

LA “GESTIÓN DEL CUIDADO” EN LA LEGISLACIÓN CHILENA: INTERPRETACIÓN Y ALCANCE

THE CONCEPT OF “MANAGEMENT OF CARE” IN CHILEAN LAW: INTERPRETATION AND SCOPE

PAULINA MILOS H.*

BLANCA BÓRQUEZ P.**

ANA ISABEL LARRAIN S.***

RESUMEN

La legislación chilena al definir el rol social de las enfermeras les asigna, entre otras funciones, la “gestión del cuidado” (1997). A partir de la Reforma de la Salud (2004), que establece una nueva Autoridad Sanitaria y Gestión, la “gestión del cuidado”, pasa a formar parte de la estructura de los Servicios de Salud. En concordancia, el Reglamento de los Servicios de Salud (2005) y la Norma Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud (2007) entregan las bases orgánicas funcionales de las Unidades de Gestión del Cuidado, para la atención cerrada. No obstante el desarrollo legislativo observado, la expresión “gestión del cuidado”, en cuanto función y estructura ha presentado dificultades interpretativas, lo que ha llevado a una confusa socialización del término. Este trabajo pretende ser un aporte en su comprensión.

Palabras clave: Enfermería, gestión del cuidado, legislación como asunto.

ABSTRACT

Chilean legislation defines the social role of nurses and assigns, among other functions, the “management of care” (1997). Since Law No. 19,937 (2004) was dictated, in which a new Health Authority and Management is established, the “management of care” is inserted in the structure of health services. The Administrative Norm No. 19, of the Ministry of Health (2007) gives guidelines for implementing the management of care units in hospitals. Despite the development of legislation, it appears that the term “management of care” has presented difficulties of interpretation as to its meaning and scope, which has led to a confusing socialization of the term. This paper intends to be a contribution to its understanding.

Key words: Nursing, nursing management, management of care, legislation as topic.

Fecha recepción: 21/09/09 Fecha aceptación: 05/04/10

INTRODUCCIÓN

El legislador, en el año 1997, representando el sentir de la sociedad chilena reconoció que el problema social que resuelven las enfermeras es la satisfacción de la necesidad de cuidados

de salud de la población. Este reconocimiento significa, por una parte, que el cuidado es la aportación específica de la enfermera a la atención de la salud y, por otra, que un ámbito determinado de la atención en salud ha sido reservado para las enfermeras, con el objeto de otorgar certeza jurídica respecto a

* Enfermera, abogado. Universidad de los Andes. E-mail pmilos@uandes.cl.

** Abogado, investigadora Departamento de Estudios Biblioteca Congreso Nacional. E-mail bborquez@bcn.cl

*** Enfermera-matrona. Directora Escuela de Enfermería Universidad de los Andes, Santiago, Chile. E-mail alarrain@uandes.cl

su campo de acción, en orden a garantizar el derecho a la protección de la salud. Es así, como a través de la Ley N° 19.536 (1) se introdujo un nuevo inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario, mediante el cual se definió el rol social de la enfermera: el legislador le asigna tres grandes funciones: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente. De estas funciones y para los efectos del presente análisis, adquiere especial interés aquella que se refiere a la “gestión del cuidado”. Esta función fue definida por la Comisión de Legislación en Enfermería (Ministerio de Salud 1995-1997) como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”. A su turno, el proyecto de ley que dio origen a la Ley N° 19.536, asume la “gestión del cuidado” como “el contenido del ejercicio profesional de la enfermera, lo que incluye proveer cuidados de enfermería propiamente tales y la administración efectiva de los recursos humanos y materiales” (2). De la mano, ahora en el contexto académico, se ha argumentado que la creciente complejidad del ejercicio de la actividad sanitaria –dada tanto por la relación con las personas y la comunidad, como por la incorporación de nuevas tecnologías y procesos de gestión–, ha condicionado el importante desarrollo disciplinario de la gestión del cuidado. Esta realidad ha servido de fundamento para considerar la exclusividad universitaria en la formación de las enfermeras, que más allá de modular competencias, le permitan abordar de manera integral las necesidades de salud de la población (3).

A partir de la normativa vigente –Código

Sanitario. Libro V: “De la Medicina y Profesiones Afines”– es posible observar que el legislador ha encargado en forma exclusiva a las enfermeras la “gestión del cuidado”, función que no ha sido asignada, legalmente, a ningún otro profesional de la salud, comportándose, entonces como un acto propio entregado en exclusividad. No sucede lo mismo con las funciones de “ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico” y “el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente”, que si bien son propias de las enfermeras y exclusivas en su ámbito de actuación, son comunes a otras profesiones. Son actos propios de una profesión aquellos que el ordenamiento jurídico positivo atribuye única y exclusivamente a una profesión determinada (4) o que se encuentran reservados a una profesión reglamentada, por disposición de la ley; y sin perjuicio que tales actos puedan ser compartidos por una o más profesiones tituladas o con sus colaboradores (5). Esta precisión nos lleva a distinguir entre “actos propios” y “actos exclusivos” (6). Conforme a esta concepción, la función “gestión del cuidado” constituye un acto propio entregado en exclusividad.

