1.- La Enfermería necesita pararse y realizar una reflexión sobre lo que hace o deja de hacer, antes de realizar tareas mecánicamente que no le supone.
Supongo que te refieres a tareas delegadas por otros, que debieran realizar ellos. Veo dos salidas a esto: buscar un sentido a esas tareas mecánicas (beneficio del paciente, visibilidad enfermera en algún caso) y abrir un debate con esos otros que delegan.

Este punto puede pillarse de dos maneras.

1. Tareas delegadas. Habrá que cambiar el nombre y no usar más la palabra delegación, sino COMPARTICIÓN de tareas. Ej.: Yo suturo una herida porque mi previa valoración así lo ha considerado, no porque el médico me deje suturar. Así que la acción es conjunta o individual según mis/nuestros criterios. Otra cosa es pedir consejo, o solicitar consulta ante dudas a otro compañero (diferénciese de delegar).

2. Acciones mecánicas que no suponen nada: totalmente de acuerdo. Aquí debemos contar con el soporte de las direcciones de enfermería. Como bien decías en Elche, querido amigo Carlos, ¿para qué cojones voy a mirar la TA a un pVGFVFTFGV
aciente 3 veces al día si no es ni hipertenso?

Lo de “compartir” tareas lo vemos ‘hacia arriba’ solamente? Siempre he sostenido que nuestra profesión no puede caer en el mismo error que otras tratando de abarcar todo el espectro del cuidar en exclusiva (me disculpen, @EnferEvidente). @pilidorita: De acuerdo con esta parte (no sé quién lo ha escrito) y en general con lo que comenta @Souhelflayeh más arriba y @enferprometeo más abajo pero no sé si cambiando la denominación o quitándosela directamente, ahí no sabría opinar. Es por sentido común, sin más (que es lo que falta mucha veces en las relaciones con otros “compañeros de equipo”

De acuerdo con @souhelflayeh, pero con determinados matices. No considero que deba cambiarse COMPARTICIÓN, no tenemos que buscarle nombre, todo lo contrario, hay que quitárselo y asumir, de una vez, que son competencias o intervenciones presentes en más de una disciplina. Como enfermero una cifra tensional me sirve para valorar y evaluar, al médico también. Como enfermero puedo poner un humidificador a un paciente con traqueostomía y secreciones muy espesas, el médico también, el fisio también... Son competencias o intervenciones que compartimos porque las disciplinas se solapan. Debemos desterrar la idea

de que unas cosas que hacemos son del médico. ¿Un arquitecto realiza una tarea delegada, colaborativa o de compartición cuando usa determinadas fórmulas de la Física (y que también usa un físico), para determinar los materiales a usar, el peso que soportan las estructuras...? El tema peliagudo lo encontraríamos, por ejemplo, en el caso de la canalización de una vía para administrar el tratamiento farmacológico prescrito por el médico, o el mismo hecho de administrarlo. Tampoco considero que sea una tarea . Entiendo que el médico ha pautado una medicación intravenosa al paciente y ahí se ha quedado. Ese paciente es incapaz de ponérsela, pues nosotros se la ponemos con las máximas garantías de seguridad. Alguien podría decir que tendría que ponérsela el médico, pero yo creo que nosotros, como enfermeros,
tenemos un papel fundamental en que el paciente siga todos los tratamientos prescritos para mejorar su salud, podríamos escudarnos en el manejo inefectivo del régimen terapéutico, la disposición para mejorar el mismo...Lo que sí creo que esta claro es que, desde nuestras competencias (maldita Ley del medicamento) debemos poder cambiar la vía de administración por la seguridad del paciente (que hay mucho médico aficionado a mantener vías durante semanas para administrar un paracetamol IV en un paciente que puede tomarlo oral) o suspenderlo (y, por supuesto, coméntarselo al compañero médico, pero no pedirle, por favor, que se lo suspenda), mismo caso sería para las sondas vesicales para controlar diuresisñ en un paciente autónomo y continente, que puede recoger la orina sin necesidad de procedimientos invasivos, como enfermeros deberíamos no poner la sonda si se puede medir lad orina sin problema o al contrario, ponerla si es necesario. Esto casaría con el punto 7 de este decálogo @VirgiForero: Considero que debemos desterrar el concepto tareas y hablar de cuidados pre-escritos, que no delegados, ya que con los cuidados que aplicamos, ese paciente mejorará, luego se necesita el médico para que preescriba el tto. y la enfermera para que aplique el cuidado (ese fármaco debe ser diluido o no, aplicado en una vía de administración adecuada, etc) El trabajo por tareas ha hecho mucho daño a la profesión.

