber de rendir cuentas sobre el resultado”^{9,10}.

⁸ *Ibíd.*, p. 15.

⁹ POTTER Perry. Fundamentos de enfermería. Vol. I, quinta edición. Ed. Elsevier Mosby, pp. 71-72.

¹⁰ KELLY, Patricia, RN, MSN y MARTHALER, T. Maureen, RN, MS. Nursing Delegation, Setting Priorities, and Making Patient Care Assignments, Delmar, Cengage Learning, New York , Estados Unidos, 2011 P. 3

2.3. DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERIA

Para este trabajo, la delegación del cuidado de enfermería se entiende como lo define la Ley 911 de 2004 en su artículo 8:

El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de **tiempo, modo y lugar**, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida, y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas¹¹.

Siguiendo lo establecido por la Ley 911 de 2004, este trabajo analizará el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería a partir de las siguientes categorías:

1. Características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación
2. criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar.
3. Realización o no de supervisión de la delegación de la actividad al auxiliar de enfermería
4. los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

¹¹ TRIBUNAL ÉTICO DE ENFERMERIA. Capítulo II del acto de cuidado de enfermería, Artículo 3, Bogotá D.C., Ley 911 del 5 de octubre de 2004, p.18.

2.6 ENFERMERA PROFESIONAL

La Ley 266 de 1996 define la enfermería como:

una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la personas fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida¹².

2.7 AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Auxiliar de enfermería se entiende, para este trabajo, según lo establecido en el documento Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud [septiembre de 2004], del Ministerio de la Protección Social: “El auxiliar de enfermería provee cuidado integral básico en salud a las personas y desarrolla sus funciones de responsabilidad bajo la orientación de profesionales en salud”¹³.

¹² GALÁN, Sarmiento Augusto, Ministerio de Salud, Capítulo II de la naturaleza y ámbito del ejercicio, artículo 3, ley 266 de 1996 del 25 enero, Bogotá, Colombia, p. 3 www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf (03/ENERO/2011)

¹³ MATA LLANA, María Alexandra; CÓRDOBA, Elba Josefina; RUBIO, Ruth Yeliza; GONZÁLEZ, Fabián. Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, Anexo técnico 2.1 Auxiliar de enfermería, septiembre, 2004, Bogotá, p. 67.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA PREGUNTA

La delegación de actividades de cuidado de enfermería es una realidad que afrontan las enfermeras(os) en su ejercicio profesional, de acuerdo con las condiciones y situaciones en las que se encuentren laborando. La delegación se presenta de tres formas: institucional, del profesional y la autodelegación del auxiliar de enfermería; cada una de ellas implica mayor riesgo en la ocurrencia del evento adverso, como lo describe la Organización Mundial de la Salud:

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos (véase el cuadro El informe del Instituto de Medicina estimó que los «errores médicos» causan entre 44 000 y 98 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, *An organization with a memory*, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalaciones, o alrededor de 850 000 eventos adversos al año. El *Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)* publicado en 1995 halló una tasa de eventos adversos del 16,6% entre los pacientes de los hospitales. El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2000 estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.¹⁴

Con lo anterior se puede decir que los eventos adversos son posibles en cualquier institución de salud; aunque estas referencias no describen estudios sobre países latinoamericanos, como Colombia, se puede inferir que no es una situación que sea ajena a escenarios de las instituciones de salud de nuestro país.

Debido a que la información relacionada con el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería, no se encuentra de manera amplia se decidió realizar una búsqueda bibliográfica referente al tema en diferentes bases

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 5 de diciembre de 2001, p. 1. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/Articulos/calidaddeatencion.pdf> (25 de marzo de 2011).

de datos, como PubMed y Medline, en las cuales se encontraron 250 referencias, 7 de ellas relacionadas con la delegación; estas basan la delegación de actividades de cuidado en lo establecido por la *National Nouncil of State Boards of Nursing (NCSBN)*, pero solo describen cómo debe ser la delegación de actividades de cuidado de enfermería, y no todo se puede aplicar al contexto de Colombia, ya que la legislación de Estados Unidos es diferente a la nuestra, en relación con lo establecido por la Ley 911 de 2004 en su artículo 8 (transcrito en 2.4).

Esta investigación cualitativa en salud, inicialmente hace una revisión bibliográfica que permita justificar el porqué es importante investigar y conocer acerca del proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería, en la búsqueda se encontró que en la biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana, solamente existen cuatro referencias relacionadas al tema, pero solo una se relaciona directamente con la delegación de actividades de cuidado de enfermería, específicamente el trabajo de grado titulado “Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar” elaborado por Claudina Pineda Bustos, el cual describe cómo a partir de la delegación del cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería se presentaron eventos adversos con compromisos de la vida e integridad de los sujetos de cuidado como se observa en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4. Cuidado de enfermería realizado por auxiliares de enfermería

CUIDADO DELEGADO	<ul style="list-style-type: none">• Valoración y seguimiento a sujetos de cuidado de alto riesgo (1 caso)• Realización de procedimientos como:<ul style="list-style-type: none">○ control y registro de signos vitales, (9 casos)○ canalización de vena (1 caso)○ Inmovilizaciones (2 casos)○ Curaciones (1 caso)○ Valoración de sangrado, entre otros. (1 caso)• Realización prueba de sensibilidad a la penicilina (2 casos)• Administración de medicamentos (3 casos)
------------------	--

Fuente: *Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar*¹⁵.

Tabla 5. Consecuencia del cuidado delegado

Consecuencias	<ul style="list-style-type: none">• Muerte del sujeto de cuidado: tres casos por administración de medicamentos, un caso de muerte perinatal, un caso por inmovilización del sujeto de cuidado.• Percepción de maltrato por parte de la familia del sujeto de cuidado: por inmovilización y causa de flebitis tras la canalización de vena sin la debida técnica aséptica, ver Anexo H.• Amputación del cuarto y quinto dedos del miembro superior derecho tras la canalización de una arteria en vez de una vena.• Fractura de cadera: caída del sujeto de cuidado• Maltrato y lesión en piel en el sujeto de cuidado: La causa lavado brusco por parte del auxiliar de enfermería y actitud amenazante.
----------------------	---

Fuente: *Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar*¹⁶.

¹⁵ PINEDA, Bustos Claudina. Op. cit., p. 82.

¹⁶ *Ibíd.*

De esta manera, la delegación de actividades de cuidado de enfermería es una acción que se presenta en los servicios hospitalarios en diferentes instituciones de salud, con consecuencias en la atención del sujeto de cuidado. Se conoce que la delegación de actividades de cuidado de enfermería al personal auxiliar de enfermería se presenta, pero todavía no es claro cómo se realiza ese proceso, y la información encontrada en las bases de datos no es lo suficientemente específica al respecto; por eso esta investigación se centra en conocer cómo se lleva a cabo dicho proceso y cuáles son las actividades de cuidado de enfermería que se delegan de manera cotidiana dentro de un servicio hospitalario. Se pretende con esto ofrecer a los profesionales de enfermería una herramienta práctica para saber qué delegar y qué no delegar –para lo cual se describen las actividades de cuidado que se pueden delegar–, fortalecer las competencias de cuidado y hacer un buen uso de la delegación, sin aumentar la responsabilidad en la ejecución de un cuidado brindado por auxiliares de enfermería.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de delegación de las actividades del cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Describir las características de las enfermeras participantes.

4.2.2 Describir las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación

4.2.3 Describir el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar

4.2.4. Determinación de la realización o no de supervisión según lo establecido en la Ley 911 de 2004 (Artículo 8)

4.2.5 Identificar los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

5. PROPÓSITO

- Brindar información sobre el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería a las organizaciones nacionales de enfermería: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería –ACOFAEN – Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia –ANEC-, Tribunal Nacional Ético de Enfermería y el Consejo Técnico de Enfermería.
- Aportar información que pueda contribuir en la definición de procesos, discusión sobre la delegación y definición de normatividad relacionada (entre otras) con el fin de brindar un cuidado de enfermería de calidad, humano en el que se contribuya con la seguridad del paciente y las dinámicas de trabajo en el ejercicio de enfermería en ambientes clínicos.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. SITUACIÓN DE LA ENFERMERA(O) EN RELACIÓN CON EL CUIDADO

Colombia enfrenta problemas de pobreza, indigencia, desplazamiento, violencia, inseguridad, inequidad y desempleo, que configuran una realidad cruda con respecto a la población. Realidad que no es ajena a los profesionales de la salud, dado que tienen gran contacto con poblaciones y personas en condiciones de vulnerabilidad (por su enfermedad y otros factores); esto ha llevado a que la enfermera(o) busque estrategias adecuadas para brindar el mejor cuidado, las cuales están precedidas por avances científicos, como se describe en las siguientes citas:

Uno de los avances más importantes para la enfermería en los últimos años ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo y los colectivos como objeto de estudio, lo cual ha servido de punto de partida para reflexionar sobre los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que han sustentado su saber y su práctica como profesión en Colombia¹⁷.

... la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica¹⁸.

Por lo tanto, la enfermera(o) tiene que desempeñar varios roles con respecto al cuidado, que van desde la parte administrativa hasta el cuidado directo, en donde

¹⁷ DUQUE Cardona, Sonia. Dimensión del cuidado de enfermería, Colombia, 14 de octubre de 2005, pp. 2-3. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/dimension.htm> (25 de marzo de 2011).

¹⁸ DAZA de Caballero, Rosita; TORRES Pique, Ana María; PRIETO de Romano, Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Index de Enfermería, vol. 14. n.º 48-49, 2005, ISSN 1132-1296.

El cuidado se produce en relación entre el cuidador y el ser que es cuidado, en la cual podemos identificar cinco perspectivas respecto a su naturaleza: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción interpersonal, y el cuidado como intervención terapéutica, siendo que en el proceso de cuidar existe interrelación entre esas categorías¹⁹.

6.1.1 Cuidado de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define el cuidado de enfermería así:

El cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e Inter disciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida. El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, gerenciar, educar e investigar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades específicas (Mendes, Trevizan y Lourenço, 2002; Trevizan & Mendes, 1993; Trevizan & Mendes, 1995)²⁰.

De esta manera, el cuidado de enfermería es fundamental en la práctica clínica; se pensaría que si no se tienen conocimientos correctos y suficientes y un adecuado manejo, se pondría en riesgo al paciente, que debido a su condición de enfermedad se encuentra a disposición del otro para que elija la manera adecuada de cuidarlo.

La enfermera profesional, quien en teoría es la encargada de ejecutar y coordinar las actividades de cuidado, debe tener conocimiento, experiencia y liderazgo, para

¹⁹ KUERTEN ROCHA, Patricia y LENISE DO PRADO, Marta. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? *Index Enferm.* 2008, vol. 17, n.º 2, pp. 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296. (25 de marzo de 2011).

²⁰ Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición CIE: personal Auxiliar de enfermería, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Bogotá (6 de marzo de 2011).

desempeñar una adecuada delegación de estas actividades, partiendo del plan de atención de enfermería.

Otra situación que, según el CIE, es un componente en la atención de cuidado se relaciona con

el cansancio y la fatiga de las enfermeras, la migración, el empeoramiento de la calidad de la atención a los pacientes, las pérdidas salariales de los servicios de enfermería, el aumento de la carga de trabajo y la inseguridad de los entornos laborales [...] son consecuencia de las mayores exigencias laborales en los servicios clínicos producto de las políticas financieras del sector salud y las deficientes condiciones de trabajo, que en términos de calidad de vida no serían los esperados que empobrecen la realización de las necesidades, con mayor impacto en las mujeres por su doble condición de cuidadoras²¹.

Si se tiene presente cada factor, se puede percibir que las actividades y el cuidado de enfermería se relacionan y, al mismo tiempo, dependen de diferentes circunstancias que permiten el desarrollo de manera activa en las instituciones hospitalarias. Otro componente importante es el mencionado en la Ley 911 de 2004, en su artículo 7: la relación enfermera(o)/número de pacientes.

6.1.2 Relación enfermeras/número de pacientes

La relación enfermera/número de pacientes depende de las instituciones de salud y del sistema de salud de cada país, siendo el administrador el que enmarca las condiciones de trabajo para los profesionales, en cuanto a condiciones laborales, números de pacientes, actividades administrativas, actividades de cuidado y plan

²¹ ROMERO, María Nubia; MESA, Lorena, GALINDO, Solanye. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado, *En: Avances de Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 12 de noviembre de 2008, <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12899/13659> (10 de enero de 2011).

de atención de enfermería; para desarrollar esta relación es necesario conocer la situación de otros países, para lo cual se describirán algunas razones de enfermeras en diferentes países.

Estados Unidos

En el estado de Arizona, en el año 2009, se estableció la relación enfermera especialista por paciente que necesita un “servicio de pediatría, a razón 1:4, y en unidades de emergencia 1:4; en el estado de Illinois, en el año 2009, la razón es 1:1 en salas de cirugía, unidad de emergencia por trauma 1:1, unidades de cuidado crítico 1:2”²², “unidades de emergencia de cuidado crítico 1:2, unidad de cuidado de bebés sanos 1:6”²³, Nueva York, en 2009, establece la razón de “salas de cirugía 1:1, unidades de cuidado intensivo 1:1, unidades de cuidado materno infantil 1:2, unidades de gestantes 1:2”²⁴.

De los anteriores datos podemos concluir que la atención del paciente en los servicios mencionados es proporcional a la atención de cuidado, por lo que se pensaría que el profesional de enfermería puede desarrollar sus actividades de cuidado y los procesos que allí intervienen, como el plan de atención de enfermería, entre otros.

Australia

La razón enfermera-paciente fue implementada teniendo en cuenta la categorización de la institución de atención en salud de acuerdo a la gravedad o agudeza de los pacientes, el tamaño y ubicación de la institución; la razón de sala de operación es 3 enfermeras por sala (instrumentadora y 1 enfermera o anestesióloga) y en unidad de cuidados post-anestesia/habitación de recuperación es 1:1 para pacientes inconscientes²⁵.

²² MARTÍNEZ, Maicol Alexander. Razón enfermera-paciente. Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia.

²³ *Ibíd.*, pp. 50-51.

²⁴ *Ibíd.*, p. 53.

²⁵ *Ibíd.*, p. 44.

Según estos datos, los australianos legislan la atención de enfermería estableciendo el número de enfermeras(os) adecuado según el estado del paciente y la institución en que se encuentra.

México

El estudio de Miguel Meza (magíster en Administración de la Atención de Enfermería), realizado para cuantificar el recurso humano de enfermería, identificó que para un servicio de medicina interna el personal requerido de enfermería es 3.1 para un promedio de 10.7 pacientes; en el servicio de cirugía general el promedio de enfermeras es de 4.7 para un promedio de 15.6 pacientes, y para el servicio de especialidades se requiere un promedio de enfermeras de 4.0 para un 13.1 de pacientes²⁶

Según el estudio *Dotación de recurso humano en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados*:

... el cuidado percibido por los pacientes es uno de los resultados que se derivan de la prestación de los servicios de salud, además de ser un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se prestan.

[...]

... los factores y estructuras del sistema organizacional de enfermería dan lugar a un determinado cuidado, es decir, que con base en las necesidades de personal se establece la atención, las normas y tradiciones de la institución más que en las necesidades del paciente²⁷.

Con lo anterior se concluyó que los profesionales de enfermería deben brindar su cuidado según las condiciones institucionales, es decir, según lo que cada una de las entidades considere, o que lleva a que las actividades de enfermería se vean

²⁶ MEZA GALVÁN, Miguel Ángel. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados, En: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, vol. 17, n.º 3, p. 154, 2009; San Luis Potosí, México. P. 155 y 156 Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093h.pdf (24 de marzo de 2011).