En el año 2004, como parte del proceso legislativo que establece la estructura jurídica de la Reforma a la Salud, se dicta la Ley N° 19.937, que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979¹, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria y Gestión (7). Este cuerpo normativo, en su Mensaje, declara de manera textual: “Los recursos que el país dispone para cuidar la salud de la población, son limitados y escasos. Es necesario, por lo tanto, que el país oriente estos recursos para asegurar que las enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles a la población, sean adecuadamente tratadas [...]”. La orientación de los recursos – agrega – debe estar alienada

¹ Ley, actualmente contenida en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469 (D.O. 24.04.2006).

con los Objetivos Nacionales de Salud, a saber: a) disminuir las desigualdades en salud; b) enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; c) proveer servicios acordes con las expectativas de la población; y d) mejorar los logros sanitarios alcanzados (8). Es en este contexto en el que se inserta la “gestión del cuidado” en la estructura de los Servicios de Salud dependientes del Estado². Su inclusión, de manera expresa, se hace a través del artículo 1º N° 22 de la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que introduce un nuevo Título IV y V al D.L. N° 2.763, de 1979, por medio del cual se incorporan los artículos 25 A (Título IV De los establecimientos de autogestión en red) y 25 Ñ (Título V De los establecimientos de salud de menor complejidad), normas que establecen, entre otros, estructuras específicas para la “gestión del cuidado”, como un requisito mínimo a cumplir por los establecimientos de salud de mayor y menor complejidad³. Por su parte, el Decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (9), en su artículo 51, dispone que la “gestión de cuidados” comprende las acciones destinadas a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. Cabe hacer notar la similitud del mencionado artículo 51 con los términos utilizados por el legislador al definir, en el artículo 113 del Código Sanitario, la gestión del cuidado en cuanto función de la enfermera.

En el año 2007, con la Norma General Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud, se pretende la implementación de las Unidades de Gestión del Cuidado en los establecimientos de salud que brinden atención ce-

rrada (10). Según lo señala la propia norma, esta iniciativa responde a la definición del artículo 113 del Código Sanitario y al nuevo ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención en salud⁴. Es del caso hacer presente: 1. que la disposición ministerial, en variados pasajes, utiliza la expresión “gestión del cuidado” para referirse a la “gestión del cuidado de enfermería” y 2. que define la “gestión del cuidado” en términos similares a como lo hiciera, en su momento, la Comisión de Legislación en Enfermería. Por su parte, la normativa añade que la “gestión del cuidado” es uno de los componentes básicos que contribuyen al desarrollo de la gestión clínica hospitalaria, desde que la gestión clínica se sustenta en dos pilares fundamentales: la gestión médica “de curar” y la gestión de enfermería “de cuidar”. Con todo, el objetivo de la norma es implementar el modelo de “gestión del cuidado”, de modo de propiciar la calidad y continuidad de los cuidados en la atención cerrada. En síntesis, lo que la Norma N° 19 viene a hacer es explicitar la forma de estructurar la “gestión del cuidado” en los establecimientos públicos de salud, con el objeto de favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y optimizar el uso de los recursos asignados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar del desarrollo legislativo, en la práctica, determinar el sentido y alcance de la “gestión del cuidado” ha presentado dificultades interpretativas. Esta situación ha incidido en una confusa socialización del término, que se ha traducido, en algunos casos, en una equí-

² La normativa que proyecta la gestión del cuidado –de función a estructura– regula sólo a los Servicios de Salud dependientes del Estado. No obstante, cumple un rol orientador para hospitales y clínicas privadas.

³ Ambas normas, en la actualidad, se encuentran contenidas en los artículos 31 y 45 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud.

⁴ Este nuevo modelo se encuentra establecido en el DFL N° 1 de 2005 (artículos 31, 35, 36, 45 y 46) y reglamentado en el Decreto Supremo N° 140 de 2004.

voca delimitación del ámbito profesional de la enfermera (función), como también en un cuestionamiento de la organización de sus servicios (estructura). Así se ha sostenido, en el Informe de Ética sobre la Gestión del Cuidado de Enfermería, agosto 2009, del Colegio Médico de Chile A.G., que la Norma Administrativa N° 19 viene a escindir una actividad única, cual es la gestión clínica, ello con repercusiones negativas: éticas y jurídicas. Las primeras lo serían, en cuanto afectarían la atención integral del paciente. Las segundas, como consecuencia del supuesto aumento de efectos adversos producto de la separación conceptual y organizativa de una única actividad—la atención en salud—, con el agravante que “en primer término éstos [los efectos adversos] se imputarían a los médicos en cuánto líderes del equipo, a pesar que la responsabilidad directa pudiera corresponder a otro integrante de dicho equipo” (11). Por su parte, el Colegio de Enfermeras de Chile A.G., ante la equívoca interpretación y aplicación práctica que del concepto “gestión del cuidado” estarían efectuando los establecimientos públicos, solicitó a la Contraloría General de la República (CGR) que aclarara si la expresión “gestión del cuidado” utilizada en la Ley N° 19.937, aludía a los servicios profesionales de la enfermera. Frente a la consulta planteada, la CGR emitió el Dictamen N° 51.951 (12) el que, en lo principal, se funda en el Informe, que a solicitud de la propia Contraloría, emitiera el Ministerio de Salud (MINSAL). Dicho informe señala que no existe dentro de nuestro ordenamiento norma jurídica que declare como privativa de las enfermeras el desarrollo de la “gestión del cuidado”, ni que impida la intervención en ella de otros profesionales. Al mismo tiempo expresa que la “gestión del cuidado” es un concepto con un marcado componente de carácter técnico y de una amplitud mayor al ejercicio de la labor de enfermería, sin perjuicio de que el cuidado sea de la esencia de dicha profesión. En conformidad al pronunciamiento ministerial, el órgano contra-

