

ENTRAMANDO SENTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: RETOS, AVANCE Y EXPERIENCIAS TERRITORIALES EN AMÉRICA LATINA.



COMPILADORAS:

**LAURA PAOLA SANCHEZ
KARLA IVONNE MIJANGOS FUENTES
EVA MELÉNDEZ MAR**



**ANLIS
MALBRÁN**
ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTO DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"



**INSTITUTO NACIONAL
DE EPIDEMIOLOGÍA
"Dr. Juan H. Jara"**

Entramando sentidos en atención primaria en salud: retos, avance y experiencias territoriales en América Latina



Editorial Luz y Vida
www.editorialluzvida.com
editorialluzvida09@gmail.com
Tampico, Tamaulipas, México.



**ANLIS
MALBRÁN**

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"

**Editorial Administración Nacional de
Laboratorios e Institutos de Salud ANLIS
Instituto Nacional de Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"
Mar del Plata, Buenos Aries, Argentina.**

Entramando sentidos en atención primaria en salud: retos, avance y experiencias territoriales en América Latina / Gina Estela Rodríguez de Simpson ... [et al.]; compilación de Laura Sánchez; Karla Ivonne Mijangos Fuentes; Eva Meléndez Mar. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Coedición entre la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. C. G. Malbrán; Tampico: Editorial Luz y Vida, 2022. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga disponible en: <http://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/2427>

ISBN 978-987-28708-6-7

1. Enfermería. 2. Atención Primaria de Salud. 3. América Latina. I. Rodríguez de Simpson, Gina Estela. II. Sánchez, Laura, comp. III. Mijangos Fuentes, Karla Ivonne, comp. IV. Meléndez Mar, Eva, comp.

CDD 610.73098

DESCRIPCION DE LA PORTADA

TITULO: Re- Verde-SER

AUTORA: Lesly Costa Cornejo

(LESCOS)

La pandemia removi6 todos nuestros paradigmas, vino a derribar muros anquilosados y reforzar otros que la Enfermería, en especial en APS, ha mantenido en su ADN para fortalecer la prevenci6n, como es la premisa: "Las Vacunas salvan vidas".

Nos llev6 a mirarnos internamente (ojos cerrados), tejiendo esta red de Amor desde el centro coraz6n con la fuerza y creatividad necesarias para transformar la adversidad, desde las l6grimas a gotas multicolores.

La pandemia, derrib6 fronteras uni6ndonos en espacios impensados, desde toda Am6rica Latina y el mundo entero... ¡¡¡Para reverdecer al SER!!!



Prólogo

Mgter. Silvia Noemí Cárcamo

*Co-coordinadora nacional e internacional de
la Red de Enfermería Familiar y Comunitaria*

Este libro y las experiencias relatadas, nos muestran una vez más, que la enfermería se ha convertido en una disciplina, y como tal ha generado un cuerpo de conocimientos de referencia para su práctica. Aquí se presentan casos pensados y ejecutados fundamentalmente, en contexto de pandemia y en clave nacional y latinoamericana.

Siguiendo esa dirección, se presenta una propuesta disciplinar territorial, con la que coincidimos, ya que muestra a la Enfermería como una ciencia humana. Como consecuencia de ello, abordan los deseos, problemas, las estrategias de acción e intervenciones que se presentan en el curso de la reproducción social, asumiendo un compromiso sociosanitario con las personas, familias, grupos, comunidades y pueblos. Entonces, se presenta un pensamiento en acción, por lo tanto, pegado al suelo y en comunidad.

Se transcurre a lo largo de sus páginas, por experiencias en Argentina y Latinoamérica, y aunque no se lo propone explícitamente, es un muy interesante aporte para el desarrollo de investigaciones teóricas orientadas a crear, revisar, contrastar y/o discutir modelos teóricos de enfermería, ya que provee material entre otros, como indicadores de cuidados de las prácticas sociales de la enfermería, que posibilitan el análisis crítico, que aporten a la comprensión y constitución de bases teórico/filosóficas de la enfermería en APS, desde el Pensamiento Nacional y Latinoamericano. Asimismo, se promueve el trabajo investigativo en enfermería.