²⁷ *Ibíd.*, p. 154.

desvirtuadas, debido a que el cálculo de personal no se realiza de acuerdo con las necesidades que tiene el paciente, haciendo que las potencialidades del personal se vean comprometidas, porque no se aprovechan al máximo:

... las fórmulas de personal estandarizadas no contienen mecanismos de medición para determinar objetivamente la carga diaria de trabajo en los servicios, un dato fundamental para calcular la oferta de personal requerido. Tampoco incluye el grado de complejidad, la frecuencia y la pertinencia de las actividades asignadas al personal de enfermería, lo cual ocasiona que las funciones se desvirtúen y, por lo tanto, disminuya el rendimiento y el aprovechamiento de este personal²⁸.

En Colombia, antes de la Ley 100 del 1993, la planeación de los requerimientos de profesionales de enfermería establecía la razón enfermera(o)/n.º de camas hospitalarias, y no como en la actualidad, enfermeras(os)/n.º de pacientes; pero los estándares presentados no son compatibles con una adecuada prestación del servicio, como lo presenta el estudio de la OPS realizado en Manizales, iniciado en 1993 y publicado en el 2000: “Un estándar aceptable de camas hospitalarias por habitantes es 1.5 camas por 1000 habitantes; Manizales a la fecha cuenta con 3.8 camas por 1000 habitantes. Los índices ocupacionales de la ciudad están alrededor del 75% y pueden ser considerados adecuados”²⁹.

Si se maneja una razón de enfermeras por número de camas no se tiene presente la condición del paciente; en este sentido, determinar un número de camas no indica la complejidad del cuidado ni la atención que cada paciente necesita según su condición de enfermedad; esta información implica una mirada limitada de la situación que afrontan diariamente los profesionales de enfermería.

Romero *et al.*, citando al CIE, en relación con la razón enfermera/paciente, dicen:

²⁸ *Ibíd.*, p. 157

²⁹ Organización Panamericana de la Salud, módulo acceso a servicios, SIC Manizales, noviembre de 2000, <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Manizales/modservicios.htm> (24 de marzo de 2011).

El aumento de la carga de trabajo y del coeficiente enfermera/paciente no solo disminuye la calidad del cuidado, sino que aumenta los índices de mortalidad en las instituciones de salud y la incidencia de infecciones nosocomiales, por ejemplo, las del tracto urinario, neumonías, gastrointestinales y la aparición de shock, como lo demuestra el estudio referido por el CIE. Es importante que en Colombia se puedan establecer los coeficientes de pacientes/enfermera para exigir una relación humana que permita brindar la mejor calidad en el cuidado acorde con las cambiantes necesidades de los pacientes, la salud de los profesionales de enfermería, las condiciones de las diversas unidades hospitalarias, los turnos, la intensidad de cuidados, los espacios locativos y los requerimientos del sistema de salud, entre muchos otros³⁰.

Si se lograra establecer el coeficiente de enfermera/paciente, se hablaría de un cuidado personalizado que tuviera las características necesarias para prestar la atención adecuada que requiere el paciente en el momento crítico de su salud, en donde se debe tener un equipo de salud multidisciplinario que permita establecer las acciones requeridas para el cuidado, el cual debe estar liderado por la enfermera(o) profesional.

6.2 DELEGACIÓN

Para Serrentino y Gorek, delegación es:

Autorizar a otra persona a realizar una tarea. Dicha persona debe ser competente para realizarla en una situación determinada esta delegación del cuidado debe estar presentada según las necesidades de la persona, la tarea, y la forma en que se realizara deben coincidir, las necesidades de la persona y la tarea pueden requerir los conocimientos, aptitudes y criterio de una enfermera profesional, la decisión de delegar tiene como consecuencia

³⁰ ROMERO, María Nubia; MESA, Lorena y GALINDO, Solanye. Op. cit.

una buena asistencia sanitaria. La salud y la seguridad de una persona pueden estar en peligro por una decisión equivocada a la hora de delegar³¹.

6.3 DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Es muy poco lo que se ha escrito sobre la delegación en el ejercicio profesional, pero a pesar de esto sabemos que se presenta la delegación de actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería.

El CIE Identificó los principales problemas que se plantean a la atención de salud en todo el mundo, entre ellos los avances tecnológicos, la creciente complejidad de los servicios de salud y los cambios estructurales en la prestación de los servicios y las nuevas necesidades de atención de salud; puso de relieve la contribución que las enfermeras con conocimientos y capacidades avanzadas pueden hacer para resolver esos problemas, ampliar las posibilidades de la atención de salud, y ofrecer un mejor acceso a los servicios³².

Si el profesional de enfermería tiene que innovar constantemente su atención del cuidado, debido a los avances tecnológicos, al desarrollo de los modelos de salud y a otros factores relacionados con la demanda de pacientes y necesidades de cuidado, el cambio debe tener presente que hay parámetros que permiten que los factores influyentes no desvíen el curso de la atención, sino que siempre mejoren en beneficio del paciente; por eso se deben tener claras “Las capacidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional, ampliando características dadas por el contexto o el país en

³¹ SERRENTINO, Sheila A. y GOREK, Bernie. Fundamentos de enfermería práctica. Segunda edición. Madrid: Harcourt, 2002, p.14.

³² CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. Declaración de posición CIE: Personal Auxiliar de enfermería, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Bogotá, (26 de enero de 2009),

el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario³³.

Pero también se podrían enmarcar algunas características básicas primordiales para un buen desempeño del cuidado, como lo describe el CIE: “Es deber de las enfermeras especialistas delegar los cuidados de enfermería y supervisar al personal auxiliar de enfermería”³⁴.

La enfermera tiene la responsabilidad de promover modelos de ejercicio profesional que favorezcan la adecuada delegación de los cuidados de enfermería en el personal auxiliar. Además, los programas de formación deben centrarse en la preparación idónea de las enfermeras para que asuman las responsabilidades de supervisión del equipo de salud, la delegación de los cuidados y la coordinación de los servicios³⁵.

Otra mirada la proporciona Leah Curtin, que dice que “Con respecto a la delegación al personal asistencial es importante recordar que se delegan las tareas, no los clientes”³⁶; esto es supremamente importante, debido a que afirma lo que señala la Ley 911 del Tribunal Nacional Ético de Enfermería (título II), que la responsabilidad del cuidado es del profesional; de esta manera, el mismo Curtin dice que “El personal no licenciado no debe estar al lado de la cama, sino al lado de la enfermera; esto significa que el personal asistencial no debe recibir la responsabilidad exclusiva del cuidado de los clientes, en lugar de ello, es la enfermera profesional que está a cargo del cliente quien decide qué actividades puede realizar el personal asistencial independientemente y cuáles deben hacerse en colaboración entre la **RN** y el asistente [Leah Curtin,1994]”³⁷.

³³ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Boletín de la Red de CIE, EAD/EPA, N.º 1 junio de 2003.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ Citado por POTTER, Perry. Op. cit., p. 78.

³⁷ *Ibíd.*

Como es evidente, el autor sugiere que el cuidado es una responsabilidad propia de la enfermera(o), pero que las actividades de cuidado se deben desarrollar conjuntamente, lo cual recobra sentido en la vida laboral de las enfermeras(os), que siempre se debe ejercer en equipo o en conjunto con otras personas que se involucran en el cuidado del paciente, como lo es el auxiliar de enfermería.

Otra mirada de la delegación del cuidado la presenta Ann Marriner:

Hay una serie de pasos recomendables para establecer todo proceso de delegación, definir el proyecto o tarea, determinar los objetivos y metas, conferir la autoridad necesaria y prestar apoyo y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos, establecer los sistemas de control para medir los resultados del trabajo con patrones predeterminados, así como la instrumentación de medidas correctivas cuando sea necesario. Los directivos tienen que tener habilidad para asignar funciones y responsabilidades a los colaboradores, solo de esta manera será capaz de desarrollar toda la actividad y optimizar los esfuerzos y tiempo de dedicación. Para delegar tiene que tener un gran conocimiento de las capacidades y aptitudes de los miembros de su equipo, para no equivocarse y asignar las tareas de acuerdo a las posibilidades de desarrollo y logro de cada profesional³⁸.

De lo planteado se infiere que el acto de delegar una actividad de enfermería involucra el plan de atención de enfermería, esto quiere decir que para el proceso de delegar se deben establecer previamente los objetivos y las responsabilidades de las personas que intervienen en este proceso, que serían las auxiliares de enfermería. De este modo, las actividades de cuidado delegadas serán aquellas que se derivan de una atención en salud que requiere el paciente, pero no se puede dejar de lado que antes de delegar la actividad propuesta por el profesional se deben determinar las responsabilidades, y que debe ser este el que la preestablezca, y no sería ideal que sea impuesta por la institución o por autodelegación.

³⁸ MARRINER, Tomey Ann. Guía de gestión y dirección de enfermería; octava edición. Ed. Elsevier Mosby, Barcelona, España, 2009, pp.119-120.

6.3.1 Características de la delegación en otros países

La *National Council of State Boards of Nursing* determinó unas características que se deben tener en cuenta en el momento de la delegación del cuidado, como se describen el Cuadro 1.

Cuadro 1. Características de la delegación del cuidado

<p>LA ADECUACIÓN DE LA TAREA:</p>	<p>La tarea correcta debe estar dentro del ámbito de la práctica de la persona y debe ser consiente con la descripción de trabajo. Además, se debe considerar la estructura de la organización, las políticas, los procedimientos y las normas. No se debe asignar al personal una actividad fuera de su papel definido o que no se le haya enseñado antes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede delegarse la tarea? • ¿Está permitido que la persona delegue la tarea? • ¿Figura dicha tarea en su descripción del puesto de trabajo?
<p>LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA PERSONA:</p>	<p>La circunstancia correcta, el estado de salud y la complejidad del cuidado deben estar emparejados con la capacidad del miembro del personal al que se ha asignado la delegación (National Council of State Boards of Nursing, 1995)³⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las necesidades físicas, mentales, emocionales y espirituales de la persona en ese

³⁹ *Ibíd.*, p. 53.

	momento?
ADECUACIÓN DE LA PERSONA	<p>La persona correcta debe tener el título o el certificado apropiado, una descripción del trabajo adecuada y una capacidad demostrada; la capacidad se comprobará en la lista de aptitudes antes de delegar la tarea en esa persona⁴⁰.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene usted la formación y experiencia necesaria para llevar a cabo sin riesgos la tarea que dicha persona tiene?
LOS INSTRUMENTOS Y COMUNICACIÓN CORRECTAS	<ul style="list-style-type: none"> • La instrucción y la comunicación apropiadas deben ser claras, concisas, completas y correctas. Se deben especificar las actividades a realizar, los resultados esperados, los plazos de tiempo y la comunicación de seguimiento • La enfermera debe dictar instrucciones claras, y comunicará lo que debe hacer cuando debe hacerlo, qué comentarios ha de hacer y cuándo informar sobre ello. La enfermera permite las preguntas y le ayudará a establecer las prioridades.
LA SUPERVISIÓN CORRECTA	<p>La enfermera guía, dirige y valora la asistencia que el auxiliar de enfermería presta. La enfermera demuestra que dichas tareas son necesarias y está disponible para contestar a sus preguntas. Cuanta menor experiencia tenga sobre dicha tarea, mayor es la supervisión necesaria. Las circunstancias de la persona también afectan al tipo de supervisión que necesitara. La enfermera valora como ha afectado la tarea a la persona y a la</p>

⁴⁷ Ibíd.

	calidad de la tarea efectuada. La enfermera le dirá qué es lo que ha hecho el auxiliar de enfermería bien y cómo puede mejorar su trabajo con el fin de ayudar a proponer y a proporcionar una asistencia mejor ⁴¹ .
--	---

Fuente: tomado y traducido de Sheila A. Serrentino. Fundamentos de enfermería práctica.

Las enfermeras tituladas pueden delegar actividades de la vida diaria, como baño, aseo, cambios de posición, de vestido, de ambulación, evacuación y alimentación, en personal auxiliar no titulado. El personal auxiliar no titulado también puede hacer las camas, tomar los signos vitales, registrar las ingestas y las excreciones y recoger algunos tipos de muestras.

La enfermera titulada puede delegar actividades de la evaluación de un paciente, la administración de medicamentos, la iniciación y el mantenimiento de las vías venosas, las transfusiones de sangre y, en algunas instituciones, la administración de medicamentos intravenosos, la retirada de puntos y la inserción de sondas de alimentación, en enfermeras prácticas/técnicas tituladas (Handel, 2000)⁴².

6.4 LEGISLACIÓN COLOMBIANA

6.4.1 Ley 266 de 1996

La ley 266 de 1996 dice que

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las

⁴¹ SERRENTINO, Sheila A.; GOREK, Bernie. Op. cit., p.14.

⁴² Citado en SERRENTINO, Sheila A. y GOREK, Bernie. Op. cit., p.395

ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida⁴³.

Para poder basar el propósito, este debe tener unos principios que se definen así:

Integralidad: Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

Dialogicidad: Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Calidad: Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

Continuidad: Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin

⁴³ Ley 266 de 1996, disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BBjDe3rRjiJ:www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf+ley+266+de+enfermeria+resumen&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEEsGuroIkp_5NvHgZvV1JOdDrFmV1d1TzuY26vJr0XF3g4dxb5IPNCMqkGiEWI0Tkw6XM4NnkQDv0eFE5NZ3cCG9uzxSu-nsNcPX9icf8B4UieSzd0f1hpMc-ALR9ltZmRpkmlz9m&sig=AHIEtbQibKpYGEtefnwXYNfxdpraLGCjWg

interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los periodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones⁴⁴.

Los anteriores principios determinan los parámetros para basar las actividades del cuidado de enfermería, y se relaciona con el trabajo interdisciplinar que la enfermera debe desarrollar con el resto del equipo de enfermería, para poder llevar a cabo actividades que se encaminen al bienestar y el mejoramiento de las condiciones de salud en las que se encuentra el paciente.

6.4.2 Ley 911 de 2004

En la Ley 911 de 2004 se pueden encontrar aquellas disposiciones que involucran la responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional; se tendrán presentes de esta ley los artículos que se relacionan con el cuidado de enfermería, las actividades de enfermería y la delegación de las actividades de cuidado de enfermería, es decir, los siguientes:

Artículo 3. Se define el acto de cuidado de enfermería

- ✓ “El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión”⁴⁵.
- ✓ Se fundamenta en el conocimiento y la educación continuada.
- ✓ Debe contener comunicación y una buena relación interpersonal con los demás miembros de equipo de salud.

⁴⁴ *Ibíd.*

⁴⁵ TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911, Artículo 3. 2004 p. 15.

- ✓ “... el acto de cuidado implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas”⁴⁶.

Artículo 5. Condiciones para el ejercicio de la enfermería

- ✓ Infraestructura
- ✓ Dotación
- ✓ Procedimientos técnicos-administrativos. Transporte
- ✓ Comunicación
- ✓ Auditoria de servicios
- ✓ Medidas de seguridad
- ✓ Autonomía profesional
- ✓ Calidad e independencia

Artículo 6. Consentimiento informado

- ✓ Informar y solicitar consentimiento a la persona o al familiar responsable para que autorice las intervenciones de cuidado de enfermería.
- ✓ Que las personas conozcan su conveniencia y posibles efectos indeseados de las intervenciones de cuidado.

Artículo 7. Responsabilidad del cuidado

- ✓ “El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería,

⁴⁶ *Ibíd.*

cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado”⁴⁷.

Artículo 8. Sobre delegar actividades de cuidado de enfermería

- ✓ “El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

[...]

“El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requisitos y complejidad del cuidado de enfermería”⁴⁸.

Artículo 11. Responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado

- ✓ “El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente”⁴⁹.