lor estuvo por resolver la cuestión planteada expresando de manera textual que: “[...] la gestión del cuidado, en el aspecto que interesa, está vinculada a lo sustantivo de la actividad que les corresponde desempeñar a las enfermeras, sin perjuicio de que, tal como se ha expuesto, su desarrollo abarca un ámbito mayor de acciones, por lo cual también pueden intervenir en ella profesionales de otras especialidades, como las matronas” (13).

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

De acuerdo al problema planteado, tanto desde la óptica de la CGR como de la del MINSAL, cabría comprender que la “gestión del cuidado”, si bien forma parte de la esencia del ser enfermera, no constituye una función privativa de la misma, pudiendo ésta ser desempeñada por otros profesionales, en especial por matronas. De lo expresado, resulta evidente la poca claridad que en la práctica existe acerca de la verdadera naturaleza, sentido y alcance de la locución “gestión del cuidado”. Cabe preguntarse si esta falta de claridad emana de la legislación vigente o bien deriva de una errónea interpretación de la misma.

A continuación nos referiremos a algunos aspectos de carácter general que nos ayudarán en el análisis del problema:

1. Comprensión del concepto “gestión del cuidado” en cuanto función

1.a. *La locución “gestión del cuidado”*. El legislador se ha valido de la expresión “gestión del cuidado” para designar una función propia de las enfermeras. A través de ella nos entrega la idea o concepto que quiere transmitir, que es, en consonancia con una de las definiciones clásicas, como la de la profesora Ana Cecilia Ortiz Z., la realización de un conjunto de acciones, bajo criterios éticos y profesionales propios de las enfermeras que

se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito, cual es el cuidado de los pacientes; en cuyo resultado influye la utilización de recursos. Propiciamos que la expresión “gestión del cuidado” se comporta como una locución. En esta locución, se unen en forma estable y permanente dos palabras –gestión y cuidado– como una unidad léxica, con significado propio, no derivado absolutamente de la suma de los significados de sus componentes. Se trata de la combinación fija de dos palabras que funcionan como una sola. En este caso es la unión de dos palabras que funcionan como un sustantivo. Es así que la locución “gestión del cuidado” supera el significado de las palabras –gestión y cuidado– consideradas en forma individual y es en el significado de la unión de estas palabras donde identificamos el quehacer propio de las enfermeras.

1.b. *El uso de la locución “gestión del cuidado”*. La “gestión del cuidado” que protege el Código Sanitario, la Ley N° 19.937 y demás normas referidas en este artículo, es la gestión del cuidado de enfermería. Que la “gestión del cuidado” del artículo 113 del Código Sanitario no se acompañe de un apelativo (“de la enfermera” o “en enfermería”) se debe a que se encuentra establecida en el contexto de la definición de los servicios profesionales de la enfermera y responde a una terminología técnica propia de las enfermeras y de uso común tanto en la doctrina nacional como extranjera. Es frecuente, en la normativa administrativa, en las revistas especializadas, en la actividad docente y de investigación, referirse a los servicios de la enfermera o a la atención de enfermería con el término “gestión del cuidado”. Prueba la costumbre de su uso, una búsqueda en *Google.com*, bajo el descriptor “gestión del cuidado”, la que arroja resultados mayoritariamente vinculados a Enfermería o no vinculados a ninguna otra profesión. Cabe apreciar, sin embargo, que el término no es unívoco, ya que se puede referir tanto a la función profesional como a la

estructura organizacional de los servicios de la enfermera representada, en nuestro país, por las Unidades de Gestión del Cuidado.

1.c. *Naturaleza y alcance de la función “gestión del cuidado”*. La gestión del cuidado, en cuanto función, tiene como finalidad el cuidado de la persona, la garantía de sus derechos y la eficiencia y eficacia en la asignación de los recursos: cuantificación de los beneficios sociales y económicos, relación costo-efectividad y distribución de los servicios de enfermería a nivel del usuario y a nivel social. El alcance de la gestión del cuidado reclama en su ejercicio un criterio valórico y profesional propio de las enfermeras. La gestión de los cuidados de enfermería dirá siempre relación con la persona: la vida, la integridad física y síquica, la salud e intimidad, todos bienes que son valorados y protegidos jurídicamente por la sociedad. La gestión del cuidado es la valoración del paciente, su entorno y los recursos con que se cuenta en vista a obtener el mejor cuidado de enfermería posible en una persona o grupo de personas (14).