2- La enfermería necesita una dinamización democrática y transparente en sus cuadros directivos colegiales, asociativos y formativos. Y definir qué es la “profesionalización de la gestión” tanto desde el punto de vista administrativo (o se está en misa o repicando) como desde el punto de vista de capacitación profesional. Todo esto debe estar, a mi entender, desvinculado de cualquier organización sindical o política.

Entiendo la necesidad de gestores enfermeras que crean y defiendan la profesión, dándole valor a las posibilidades de crecimiento, de mejora, de especialización y de autonomía, sin que se terminen perdiendo puestos de enfermería bien necesarios y/o imprescindibles para el desarrollo profesional (se están perdiendo enfermeras en áreas de calidad, investigación, de gestión de casos, de consultas enfermeras, o se van a empezar a perder más)

Quitaría 'completo' e intentaría ser más concreto. Es un punto muy importante @enerevenfermera. ¿Cómo voy a decir si hay que cambiar la dirección de una facultad de grado de enfermería o de un colegio provincial, o de un área o centro? Lo que si puedo concretar es que su elección y control debe ser democrático y transparente y su sistema

electoral no debe permitir que un contínuo obstruccionismo perpetúe ‘no electos’ en los cargos. @EnferEvidente
Yo cambiaría “cambio completo” por “dinamización democrática y transparente” @Erreleo
Acepto. @EnferEvidente.

COMENTARIO: Yo veo que la clave está aquí, concretamente con los cuadros directivos colegiales, podemos seguir asociandonos en diferentes grupos y subgrupos (incluso con el mismo objetivo) pero los Colegios profesionales hay que conquistarlos o reconquistarlos (@enfermera2pto0) a día de hoy las sociedades científicas siguen su curso, las asociativas pueden generar diferentes fuerzas que no son convenientes en este momento (es mejor ser uno fuerte, unir fuerzas)
Decía Jorge Valdano en sus conferencias (hay que buscar un enemigo y un objetivo común para que el equipo se sienta unido) simil futbolístico

Para empezar habría que definir de una vez la colegiación como algo VOLUNTARIO y libre y a los colegios en su papel de garantes de la profesión no como parte de la industria formativa (pre y post) o publicitaria sino como acreditador de los contenidos de calidad de esa formación. @Erreleo (#mesumo) (Está claro que la unión hace la fuerza: prefiero una “reconquistromántica” que una “reconquista batalladora”: La inteligencia emocional obtiene mejores resultados) La “reconquista romántica” con estos es complicado... básicamente porque el interés q les mueve no es el que dicen sus estatutos: la defensa de la profesión! Aquí manda Don Dinero! Y la única manera de sacar a todos estos “mangoneantes”de ahí es implicarse en los colegios y q entre aire fresco... Reconquistar las bases para que caiga la cabeza... Yo ya me estoy implicando en el mío. @tablonenblanco Yo a eso le llamo una reconquista romántica (tipomantis, si quieres) @Erreleo

3-La orientación a resultados debe ser el enfoque principal en la prestación de cuidados. Esto nos permitirá medir los resultados de nuestras intervenciones, generar más conocimiento y ser más visibles en la sociedad. (Biblio: (scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008) @cuidandosfs @cuidandoajr (enfermera2pto0 , #mesumo) (me sumo @VirgiForero)(me sumo @EnferEvidente con la aclaración “⋯resultados para el paciente⋯” por si alguno se despista y busca €) (@jesterhanny #mesumo) @Erreleo (#mesumo) @EnferPrometeo (#me sumo) @pilidorita (#mesumo)

COMENTARIO: Me encanta, en mi hospital incluso se han introducido las NOC en los problemas de colaboración @enfermera2pto0. Fundamental, debemos dar un paso hacia delante y empezar a medir resultados enfermeros. @monavber

4- Las enfermeras debemos apoyarnos en las TIC como una herramienta para el ámbito profesional, la difusión científica y la comunicación a la sociedad. Esto nos permitirá mejorar el acceso al conocimiento y ser más visibles en la comunidad (Biblio:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200010&lng=

es&nrm=iso&tlng=es) @cuidandosfs @cuidandoajr @ruymanbrito (modifico la redacción para evitar redundancias) @jesterhanny @Erreleo (#mesumo) @jtorosantiago @EnferPrometeo (#me sumo) También #mesumo (@pilidorita)(#mesumo @EnferEvidente) @souhelflayeh (#mesupermegahiperultrosumo)