⁴⁷ Ibíd. p.17..

⁴⁸ Ibíd., p.18.

⁴⁹ Ibíd. p. 19.

Artículo 13.

“En lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente”⁵⁰.

Artículo 16.

- ✓ “El profesional de enfermería atenderá las solicitudes del sujeto de cuidado que sean éticas y legalmente procedentes dentro del campo de su competencia profesional. Cuando no lo sean, deberá analizarlas con el sujeto de cuidado y con los profesionales tratantes, para tomar la decisión pertinente”⁵¹.

Estos son los artículos que contiene información que permite desarrollar el cuidado de enfermería, pero en la actualidad no todos se aplican de manera explícita, como lo establece la ley, por lo que se puede pensar que falta divulgación de ellos dentro de las instituciones prestadoras de salud.

6.4.3 Decreto 1011 de 2006

Este Decreto 1011 de 2006 indica que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, SOGCS, “Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismo y procesos deliberados y sistémicos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 20.

⁵¹ *Ibíd.*, p. 21.

en el país”⁵². Se especifican unos conceptos que son necesarios conocer y tener claro en el momento de brindar una atención en salud con calidad.

Artículo 2.

✓ Atención de salud:

“Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”⁵³.

✓ Calidad de la atención de salud:

“Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁵⁴.

Artículo 3.

Seguridad:

“... es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”⁵⁵.

⁵² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006, disponible en: www.udea.edu.co/portal/page/portal/.../decreto_1011_2006.pdf (2 de abril de 2011).

⁵³ *Ibíd.*

⁵⁴ *Ibíd.*

⁵⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Disponible en: www.udea.edu.co/portal/page/portal/.../decreto_1011_2006.pdf (2 de abril de 2011).

Continuidad:

“Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico”⁵⁶.

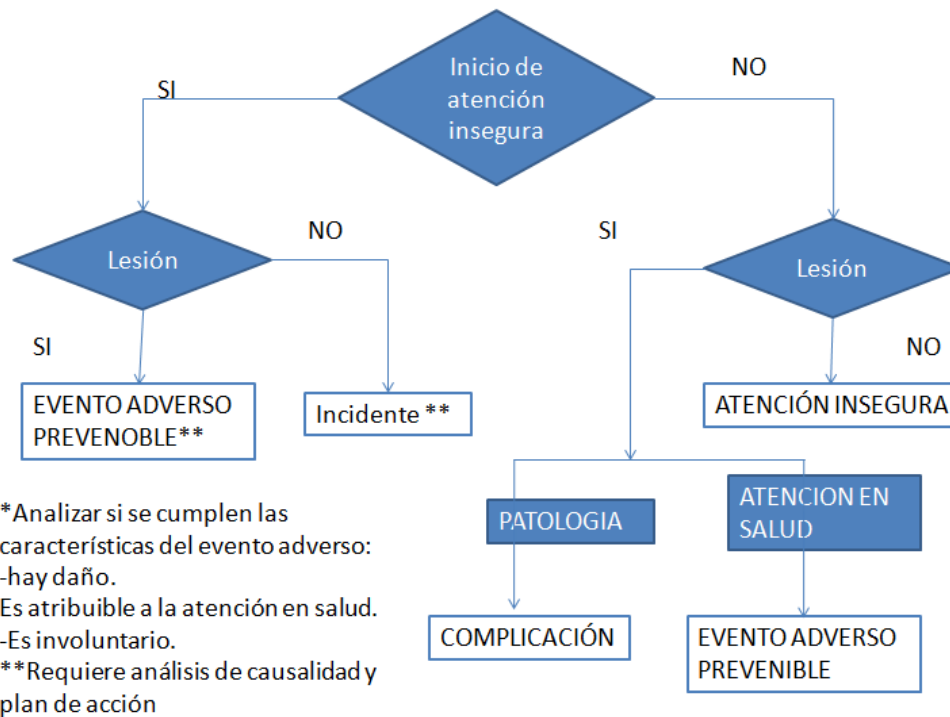
Con esta ley se establecen algunos requisitos que se deben tener presentes en el momento de brindar una atención de salud con calidad al paciente, y, como se mencionó, siempre se hace lución a la seguridad y a mitigar el daño.

6.4.4 Seguridad del paciente

Teniendo como base lo establecido en el decreto anterior, la seguridad del paciente según la legislación colombiana se soporta en la misma que determinó el SOGCS; pero el objetivo de la política de seguridad del paciente, que emitió el Ministerio de la Protección Social en junio 2008, “es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”⁵⁷. La política de seguridad del paciente establece elementos que permiten desarrollar y establecer un sistema de atención seguro para los pacientes, como se ejemplifica en la Gráfica 2, mostrando también las definiciones que se manejan en el país, involucradas en la seguridad del paciente.

⁵⁶ *Ibíd.*

⁵⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia, Observatorio de calidad de la atención en salud, Bogotá junio de 2008. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/default.aspx?pagenum=0 (2 de abril de 2011).



Gráfica 2. Flujograma de seguridad de calidad.

Fuente: Observatorio de calidad de la atención en salud⁵⁸

6.4.5 Perfiles ocupacionales de los auxiliares de enfermería

Los lineamientos del documento *Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud* se definieron con el respaldo del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), del SENA, del CENDEX y del Ministerio de la Protección Social. El documento, dirigido a auxiliares de enfermería que se encuentren trabajando o que sean “aspirantes a ingresar al Sistema de Seguridad Social en Salud, que desarrollen funciones de cuidado y orientación en salud a las personas y comunidades en aspectos de promoción,

⁵⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Observatorio de calidad de la atención en salud, Bogotá, junio de 2008. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/default.aspx?pagenum=0 (2 de abril de 2011).

prevención y rehabilitación, bajo la supervisión de un profesional en salud en los diferentes niveles de complejidad del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)⁵⁹, determina las competencias obligatorias que las auxiliares de enfermería deben tener para desarrollar actividades de cuidado que se realizan en un servicio hospitalario.

Cuadro 2. Competencia del auxiliar de enfermería

Normas obligatorias de competencia	Elementos
1. Atender y orientar a las personas en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas vigentes.	1. Aplicar los principios y normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina. 2. Interactuar con el paciente interno y externo de acuerdo con la misión, visión y políticas de servicio institucionales. 3. Brindar información del producto o servicio conforme a requerimientos del paciente o usuario. 4. Identificar las necesidades del paciente interno y externo según políticas de mercadeo y segmentación de pacientes.
2. Admitir al usuario en la red de servicios de salud según niveles de atención y normativa vigente.	1. Recepcionar al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos contractuales. 2. Identificar el ente pagador de la

⁵⁹ MATALLANA, María Alexandra et al. Op. cit., p. 67.

	<p>población según normativa vigente.</p> <p>3. Custodiar historia clínica en el proceso de prestación de servicios según normas vigentes.</p>
<p>3. Controlar las infecciones en los usuarios y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias.</p>	<p>1. Aplicar la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control de la infección establecida.</p> <p>2. Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en equipos y artículos según manuales estandarizados de la empresa.</p>
<p>4. Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida.</p>	<p>1. Observar la condición física y emocional de la persona de acuerdo con guías y protocolos.</p> <p>2. Orientar y preparar a las personas para exámenes diagnósticos de acuerdo con guías y protocolos institucionales.</p> <p>3. Tomar y remitir muestras de interés en salud pública y resultados de laboratorio ordenadas, de acuerdo con protocolos.</p>
<p>5. Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según condiciones del usuario, asignación o delegación del profesional, guías y protocolos vigentes.</p>	<p>1. Preparar el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional y guías y protocolos establecidos.</p> <p>2. Brindar los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad, de acuerdo con guías y protocolos establecidos.</p> <p>3. Asistir a la persona en las actividades de movilización según sus limitaciones y equipos requeridos.</p>

	<p>4. Asistir a la persona en las actividades de nutrición asignadas o delegadas por el profesional y de acuerdo con guías y protocolos establecidos.</p> <p>5. Asistir a la persona en actividades de eliminación asignadas o delegadas por el profesional y de acuerdo con guías y protocolos establecidos.</p>
<p>6. Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etéreo en relación con los principios técnicos científicos y éticos vigentes.</p>	<p>1. Promover los hábitos saludables para el cuidado y mantenimiento de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etéreo según guías de manejo.</p> <p>2. Cuidar a las personas en las alteraciones y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con guías de manejo.</p>
<p>7. Administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales vigentes.</p>	<p>1. Alistar los medicamentos e inmunobiológicos según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y normas técnicas.</p> <p>2. Aplicar los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita.</p> <p>3. Vigilar la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona.</p>

<p>8. Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Cuidar al individuo y la familia en aspecto sexual y reproductivo de la mujer, el hombre y su pareja de acuerdo con grupo étnico y guías de manejo vigente.2. Atender integralmente al niño menor de 10 años de acuerdo con los parámetros establecidos y en patologías de baja complejidad manejables en el hogar.3. Asistir integralmente al adulto mayor de acuerdo con sus necesidades, deberes, derechos y contexto sociocultural, político y ético.4. Atender integralmente al adolescente de acuerdo con las guías de manejo.
<p>9. Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad acorde con la reglamentación empresarial.2. Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas y legales establecidas.3. Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas técnicas y legales.

Fuente: Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, Anexo técnico 2.1 Auxiliar de enfermería⁶⁰.

⁶⁰ *Ibíd.*, pp. 67-68.

Cuadro 3. Competencias adicionales del auxiliar de enfermería

Normas adicionales de competencia	Elementos
1. Trasladar a la persona en riesgo de salud según grado de complejidad y normas vigentes Nivel 2.	<p>1. Preparar el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino según protocolos y manual de procedimientos.</p> <p>2. Monitorear a las personas durante el traslado según necesidades identificadas y guías vigentes.</p> <p>3. Entregar a la persona en riesgo de salud al sitio de destino según protocolos.</p> <p>4. Atender a la persona fallecida en la ambulancia de acuerdo con la normativa legal vigente.</p>
2. Esterilizar productos y artículos de acuerdo con estándares de aseguramiento de la calidad.	<p>1. Aplicar los métodos de esterilización validados a productos y artículos cumpliendo las normas y guías técnicas vigentes.</p> <p>2. Ejecutar operaciones de empaque y llenado aséptico siguiendo procedimientos establecidos por la empresa.</p> <p>3. Realizar controles y documentación del proceso de esterilización siguiendo el procedimiento estándar validado por la empresa.</p>
3. Cuidar integralmente al usuario en	1. Monitorear las funciones de los

<p>condiciones críticas de salud según su estado y de acuerdo con criterios técnico científicos vigentes.</p>	<p>diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.</p> <p>2. Asistir a la persona en estado crítico de acuerdo con sus condiciones, según protocolos y guías de manejo vigentes.</p>
<p>4. Atender integralmente al usuario en la unidad quirúrgica de acuerdo con guías de manejo y protocolos vigentes.</p>	<p>1. Participar en el proceso de anestesia de acuerdo con guías de manejo y recursos disponibles.</p> <p>2. Participar en el proceso quirúrgico de acuerdo con las guías de manejo y protocolos vigentes.</p>
<p>5. Cuidado del paciente en terapia renal según valoración del equipo interdisciplinario.</p>	<p>1. Atender a la persona en terapia dialítica en relación con la capacidad de autocuidado de la persona</p> <p>2. Atender a la persona en transplante renal de acuerdo con la edad y adherencia al tratamiento actual.</p>
<p>6. Apoyar las actividades de salud ocupacional de acuerdo con el programa diseñado en salud ocupacional y normatividad vigente.</p>	<p>1. Realizar las actividades de vigilancia epidemiológica asignadas de acuerdo con los factores de riesgo identificados y priorizados por la empresa o la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) correspondiente.</p> <p>2. Fomentar en los trabajadores hábitos de trabajo sanos y seguros de acuerdo con los lineamientos del programa de salud ocupacional de la empresa.</p>

Fuente: PALACIO Betancourt. Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, Anexo técnico 2.1 auxiliar de enfermería⁶¹

⁶¹ Citado en MATALLANA, María Alexandra, et al. Op. cit., p. 69.

METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación desarrolló un estudio cualitativo, que “se caracteriza por captar el interés de la realidad social ‘a través de los ojos’ de las personas que están siendo estudiadas, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto”⁶², permitiendo hacer una caracterización, una descripción del contexto y del conocimiento ⁶³ de una determinada situación, recolectando la mayor información posible que permita conocer en profundidad: las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación; el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar; la realización o no de supervisión de la delegación de la actividad al auxiliar de enfermería y finalmente los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

7.2 PARTICIPANTES

Se contactó un grupo de tres enfermeras profesionales que cursaban un diplomado en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana; tres de ellas, participaron en la investigación, y posteriormente se invitó a otras dos profesionales; esto se logró en el primer periodo del año 2011.

Para seleccionar las participantes se tuvieron presentes los siguientes criterios:

- ser enfermeros(as) profesionales.
- Trabajar en una institución de salud.

⁶² BONILLA, Castro Elssy; RODRÍGUEZ, Sehk Penélope. Mas allá del dilema de los métodos; tercera edición. Ed. Norma, Bogotá, 2005, pp. 84-86

⁶³ *Ibíd.*, pp. 119-120

- Tener una experiencia laboral mayor o igual a dos años.
- Tener a su cargo personal auxiliar de enfermería.

Al final se contó con la participación de cinco enfermeras profesionales de diferentes IPS de primero, segundo y cuarto nivel de atención; tres trabajan en Bogotá, una en Cundinamarca y otra en Casanare.

7.3 CONTACTO CON LAS PARTICIPANTES Y DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO

Las participantes se contactaron de manera personal, hablando con cada una, comentándoles sobre el estudio y preguntándoles si les gustaría participar en esta investigación; si estaban de acuerdo se les exponía la metodología y el esquema general de la entrevista semiestructurada que serviría de instrumento principal. Después se acordó una cita para realizar la entrevista; cuatro de las entrevistas se realizaron en la ciudad de Bogotá, y la otra, en Zipaquirá. Antes de cada entrevista, cada participante revisó y firmó de manera voluntaria el consentimiento informado (Anexo 1). Las entrevistas se realizaron en diferentes lugares, como un salón de clase, una sala de descanso, un cuartó de enfermería; en estos lugares se logró un ambiente tranquilo y agradable para su desarrollo.

7.4 INSTRUMENTO

Como herramienta de recolección de información, se escogió para este estudio una entrevista semiestructurada que permitió “conocer las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación; el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar; la realización o no de supervisión de la delegación de la actividad al auxiliar de enfermería y finalmente los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en

auxiliares de enfermería, permitiéndole al investigadora “captar lo que saben las enfermeras, ver lo que ellas ven y comprender”⁶⁴.

Modalidad de entrevista: Se elaboró una entrevista semiestructurada que permitiera dar respuesta a los objetivos planteados: describir las características de las enfermeras participantes, describir las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación, describir el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades (características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar), determinación de la realización o no de supervisión según lo establecido en la Ley 911 de 2004, identificar los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

Las preguntas realizadas para este estudio fueron abiertas, claras y que a su vez no generaban controversia entre los participantes. La primera parte de la entrevista tuvo preguntas de caracterización: edad, género, procedencia, experiencia laboral, nivel de atención de la IPS y servicio en el que se encuentra trabajando. La segunda parte de la entrevista fueron preguntas relacionadas con el proceso de delegación, actividades delegadas y aspectos específicos de la delegación (Anexo 2), cada entrevista tuvo con un tiempo de 35 a 50 minutos.

Para efectos del análisis, las entrevistas fueron grabadas (voz) y transcritas que permitiendo así organizar los datos en una matriz (Anexo 3). y se elaboró un diario de campo (Anexo 4) de cada entrevista, donde se consignaron aspectos significativos de las entrevistas para ubicar al lector en el escenario en que se realizaron.