1.d. *La gestión del cuidado como centro de la disciplina de la enfermería*. La “gestión del cuidado” representa el conocimiento abstracto de la profesión y su capacidad para resolver problemas de forma discrecional. La “gestión del cuidado”, con conocimientos, reflexión y creatividad interviene las variables críticas de la atención en salud en general, y de la enfermería, en especial: acceso, oportunidad, seguridad, calidad y reducción de costos (15). Postulamos que la gestión del cuidado –en cuanto función profesional– recoge el conocimiento teórico propio de la enfermería y lo traduce en una actividad específica. En sí misma, la gestión del cuidado no incluye acciones destinadas solamente a apoyar una práctica, “[...] implica crear un cuidado construido sobre la base de diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la

intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones” (16). Desde otra dimensión, se trata de “un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (17).

1.e. *La “gestión del cuidado” en cuanto responsabilidad profesional.* La “gestión del cuidado” es intransferible en cuanto requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, científico-técnicos y jurídicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería. El criterio profesional al que aludimos lo entendemos como *aquella aptitud para apreciar una situación o problema, que permite ubicarla dentro de la disciplina de enfermería y encontrar su solución conforme a los principios éticos que orientan la profesión, las normas jurídicas que la regulan, los conocimientos científicos y humanistas que la avalan, los recursos de que dispone y las necesidades concretas del paciente que demanda cuidado.* La gestión del cuidado es lo que la profesión enfermera ofrece de forma única a la sociedad. Siguiendo a Abbott, esta capacidad de resolución de problemas, requiere del saber formal y de la eficacia práctica de una determinada profesión, del conocimiento abstracto y de los procedimientos concretos (18). La resolución de problemas específicos es lo que precisamente una profesión no puede delegar o encargar. Siendo así, la resolución de problemas profesionales tiene que ver con competencias, pero estas por sí solas no son suficientes. Será necesario además, por las consecuencias de los actos y acciones involucradas, el reconocimiento social y jurídico de la profesión.

1.f. *La “gestión del cuidado” y el equipo de enfermería.* A través del ejercicio de la “gestión del cuidado” (y el cuidado) la enferme-

ra cumple su función social, lo que significa que la profesión resuelve un problema social determinado, como no lo podría hacer ninguna otra profesión, en razón de lo cual la sociedad, por mandato legal, se lo ha encomendado. El cuidado de la persona y su salud, si bien es de la esencia del quehacer de la enfermera, en la práctica *–previa gestión del cuidado–* puede ser encargado *–mediando selección, indicación y supervisión–* a un técnico de nivel superior, a otro profesional, a un auxiliar de enfermería o a un alumno e informalmente, a personas legas en salud. La gestión del cuidado –en cuánto función– conlleva ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mayor y mejor satisfacción de las necesidades de cuidado (18). La gestión del cuidado es la función que permite a la enfermera generar actividades de cuidado, multiplicando así su accionar (18).

2. Comprensión del concepto “gestión del cuidado” en cuanto estructura

2.a. *La necesidad de una estructura orgánico-funcional para la gestión del cuidado.* El espíritu del legislador ha sido comprender que la “gestión del cuidado” se refiere al cuidado enfermero que alcanza a todo tipo de personas, sanas y enfermas, durante todo el ciclo vital, en todos los niveles de atención, desde el nivel primario de atención hasta la atención altamente compleja y tecnologizada. El alto impacto social de esta profesión (los servicios de enfermería en un hospital representan más del 70% de las intervenciones y una parte significativa del presupuesto hospitalario) determina su necesaria proyección e inserción en la estructura orgánica funcional de los servicios de salud. El Mensaje que originó el Proyecto de Ley que definió los servicios profesionales de la enfermera, en su momento, señalaba: “La necesidad de diferenciar el quehacer de la enfermera se fundamenta en que esta profesional, junto al médico y al químico farmacéutico, confor-

man la triada básica en la atención en salud, pues es a ella a quien corresponde con mayor frecuencia resolver la demanda en salud de la población” (19).

Todo indica que el legislador con la expresión “gestión del cuidado” ha comprendido que ésta constituye una *–función y estructura–* que compete a las enfermeras y a la enfermería. Así, al establecer la “gestión del cuidado” como requisito a cumplir por los establecimientos de salud autogestionados y de menor complejidad, el legislador no pudo sino que estar pensando en los servicios de enfermería. Concuera con lo anterior la recurrente normativa, que a partir de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión se ha generado en orden a reconocer la “gestión del cuidado” como un acto propio de la enfermera, que por su alcance, requiere de una estructura que la sustente. Así se observa, a modo de ejemplo, en: a) El documento “Orientaciones para la implementación de la gestión del cuidado” Ordinario N° 156, del 26 de enero de 2006, señala que “la gestión del cuidado es un aspecto clave y central en la calidad de la atención de pacientes, toda vez que las actividades de enfermería representan un alto porcentaje de toda la gestión sanitaria” (20). b) El Protocolo de Acuerdo Ministerio de Salud - Colegio de Enfermeras de Chile, de 17 de octubre de 2006, que hace sinónimo la gestión del cuidado a la gestión del cuidado de enfermería (21) y c) La Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada, ya comentada.