Aquí el cuidado se presenta aplicado a la gestión, la docencia y la investigación, haciendo eje en la Atención Primaria de la Salud, en sentido muy amplio, ya que no se reduce a experiencias o análisis solo del primer nivel de atención de la salud. Con todo este marco, se sitúa en diversas áreas del cuidado, como el cuidado del ambiente, cuidado en enfermedades específicas, en el envejecimiento, la maternidad, la alimentación,

incluyendo el uso estratégico de las tecnologías y el trabajo en red. Se reconoce un enfoque de género, de derechos y en la espiritualidad, todos muy necesarios desde las epistemologías del sur.

En forma implícita y explícita se desarrollan ideas en relación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los determinantes sociales de la salud. Y muestran en forma de experiencias, cómo los determinantes se transforman en solo condicionantes, al ejercer resistencias en forma de cuidado, que se despliegan frente a las profundas desigualdades, cuidados que permiten modificar en diferentes sentidos y proporción, la realidad sociosanitaria. Muestran así, cómo el cuidado también vuelve como determinante o condicionante de esa realidad, dando sentido al análisis complejo. No hay, por tanto, mirada neutra, el texto está atravesado por teoría política, por politicidad, por intereses estratégicos conscientes o no, con la que se presenta en la imagen sanitaria de la sociedad.

Encuentro coincidencias con la propuesta teórica de los Cuidados del Buen Vivir y Bienestar (Cárcamo, 2021), en cuanto estas experiencias, muestran que procuran promover en los sujetos sociales el incremento de las capacidades y habilidades, que permitan ejercer su libertad, que refuerzan la construcción de vínculos, lo que se traduce en el autocentramiento. Procuran la potenciación humana, enfocada en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad. Invito a su lectura.

Prólogo

Sandra R.E. Cevilán

Lic. En Enfermería. Especialista en Salud Social y Comunitaria. Prof. Adjunta-Cátedra de Enfermería Comunitaria- Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Directora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria. FCM-UNC Diplomada en Salud Mental-UNSE. Diplomada en Salud e Interculturalidad -UNC. Investigadora. Maestranda en Salud Familiar y Comunitaria-UNSE

Este libro es el resultado de un complejo desafío en la actualidad: relatar experiencias de la enfermería en Latinoamérica. Historias que reflejan muchas singularidades de la enfermería en distintos países, que permitirán a cada lector entrar y reconocer detalles acerca de la producción del cuidado cotidiano, desde la dimensión subjetiva, en la APS.

Cada profesional analizó, profundizó y comprendió la dinámica en sus espacios micropolíticos, percibiendo su particularidad y analizando el *trabajo vivo en acto*, en los términos propuestos por Emerson Merhy (2011), lo que permitió reconocer la existencia de procesos productivos útiles de cuidados de la vida, reconociendo además, la identificación y comprensión de la evolución de la atención primaria de la salud en la diversidad de contextos. Registrando la necesidad de gestar políticas orientadas al ejercicio de los derechos, desde la perspectiva de la APS, garantizando a cada ser humano un acceso justo, equitativo e integral a la salud.

Los siete capítulos, muestran experiencias transitadas acerca de variadas *líneas de cuidados* como son: salud escolar, salud de la mujer, salud del adulto mayor, salud infantil, salud rural, alimentación, también se abordan temas de la formación de enfermería e investigación en APS y trabajo intersectorial.

Los trabajos aquí publicados, expresan aspectos en común: la presencia de la escucha activa en cada territorio, desde la creación de vínculos significativos con las otredades, y permitiendo identificar no solo mapas territoriales, sino además cartografías sentimentales que en ellos se inscriben, con sus complejidades; asumiendo la corresponsabilidad en la gestión de cuidados. En estas páginas ello se pone en evidencia, por cada aporte de experiencia reflexiva donde existe un diálogo entre teoría y práctica; y síntesis que resultan como enriquecedoras estrategias, hacia la construcción de nuevos horizontes destinados a alcanzar mejores niveles de vida para todos y todas.