⁶⁴ *Ibíd.*

7.5 CATEGORÍAS

Este estudio tuvo presente como categorías lo establecido por la Ley 911 de 2004 para el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería, es decir:

- Características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación
- Criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar;
- Realización o no de supervisión de la delegación de la actividad al auxiliar de enfermería
- Motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

7.6 INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La interpretación de los datos cualitativos es un proceso dinámico que se nutre de todo el trabajo de inducción analítica iniciado desde el momento mismo de la recolección. Interpretar es buscar sentido y encontrar significado a los resultados, explicando las tendencias descriptivas y buscando relaciones entre las diferentes dimensiones que permitan construir una visión integral del problema⁶⁵.

Para ello se llevaron a cabo los pasos que sugieren Elssy Bonilla Castro y Penélope Cruz Sehk en el libro *Más allá de los métodos: "categorización, análisis y descripción exhaustiva"*⁶⁶.

Para iniciar la interpretación de los datos se transcribieron las entrevistas, y posteriormente se realizó una matriz donde se organizaron las categorías deductivas que fueron propuesta para este estudio, y a medida que se desarrolló la matriz surgieron otras categorías inductivas; dentro de ellas se encuentran: las

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 269.

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 268.

características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación; el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar; la realización o no de supervisión de la delegación de la actividad al auxiliar de enfermería y finalmente los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

En el momento de realizar la matriz, a cada participante se le asignó un número y un seudónimo, como se mencionó en el consentimiento.

7.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos que se estipulan en la Resolución 0004830 de 1993; se elaboró un formato de consentimiento informado que especifica las condiciones, los beneficios de este estudio y demás elementos importantes que deben ser de conocimiento para que haya claridad durante todo el proceso de investigación (ver Anexo 1). Cada uno de los participantes de esta investigación firmó el consentimiento informado y recibió copia de él. Los consentimientos de las personas que participaron en el estudio se encuentran archivados, debido a que los datos de los participantes solo serán de conocimiento de la investigadora.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis se realizó teniendo en cuenta los objetivos planteados para este estudio: describir las características de las enfermeras participantes, describir las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación, describir el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades (características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar), determinación de la realización o no de supervisión según lo establecido en la Ley 911 de 2004, e identificar los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería, los cuales fueron la guía para la elaboración de la entrevista semiestructurada propuesta para este estudio.

Una vez realizada la entrevista semiestructurada a cinco enfermeras profesionales, estas fueron transcritas y se clasificaron en categorías de: tiempo, modo, lugar, criterio enfermero y supervisión, e inductivas como: personal a cargo, actividades delegadas, proceso de delegación de acuerdo con la enfermera profesional, motivos de delegación, responsable de la delegación y actividades autodelegadas por el auxiliar de enfermería, permitiendo organizar los datos en una matriz, en donde a cada participante se le asignó un número y un pseudónimo mantener en reserva su identidad, pseudónimo que fue usado durante la presentación del análisis de los datos.

Durante el análisis se describió la delegación de las actividades del cuidado de enfermería; en donde la investigadora se abstuvo de emitir juicios de valor en relación con las situaciones que se mencionan durante la interpretación de los datos, solamente se hizo referencia a lo determinado por la Ley de Enfermería [Ley 911 de 2004] y documentos relacionados con el proceso de delegación de las actividades del cuidado de enfermería.

8.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES

La primera entrevista se realizó en compañía de la asesora de trabajo de grado, con **Carina**, una enfermera profesional procedente de Ibagué, con 38 años de edad y una experiencia laboral de 11 años; ella labora en Bogotá, en una institución de salud de IV nivel de atención, de carácter público, en el servicio de cirugía, pero cuando dio la entrevista estaba en urgencias haciendo un reemplazo, por lo que la experiencia que nos narró fue referente a este servicio. Carina contó que su institución de salud es especializada en oncología, por lo que en urgencias no recibe muchos pacientes, pero que en ese momento, por la época del año (mayo y abril), se presentan los pico respiratorios y el volumen de pacientes aumenta, por lo que se calcula la afluencia de pacientes entre 15 y 45 durante el turno de la noche en este servicio. Carina cuenta con cinco auxiliares de enfermería, pero en la práctica son cuatro, porque siempre hay una en descanso; además, el total del personal de la institución no siempre está completo, por lo que en algunas oportunidades otros servicios le piden auxiliares para suplir los cupos que faltan; pero ella no lo permite, pues quedarían muy pocos auxiliares en urgencias y no se brindaría la atención necesaria a los pacientes que ingresan a la institución; ella enfatiza en que las auxiliares que tiene en urgencias están entrenadas, que tienen una amplia experiencia y que conocen bien sus funciones, lo que hace que el servicio sea fácil de manejar. La entrevista se realizó en una sala de descanso; ella estuvo muy relajada, se interesó por cada pregunta y las respondió de manera amplia.

Las siguientes cuatro entrevistas fueron realizadas solo por la investigadora. **Isabella** es una enfermera profesional procedente de Cúcuta, con 33 años de edad y una experiencia de 8 años; labora en dos instituciones de salud, una de carácter público, de II nivel de atención, y otra privada, de IV nivel de atención, ambas en la ciudad de Bogotá. Ella contó su experiencia con la institución pública,

donde se desempeña en el servicio de cirugía ginecológica, específicamente en puerperio y alto riesgo, en el turno de la noche; en este servicio “son tres jefes durante el día: la de cirugía, la de recuperación y alto riesgo y la de puerperio”; dice que en el servicio tienen variedad en la atención de pacientes, debido a que la mayoría de pacientes están programados, pero cuando no están programados pueden tener alrededor de 25 pacientes en alto riesgo y puerperio, y agrega que este servicio es muy pesado, ya que las pacientes son de complejidad y que ella debe estar a cargo de cada procedimiento, del manejo específico de cada paciente, y que a pesar de que tiene tres auxiliares de enfermería, debe estar pendiente de los ingresos de las demás áreas quirúrgicas, recuperación, alto riesgo y puerperio. Durante la entrevista Isabela se mostró un poco afanada y angustiada porque tenía en esos momentos a un familiar enfermo; la entrevista se realizó en un salón de clase.

Catalina es una enfermera profesional de 27 años de edad, procedente de la ciudad de Bogotá; trabaja en una institución de carácter privado de IV nivel de atención de la misma ciudad. En la entrevista Catalina relató su experiencia en el servicio de urgencias en el turno de la noche: “somos cinco enfermeras jefes y cada una tiene una auxiliar de enfermería”, todas con el entrenamiento y las habilidades para estar en ese servicio, para realizar las actividades con los pacientes: Dice que el volumen de pacientes es de “20 o 30, aproximadamente, en un área del servicio de urgencias que es relativamente estable de pacientes, es decir, que no se puede subir más allá de esos, y en observación, todos los que te lleguen; se pueden tener desde cinco pacientes, que es lo mínimo que uno puede tener, que eso pasa solo en una hora muerta, de las 3 a.m., a lo que es el día a día que puedes estar por iniciar diez, veinte, treinta, cuarenta pacientes”. Durante la entrevista Catalina se encontraba un poco afanada y cansada, en las respuestas ella se limitó mucho, y no fue muy explicativa en algunas situaciones; la entrevista se llevó a cabo en el cuarto de enfermería.

Lorena, enfermera profesional de 28 años de edad y proveniente de Casanare, cuenta con una experiencia de 3 años; labora en una institución de I nivel de atención en salud de carácter público; ella cuenta que tiene a su cargo varias responsabilidades, que comparte con la jefe rural; ella está en los servicios de “consulta externa, urgencias, hospitalización y sala de partos”; cuenta con un grupo amplio de auxiliares de enfermería, “15 auxiliares en urgencias y 3 en vacunación”. Lorena dice que se encuentra la mayor parte de su turno realizando actividades administrativas que le impiden estar en los otros servicios, a los que solo va cuando la llaman. Durante la entrevista Lorena se mostró atenta.

Alejandra es una enfermera profesional procedente de Cundinamarca, con 50 años de edad y con una experiencia laboral de 24 años; ella labora en una institución de salud de carácter público de II nivel de atención, en un cargo administrativo, así que la experiencia que nos compartió es sobre el servicio de cirugía, que es donde tiene más experiencia; contó que en su institución “hay servicios con 20 o 27 pacientes”, en el turno de la noche cuentan con pocas enfermeras y tienen que hacerse cargo de dos servicios cada una, mientras que en el día cada servicio cuenta con una profesional de enfermería. Durante la entrevista, Alejandra se mostró muy relajada y muy interesada en cada pregunta que se le realizó, las respondió de manera amplia y citó varios ejemplos; esta entrevista se realizó en una cafetería.

A continuación se presentan las Tablas 5 y 6 con los datos sociodemográficos y laborales de las enfermeras profesionales que participaron en este estudio; en ellas se puede apreciar que cuatro de las enfermeras laboran en instituciones de salud de carácter público y una en una institución de carácter privado, en diferentes niveles de atención (I, II, y IV) y en servicios de urgencias y cirugía, y que cuentan con una experiencia laboral de 3 a 24 años.

Tabla 6. Datos demográficos participantes

Ent	Seudónimo	Género	Edad	Procedencia	Experiencia laboral
1	Carina	Femenino	38	Ibagué	11 años
2	Isabella	Femenino	33	Cúcuta	8 años
3	Catalina	Femenino	27	Bogotá	3 años
4	Lorena	Femenino	28	Casanare	3 años
5	Alejandra	Femenino	50	Cundinamarca	24 años

Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte .

Tabla 7. Datos laborales de los participantes

Ent	Seudónimo	Institución de salud	Nivel de atención	Servicio en el que se encuentra	Pacientes a cargo	Auxiliares a cargo
1	Carina	IPS - Pública	IV nivel	Urgencias y cirugía	15-45	4
2	Isabella	IPS- pública y privada	II nivel	Cirugía ginecología (Puerperio y Alto riesgo)	25-30	2
3	Catalina	IPS – privada	IV nivel	Urgencias	3-40	1
4	Lorena	IPS- pública	I nivel	Consulta externa, urgencias, hospitalización y sala de partos.	Depende del día	18
5	Alejandra	IPS- Pública	II nivel	Cirugía	20-30	4

Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte .

Por otro lado, también se muestra la razón de profesional de enfermería en relación con el número de pacientes; de acuerdo con la revisión documental, no se conoce el número exacto enfermera/paciente. Con los datos obtenidos en este estudio se calculó la relación enfermera/paciente el cual se realizó tomando como referente la tabla 7, donde se tomó la casilla número de pacientes a cargo y se sacó un promedio entre ellos, encontrando una relación de enfermera /paciente de 1:30. Si se comparan estas cifras con las de países como Estados Unidos (1:4 en urgencias, 1:1 en salas de cirugía y 1:2 en una sala de gestantes) y Australia (1:1 en una unidad de cuidados posanestésicos), la razón de enfermeras profesionales/pacientes parecería estar aumentada; sin embargo, en Colombia es desproporcionada, pero hay que tener presentes las condiciones sociales, laborales y políticas del país, aunque también es cierto que una razón desproporcionada puede insinuar que no se está haciendo el cálculo del recurso humano de enfermería y de las necesidades del paciente para poder brindarle un cuidado acorde con estas, lo cual indica una necesidad de estudiar e investigar en el país.

8.2. CARACTERÍSTICAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR

Para entender por qué el tiempo, el modo y el lugar son indispensables para caracterizar el proceso de delegación, se describirá la manera como se pueden interpretar estos tres elementos de acuerdo con lo manifestado por las enfermeras participantes. El tiempo lo entenderemos como el momento del turno en el que se encuentra la enfermera profesional [mañana, tarde y noche] y con la época del año [cuando se presentan más picos epidemiológicos, marzo y octubre]; el modo, como la manera como las enfermeras profesionales realizan la delegación, si es de manera verbal o escrita, y el lugar, como el servicio en el que se encuentra [urgencias, cirugía, uci, ginecología y otros, en instituciones de salud públicas o privadas].

8.2.1 El tiempo

Se encontró que dos de las enfermeras participantes coincidieron en que se presenta un poco más la delegación en los turnos de la noche, por el menor número de personal y la hora de descanso.

“Yo pienso que se delega más en las noches, se tiende más a delegar en las noches, porque hay bajo personal; en cambio, en el día usted tiene personal completo” [Carina]

“Yo pienso que en todos los turnos, a veces de pronto uno ve más en el turno de la noche, porque en algunos sitios está permitida la hora del descanso, entonces como se turnan, en el momento en que le toca a uno el descanso pues... en ese momento delega lo que haya que hacer, si hay algo que se presente, siempre y cuando que no sea una emergencia que

tenga que estar uno ahí pendiente, porque ahí sí ni modos de irse a descansar” [Alejandra]

Otras dos participantes están de acuerdo en que el elevado número de pacientes propicia que se deleguen actividades, porque de lo contrario no se lograría brindar una atención oportuna.

“Lo que pasa es que por ser una institución pública y por la gran demanda que tiene de pacientes, entonces no se alcanza a cubrir eso, no es porque esté mal asignada, sino que la verdad es que de verdad el tiempo no alcanza” [Isabela]

“...en urgencias se permite mucho para que uno pueda delegar ese tipo de funciones, que en realidad no se debería hacer y en teoría no se puede, pero pues por la carga del día a día pues hay momentos en los que realmente toca” [Catalina]

De acuerdo con lo anterior se puede analizar que la característica de tiempo está relacionada con diferentes factores, como un menor número de enfermeras y de auxiliares de enfermería, hora descaso sin personal que supla la demanda de necesidades de los servicios y aumento de pacientes, presentándose mayor delegación en el turno de la noche.

8.2.2 El modo

Las cinco enfermeras entrevistadas estuvieron de acuerdo en que realizan la delegación de actividades del cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería de manera verbal; esto quiere decir que ellas les dicen lo que tienen que hacer de acuerdo con la actividad a delegar, como lo describen algunas de las participantes:

“Depende, uno prepara los medicamentos, por ejemplo en la noche uno prepara lovastatina, enalapril, según los signos y uno le pasa la copa al auxiliar en determinado caso que uno esté muy ocupado y tenga más funciones y le dice: dele esto a fulano de tal, tales pastillas y que le explique y ya o en determinado caso si es un antibiótico uno le puede decir le pone en el buretrol lo pone a tanto, que lo pase en tanto tiempo” [Catalina]

“Bueno, uno sabe que tiene que tener en cuenta los correctos, que sea el paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía correcta, entonces es cómo especificarle bien el nombre del paciente, el número de la cama y pues ya darle el medicamento que yo le estoy entregando ya tiene la dosis y los correctos” [Alejandra].

La *National Council of State Boards of Nursing* describió que “La instrucción y la comunicación apropiadas deben ser claras, concisas, completas y correctas. Se deben especificar las actividades por realizar, los resultados esperados, los plazos de tiempo y la comunicación de seguimiento”⁶⁷. De acuerdo con lo que dice la NCSBN, las enfermeras realizan la delegación verbalizando cómo se debe ejecutar la actividad.

8.2.3 El lugar

Se encuentra relacionado con la institución de salud; en este caso, cuatro son instituciones de salud públicas y una de carácter privada, y el lugar donde laboran son los servicios de cirugía-ginecológica, cirugía y urgencias.

⁶⁷ MARRINER, Tomey Ann. Op. cit., p. 53.