2.b. *La gestión del cuidado de la Ley N° 19.937 es la gestión del cuidado de enfermería.* Según se aprecia en la historia de la Ley N° 19.937, cuando ésta se encontraba en segundo trámite constitucional, se presentaron las Indicaciones N°s 150, 151, 152, 158, 159, 261, 262 y 263, todas ellas tendientes a incorporar la “gestión del cuidado” como un requisito básico para la obtención de la calificación de establecimiento autogestionado en red y de

menor complejidad. En lo que respecta a las Indicaciones N°s 150 y 151, que proponían el reemplazo de la oración final del inciso 2° del artículo 25 A por la siguiente: “Los requisitos deberán estar referidos al menos a gestión financiera, gestión personal, gestión del cuidado, indicadores y estándares fijados en convenios y normas”, debe destacarse que ambas indicaciones fueron aprobadas por unanimidad y que se hizo presente que la incorporación del concepto “gestión del cuidado”, reconocido en el Código Sanitario se realizaba como una forma de mantener la coherencia de la legislación aplicable. Por su parte, el Ministro de Salud de la época, precisó que el concepto gestión del cuidado “rescata la presencia y actividad de la enfermería en los hospitales, siendo importante consignarlo en la regulación de la nueva autoridad sanitaria como forma de fortalecer los equipos de trabajo”. Por otra parte, las Indicaciones N°s 158 y 159 proponían agregar un inciso nuevo al final del artículo 25 A, en el cual se expresara: “Un Reglamento deberá establecer los términos de la gestión de cuidados, los cuales no podrán ser de menor alcance a lo señalado en el artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario”. Si bien, éstas dos últimas indicaciones fueron rechazadas, la Comisión convino, según consta en actas, en dejar constancia, en la historia de la ley, que la gestión del cuidado debe hacerse conforme a lo dispuesto por el artículo 113, inciso cuarto, del Código Sanitario (22).

3. Contrargumentos que fundamentan las siguientes afirmaciones:

3.a. *Por qué la gestión del cuidado no escinde la unidad de la atención en salud.* La aprensión del Colegio Médico de Chile A.G., frente a la existencia de Unidades de Gestión del Cuidado como factor desequilibrante de la unidad de atención del paciente (22), no puede ser más lejana al espíritu del legislador y al de las enfermeras. Se atribuye un efecto rupturista a la Norma N° 19, antes mencionada,

en circunstancias que ésta no hace otra cosa que otorgar una base organizacional común a un servicio que es transversal a la atención en salud. Lo que se pretende con la norma es asegurar una función que tiene como finalidad colaborar, desde el ámbito del cuidado, en la búsqueda del bien integral del paciente. En ningún caso, el hecho que la contribución de la gestión del cuidado de enfermería sea única, atenta en contra de la unidad de la atención en salud. En una lógica de atención en equipo la actuación de los diferentes profesionales del equipo de salud, apunta –desde el ámbito de cada una de las disciplinas intervinientes– a la colaboración mutua con un fin único que es la atención del paciente. En este tenor, la gestión del cuidado representa una acción necesaria para la prestación de servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles (22). De lo que trata la discutida Norma N° 19 es de generar una estructura para una función que por su complejidad y alto impacto en la seguridad integral del paciente: física, síquica, espiritual y social, requiere ser formalizada por parte de la autoridad sanitaria. La innovación organizacional propuesta en la norma, sobre la base legislativa que sustenta la gestión del cuidado en sus vertientes –función y estructura–, responde al alcance de los servicios de la enfermera y a la realidad del gran número de profesionales, personal técnico y auxiliar que participa en la atención de enfermería. Siendo así, consideramos que otorgar una estructura a un aspecto esencial de la atención en salud: el cuidado, por el contrario de escindirla, la fortalece.

3.b. *Por qué la implementación de las unidades de gestión del cuidado no conllevaría un aumento de los eventos adversos.* En cuánto al supuesto aumento de eventos adversos que supondría la nueva normativa ha quedado demostrado que los servicios organizados

–proporcionados por enfermeras– contribuyen a una menor mortalidad y a un menor índice de infecciones nosocomiales, úlceras por presión y complicaciones postoperatorias, como asimismo a estadías hospitalarias más cortas, mejor calidad de la atención, mayor seguridad del paciente y mayor satisfacción usuaria (23, 24, 25, 26).

3.c. *Por qué la implementación de las unidades de gestión del cuidado no acarrearía un aumento de la responsabilidad jurídica para los médicos.* Se ha señalado como fundamento, en contra de la implementación de las unidades de gestión del cuidado, la ruptura de una unidad de mando en el equipo de salud, con consecuencias jurídicas para los médicos. Se fundamenta dicha afirmación en que son los médicos los que responden, en primer término, en cuanto líderes del equipo, a pesar que la responsabilidad directa pudiera corresponder a otro integrante de dicho equipo. Ante este planteamiento, se hace necesario distinguir entre: 1. la realización de actos propios de la respectiva profesión (enfermera, matrona u otra profesión no médica) y 2. la ejecución de acciones encargadas, en colaboración, por los médicos a un profesional no médico del equipo de salud⁵. En el ámbito de los actos profesionales propios, conforme a la actual tendencia doctrinaria y jurisprudencial, la determinación de la responsabilidad de los equipos profesionales responde a dos principios básicos: división del trabajo y confianza. El principio de división del trabajo, horizontal, responde a la complejidad de las prestaciones y se relaciona con la función que desempeña cada uno de los intervinientes en una actuación conjunta (27). A su vez, el principio de la confianza es de la esencia de las actividades realizadas por equipos multiprofesionales que de suyo conllevan una especialización funcional. Conforme a este principio, en síntesis, una persona nor-