Tabla de contenido

Prólogo	3
Mgter. Silvia Noemí Cárcamo.....	3
Prólogo	5
Sandra R.E. Cevilán.....	5
Introducción.....	9
Capítulo I.....	12
Participación en gestión e implementación de políticas públicas y sanitarias	13
Relatos de experiencia del CAPÍTULO I	25
La Importancia de la enfermera escolar durante la pandemia.....	25
Experiencia como Enfermera Escolar en la Isla de Roatán, Honduras.....	28
Capítulo II.....	31
Redes integradas en servicios de salud en APS.....	32
Relatos de experiencia capítulo II	39
“Nos mueve el deseo”	39
“Atención integral en el hospital de tigre”	41
Mi relato sobre una experiencia en mi año de salud rural	43
Capítulo III.....	45
ATENCIÓN INTEGRAL EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	46
Relatos de experiencias CAPÍTULO III	55
Mi experiencia de un día de campo en tiempos de COVID-19 en la ciudad de México	55
Mi relato de la integración del adulto mayor a la terapia ocupacional	58
Mi experiencia en equipo AISPED (Oferta Móvil de Atención en Salud)	60
Cuidar acompañando el tránsito a la maternidad	63
Relato de historias y cuentos en un geriátrico.....	65
Capítulo IV.....	67
Acciones intersectoriales e interprofesionales en Atención Primaria en Salud - APS	68
Relatos de experiencia capítulo IV	76
Centro de alfabetización para jóvenes y adultos, desarrollado en el CAPS por enfermería. Argentina.....	76
Acciones intersectoriales e interprofesionales en APS:.....	78
rincón infantil estimulador – Chile	78

“Ronda de mujeres” –Villa Martelli. Vicente López- Bs. As. Argentina.....	80
Capítulo V.....	82
Salud ambiental, telemedicina y tecnologías de la información en APS	83
Relatos de experiencia del CAPÍTULO V	95
Relato sobre Telecuidado: Cuidados de enfermería en el ámbito comunitario en tiempos de pandemia. Biale Massé, Córdoba.2020	95
Relato de experiencia con Comunidad Boliviana.....	97
La enfermería en ayuda a la comunidad, lugares inhóspitos y situaciones climáticas desfavorables.....	99
Capítulo VI.....	104
Formación e Investigación En APS	105
Relatos de experiencias CAPÍTULO VI	113
La mejor prevención.....	113
Autocuidado del paciente diabético tipo II en la desviación de la salud	115
Conocimiento emancipatorio de la enfermería de APS como estrategia para el ejercicio autónomo.....	117
Abordaje integral del aumento de embarazo adolescente en el CAPS de Mar Chiquita	120
Capítulo VII.....	122
Formación del talento humano en atención primaria en salud APS	123
Relatos de experiencias CAPÍTULO VII	132
APS en ecuador desde la formación de enfermería.....	132
Experiencia docente de proyectos sociales para enfermería – Colombia	136
Mi relato sobre la atención primaria	142
Imagen y alimentación sana.....	144
El cuidado compasivo como eje fundamental de nuestra profesión.....	146
Conclusiones.....	148
Experiencias APS en américa latina, valioso tesoro para nuestra profesión desde la perspectiva editorial	148
Agradecimientos especiales.....	150

Introducción

Laura Paola Sánchez

Maestrando en Práctica Docente UNR, Especialista en Docencia Universitaria UNMDP. Diplomada en Administración Pública. Lic. en Enfermería. Docente e investigadora independiente.

Instituto Nacional de Epidemiología Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud/Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Este libro es el resultado de la sinergia de trabajo producida por el Instituto Nacional de Epidemiología (INE-ANLIS) y la Clínica 25 de Mayo en Argentina, junto a la cooperación de importantes socios estratégicos como la Universidad de Guanajuato Campus Celaya México, la Secretaría de Salud de México, la Asociación Argentina de Enfermería en Atención Primaria de la Salud en Argentina y Growing Up Foundation en Colombia.

Todos juntos durante el 2020 sensibilizados por la crisis sanitaria por COVID-19 y preocupados por cómo la crisis acentuaba el modelo médico-hegemónico, biologicista e instrumental en los sistemas sanitarios de Latinoamérica, desarrollamos una propuesta formativa a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con herramientas que permitan atravesar los muros de viejos paradigmas que estaban volviendo a solidificarse con las dinámicas de trabajo necesarias en las que nos colocó la pandemia.