5-La investigación debe consolidarse como un pilar fundamental del desarrollo profesional de las enfermeras. Esto nos dará soporte metodológico, masa crítica, y más visibilidad ante la sociedad y la comunidad científica. Y no hablamos solo de "investigar" sino de "consumir" resultados de investigación. Este pilar debe consolidarse con otro que va de la mano: La formación y actualización de conocimientos, los cuales deben estar basados en las mejores pruebas disponibles. @cuidandosfs @cuidandoajr @ruymanbrito (me sumo) me sumo @VirgiForero +1, @lolamont @jesterhanny (#mesumo) Yo pondría junto a "consumir" "compartir" @Erreleo (#mesumo) @EnferPrometeo (#me sumo) @pilidorita (#mesumo)(#mesumo @EnferEvidente)

Yo aquí añadiría la implementación de los resultados de la investigación. Un dato: la obsolescencia de las referencias en enfermería ronda los 5 años (de la bibliografía que empleamos en la construcción de un artículo). @enerevenfermera
Yo intentaria crear grupos de trabajo en los hospitales(y centros de salud) para fomentar el desarrollo y puesta en marcha de proyectos de investigacion enfermeros. @monavber @Erreleo (#mesumo) Muy de acuerdo con lo que añade @erreleo, no olvidemos los centros de salud (@pilidorita)
COMENTARIO: Este es un aspecto imprescindible, la implementación de los resultados de la investigación. Al fin y al cabo no deja de ser el aplicar la evidencia científica. @jtorosantiago
COMENTARIO: Una propuesta club de lectura cientififca en los hospitales y centros de salud

Es muy importante este punto. En el comité de investigación de mi hospital no hay enfermeras.¿Es común o sólo en el mío? No hay representación porque las enfermeras no investigan y las enfermeras no investigan porque no tienen quien les guíe y anime ni se fomenta la investigación enfermera. Bucle infinito. @EnferPrometeo

6- La formación pre y postgrado de nuestros futuros compañer@s no es una responsabilidad sólo de "quien la cobra". Que las futuras enfermeras tengan la formación práctica relevante que necesitan y que puedan aprovechar los conocimientos adquiridos en la teoría dependen, en gran medida, del espíritu participativo y crítico de quienes apoyamos las rotaciones de prácticas (y esto también porque se sobreentiende) Estimado maestro, yo no daría nada por sobreentendido. @EnferEvidente. +1000 @jesterhanny @EnferPrometeo (#me sumo) @pilidorita (#mesumo) Creo que es un punto muy importante.

Citar la normativa? @enerevenfermera Actualmente la normativa es el caos? Básicamente sí... igual que el tiempo que se dedica a las prácticas
http://portaljuridico.lexnova.es/legislacion/JURIDICO/82753/directiva-del-consejo-de-27-de-junio-de-1977-sobre-coordinacion-de-las-disposiciones-legales-regla#TOP0000_00 y la definición de

profesor asociado y tutor en la pag 38-39 de este enlace. @tablonenblanco

7. Las órdenes referentes a cuidados proporcionadas por otros profesionales de salud se pueden discutir de forma razonada cuando chocan o están en contradicción con el plan de cuidados de enfermería. No hacerlo es muy triste: se da preeminencia a criterios que ponen en cuestión nuestro quehacer. Todo se puede hablar y negociar en el seno del equipo de salud. Aunque deberíamos plantearnos si en ciertos ámbitos este «equipo» existe en realidad o es una falacia en la que se nos ha hecho creer para que no nos sintamos fuera del juego @Lolamont
Nosotras hemos debatido este tema en nuestro hospital (ej GPC UPP) @enfermera2pto0 @EnferEvidente #mesumo. @jesterhanny(#mesumo) @Erreleo (#mesumo) Como bien ejemplificaban @souhelflayeh y @enferprometeo en el punto 1. Por supuesto, también #mesumo (@pilidorita)(#mesumo @EnferEvidente) @souhelflayeh a veces depende de cómo lo enfoques. No es un ordeno y mando. Personalmente con este punto no tengo ningún problema, pero entiendo que los pueda haber, así que, adelante…
OPINION-. En mi medio el trabajo en equipo brilla por su asusencia, y la culpa, en este caso, fundamentalmente de enfenreria