⁵ El mayor desarrollo de las profesiones sanitarias, antes vistas como “auxiliares”, no es aún recepcionado a cabalidad.

mal puede esperar confiadamente que los demás actúen de acuerdo con los mandatos legales, dentro de su competencia. En virtud de este principio, cada cual se eximirá de responsabilidad cuando el resultado dañoso sea consecuencia de la intervención de otro integrante del equipo. Esto porque en un equipo multidisciplinario de salud cada profesional tiene asignadas por ley: funciones, obligaciones y responsabilidades precisas, de tal manera que el médico tendrá las propias y las enfermeras las que según sea la función –gestión del cuidado, u otra– le correspondan. Cada cual tiene una función determinada y en caso de incumplimiento de una obligación propia o de un actuar descuidado con consecuencia de daño, cada uno será responsable de su individualizada actuación profesional. Es así porque cada quien es experto en su área y no cabe por parte de los otros más que confiar que actuará prudentemente, en conformidad a su función.

El principio de confianza se extiende a todas aquellas actividades en las cuales participen pluralidad de personas, en un plano horizontal. El principio de la división del trabajo, horizontal, relacionado con el principio de confianza actúa como criterio delimitador de los deberes objetivos de diligencia y permite deslindar responsabilidades que pudieran generarse en una actuación profesional colectiva. Si no fuese así y “el médico tuviese que estar atento a todo lo que hacen los demás, podría cometer un yerro en sus labores propias perjudicando así al paciente” (28, 29, 30).

En cambio, tratándose de actuaciones profesionales realizadas en un plano de colaboración médica, donde un profesional no médico realiza funciones médicas mediadas por indicación y supervigilancia médica⁶, el médico podría llegar a responder por el hecho ajeno, en caso de fallo en la elección que

haga del colaborador o por falta de la debida supervisión de su actuación.

Por último, cabe precisar que la *ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico* es considerada un acto propio de la enfermera⁷, en su campo específico. En este aspecto de su rol la enfermera cuenta con autonomía en el quehacer y, consecuencialmente, responde jurídicamente de sus actos.

3.d. *Por qué no es posible la extensión de la gestión del cuidado a otros profesionales de la salud.* La expresión “gestión del cuidado” usada por el legislador si bien, en principio, podría ser considerada genérica, está tratada en el Código Sanitario como propia de los servicios profesionales de la enfermera. Nada obsta, sin embargo, a que otros profesionales, por ejemplo la matrona, conforme a su propia regulación en la ejecución de acciones que comprendan: embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos, sanos, hagan gestión de la respectiva atención. Otra cosa diferente son las unidades de gestión del cuidado en cuanto estructura organizacional las que son de competencia exclusiva de las enfermeras en el ámbito de la atención en general, con excepción de la atención asignada a las matronas u otro profesional. La diferencia del quehacer profesional entre enfermeras, matronas y otros profesionales de la salud, aunque referida a otras materias, ya ha sido aclarada por la CGR (1994): “[...] significa que el título que se tiene que ostentar se encuentra directamente relacionado con la función que se realizará en el desempeño[...] el mismo esté acorde con la función específica que en aquél se deba cumplir, porque es obvio que si a través de ese empleo se desarrollara por ejemplo una labor relacionada con la enfermería, no podrá designarse en aquél un servidor que no tenga un título relativo a dicha actividad [...]”. “Ello es así por cuanto la certeza jurídica, aplicable a las exigencias

⁶ Situación recogida en el artículo 113, inciso segundo del Código Sanitario.

⁷ Ver artículo 113, inciso cuarto del Código Sanitario.

propias de un ejercicio profesional, así como al ámbito específico en el que dicha actividad se lleva a cabo, deslinda claramente lo permitido y lo no permitido, circunstancias ambas que a la hora de responder por una actuación personal, en orden individual o patrimonial, facilitará un claro alcance de la extensión de la responsabilidad profesional, sin mayor ánimo de eludir la, sino que claramente de circunscribirla a lo que es debido” (31).