La estrategia de atención primaria en salud (APS), inicialmente enfocada en acciones centradas hacia la educación para la salud, nutrición, saneamiento, asistencia materno - infantil, planificación familiar, inmunización, prevención de enfermedades frecuentes y medicamentos esenciales; se ha fortalecido desde la perspectiva e inclusión en los sistemas de salud a la medicina social, los determinantes sociales, la determinación social entre otros modelos que se suman a los consensos internacionales ambientales, las conferencias internacionales de promoción de la salud y los objetivos de desarrollo sostenible.

Sin embargo, se han presentado barreras desde el orden político, social, financiero, educativo y organizacional lo cual dificulta su implementación para las realidades de salud que presentan las personas y territorios donde conviven en cada uno de nuestros países.

Una problemática del campo de la promoción de la salud es la incapacidad de correrse de la teoría para llevar a cabo verdaderas acciones prácticas y con sostenibilidad que superen los tres niveles de atención pero que comiencen necesariamente en el pueblo y para ello, son necesarios recursos humanos formados en el terreno de la práctica, pero también con competencias y saberes de trabajo intersectorial

En este sentido se trabajó con el propósito de brindar herramientas para la gestión e intervención de la APS y generen propuestas de mejora e innovación en las instituciones o procesos en los que se desempeñan durante la crisis sanitaria mundial, teniendo en cuenta que junto a ella se encuentran otras sindemias como las enfermedades crónicas no transmisibles que continúan siendo la primera causa de mortalidad en el mundo y al que nuestros sistemas de salud deben dar respuesta en un complejo escenario.

Su propósito fue amplio e integral, buscando dar claridad en la conceptualización de estrategia de APS desde las acciones aplicadas en cada uno de los países de la región, para fortalecer la formación del recurso humano de enfermería con herramientas para su gestión, abordaje en las comunidades y los distintos niveles de atención promoviendo la implementación de acciones de enfermería en Latinoamérica de APS desde los derechos humanos, con una visión más sistémica y menos medicalizada, centrada en principios, valores y componentes a desarrollar desde los niveles más básicos hasta la alta complejidad de la atención en los servicios de salud.

Para ello se trabajó fuertemente en **Objetivos que tiendan a** identificar y comprender los conceptos y evolución de la APS como parte fundamental para su implementación en los diversos contextos de salud; en reflexionar sobre la gestión política, administrativa y operativa de la APS desde las experiencias de enfermería de la región y la determinación de los actuales contextos; en poder identificar herramientas de

implementación y abordaje de la APS en la gestión, comunidad y distintos niveles de atención de salud; en proponer estrategias para el desarrollo e implementación de intervenciones efectivas desde la enfermería para su fortalecimiento de la APS en la región y finalmente en poder socializar los relatos de experiencias de los y las participantes de este curso latinoamericano de Herramientas de APS para enfermería y equipos de salud.

A partir de la propuesta formativa centrada en una postura hermenéutica, bajo un modelo de salud integral, biocéntrico, multidisciplinario, que pone la vida como sujeto de aprendizaje y no como objeto, y los hechos como sucesos, resulta una propuesta que demanda docentes con competencias afines.

En ese marco, se puso a docentes y las/os estudiantes en el ejercicio de escritura y de socialización de sus prácticas, en sus intentos de implementación de la estrategia en APS, para cargar de sentidos y significados su cotidianidad en los sistemas de salud y comunidad.

Este trabajo deja huellas sobre lo que los moviliza, las concepciones en que se basa su tarea, la toma de decisiones por analogías, de su mediación entre saberes y situaciones nuevas, entre el conocimiento y las situaciones de la práctica que surjan a partir de distintas problematizaciones o situaciones; los conocimientos en los que se apoya y el grado de significación que le atribuye a las mismos, entre otros, con el propósito de generar conocimiento práctico y estrategias de que permitan superar las tensiones antes mencionadas y generar nuevo conocimiento profesional, así como indagar los orígenes del conocimiento práctico que poseen, para acompañar los procesos de enseñanza aprendizaje.

Capítulo I

Participación en gestión e implementación de políticas públicas y sanitarias

Casales Hernández María Guadalupe

Enfermera especialista adscrita al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) de la Secretaría de Salud. Licenciada en Enfermería y Obstetricia y Enfermera Especialista en Geriátrica por la ENEO-UNAM. Maestra en Ciencias Socio médicas por la Facultad de Medicina de la UNAM. Experiencia laboral de 13 años para el Ministerio de Salud de México; 12 años en docencia y tres años como enfermera clínica.
guadalupe.casales@salud.gob.mx

Jiménez Sánchez Juana.