8. Quizá en ese decálogo, partir de lo que nosotr@s pensamos que es la Enfermería, o una definición de lo que puede diferenciarnos y hacernos distintos al resto de las profesiones sanitarias, pudiera ser algo a valorar y que creo que está en el pensamiento colectivo desde hace un tiempo como asignatura pendiente. Por eso incluí ayer ese comentario en el Blog de Carlos que ahora reproduzco aquí con esa idea; no otra que, de partida, poder llegar a la vez a una común y de consenso sobre qué somos y que nos hace diferentes:

-El individuo, en ese intento continuo por mantener un equilibrio tanto interno como externo; en el desarrollo y devenir propio de su vida a través de las distintas fases de adaptación y crecimiento, y más en las situaciones en que, como paciente, presenta necesidades humanas básicas alteradas, niveles de dependencia en cuanto a autonomía, signos y síntomas que puedan llevar a la identificación y planteamiento de un diagnóstico médico y/o un diagnóstico enfermero y a través de la emisión de un juicio clínico que es parte de un método y Proceso manejado y enfocado profesionalmente como traducción del método científico, requiere de la prestación de cuidados de Enfermería.

Es la enfermera el único e insustituible profesional formado y titulado capaz de llevarlos a cabo y/o de instruir a un cuidador informal puntual para ese cuidado que requiere de una valoración sistemática en el intento de adaptación, buen desarrollo y suplencia de las necesidades y problemas que presente el individuo sano y/o enfermo y en “esos itinerarios de vida”. Pudiéndose considerar al colectivo social o al grupo y/o colectividad también como receptores de este Proceso de cuidados y a través de la misma dinámica de intervención enfermera. @dccu @Errele(#mesumo) (yo pondría esta definición al principio del documento)

9) Pego el comentario en el post de cuidando: Serafín, Antonio, Carlos, Andoni, Salva y a todos

los enfermeros: ¿Alguien ha preguntado el porqué, como, quien, donde? a las enfermeras… Yo no me atrevo a generalizar, más que nada porque entre el negro y el blanco hay infinidad de matices en una situación que se está volviendo cada vez más difícil para las enfermeras. Evidentemente estoy de acuerdo con la actitud, la investigación, la metodología, la comunicación, etc… faltaría más! Pero como dice Maslow, sin las necesidades de la base de la pirámide no están satisfechas, es difícil llegar a satisfacer y realizar los escalones siguientes…

4.1 Foro

5 respuestas sin leer.5 respuestas.

Glosario colectivo

Sinceramente, a mi no me extrañan los juicios de salita e incluso justifico “lamentos” en vez de “quejas”. Y porque? Pues no tengo la respuesta que podría reunir a todo el colectivo… Así que la propuesta que os hago, porque la idea del decálogo es estupenda pero para mi se queda coja en la forma… Es precisamente usando el método científico y PREGUNTAR masivamente a nuestras compañeras EL PORQUÉ, QUIEN, COMO, COMO DEBE SER, etc… y luego viene el decálogo…

Creo que entre todos y la difusión q tenemos, podemos llegar a un reflejo bastante real de lo que piensan realmente los enfermeros… Y como tenemos la suerte de contar con un sociólogo de “cabecera” Juan Hernandez Yañez, como persona neutral, creo que es la persona idónea para coordinar nuestro macroestudio (parafraseando al de siempre…)Un saludo
@tablonenblanco @fpeForo Apoyo el decálogo, pero veo muy necesario esta valoración, a que se hace referencia, del pensamiento enfermero a todos los niveles, aunque creo que la revisión bibliográfica ya aporta algunos datos: Hay una de hospital y atención primariatesis doctoral del profesor Joan de Pedro Gómez que se cuestiona aspectos como “Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras”, donde se les preguntan a los gestores y a la enfermería, sobre aspectos de su práctica clínica habitual, la formación, etc. Pues en este sentido, creo que debemos ampliar estos estudios y generalizar resultados. @VirgiForero
Me parece bien que se haga un estudio de el cómo, por qué, quién... como estudio científico y para sacar conclusiones, incluso un pre-post intervención, pero considero que no debe ser condición sine qua non para realizar este decálogo y trabajar por los cambios y logros que se decidan. El avance de la disciplina y la profesión no precisa a todos sus componentes para realizarlo, son los “líderes” los que deben guiar al colectivo. Todo esto surge porque nuestros líderes no trabajan para el avance de la profesión y resulta que los que pululan por las redes son los que se plantean que la disciplina y la profesión tiene que romper los techos y paredes de cristal que aún tenemos y cambiar poco a poco los cristales de las gafas de las enfermeras, otros profesionales y la sociedad. Un liderazgo salido de entre pares que marque la hoja de ruta para que esto se mueva. ¿Se preguntó a las enfermeras y los ATS si querían estar en la