8.3 CRITERIOS DE LA ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

La *National Council of State Boards of Nursing (NCSBN)* tiene determinados los criterios para delegar actividades, entre ellos está la adecuación de la tarea, que implica que la enfermera se pregunte: “¿se puede delegar la tarea?, ¿está permitido que la persona delegue la tarea?, ¿figura dicha tarea en su descripción del puesto de trabajo?”⁶⁸; también debe tener en cuenta las circunstancias del sujeto de cuidado: “La circunstancia correcta, el estado de salud y la complejidad del cuidado deben estar emparejados con la capacidad del miembro del personal al que se ha asignado la delegación”⁶⁹. También está la adecuación de la persona a la que se le va a delegar: “¿Tiene usted la formación y experiencia necesaria para llevar a cabo sin riesgos la tarea que dicha persona tiene?”⁷⁰.

8.3.1 Características del auxiliar de enfermería

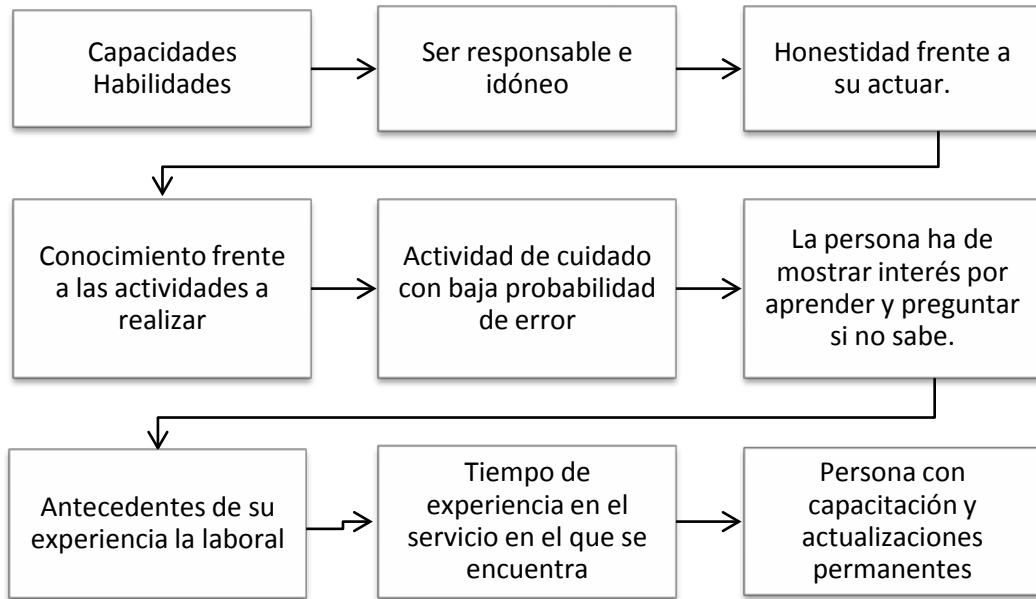
Los anteriores son algunos de los aspectos o preguntas que debe hacerse una enfermera profesional antes de realizar delegación de actividades de enfermería de acuerdo con lo sugerido por la NCSBN; partiendo de aquí, miraremos lo que las enfermeras de este estudio dijeron sobre sus consideraciones previas a realizar la delegación.

Es común encontrar entre las participantes que antes de delegar cualquier actividad, ellas deben conocer al auxiliar de enfermería con el que se está trabajando y mirar sus capacidades y habilidades, como ilustra la Gráfica 3.

⁶⁸ Ibíd.

⁶⁹ Ibíd.

⁷⁰ Ibíd.



Gráfica 3. Características que se deben encontrar en el auxiliar de enfermería.
Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte .

Las enfermeras profesionales describen que para conocer las características y la experiencia laboral del personal auxiliar con el que se trabaja se debe compartir con él un mínimo de 6 meses, y partiendo de este conocimiento la enfermera profesional tomará una decisión acerca de la actividad que puede delegarle al auxiliar.

“Que haga las cosas correctas, que no sea voluntariosa, que sea sincera, que dé confianza, que tenga conocimiento de los medicamentos y de si están contextualizados con el trabajo. Claro, eso pesa mucho, pues les da la experiencia y mayor conocimiento de procedimientos, enfermedades, etc. Una persona muy nueva o sin experiencia en urgencias es importante conocerle bien el perfil para delegarle las funciones o saber en qué se supervisa o asesora más, con comunicación, sinceridad y con conocimiento de lo que hacemos [Catalina].

“Siempre mirar las capacidades del auxiliar, si es responsable. Uno tiene que haber trabajado con la persona mínimo 6 meses con ellos, no es que

yo llego y a la semana ya los conozco, no, eso tiene que tener un tiempito de haber trabajado con ellos; igual, como la idea es no rotar tanto el personal, sino más bien dejarlo fijo para que adquiera la habilidad en cada servicio. Uno mira el conocimiento, experiencia de 5, 6 o 7 años” [Alejandra].

Otra condición que las enfermeras tienen presente es el servicio en el que se encuentran, las actividades que se pueden delegar en él, teniendo en cuenta las implicaciones legales.

“Depende del servicio, porque hay actividades que no se pueden delegar, y depende de muchas cosas; por ejemplo, en urgencias uno puede llegar a delegar muchas funciones, pero siempre y cuando uno esté consciente y confiada de la auxiliar con la que uno trabaja, y tomando en cuenta qué tanta implicación legal puede tener al llegar a tener un problema” [Catalina].

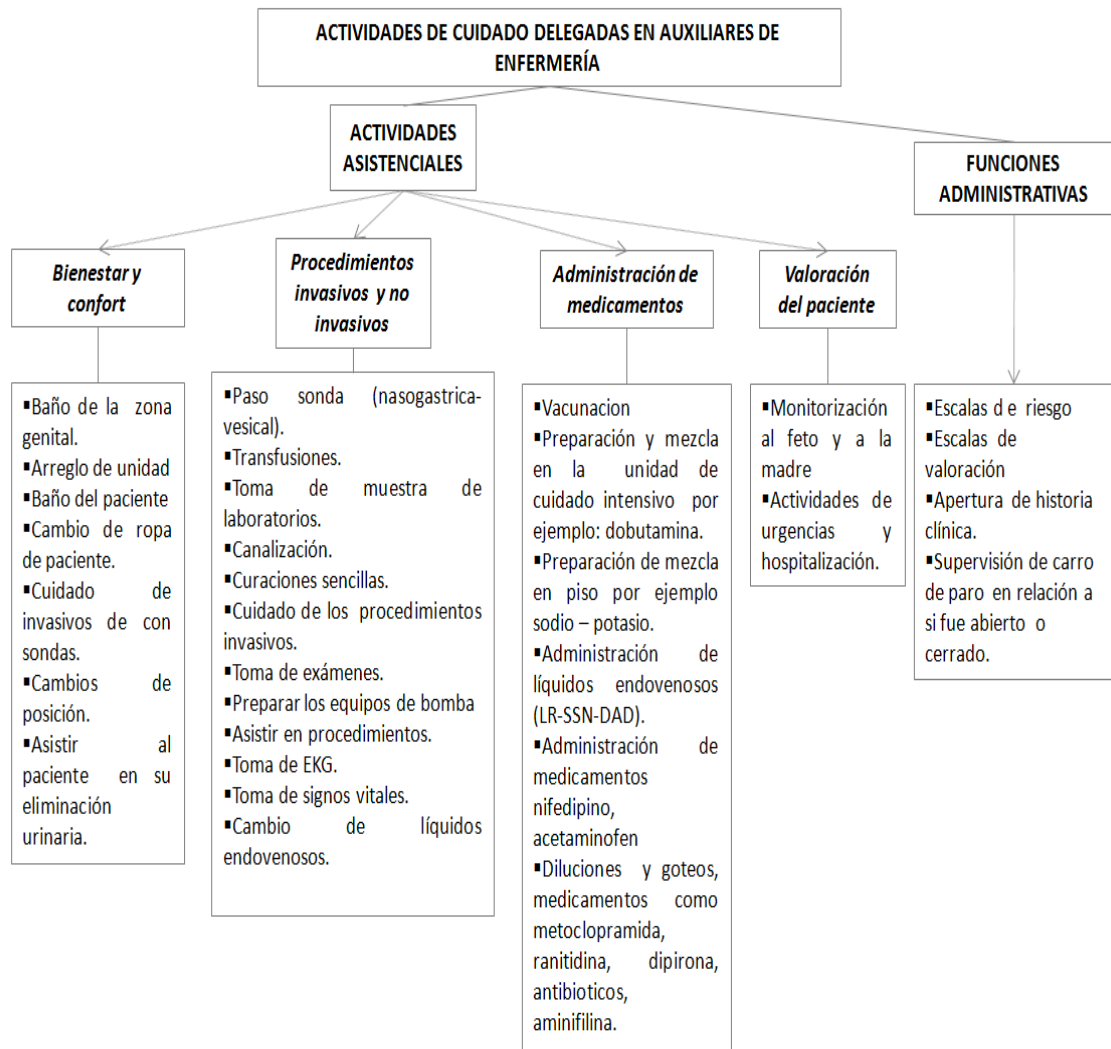
De acuerdo con la descripción que algunas de las enfermeras hicieron, el criterio que tienen para delegar se encuentra relacionado con diferentes circunstancias, y en ciertos casos se puede interpretar que algunos de los criterios sugeridos por la NCSBN no se pueden aplicar de manera específica, debido a que las condiciones que viven y afrontan las enfermeras profesionales son diferentes y aplican el criterio de acuerdo con la situación del servicio en el que se encuentran, como sucede con Lorena, que tiene que delegar algunas actividades, pero en este proceso el médico también imparte un criterio para delegar actividades al auxiliar de enfermería; en su institución pasa debido a que se cuenta con una enfermera feje y una enfermera rural, y no siempre ellas se encuentran y el criterio de delegación queda en manos del médico.

“No todo lo delego, eso va de acuerdo al criterio médico también, ellos lo llaman a uno en los momentos que creen que yo debo estar, ese es el caso

de los partos y de los códigos azules, ellos me llaman y en esos momentos yo asisto, pero si no alcanzo a llegar los que están en ese momento son los auxiliares de enfermería” [Lorena].

8.3.2 Actividades que se delegan

Las enfermeras mencionaron otro criterio que no menciona la NCSBN de manera específica, y es que al delegar actividades de cuidado de enfermería se debe tener presente el tipo de actividad por delegar; en este estudio categorizamos las actividades delegadas en inductivas, entre las que se pueden encontrar subcategorías como: bienestar y confort, procedimientos invasivos y no invasivos, administración de medicamentos, valoración del paciente y actividades administrativas; en la Gráfica 4 se presentan las actividades delegadas al auxiliar de enfermería.



Gráfica 4. Actividades delegadas al auxiliar de enfermería.

Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte ..

La Gráfica 4 se analiza teniendo como referente los perfiles ocupacionales y las competencias laborales para auxiliares en salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, dado que de esta manera se puede conocer hasta dónde se permite que estas actividades de cuidado las realice una persona diferente a la enfermera profesional.

La primera actividad que se analiza es bienestar y confort; en esta categoría se encuentran actividades básicas que requieren los pacientes, como el baño, los

cambios de posición, asistir al paciente en su eliminación urinaria y otras que las enfermeras profesionales manifestaron delegan al auxiliar, de acuerdo con el ítem 5 de *Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud*: “Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según condiciones del usuario asignación y/o delegación del profesional, guías y protocolos vigentes”⁷¹. Las actividades que se examinaron sí las puede delegar la enfermera profesional al auxiliar de enfermería, aunque son parte de su labor diaria en la institución, de acuerdo con su protocolo institucional.

Se encontró que en los *Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud* no se hace referencia a los procedimientos invasivos y no invasivos, como la canalización, curaciones sencillas, cuidado de procedimientos invasivos y realización de algunos exámenes; solo hay uno que se relaciona con las buenas prácticas sanitarias: “controlar las infecciones en los usuarios y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias”⁷². Ya que dentro de esta normativa no se encuentra esta actividad, se puede indicar que no es una competencia que se encuentre instaurada para delegar al auxiliar de enfermería.

En la categoría de administración de medicamentos se encuentra, en la unidad de cuidado intensivo, preparación de mezclas en piso por ejemplo sodio-potasio, administración de medicamentos, nifedipina, acetaminofén, metoclopramida, ranitidina, dipirona, antibióticos, aminofilina, diluciones y goteos; en el ítem siete se encuentra en relación con la administración: “Administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales vigentes”⁷³. Si se tiene presente lo anterior, es claro que la administración de medicamentos es delegable, pero lo que no es muy claro es quién puede realizar la delegación, si la enfermera profesional o la institución de

⁷¹ MATAALLANA, María Alexandra et al., p. 67.

⁷² *Ibíd.*

⁷³ *Ibíd.*, p. 68.

salud a través de sus protocolos; dentro del mismo documento se menciona que el auxiliar de enfermería, para recibir dicha delegación, debe tener unos conocimientos mínimos definidos como

1. Medicamentos: origen, absorción y eliminación, formas farmacéuticas: líquidos tópicos, sólidos, precauciones de administración, riesgos en la manipulación, control legal de medicamentos de control especial, horarios, siglas nacionales e internacionales de horarios, normas institucionales. 2. Principios de asepsia, normas de control y seguridad de los medicamentos, clasificación de los medicamentos. 3. Medidas de peso, volumen y capacidad, conversión de medidas, regla de 3, cuatro operaciones básicas, relación peso-volumen, formas farmacéuticas que no se pueden fraccionar (liberación retardada y cubierta entérica), prueba de sensibilidad, Instrumentos y materiales -Jeringas de diferentes capacidades, agujas, cucharas, goteros-, precauciones, prevenciones. 4. Conceptos básicos de estabilidad, compatibilidad, interacción con los medicamentos, precauciones, técnicas de envasado. 5. Medidas de bioseguridad, normas de manejo de residuos. 6. Sistema de distribución y registro de medicamentos. 7. Tarjeta de medicamentos, kárdex, otros. 8. Sistema de control del medicamento. 9. Normas de conservación, almacenamiento y transporte de biológicos (PAI)⁷⁴.

De esta manera, podemos encontrar que para esta competencia se requieren conocimientos específicos en farmacología y fisiología básica y especializada en relación con los medicamentos, los cuales se adquieren en la academia. Para esta investigación es importante mostrar la información que suministraron las enfermeras en relación con la administración de medicamentos, y la forma como ellas imparten su criterio para esta delegación:

“La administración de medicamentos es la principal que veo que delego, y que es más mi responsabilidad, esto porque ellos solo saben la vía de administración del medicamento, pero, por ejemplo, no tienen cuidado con la dilución de los medicamentos para no causar flebitis u otros efectos adversos” [Lorena].

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 128.

“Bueno, uno sabe que tiene que tener en cuenta los correctos, que sea el paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía correcta; entonces es como especificarle bien el nombre del paciente, el número de la cama y, pues, ya darle el medicamento que yo le estoy entregando, ya tiene la dosis y los correctos” [Alejandra].

“Depende, uno prepara los medicamentos; por ejemplo, en la noche uno prepara lovastatina, enalapril, según los signos, y uno le pasa la copa al auxiliar en determinado caso que uno esté muy ocupado y tenga más funciones, y le dice dele esto a fulano de tal, tales pastillas, y que le explique y ya, o en determinado caso, si es un antibiótico, uno le puede decir: lo pone en el buretrol, lo pone a tanto, que lo pase a tanto tiempo y ya, pues supervisando que las cosas estén bien hechas, y lo que te digo, que en urgencias se permite mucho para que uno pueda delegar ese tipo de funciones que en realidad no se debería hacer y en teoría no se puede, pero por la carga del día a día, pues hay momentos en los que realmente toca” [Catalina].