Consejera del Consejo Consultivo Ciudadano “Pensando en México”. Licenciada en Enfermería y Obstetricia con maestría en Administración de Organizaciones de Salud y doctorado en Alta Dirección. Laboró en el IMSS de 1971 a enero de 1999 y de marzo de 1999 a 2016 laboró en la Secretaría de Salud. Fue directora nacional de Enfermería y Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería en el Ministerio de Salud de México.
jisaju@hotmail.com

Los sistemas de salud son el resultado de una respuesta organizada para contener los retos en materia de sanidad que se presenten, así como incrementar el nivel de salud de sus ciudadanos (Chertorivski WS, 2012). La piedra angular de un sistema de salud sostenible para mejorar la cobertura sanitaria universal y lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, es la Atención Primaria de Salud (APS), al ser un enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social.

En Latinoamérica, los sistemas de salud han experimentado cambios sin lograr, hasta el momento, un sistema de atención universal efectivo (Frenk et al., 2003). Diversos hitos se han desarrollado al interior de los países desde la declaración de Alma Ata en 1978 hasta la última declaración de Astaná en 2018, con los elementos esenciales de la APS que son: empoderar y corresponsabilizar a las personas, familias y comunidades;

situar a la salud pública en el centro de los servicios de salud integrados y garantizar políticas multisectoriales (World Health Organization, 2019).

Para el caso de México, las reformas estructurales llevadas a cabo desde la fundación con el establecimiento de un Ministerio de Salud y una agencia de seguridad social, hasta una reforma con enfoque en la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada han tratado de operarse con el diseño de modelos de atención, definiendo estos como una forma óptima de organizar las acciones sanitarias, para satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector (Monreal Ávila, 2014). Aunado a esto, no solo las transiciones gubernamentales han incidido en la composición y evolución de los sistemas de salud, existen factores como los cambios demográficos y epidemiológicos, que se han vinculado con los factores de riesgo para la salud, mismos que deben atenderse con estrategias novedosas, dentro de las que destacan las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la calidad de la atención (Chertorivski WS, 2012).

Desarrollo

La implementación de las políticas públicas debe romper los esquemas que se tienen entre la política y la administración pública, la hechura de la política pública no solo depende de la decisión de lo que hay que hacer (políticos) y de cómo hacerlo (administradores y empleados públicos), sino de una fuerte participación de los involucrados, tomando en cuenta los puntos de vista de los beneficiados al interior y exterior de la política pública y sanitaria, con un andamiaje de la gestión desde el diseño, hasta la ejecución de las acciones (Aguilar Villanueva, van Meter, et al., 2014).

El fracaso en la implementación de la mayoría de las políticas públicas y sanitarias puede responder a que los diseñadores desconocen las necesidades reales de la población y tratan, desde su perspectiva, generar acciones que “beneficien” a los ciudadanos sin considerar su opinión y más aún, muchas de las políticas sin un fuerte sustento basado en evidencia científica, o en decisiones sin teorías de apoyo, o sustentado en tecnologías y/o

modelos inadecuados. Mientras que, al intentar operarlas, los administradores y empleados públicos primero deben ser conscientes de que los problemas públicos son desiguales, de difícil manejo, pluridimensionales y cambiantes, que además existen diversos actores, con intereses, puntos de vista y motivaciones de diversa índole, por lo que se impone encontrar fórmulas inteligentes de coordinación que integren la actividad de los participantes sin perder el objetivo a alcanzar (Aguilar Villanueva, Lowi, et al., 2014; Aguilar Villanueva, van Meter, et al., 2014).

Como toda implementación de políticas se debe tener claridad del alcance y posibles efectos o impactos. Al momento de la implementación surgen nuevas responsabilidades y cargas de trabajo, oportunidades y expectativas, que de no tenerse en cuenta puede representar un obstáculo en la culminación de esta (Aguilar Villanueva, van Meter, et al., 2014).