Universidad? ¿Qué hubiera dicho la mayoría? @EnferPrometeo

Algunas reflexiones (@enerevenfermera):
La enfermería no debe reinventarse, debe comprenderse. Debemos utilizar las nuevas vías y Peleemos por la enfermería que queremos sin eludir nuestra responsabilidad individual. Hagamos fuerte a nuestros líderes o sustituyámoslos si fuera necesario; sólo una voz, sin fisuras. Dinamicemos nuestro entorno laboral y tratemos de cambiar el sistema desde abajo, desde nosotros mismos. En medio de esto, el problema es que no existe un discurso unánime de la enfermería. Somos nuestros propios enemigos, o mejor, nuestros complejos. Tenemos que mejorar nuestra comunicación con el otro y darle el valor que realmente tiene a este elemento transversal de la atención sanitaria.métodos de comunicación como herramientas que nos permitan crecer como profesión, no como generadores de un mundo paralelo, abstracto. Enfermería ha demostrado su capacidad para adaptarse a nuevos escenarios sin perder de vista su esencia: el cuidado. Y lo hará de nuevo.

Es necesario ver más allá de nuestros propios pies y, con perspectiva, tratar de construir para nuestro objeto de atención: el cuidado. Estamos en los pródromos de la revolución.

Cuando uno se pasa el tiempo intentando saber quién es, corre el riesgo de dejar de ser.
La redefinición continua a la que estamos sometiendo a la enfermería, no debe tener como elemento central alimentar el ego de una profesión que ha vivido en un complejo de inferioridad continuo amparado en el tradicional modelo Médico Hegemónico. La enfermería es una profesión autónoma... Todo lo autónomo que se puede ser siendo una profesión sanitaria. ¿Hay alguna profesión sanitaria que, en sentido estricto, sea autónoma?

La posibilidad que se abre a enfermería de ser Grado y Doctor, supone un salto cualitativo en sí mismo y no debe ser menospreciado. Ese debe ser el elemento central para nuestro crecimiento: la posibilidad de desarrollo académico y profesional pleno. Siempre que no se diluya alimentando egos. Esta posibilidad debe ser una realidad creíble, en el sentido de dar valor al hecho de generar nuevos conocimientos en la profesión y aplicar resultados (investigación aplicada a los cuidados de enfermería) @VirgiForero

El documento lo haría constructivo. Aportando.

@enerevenfermera
P.D.- Ofrecemos a ENE. Revista de Enfermería para difundir el manifiesto. Además, les propongo difusión en bloque (misma hora todos los post) del decálogo.

P.P.D.- Una mesa, no tiene que demostrar que es una mesa. Lo demuestra siendo.

Apuntes
Me parece que, por las ganas que había de que este movimiento comenzara, estamos

mezclando cosas en esta hoja de ruta y mezclando las tejas con los cimientos, por lo que comparto cosas como las dichas por @dccu, @tablonenblanco, @enerevenfermera, @cuidandosfs, @cuidandoajr...

Antes de elaborar, directamente, la hoja de ruta, tenemos que fijar unas bases, unos mínimos, consensuados.

Propongo que establezcamos tres listados, documentos (que pueden recogerse todos en este), para centrar las cosas.

1.- Axiomas: Enunciados sobre la enfermería y su práctica que no admitan dudas, que no se puedan ni deban refutarse, como: “La Enfermería es la disciplina científica cuyo objeto de estudio son los Cuidados”, “La Enfermería no es una Ciencia subordinada a otras”. Estos axiomas deben servir de fundamento y base para los siguientes listados.