Las enfermeras, cuando imparten el criterio de delegar medicamentos, tienen en cuenta los correctos [dosis, nombre del paciente, vía correcta y otros] y realizan la preparación de medicamentos. Las enfermeras entrevistadas coincidieron en que los auxiliares de enfermería desconocen elementos importantes para la administración de un medicamento, como las diluciones, vida media de los medicamentos, goteos, efectos adversos de los medicamentos... entre otras

“Definitivamente la aplicación de medicamentos debe ser de la jefe, por el conocimiento científico, por la farmacocinética; entonces es importante que la jefe sepa de la elaboración, de las horas, de sus tarjetas de medicamentos, también porque uno debe tener en cuenta muchas cosas, que dos antihipertensivos no se deben dar al mismo tiempo, algunos

medicamentos como antibióticos interactúan con otros medicamentos; entonces eso es importante, y para mí también son importantes las mezclas, por ejemplo, la preparación de un sulfato de magnesio, de una dopamina, de un vasodilatador o de un inotrópico, eso debería ser función de la jefe; las auxiliares no tienen en cuenta los correctos, o como mínimo, verificar el medicamento, ellas no se toman la molestia, lo hacen como por inercia de que el frasco es verdecito con blanco ese es sulfato, no leen, yo he notado eso en auxiliares que no leen lo que van administrar, cuando uno les dice pásame una ampolla, y uno mira y no es, y la respuesta es: 'que se perece', uno no debe confiarse en lo que está pasando, porque considero que ellas no saben la magnitud del problema en que se meten" [Isabela].

La valoración del paciente es otra actividad que se delega al auxiliar de enfermería, de acuerdo a cuatro las enfermeras entrevistadas; solamente Lorena manifestó que delega la monitorización al feto y a la madre, actividades de urgencias y hospitalización; dentro de las competencias laborales en ninguno de los nueve ítems se menciona que se pueda delegar la valoración del paciente.

Por último, las actividades relacionadas con funciones administrativas escritas en grafico4, entre las que se encuentran la valoración de escalas de riesgo, escalas de valoración, apertura de historia clínica, supervisión de carro de paro en relación con si fue abierto o cerrado. La mayoría de las actividades mencionadas no se contemplan como posibles de delegar o que sean competencia del auxiliar de enfermería, de acuerdo a perfiles ocupacionales y norma técnica de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, excepto la apertura de la historia clínica, la cual se encuentra dentro del ítem 2: "Admitir al usuario en la red de servicios de salud según niveles de atención y normativa vigente"⁷⁵.

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 68.

A manera de cierre podemos decir que el criterio que las enfermeras utilizan para realizar delegación es amplio y reúne varios elementos, como son las características del personal auxiliar de enfermería, las actividades que se delegan y el protocolo de cada institución.

8.4 CARACTERÍSTICAS DE LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA PROFESIONAL

De nuevo, la NCSBN sugiere unas características para la delegación de actividades de cuidado de enfermería, definidas como *supervisión correcta*, que es entendida como que

La enfermera guía, dirige y valora la asistencia que el auxiliar de enfermería presta. La enfermera demuestra que dichas tareas son necesarias y está disponible para contestar a sus preguntas. Cuanta menor experiencia tenga sobre dicha tarea, mayor es la supervisión necesaria. Las circunstancias de la persona también afectan el tipo de supervisión que necesitará. La enfermera valora cómo ha afectado la tarea a la persona y a la calidad de la tarea efectuada. La enfermera le dirá qué ha hecho el auxiliar de enfermería bien y cómo puede mejorar su trabajo con el fin de ayudar a proponer y a proporcionar una asistencia mejor⁷⁶.

Por lo tanto, esta supervisión sugiere de manera tácita que, una vez se supervise, se realice una educación al personal, en donde se le ayude, por medio de felicitación o de retroalimentación de actividades, a mejorar, de acuerdo con la actividad delegada; de esta manera, cuatro de las enfermeras entrevistadas estuvieron de acuerdo con realizar supervisión directa o indirecta de las actividades delegadas y observar si la auxiliar de enfermería realizó la actividad; en la supervisión directa “la persona sabe que la están evaluando, sabe que tú estás encima, la estás mirando y va hacer las cosas perfectas, y en la supervisión indirecta pasas por ahí y te das cuenta si están haciendo las cosas o no, en forma muy disimulada” [Carina]; concepto que practican y comparte las otras enfermeras. También se encontró que la supervisión se encuentra relacionada con el tiempo, pero que a pesar de ello realizan supervisión indirecta.

⁷⁶ SERRENTINO, Sheila A.; GOREK, Bernie. Op. cit., pp. 14-15.

“Nosotras tenemos que hacer supervisión de las actividades de ellos, a veces queda tiempo o hacemos la supervisión de reojo y uno se da cuenta, pero cuando tú llegas y revisas una historia clínica y han pasado dos horas y no han recogido las diuresis pues uno dice qué paso, usted por qué no está recogiendo las diuresis, ellas ya están acostumbradas a que uno está pilas... ahí uno les enseña con eso” [Isabela].

“Realizo supervisión directa e indirecta, verifico las historias y las actividades realizadas” [Catalina].

“Empezando por que se vayan a la unidad que uno les está diciendo, si uno ve que cogen para otro lado o qué..., de lo que uno está haciendo, si uno está muy ocupado trata de verla. Venga a ver para dónde cogió, qué paso..., y no que de pronto no se la dio o a mí se me olvidó, y lo otro que uno tiene es si le dio a fulano la pasta o a qué paciente le va a llevar la pasta” [Alejandra].

Hay una enfermera cuya respuesta en cuanto a la supervisión de las actividades delegadas nos describió una situación que no es semejante a lo que mencionaron las otras cuatro enfermeras. Lorena manifiesta que la supervisión se “supone que es por mí, pero los que están todo el tiempo son los médicos, ellos supervisan las órdenes que ellos mismos dan”; así que se encuentra que la supervisión de las actividades la realiza el médico, lo que sería una nueva característica de supervisión, ya que no se encontró contemplada en la NCSBN.

8.5 MOTIVOS Y RESPONSABLES DE LA DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO

8.5.1 Motivos de la delegación

Los motivos de la delegación, según las enfermeras entrevistadas, se clasificaron en dos subcategorías: según el protocolo institucional y según las enfermeras profesionales; dentro de la literatura se conoce que las instituciones de salud tienen establecidos protocolos y guías de manejos en donde se espera que se encuentren establecidas las funciones y deberes de las enfermeras y las auxiliares de enfermería. Alejandra manifiesta que, en su institución [pública], los protocolos dicen ‘enfermera profesional y/o auxiliar de enfermería’, por lo que no se encuentra diferencia entre las actividades que debe realizar la enfermera profesional y la auxiliar de enfermería, y afirma que eso sucede porque en la institución no se cuenta con profesionales de enfermería en todos los turnos.

“Ahora los protocolos dicen ‘la jefe y/o auxiliar’, a veces dicen así los protocolos, el problema donde yo trabajo en las mañanas es que hay una jefe fija en todos los servicios, ahorita se está tratando de implementar que haya una jefe fija en las tardes, pero hay servicios en los que queda una jefe por dos servicios, y en la noche queda una jefe por dos o tres servicios, entonces tú no alcanzas a hacer todas las actividades; esa es la razón por la que se han delegado muchas cosas que uno no debería delegar, pero hay otras instituciones que por servicio está una jefe en todos los turnos y es más difícil que se deleguen cosas, pero si tú estás sola en tres servicios, pues tú haces las cosas en uno, la auxiliar las hace en el otro, entonces esa es otra de las razones por las que se delegan algunas actividades” [Alejandra].

De acuerdo con Catalina, las numerosas actividades que se realizan en un turno se encuentran establecidas por la institución privada; el protocolo institucional tiene establecidas las actividades que debe realizar el profesional de enfermería y el auxiliar de enfermería; ella manifiesta que en su servicio debe delegar al auxiliar de enfermería debido a que los paciente requieren atención, y delega a pesar de que su protocolo institucional no lo permite. Catalina agrega que solo se realiza en urgencias, ya que en otros servicios es difícil, pues el número de pacientes es reducido.

“El protocolo en piso es diferente, los auxiliares le alistan todo, porque la cantidad de pacientes es máximo 18, mientras que en urgencias se ve la diferencia, por eso se da la situación de que esto cambie y se deleguen algunas cosas” [Catalina].

En la segunda subcategoría las enfermeras profesionales consideran que se presenta la delegación por exceso de trabajo, confianza o amistad; ellas lo describen de la siguiente manera.

“La delegación a veces se hace por exceso de trabajo, ¡cierto!, porque a veces el cúmulo de trabajo es mucho, las responsabilidades son muchas, con un número de pacientes elevado, y a veces la labor de la enfermera es tanta que no se alcanza a cumplir todo en un turno de 12 o en un turno de 6 horas es muy difícil” [Carina].

“La delegación se presenta por confianza, por amistad, que muchas veces las auxiliares les hacen todo a las jefecitas” [Isabela].

8.5.2 Responsable de la delegación

En esta categoría se definirá responsable como “Obligado a responder de algo o por alguien”⁷⁷, y delegación como “La transferencia de la responsabilidad del cumplimiento de una actividad, conservando el deber de rendir cuentas sobre el resultado”⁷⁸; teniendo presente los términos anteriores y de acuerdo con lo mencionado por las enfermeras en relación a las personas responsables de la delegación, en la subcategoría se encontraron tres responsables: la enfermera profesional, la institución de salud y el médico, en su orden.

Las enfermeras profesionales Isabela, Carina y Alejandra tratan de no delegar, porque les enseñaron que la responsabilidad no es algo que se pueda delegar, solo se delega la actividad, como dicen Isabela y Alejandra.

“A mí me enseñaron en la universidad que la responsabilidad nunca se delega” [Isabela].

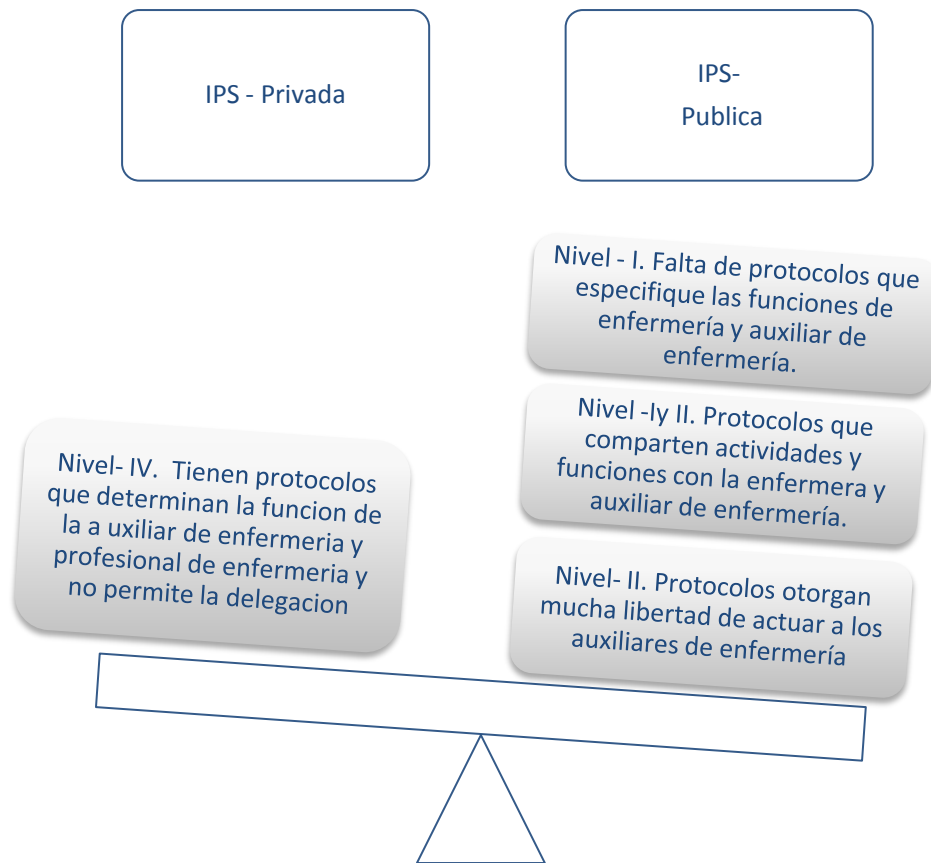
“La responsabilidad nunca se delega” [Alejandra].

Catalina dice que “en urgencias se permite mucho para que uno pueda delegar ese tipo de funciones que en realidad no se debería hacer y en teoría no se puede, pero pues por la carga del día a día pues hay momento en los que realmente toca”. De acuerdo con la descripción de Catalina, se observa que ella es consciente de que no todas las actividades se pueden delegar, y para ello ejerce el criterio enfermero de qué actividad delegar, y de esta manera asumirá la responsabilidad de la o las actividades delegadas.

⁷⁷ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Op. cit.

⁷⁸ POTTER, Perry. Op. cit., pp. 71-72.

La segunda responsable son las instituciones de salud; es claro que hay una diferencia entre instituciones privadas y públicas en cuanto al manejo de las funciones, guías de manejo y protocolos. En las instituciones privadas no se permite delegar, esto quiere decir que el responsable de la delegación no es la institución, sino directamente el profesional en el momento que decide delegar alguna actividad al personal auxiliar de enfermería. En las instituciones públicas suceden varias cosas, según lo describieron cuatro enfermeras que trabajan en ellas; por ejemplo, en la institución de Isabela “se delegan funciones que las debería realizar una jefe”; en la de Lorena, “La verdad, no están en ningún lado establecidas para alguien específico, aunque el protocolo dice que auxiliares y jefes de enfermería”, y en la de Alejandra: “Dentro de mi institución se puede delegar, porque hay muchos procedimientos que son o los puede hacer la jefe o la auxiliar”. Con lo anterior, las instituciones públicas permiten la delegación, esto indica que la institución es responsable de algunas actividades que delegan las enfermeras profesionales, ya que su protocolo institucional lo permite. En la Gráfica 5 se presenta el responsable de la delegación de acuerdo con la institución, pública y privada.



Gráfica 5. Responsable de la delegación de acuerdo con la institución de salud.
Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte .

Los terceros responsables de la delegación son los médicos; en esta subcategoría se encontraron dos situaciones muy importantes que se relacionan con la delegación de actividades. Carina dice que los médicos delegan a las enfermeras profesionales actividades y funciones que son de ellos, como el consentimiento informado, la explicación a los pacientes de los procedimientos quirúrgicos y la elaboración de fórmulas médicas; pero en ninguno de los capítulos y artículos de la Ley 911 de 2004, en particular en su título III, donde se habla de las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica, se hace referencia a que las enfermeras deben realizar funciones que son del médico; sin embargo, si dentro del protocolo o el manual de funciones de la institución de salud se establece que la enfermera debe realizar funciones del médico, ella debe hacerlo, pero la responsabilidad sería de la institución de salud, pero si sucede lo contrario,

es decir, que no se encuentra en el manual de funciones, es responsabilidad del médico la delegación, y la enfermera debe ejercer su criterio para hacerlo o no.

Alejandra describió que en alguna oportunidad vio que “el anestesiólogo le da la orden a la auxiliar de transfundir, y le dice tráigame 1 o 2 unidades, mónteme la primera y, si se le termina, móntele la segunda unidad”. De acuerdo con la SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación), la transfusión es una función de anestesia cuando se está en sala de cirugía, y de acuerdo con la ley, una transfusión en piso la debe realizar el médico, quien además debe supervisar los primeros 15 minutos de ella; de acuerdo con lo anterior, no sería correcto que se le delegara la transfusión al auxiliar de enfermería, pues no es su función; pero reiterando lo que se ha mencionado, podemos decir que si el protocolo institucional lo permite, la responsabilidad es de la institución.