CONSIDERACIONES FINALES

1. Las razones expuestas justifican afirmar que el término “gestión del cuidado” utilizado por el legislador a partir de la Ley N° 19.536 (que incorpora el inciso 4° al artículo 113 del Código Sanitario) y su proyección en la Ley N° 19.937, es una denominación propia para designar una función y una estructura exclusiva de las enfermeras.
2. A partir de la legislación que consagra la “gestión del cuidado”, como función propia y exclusiva de la enfermera, son actos propios de la enfermera, relacionados con esta función, la gestión del cuidado propiamente tal y todas aquellas acciones que de ella derivan, en los diferentes niveles en que se brinda atención de enfermería. Tal es así, que reconocidos legalmente estos actos propios se podría llegar a configurar el delito de ejercicio ilegal de la profesión enfermera.
3. El término gestión del cuidado tiene un significado técnico propio, diferente al sentido común de las palabras que la componen –gestión y cuidado–. En cuanto locución, se encuentra tratada en el Código Sanitario como propia del ejercicio legal de la profesión de enfermera y no puede más que corresponder a las enfermeras, en forma exclusiva y excluyente. En efecto, ninguna norma legislativa encarga esta función a ningún otro profesional. La gestión del cuidado es de la esencia de la enfermería o consustancial a la enfermera, quedando de manifiesto, por lo demás, en la historia de la Ley N° 19.937 y en la Norma General Administrativa N° 19, de 2007, del Ministerio de Salud.
4. Sabido es que los servicios de enfermería en un hospital significan más del 70% de las intervenciones y una parte significativa del presupuesto hospitalario. Sólo así se justifica que el legislador en la Ley N° 19.937, orgánica de los Servicios de Salud, otorgue a la “gestión del cuidado” una ubicación relevante dentro de la estructura hospitalaria.
5. Todo indica que el legislador con el término “gestión del cuidado” lo que ha querido señalar es una función y una estructura que compete a las enfermeras y a la enfermería.
6. Al establecer, La Ley de Autoridad y Gestión, la “gestión del cuidado” como requisito a cumplir por los establecimientos de salud autogestionados y de menor complejidad, no puede sino que estar pensando en los servicios de enfermería intrahospitalarios.
7. Si bien coincidimos con el Dictamen de la Contraloría, en cuanto a que la expresión “gestión del cuidado” es un concepto que en su concepción literal tiene una amplitud mayor al del ejercicio de las funciones y estructuras de enfermería, diferimos en su interpretación en el caso concreto, por no corresponder al espíritu del legislador ni a la naturaleza de la función y estructura que consagra la ley. La interpretación, eminentemente literal, que afirma que la “gestión del cuidado” abarca un ámbito mayor de acciones que la de las enfermeras, por lo cual también pueden intervenir en ella profesionales de otras especialidades, como las matronas, no se condice con la finalidad de las disposiciones que insertan la “gestión del cuidado” en la estructura de los Servicios de Salud. La dimensión del quehacer de la matrona, a que alude, a diferencia del de las enfermeras, es

particularmente individual o sectorial, sin alcanzar a la organización en su totalidad, desde una visión institucional que es a lo que apunta la Ley N° 19.937.

8. La falta de adecuación de la legislación a la normativa administrativa y a la realidad sanitaria podría tener tanto efectos inmediatos como a mediano y largo plazo. Entre los cuales se puede visualizar una baja en la producción, calidad y seguridad de los servicios de enfermería un impacto sobre la eficacia de los equipos de salud y de la red asistencial y un aumento de costos de la atención de salud. A esto se puede sumar una distorsión del modelo de atención de enfermería: indicaciones que importan un criterio profesional radicadas en personas sin formación; socialización inadecuada de la profesión; y prestación de servicios de enfermería no basados en la evidencia científica.

9. La comprensión de la verdadera naturaleza y alcance de la "gestión del cuidado" reclama un esfuerzo interpretativo. Se espera de la interpretación que ésta sea congruente con la práctica y ajustada a la realidad, de modo que cumpla con los fines que se propuso el legislador. Se alcanza este perfeccionamiento recogiendo las diferentes interpretaciones, analizándolas y contrastando las opiniones y evidencias. En tal sentido, este trabajo pretende contribuir a la generación de un proceso –recíproco y simultáneo– de interacción interdisciplinaria.

REFERENCIAS

1. Ley N° 19.536, que concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de los Servicios de Salud (D.O. 16.12.1997).
2. Primer Informe de la Comisión de Sa-

lud del Senado recaído en segundo trámite constitucional en el Proyecto de Ley contenido en Boletín N° 1986-11, de 16.09.1997. Hallado en: <http://sil.congreso.cl/pags/index.html> [Acceso el 9 de septiembre de 2009].

3. Anexo al Informe de la Comisión de Educación, Deportes y Recreación, recaído en el proyecto de Ley que confiere el carácter de título profesional universitario a las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional. Boletín N° 3849-04 (s), en segundo trámite constitucional y primero reglamentario, exposición del jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Minsal, pág. 6 Hallado en <http://sil.congreso.cl/pags/index.html> [Acceso el 15 de julio de 2009].
4. Lloria García, P. En: El delito de intrusismo profesional (Bien jurídico y configuración del injusto). Valencia: Tirant Lo Blanch. 2001; p. 371.
5. Choclán JA. El delito de intrusismo. Barcelona: Bosch. 1998. p. 158.
6. Brandariz JA, Faraldo P. La responsabilidad penal del profesional sanitario. Coruña: Netbiblo, S.L. 2002; p. 174.
7. Ley N° 19.937, que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria y Gestión D.O. 24.02.2004.
8. Mensaje Ley 19.937. Boletín N° 2980-11. Hallado en: <http://sil.congreso.cl/pags/index.html> [Acceso noviembre 2009].
9. Decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. D.O. 21.04.2005.
10. Resolución Exenta N° 1127 del Ministerio de Salud, de 14 de diciembre de 2007 que fija el texto de la Norma General Administrativa N° 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada" y que tiene por objeto implementar el

- Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería en los establecimientos de alta y mediana complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
11. Colegio Médico de Chile A.G. Informe de Ética sobre la Gestión del Cuidado de Enfermería. 2009 Ago. Hallado en: <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/noticias/2009> [Acceso el 09.09.09].
 12. Dictamen N° 51.951 de 6 de noviembre de 2008, Contraloría General de la República. Texto Hallado en: <http://www.contraloria.cl/appinf/LegisJuri/DictamenesGeneralesMunicipales.nsf> [Acceso el 02.09.2009].
 13. Oficio N° 2.771, de 19 de agosto de 2008, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
 14. Busquets, M: Ponencia: “De la gestión a la gestión del cuidado”, en II Seminario Internacional: Gestión del Cuidado y Seguridad del Paciente 2005. Escuela de Enfermería Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
 15. Milos P, Larrain AI, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. *Cienc. Enferm.* 2009; 15(1): 17-24.
 16. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [online] 2004 Jun; 13(44-45): 42-46. Hallado en: <http://scielo.isciii.es> [Acceso el 31.08.2009].
 17. Kerouac, Suzanne y Otros. “El Pensamiento Enfermero”. España: Edit. Masson, S.A. 1996.
 18. Abbott A. *The System of Professions*. Chicago. 1988. Desarrolla las profesiones de servicios. Su preocupación gira en torno de la exclusividad legítima de ejercer en un dominio específico de actividades (jurisdicción), p. 16, 15.
 19. Primer Informe Comisión de Salud, Segundo Trámite Constitucional, recaído en el Proyecto de contenido en el Boletín N° 1986-11, de 5 de marzo de 1997. Hallado en: http://sil.senado.cl/cgi-bin/sil_proyectos.pl?1986-11 [Acceso el 10 de octubre 2009].
 20. Orientaciones para la implementación de la gestión del cuidado. Hallado en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp> [Acceso el 14 de noviembre 2009].
 21. Protocolo de Acuerdo Ministerio de Salud-Colegio de Enfermeras de Chile A.G. 17 de octubre de 2006. Hallado en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/Protocolo_de_Acuerdo_Minisal_Colegio_06%281%29.pdf [Acceso el 15 de octubre 2009].
 22. Segundo Informe Comisión de Salud recaído en el Proyecto de Ley contenido en Boletín N° 2980-11, de 17.12.2003. Hallado en: <http://sil.congreso.cl/pags/index.html> [Acceso el 02 de septiembre 2009], p. 11, 17.
 23. Tourangeau AE, Doran DM, McGillis L, O'Brien-Pallas LL, Pringle D, Tu JV et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs* 2007 Jan; 57(1): 32-44.
 24. U.S. Department of Health & Human Services. AHRQ. Los cuidados supervisados por enfermeras mejoran el funcionamiento vital de pacientes con insuficiencia cardiaca que residen en comunidades minoritarias. Press Release 2006 Ago 15. Hallado en: <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2006/spnursepr.htm> [Acceso el 9 de septiembre de 2007].
 25. Mesa L. La enfermera es la primera línea de defensa en la seguridad del paciente. *Evidentia* 2007; 4(18).
 26. Health care at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis. *Jt Comm J Qual Saf* 2003 Jan; 29(1): 41-50.
 27. Cesano J. D. Los delitos de homicidio y lesiones imprudentes por mala praxis médica. *Tratado de Responsabilidad Médica*. Marcelo J. López Mesa. Buenos Aires: Ed. Legis. Ed Ubijus, 2007.
 28. Consejo General del Poder Judicial. Mi-

- nisterio de Salud de Sanidad y Consumo: Responsabilidad del Personal Sanitario. Jorge Barreiro, A., "Nuevos Aspectos de la Imprudencia Jurídico-Penal en la Actividad Médica: La culpa en el equipo médico-quirúrgico". Madrid: Normas y Textos Jurídicos. 1995, p. 361 y ss.
29. López M. Teoría general de la responsabilidad civil médica en el derecho argentino, francés, colombiano y comparado. Tratado de Responsabilidad médica. M. J. López Mesa. Buenos Aires: Ed. Legis. Ed Ubijus, 2007.
30. Bernate Ochoa F. Responsabilidad penal médica, trabajo en equipo y principio de confianza. Letras Jurídicas N° 7, otoño de 2008, ISSN 1870-2155. Hallado en: <http://letrasjuridicas.cuci.udg.mx/numeros/articulos7/Benarte%20ochoa.pdf> [Acceso el 20 de septiembre 2009].
31. Dictamen de la Contraloría General de la República de 2 de noviembre de 1994, ID Dictamen: 037339N94. Hallado en: <http://www.contraloria.cl/appinf/Legis-Juri/DictamenesGeneralesMunicipales.nsf> [Acceso el 20 de septiembre 2009].