2.- Conjunto de mínimos u objetivos básicos: ¿Qué no podemos permitir los enfermeros? ¿Qué no debemos negarnos a hacer y tenemos que hacer siempre? En este apartado irían cosas, ya dichas, como no realizar tareas mecánicamente, trabajo enfermero enfocado a los resultados, responsabilidad en el pre grado y postgrado de los compañeros aunque no se cobre, rebatir órdenes (pondría mejor tratamientos/intervenciones) de otros profesionales (u otros enfermeros) si contradicen el plan de cuidados, o mejor aún, si va en detrimento de la seguridad del paciente…

3.- Hoja de ruta: ¿Cómo conseguir que todas las enfermeras hagan lo de la lista 2? ¿Plan de intervención, ¿qué pasos debemos seguir para lograrlo? Cambio de los dirigentes, uso de las TICs…

4. Me animo a incluir un cuarto punto o un punto 3 ampliado: cuestiones que deberían modificarse a medio-largo plazo, porque hoy no funcionan: Formación de grado por enfermeros y enfermeros especializados, posgrado en base a necesidades reales sentidas por enfermería: no las generadas por otros profesionales de la salud en base a sus propias necesidades, reafirmación o como se le pueda denominar de los diagnósticos de enfermería: hablo con muchos enfermeros que consideran estos diagnósticos un engorro y no una herramienta útil para su labor en los procesos de atención de enfermería... @Lolamont (sólo punto 4 es mío)
@pilidorita (#mesumo)
@EnferPrometeo
@Erreleo (#mesumo)
Debemos insistir en explicar al paciente en “VERSIÓN ENFERMERA” NNN (o llámalo x) la continuidad de cuidados que le escribimos a su enfermera de Familia , explicar las recomendaciones al alta que le entrega en mano, entiendo que es una forma de DAR VISIBILIDAD a los cuidados que realiza. Dicen que “la mano que mece la cuna...” y es curioso pasamos 24 horas al lado de nuestros pacientes y sus familiares pero no escuchan nuestra música ¿será que no nos ven como porfesionales y si como la parte humana que está a su lado

(lo cual es justo y necesario, pero tambien reivindicamos nuestra parte porfesional) @enfermera2pto0 (pondría aplausos y esas cosas que se ponen en los foros, pero con #mesumo llega @EnferEvidente) GRACIAS Salva (hay momentos que se necesitan aunque sean virtuales ;) los devuelvo al grupo, un saludo rosa. Nosotros, como esa parte humana, que mece a la persona, tenemos esa ventaja; desde esa cercanía que no se debe perder, es desde donde debemos contar nuestro NNN. Rosa, hay que cantarles suave y al oído. La relación enfermera-paciente es uno de nuestros fuertes, desde ahí fortalecemos nuestra base: los NNN, los NOC, etc. Un abrazo a todos. @Erreleo.

Copio el decálogo de Axiomas publicado en
http://prometeodesencadenado-enfermeria.blogspot.com.es/2012/05/apocalipsis-tengo-una-revelacion.html

(El 8 y el 1 se complementan: "La Enfermería es la disciplina científica no subordinada a otras que se encarga del Cuidado del ser humano.") @EnferEvidente

Sé que se complementan, de hecho el 8 era el 2 en la primera redacción, pero considero que deben estar separados porque el axioma 8 no debería existir. Definirnos como disciplina científica debería bastar para declarar nuestra autonomía, aunque a día de hoy deba recordarse el punto 8 a muchas enfermeras.
@EnferPrometeo

Concuerdo con que, en efecto, la propia definición de disciplina científica conlleva autonomía, pero la actual situación parece que "necesita" cuando menos que la palabra "autónoma" o algo similar refuerce su definición.

Pequeña NOTA: me sumo un poco tarde a este documento. Simplemente decir que me parecen muy buenos los apuntes que ha hecho @enferprometeo en cuanto la necesidad de partir de unos axiomas y empezar a desarrollar todo el trabajo a partir de ahí. Me gustaría hacer solo un pequeño apunte y es que al elaborar el conjunto de mínimos u objetivos básicos tengáis en cuenta todos y cada uno de los ámbitos enfermeros porque aunque no estén reconocidas como especialidades, las funciones de enfermería varían de un puesto de trabajo a otro. (no las funciones fundamentales). Lo digo porque siempre que se habla de la enfermería, de los Cuidados de Enfermería, del PAE, etc se centra el debate en lo que hace o deja de hacer la enfermería hospitalaria y nos olvidamos un poco de los demás. Al menos es la sensación que me da a mi. A veces no me identifico con muchos de los problemas-debates que aparecen en los foros, blogs y demás con respecto a mi profesión. Quizá le pasa a más gente. Es solo un pequeño apunte. @jesterhanny @EnferPrometeo (#me sumo) Soy de los que barren para hospitalaria, mea culpa.