8.6 OTROS HALLAZGOS

8.6.1 Autodelegación de actividades de cuidado de enfermería por el auxiliar

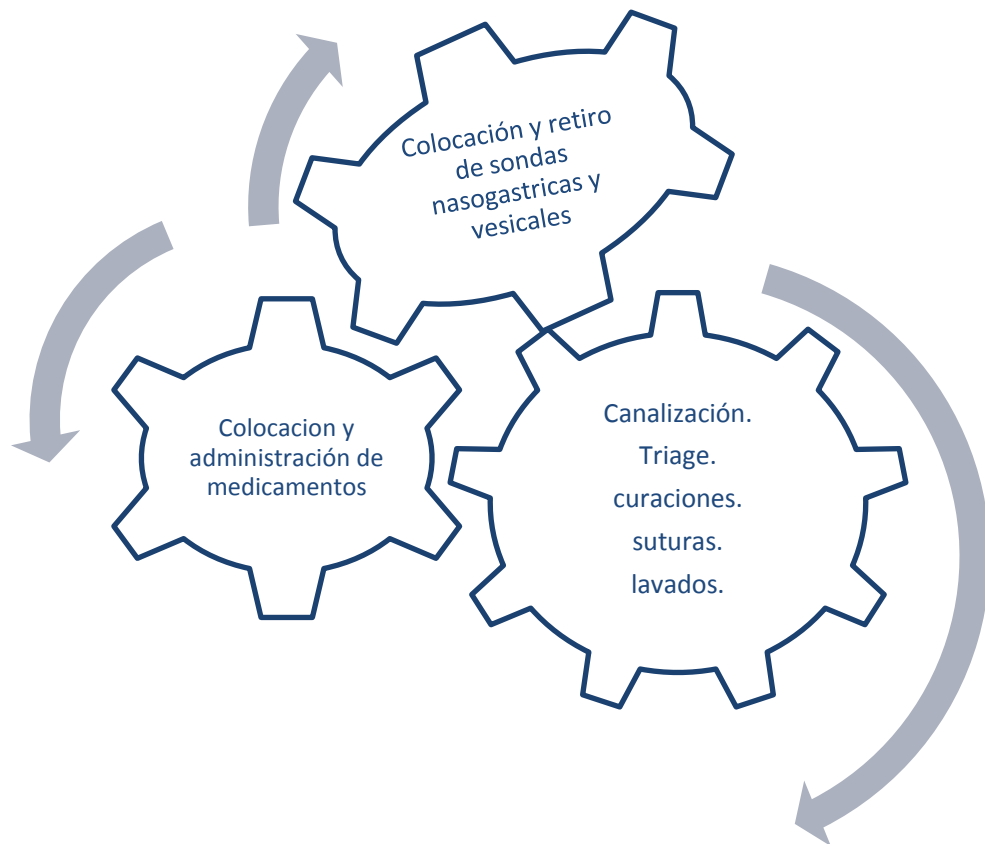
Durante el desarrollo de la investigación se encontró otra situación relacionada con la delegación, diferente a la realizada directamente por el profesional de enfermería; se trata de la autodelegación por el auxiliar de actividades que de acuerdo con el protocolo institucional no son función de él. Para esta investigación se acogió que *autodelegación* significa: *auto*, “‘propio’ o ‘por uno mismo’”⁷⁹, y *delegación*, como se mencionó anteriormente, es “La transferencia de la responsabilidad del cumplimiento de una actividad, conservando el deber de rendir cuentas sobre el resultado”⁸⁰; así, esta investigación consideró como autodelegación la iniciativa del auxiliar de enfermería de realizar actividades que son responsabilidad de una enfermera profesional.

8.6.2 Actividades que se autodelega el auxiliar de enfermería

La autodelegación de actividades por las auxiliares de enfermería se considera de acuerdo con los perfiles ocupacionales y la norma de competencia laboral en las aéreas de la salud; durante el análisis se encontraron actividades que las cinco enfermeras entrevistadas han visto durante su ejercicio profesional y consideran comunes; entre ellas están: administración de medicamentos, canalización, procedimientos invasivos (paso de sondas), triage, curaciones, suturas y lavado gástrico, como se muestra en la Gráfica 6.

⁷⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Op. cit. (27 de julio de 2011).

⁸⁰ POTTER, Perry. *Ibíd.*, pp. 71-72.



Gráfica 6. Actividades autodelegadas por el auxiliar de enfermería.
Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte .

Dentro de las actividades mencionadas podemos decir que la administración de medicamentos no se puede realizar sin una previa delegación de acuerdo con el ítem siete⁸¹ de *Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud*; por otro lado, se considera que la administración de medicamentos y la preparación de mezclas y diluciones es una actividad propia de la enfermera profesional, como lo menciona el Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

⁸¹ Ítem siete: "Administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con técnicas establecida en relación con los principios éticos y legales vigentes" [MATALLANA María Alexandra et al. Op. cit., p. 68].

Para administrar los medicamentos es requisito indispensable que la enfermera tenga una formación sólida en conocimientos científico-técnicos, éticos, estéticos y en lo interpersonal. Dicha formación le permite conocer la farmacocinética del medicamento, los efectos terapéuticos, secundarios, adversos, tóxicos, reacciones adversas e interacciones. También se requiere, por parte de la enfermera, tener en cuenta los protocolos de la Institución sobre la administración de medicamentos y las guías de manejo⁸².

...]

La administración de medicamentos es una actividad propia del profesional de enfermería y que cada institución debe analizar su situación particular teniendo como referencia entre otros aspectos la misión, visión, nivel de atención, calidad de cuidado de enfermería que esperan brindar a los sujetos de cuidado, y los protocolos de atención establecidos⁸³.

Reiterando lo dicho por el Ministerio de la Protección Social y el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, la administración de medicamentos no se la puede autodelegar el auxiliar de enfermería, pero sí puede recibir la delegación, si cuenta con las competencias que establezca la enfermera profesional y si la institución lo tiene establecido dentro de sus protocolos.

Si consideramos las otras actividades, como los procedimientos, en el documento de *Perfiles ocupacionales y norma laboral para auxiliares del área de la salud* no es muy claro, ya que no se encuentra un ítem que haga referencia a que la auxiliar de enfermería de manera autónoma pueda realizar procedimientos como canalización, paso de sondas o curaciones; pero a pesar de que estos procedimientos no se encuentran establecido, Catalina observa la autodelegación de las curaciones desde otro punto de vista:

“Sí, pero cosas de la mano del trabajo; una curación que ellas ven que está mal hecha, básicamente, pero en cosas del día a día que ellas pueden

⁸² PRIETO de Romano, Gloria Inés; MURRAIN Knudson, Elizabeth; SANTAMARÍA Muñoz, Eugenia., Administración de medicamentos. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70:medicamentos&catid=41:conceptos-consultas&Itemid=65 (10 de mayo de 2011).

⁸³ PRIETO de Romano, Gloria Inés et al.

hacer sin ningún inconveniente o tener autonomía, aunque en teoría algunas curaciones debería hacerlo uno, pero ellas las hacen, pues ellas pueden apoyarnos por la carga de trabajo en urgencias de estas cosas básicas”.

De acuerdo con Catalina se puede afirmar que las auxiliares de enfermería pueden apoyar a las enfermeras profesionales en algunas actividades.

En relación con el *triage*, suturas y lavados, se sabe que en la teoría lo realiza una enfermera profesional o el médico; pero dentro del documento que estamos analizando estas actividades no se describen en ningún ítem, por consiguiente, es una actividad que debe realizar un profesional con capacidades y elementos científicos específicos.

8.6.3 Motivos de la autodelegación del auxiliar de enfermería

Las enfermeras entrevistadas refirieron que los motivos por los cuales el personal auxiliar de enfermería se autodelega actividades de cuidado de enfermería son diversos; entre ellos se destacaron: los auxiliares de enfermería quieren sentir más funciones, envanecerse; en relación con si les cae bien o no la enfermera profesional; no se encuentra el profesional de enfermería, o cuando la enfermera profesional les ha delegado antes actividades, las auxiliares de enfermería después deciden realizarlas por propia iniciativa, con un ánimo de colaboración.

“Porque ellos quieren sentir más función sobre ellos, ellos quieren sentirse como más importantes, a veces se autodelegan por colaborar en los servicios, pero hay otros que se delegan por enardecerse ellos, es que fulanita de tal sí hace, zutanita de tal sí hace, como que a veces es por el ego propio profesional de ellos” [Carina].

“A veces hay unas que lo hacen porque quieren, y se relaciona con si la jefe les cae bien o no, porque piensan para eso le pagan más a la jefe” [Isabela].

“Yo inicialmente trabajo con personas que llevan cantidad de años de auxiliares, y lo que uno ve es que muchas veces, lo que te decía al comienzo, ellas a veces cuando uno va a un piso y, por ejemplo, porque están haciendo tal cosas, ah... no es que la jefe está ocupada, es que la jefe no sé qué, pero ellas cuando se toman esas atribuciones cuando tú misma le has delegado muchas veces ese procedimiento, yo estoy ocupada usted haga el electro, entonces la próxima ella no le pregunta, ve la orden y lo toma, en ese caso es que yo he visto que ellas se autodelegan, porque cuando tú una o dos veces las has delegado, ya la próxima ellas lo asumen en que lo hacen” [Alejandra].

Los motivos que llevan a que el personal auxiliar de enfermería se autodelegue actividades de cuidado de enfermería, como se dijo, son diversos y pueden variar; en esta investigación solo se describen algunos motivos que las enfermeras entrevistadas han visto desde su experiencia; por esa razón no sería correcto tratar de justificar actitudes sin tener la mirada de los auxiliares de enfermería; por eso esta investigación solo muestra una mirada.

9. CONCLUSIÓN

Este estudio se planteo como objetivos: describir las características de las enfermeras participantes, describir las características de tiempo, modo y lugar para la realización de la delegación, describir el criterio enfermero que sigue la enfermera previa delegación de actividades: características del auxiliar de enfermería y tipo de actividad a delegar, determinación de la realización o no de supervisión según lo establecido en la Ley 911 de 2004, identificar los motivos y responsables de la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería y de esta manera permitió describir el proceso de delegación de actividades de enfermería en auxiliares de enfermería; en el trayecto del análisis se mostro la realidad que las enfermeras profesionales viven dentro del ejercicio de la práctica, por lo que esta investigación concluye:

Características de las enfermeras participantes

Se entrevistaron cinco enfermeras profesionales; cuatro pertenecientes a instituciones de salud pública, entre IV, II y I nivel de atención en salud, y una de institución de salud privada, de IV nivel de atención; tres de las enfermeras se encuentran en el servicio de urgencias, y dos, en cirugía.

Esta investigación estableció un promedio de enfermeras profesionales/pacientes de 1:30; esto quiere decir que cada enfermera profesional debe atender a 30 pacientes en su turno, número que se hace elevado si se toma como referente las razones de otros países como Estados Unidos, Canadá. que se encuentran entre 1:2.

Características de tiempo, modo y lugar

En relación con el tiempo, esta investigación encontró que la delegación se puede presentar más en los turnos de la noche, debido a las horas de descanso y al bajo número de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería para atender las necesidades de cuidado. En cuanto al modo, se encontró que las cinco enfermeras profesionales coincidieron que realizan la delegación de actividades de cuidado de enfermería de manera verbal; esto quiere decir que se imparte un dictamen directo al auxiliar de enfermería sobre las actividades por realizar. Y el lugar se puede relacionar directamente con dos elementos: el primero es la institución de salud, pública o privada, y el nivel de atención de ella, y el segundo, el servicio en el que se encuentre la enfermera.

Criterios de la enfermera profesional para la delegación de actividades de cuidado

Dentro de los criterios expuestos por las enfermeras participantes en esta investigación para delegar actividades de cuidado se encuentran las características del personal auxiliar de enfermería, expresadas en la habilidad y la honestidad frente al actuar, en el conocimiento frente a las actividades por realizar, y en la responsabilidad, entre otras que se encuentran en la Gráfica 2. Las enfermeras profesionales pueden conocer estas características de su personal auxiliar de enfermería en un periodo de seis meses, que es el que las enfermeras profesionales consideran se debe trabajar con su personal para conocerlo. Otro criterio se encuentra determinado por la actividad que van a delegar. En este estudio se estableció un mapa conceptual, que se encuentra en la Gráfica 3, el cual determina las actividades que delegan comúnmente las enfermeras profesionales; en este estudio se encontró que no todas las actividades se pueden delegar, como los procedimientos invasivos y no invasivos, debido a que dentro de

los *Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral en el área de la salud* no está establecida esa competencia.

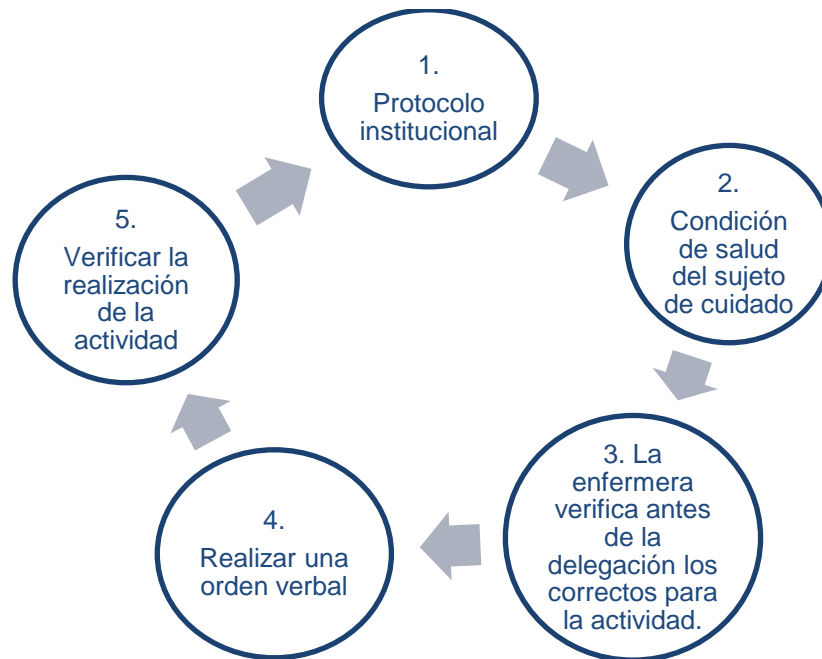
En cuanto a las actividades administrativas, se encontró que los auxiliares pueden abrir la historia clínica, pero no ejercer otras actividades, como la elaboración de escalas de valoración y de riesgo; en relación con otras actividades, como bienestar y confort y administración de medicamentos, se encontró que los auxiliares de enfermería pueden realizar estas actividades siempre y cuando tengan la previa delegación de la actividad o se encuentre establecida en el protocolo o guía de manejo de la institución.

Una realidad que se encontró es que cuatro de las enfermeras entrevistadas coincidieron en que cuando delegan la administración de medicamentos ellas realizan la preparación del medicamento y verifican los correctos [dosis, hora, vía de administración, otros], y luego sí se lo delegan al auxiliar de enfermería, explicándole cómo tiene que administrarlo.

Características de la supervisión de enfermería profesional

Las enfermeras profesionales describieron que hay dos formas de supervisión, la directa y la indirecta, y que la manera más efectiva es la indirecta; además indicaron que dentro de la supervisión se estableció la educación al personal de acuerdo con la *National Council of State Boards of Nursing*, pero se encontró que tres enfermeras deben realizar educación a su personal cuando el tiempo del turno se los permite.

De acuerdo con lo informado por las enfermeras entrevistadas, se elaboró la Gráfica 7, que describe las etapas que las enfermeras tienen presentes en todo el proceso de delegación de actividades de enfermería.



Gráfica 7. Proceso de delegación de actividades según las enfermeras profesionales.
Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte.

Motivos y responsables de la delegación de las actividades de cuidado

Los motivos que llevan a la autodelegación, según las enfermeras, son variados; entre ellos se encuentran: si la enfermera profesional les cae bien o no; si no se encuentra el profesional de enfermería, y si se les ha delegado anteriormente la actividad. En las instituciones públicas el protocolo institucional permite la delegación de actividades al auxiliar de enfermería, dado el menor número de enfermeras profesionales en los turnos de la noche; en las instituciones privadas el protocolo no lo permite, sin embargo se hace, pero sus motivos están más relacionados con la atención al paciente. Catalina dice que esto pasa solo en el servicio de urgencias. Otros motivos que se encuentran de manera similar en instituciones públicas y privadas es el exceso de trabajo, la confianza del personal auxiliar de enfermería y la amistad.

En relación con los responsables de la delegación, se encontró que hay tres personas que realizan la delegación de actividades de cuidado de enfermería, como se ha mencionado todo el tiempo; están la enfermera profesional y la institución de salud, que es lo que comúnmente se encuentra como responsables de la delegación, pero esta investigación encontró que el médico(a) es una persona que realiza delegación de actividades de cuidado de enfermería, como la transfusión; también se encontró que los médicos les delegan responsabilidades propias de su actividad, como lo son el consentimiento informado, la explicación de procedimientos quirúrgicos y la elaboración de fórmulas médicas.

Otros hallazgos de la investigación: Autodelegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería

Dentro de las actividades que se autodelegan las auxiliares de enfermería se encuentran la administración de medicamentos, canalización, procedimientos invasivos (paso de sonda), *triage*, curaciones, suturas y lavado gástrico. La autodelegación, se puede concluir de acuerdo con las enfermeras profesionales, depende del nivel de atención y de la institución; se apreció que se autodelegan más actividades en las instituciones públicas que en las privadas.

Para terminar, se puede concluir que en el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería, aparte de lo determinado por la Ley 911 de 2004, en su artículo 8, tiempo, modo y lugar, criterio enfermero y supervisión, se presentan otros aspectos, como el conocer a su personal auxiliar de enfermería, conocer el protocolo de su institución y saber qué se puede delegar en la institución y de quién son competencia, conocer la responsabilidad de realizar una delegación – que siempre será de la enfermera profesional, a no ser que en el protocolo institución se establezca otro objeto—. Cada uno de estos elementos, que se encuentran dentro de los que establece la Ley 911 de 2004, complementa el proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería, ya que es una

actividad que se realiza frecuentemente en los servicios hospitalarios y asistenciales de las instituciones de salud de carácter público o privado.

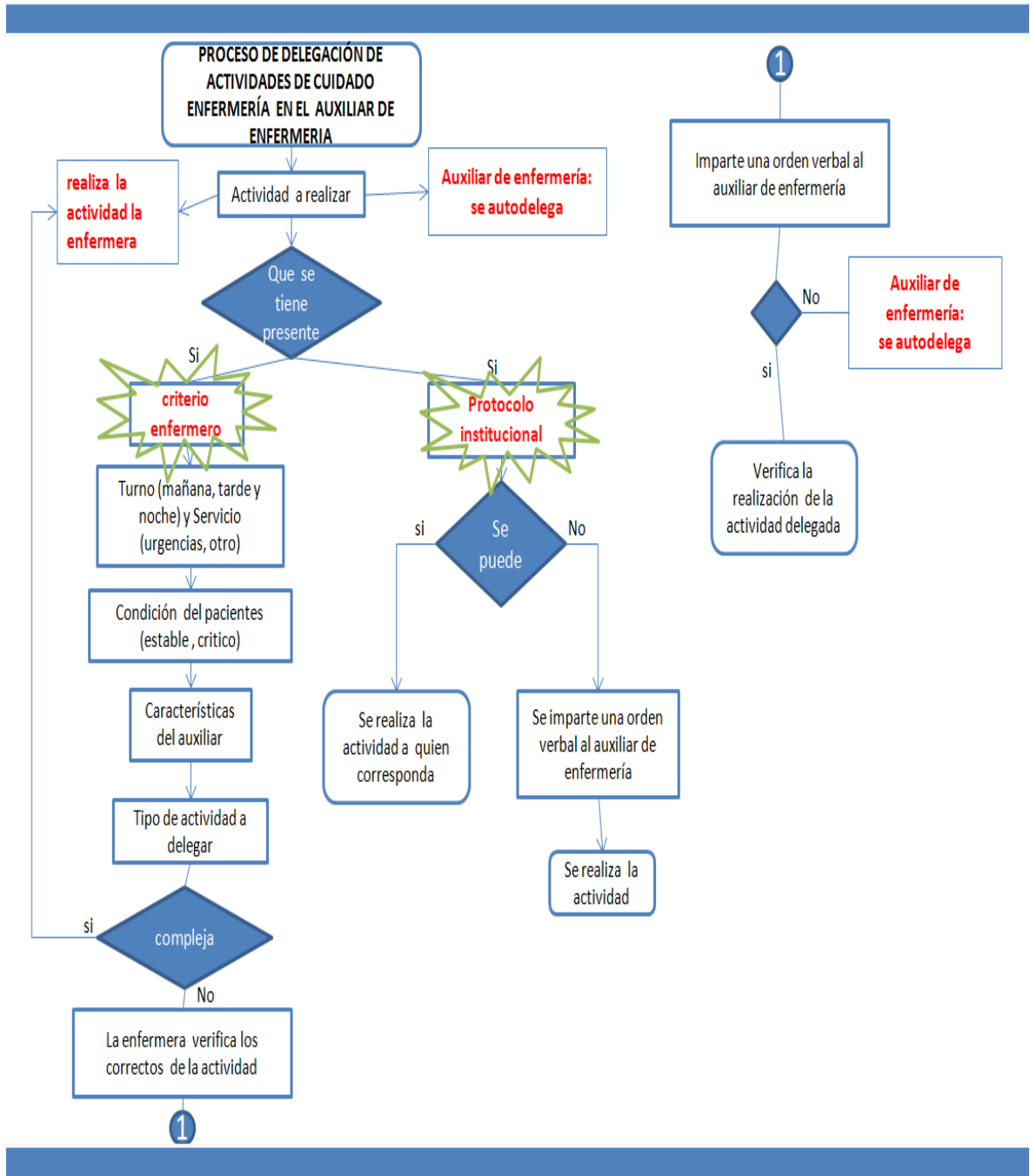


Grafico 8. Flujo grama del proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería.

Fuente: Elaboración propia, Natalia Duarte.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ROSS, AG, MARÍN, JM, Albuquerque, C. Lineamientos para la cooperación técnica en los programas de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, OPS/OMS, borrador para discusión. 1999, 32 p. En: Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. OPS, agosto de 2001.
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Principales indicadores socio laborales aportados por el RUN, Revista ANEC, N.º 72, enero 2011, p. 10.
- PINEDA, Bustos Claudina, Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería, trabajo de grado Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C, 2010, p. 82.
- ROJAS, Andrew y PEDRAZA, Adriana. Problemas éticos y legales a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado intensivo de diferentes IPS de Bogotá en el segundo periodo de 2009. Trabajo de grado, Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, p. 104.
- POTTER Perry. Fundamentos de enfermería. Vol. I, quinta edición. Ed. Elsevier Mosby, pp. 71-72.
- KELLY, Patricia, RN, MSN y MARTHALER, T. Maureen, RN, MS. Nursing Delegation, Setting Priorities, and Making Patient Care Assignments, Delmar, Cengage Learning, New York , Estados Unidos, 2011 P. 3

- MATALLANA, María Alexandra; CÓRDOBA, Elba Josefina; RUBIO, Ruth Yeliza; GONZÁLEZ, Fabián. Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, Anexo técnico 2.1 Auxiliar de enfermería, septiembre, 2004, Bogotá, p. 67.
- DAZA de Caballero, Rosita; TORRES Pique, Ana María; PRIETO de Romano, Gloria Inés. Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Índex de Enfermería*, vol. 14. n.º 48-49, 2005, ISSN 1132-1296.
- Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición CIE: personal Auxiliar de enfermería, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Bogotá.
- MARTÍNEZ, Maicol Alexander. Razón enfermera-paciente. Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia.
- ROMERO, María Nubia; MESA, Lorena y GALINDO, Solanye. Op. cit.
- SERRENTINO, Sheila A. y GOREK, Bernie. Fundamentos de enfermería práctica. Segunda edición. Madrid: Harcourt, 2002, p.14.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Boletín de la Red de CIE, EAD/EPA, N.º 1 junio de 2003.
- MARRINER, Tomey Ann. Guía de gestión y dirección de enfermería; octava edición. Ed. Elsevier Mosby, Barcelona, España, 2009, pp.119-120.

- TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911, Artículo 3. 2004 p. 15.
- BONILLA, Castro Elssy; RODRÍGUEZ, Sehk Penélope. Mas allá del dilema de los métodos; tercera edición. Ed. Norma, Bogotá, 2005, pp. 84-86

Documentos de la web

- PRIETO de Romano, Gloria Inés; MURRAIN Knudson, Elizabeth; SANTAMARÍA Muñoz, Eugenia., Administración de medicamentos. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=70:medicamentos&catid=41:conceptos-consultas&Itemid=65
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Observatorio de calidad de la atención en salud, Bogotá, junio de 2008. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/default.aspx?pagenum=0
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Disponible en: www.udea.edu.co/portal/page/portal/.../decreto_1011_2006.pdf
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia, Observatorio de calidad de la atención en salud, Bogotá junio de 2008. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/default.aspx?pagenum=0

- Ley 266 de 1996, disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BBjDe3rRjilJ:www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf+ley+266+de+enfermeria+resumen&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEEsGurolkp_5NvHgZvV1JOdDrFmV1d1TzuY26vJr0XF3g4dxb5IPNCMqkGiEWI0Twk6XM4NnkQDv0eFE5NZ3cCG9uzxSunsNcPX9icf8B4UleSzd0f1hpMc-ALR9ltZmRpkmlz9m&sig=AHIEtbQibKpYGEtefnwXYNfxdpraLGCjWg
- MEZA GALVÁN, Miguel Ángel. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados, En: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, vol. 17, n.º 3, p. 154, 2009; San Luis Potosí, México. P. 155 y 156 Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093h.pdf
- ROMERO, María Nubia; MESA, Lorena, GALINDO, Solanye. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado, En: Avances de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 12 de noviembre de 2008, <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12899/13659>
- KUERTEN ROCHA, Patricia y LENISE DO PRADO, Marta. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? Index Enferm. 2008, vol. 17, n.º 2, pp. 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 5 de diciembre de 2001, p.

1. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/Articulos/calidaddeatencion.pdf>
- DUQUE Cardona, Sonia. Dimensión del cuidado de enfermería, Colombia, 14 de octubre de 2005, pp. 2-3. Disponible en:
<http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/dimension.htm>
 - Organización Panamericana de la Salud, módulo acceso a servicios, SIC Manizales, noviembre de 2000, <http://www.col>
 - GALÁN, Sarmiento Augusto, Ministerio de Salud, Capítulo II de la naturaleza y ámbito del ejercicio, artículo 3, ley 266 de 1996 del 25 enero, Bogotá, Colombia, p. 3
www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1996/Ley_266.pdf
 - REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición, 2001, Disponible en <http://www.rae.es>.
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=delegacion
 - MILOS, Paulina; LARRAIN, Ana Isabel; SIMONETTI, Marta. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Cienc. enferm., Concepción, v. 15, n. 1, abr. 2009. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100003&script=sci_arttext

Anexo 1.

Consentimiento informado

La información encontrada en este documentó le permitirá determinar atreves de su juicio si quiere participar de este estudio, que realiza una estudiante de la facultad de enfermería de la universidad javeriana, la cual le dará a conocer en qué consiste este estudio, por lo que solicito lea de manera cuidadosa el documento, si tiene alguna inquietud acerca del documentó por favor hágalo saber y con gusto resolveremos la inquietud.

Título de la investigación:

Proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería.

Personas a cargo de la investigación: Natalia Duarte Zubieta estudiante de enfermería de último semestre de la Pontificia universidad javeriana.

Lugar donde se va a desarrollar la entrevista:

Las entrevistas van a desarrollarse en un lugar cómodo, que se e establecerá con cada participante, estas de desarrollaran en la ciudad de Bogotá en el primer semestre de 2011.

Objetivo de la investigación:

El objetivo principal de esta investigación es describir el proceso de delegación de las actividades del cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería.

Beneficios y riesgos de participar en esta investigación:

Las personas que participen de esta investigación se les garantiza que no serena parte experimentos de ninguna índole, lo único que se solicitara es responder una preguntas propuestas para esta investigación que permitirán recoger datos socio demográficos y conocer su experiencia como enfermera profesional.

En esta investigación no tiene ningún riesgo físico o emocional debido a que es una investigación donde solo se van a describir y determinar las experiencias de manera anomia y generalizada en los resultados.

Si en algún momento considera que debe dejar de participar de esta investigación, puede retirarse en cualquier momento.

Método de recolección:

El método de recolección de la información como ya sea mencionado anteriormente es una entrevista la cual consta de preguntas abiertas, esta será grabada (sonido).

Libertad de participación:

Las personas que participan lo hacen de manera libre sin presiones por parte de los investigadores o personas externas.

Las personas que en algún momento consideren que no pueden responder pueden abstenerse de hacerlo

Cadena de custodia:

Este documento le garantiza que la información brindada en la encuesta y entrevista va hacer de uso académico, por consiguiente esta investigación no va proporcionar información privada como datos personales en el desarrollo del análisis o resultados.

La información brindada en cada una de las entrevistas serán utilizadas para cumplir los objetivos de la investigación (uso académico), para efectos de identificación de los participantes y de diferenciación de datos se le dará un número de identificación, por ejemplo participante 00 y un pseudónimo.

Preguntas y contacto:

En caso que usted presente alguna inquietud acerca de esta investigación que no haya quedado clara alguno de los parámetro expuestos anteriormente puede comunicarse con Natalia Duarte Zubieta al correo electrónico duarte.g@javeriana.edu.co .

Si, usted está de acuerdo por favor llenar los datos de abajo:

Nombre: _____

Firma: _____

Servicio o unidad en la que trabaja:

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____

Anexo 2.

Formato de entrevista semiestructurada

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE PROCESO DE DELEGACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2011

N° de entrevista _____

Fecha DD / MM/ AA

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1 Código de identificación. _____
- 1.2 Seudónimo. _____
- 1.3 Edad. _____
- 1.4 Género. _____
- 1.5 Procedencia. _____
- 1.6 Experiencia laboral. _____
- 1.7 Su institución de salud a qué nivel de atención ___ nivel corresponde.
- 1.8 Servicio en el que se encuentra. _____

2. Proceso de delegación de actividades del cuidado de enfermería

- 2.1 ¿Cuándo delega actividades de cuidado de enfermería en qué tiempo del turno, de qué modo (verbal, escrito) y en qué lugar realiza de la delegación?
- 2.2 ¿Cuál el criterio que como enfermera sigue antes de realizar la delegación de actividades de enfermería en el auxiliar de enfermería?
- 2.3 ¿Cuando usted delega, realiza algún tipo de supervisión, si lo hace por qué lo hace y de qué manera lo hace?
- 2.4 En su experiencia ¿Cuáles son los motivos para realizar la delegación de actividades de cuidado de enfermería en auxiliares de enfermería?

2.5 Desde su experiencia ¿Quién o quienes realizan la delegación de actividades de cuidado de enfermería en la institución en la cual trabaja actualmente?

2.6 A partir de su trayectoria, quiere ampliar la descripción del proceso de delegación de actividades de cuidado de enfermería en el auxiliar de enfermería, con información que no se ha preguntado en esta entrevista.

Gracias!!

Comentario de la entrevista: _____