Dos Propuestas para Conjunto de mínimos u objetivos básicos:

- La Enfermera no puede ser obligada a asumir funciones y responsabilidades en ámbitos especializados que requieran una capacitación y experiencia previa.

(Me ha parecido siempre esto de enviarte a cualquier servicio específico-uci, quirófano...- y dar por hecho que eres responsable de lo que haces sin poder serlo, aparte de una temeridad en relación a la seguridad del paciente, una falta total de respeto a nuestra profesión . ¿En qué otra profesión se hace esto? En la nuestra es la práctica usual.Es una forma de desvalorar nuestro trabajo, puesto que si cualquier Enfermera, capacitada o no, puede hacerlo será porque nuestras tareas son fácilmente prescindibles.) Esto es lo de siempre, la LOPS permite las áreas de capacitación avanzadas, las especialidades sobre todo la MQ esta en el aire y para más Inri están surgiendo másteres sobre distintas áreas q podrían ser de capacitacion avanzadas según le parece al iluminado de turno sin objetivo ni orden establecido... ¿Quien organiza todo esto? La ANECA, la CNDUE, el CGE, el ministerio de Sanidad, el de Educación, las comunidades autónomas? Mientras en España, no se sienten todos los actores a ordenar esto, creando un Foro como el de la profesión médica que por lo menos es más plural en cuanto a los órganos de decisiones y de interlocución con los distintos estamentos para la regulación académica y profesional... No hay manera de establecer los requisitos para asumir esto... De momento solo existen las normas de las bolsas de las CCAA y con 17 requisitos a cual más surrealista: desde 2 meses de trabajo en dicho servicio a obtener un experto (costoso), incluso algunos piden máster q ni está acreditado por la Aneca... @tablonenblanco @fpe_foro

Quizás habría que enunciarlo de otra manera que no parezca, en una rápida y mala lectura, que la enfermería no quiere asumir competencias o responsabilidades. Quizás: “La enfermera desarrolla funciones y responsabilidades en diversos ámbitos, desde los más básicos a los altamente especializados. La enfermera que trabaja en ámbitos especializados requiere una capacitación y experiencia previa”. @EnferPrometeo

- La Enfermera será reconocida por sus competencias, resultados y formación, y no por su antigüedad en el servicio.

(¿Cambiará alguna vez esto, en nuestros sistemas de salud obsoletos, donde la Enfermera que menos se ha movido(de un servicio a otro), por las razones que sean, es premiada , y la Enfermera que sí se ha movido, por las razones que sean, es castigada?)

mctebar@hotmail.com @EnferPrometeo (#me sumo) Es un gran problema. Si sólo cuenta la antigüedad, ¿para qué la formación contiuada?, ¿para qué investigar?, ¿para qué participar en congresos, jornadas...? @pilidorita #mesumo. Es la realidad en muchos sitios. Se “regala” el grado profesional por antigüedad y algún curso que viene a ser lo mismo que cobrar más por ser más antiguo pero ¿eso no se pagaba ya? Hay que fomentar la formación continuada de

verdad. (#mesumo @EnferEvidente aunque con el retroceso generalizado a jornada de 37.5 horas se ha reconocido implicitamente que esa política de re-premiar la antiguedad fue un bluff) @souhelflayeh hay que empezar por los propios compañeros, muchos siguen pensando en la antigüedad como excusa. @VirgiForero Entiendo que la antigüedad no debe ser excusa para la capacitación, pero si comprendo que la antigüedad debe ser revalorizada, es decir, aquella persona que no se ha movido, pero se ha preocupado de formarse de manera especializada en su área de trabajo, es una buena forma de mantener viva la motivación y el deseo de progresar, contra la idea de tener derechos adquiridos sólo y exclusivamente por mantenerse muchos años en un mismo sitio. Hay que buscar la motivación y la progresión, contra la desmotivación laboral de la profesión.
Precisamente de eso se trata, de valorar más a la persona que haya seguido formándose, haya cambiado de servicios o no. También valorar los que hayan investigado, no cómo ahora que puedes seguir trabajando como hace 30 años y tener prioridad para coger plaza (consolidación), para concurso de traslados... y no priorizar por los mejor formados, los más eficientes... Lo mismo pasa con las bolsas de trabajo, es cuestión de tiempo trabajado que no tiene límite para puntuar, la formación sí. @EnferPrometeo