Bajo este esquema la participación de los profesionales de enfermería tiene un papel fundamental para la implementación de las políticas, debido a que gran parte de los procesos recaen en la responsabilidad de estos profesionales. Sin embargo, una fortaleza que se tiene en enfermería es que se encuentra en un punto de mayor cercanía con la comunidad, conocen las necesidades de la población e incluso es parte de esas necesidades. Adicionalmente, su formación académica en la cual se incluyen componentes de salud pública, planeación estratégica, toma de decisiones clínicas, investigación, administración, entre otras, genera una mayor visión para el diseño e implementación de nuevas estrategias dirigidas a mejorar las necesidades de la población y sus propias condiciones como disciplina.

Por lo que, la implementación de las políticas no necesariamente debe responder a una estructura de arriba hacia abajo, existen ejemplos muy significativos de acciones e intervenciones que fueron diseñadas de abajo hacia arriba, es decir, partiendo y conociendo la problemática del contexto e interconectando las gestiones en los lugares y espacios claves para armar la estructura necesaria y hacer de la problemática, una

necesidad urgente o importante que se debe atender (Aguilar Villanueva, van Meter, et al., 2014).

Esa es la parte sustantiva de este capítulo, conocer esas experiencias de colegas de América Latina que se han atrevido a buscar alternativas que sirvan de marco para que se retomen como innovadoras o enriquecedoras para el proceso de implementación de políticas en el ámbito operativo. De igual manera, las autoras de este capítulo complementan con una narrativa muy importante de la trascendencia que tiene para enfermería su participación en la definición de las políticas en salud.

La mayor parte de la experiencia de la gestión e implementación de las políticas públicas y sanitarias de enfermería en el caso de México se enmarcan en el poder ejecutivo en el ámbito asistencial, académico, educativo, laboral e investigación y últimamente en su participación para lograr posicionar a enfermería en el ámbito del poder legislativo.

La experiencia de México en la generación e implementación de políticas públicas.

Con base en lo anterior, es conveniente narrar una de las experiencias más enriquecedoras que México ha tenido en materia de planificación y gestión de políticas públicas para enfermería, que se desarrolló durante un periodo aproximado de 15 años, que involucró la participación de los tres niveles de gobierno, el nacional, el estatal y el local, así como a representaciones de instituciones de los sectores de salud y educativos y de las organizaciones gremiales.

Todo inició con la identificación, por parte de la propia comunidad de enfermería, de que, a nivel nacional y en las diferentes instituciones tanto de salud como educativas, teníamos las mismas dificultades, necesidades, problemas y expectativas acerca de cómo se podrían mejorar las condiciones personales, laborales y profesionales de enfermería.

Lo que coincidimos desde el principio fue hacer visible la importancia que podía asumir enfermería en la planeación y gestión de políticas que beneficiaran a los usuarios de los servicios de salud, y en particular de los servicios de enfermería.

Había mucho trabajo detrás de esas necesidades y expectativas, pero un muy escaso avance, porque cada institución, cada entidad federativa, cada organización estaba haciendo su esfuerzo de manera individual, con sus propios recursos, lo cual no solo era desgastante sino también muy poco efectivo.

Pero como bien se sabe en la planeación estratégica, también se identifican oportunidades y el momento histórico se presentó dándonos, la posibilidad de reunir a los líderes de enfermería nacional y a las autoridades de salud, para hacer patente nuestra expectativa de tener una mayor participación en el campo y definición de las políticas de formación y ejercicio de los profesionales de enfermería.

Se da la primera reunión nacional para la “reestructuración de enfermería” y con ella, el inicio de un proceso de acercamiento y suma de voluntades, de las autoridades y de la comunidad nacional de enfermería para buscar una nueva forma de trabajo colegiado que sumara a todas y todos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994). Esa fue el antecedente de lo que más tarde constituyó a la actual Comisión Permanente de Enfermería, de la Secretaría de Salud en México (Diario Oficial de la Federación, 2007).

Ese espacio abrió la posibilidad de planificar y gestionar políticas que favorecieran la formación y desarrollo de los profesionales de enfermería, con una visión nacional e integrada, donde se conjuntaron a representantes de enfermería de las instituciones educativas, las de servicios de salud tanto públicas como privadas y de asistencia social, así como de las organizaciones de representación profesional, es decir, asociaciones, colegios y federaciones, entre otras.

Es así como en el año 2001 se publica el primer Plan Rector de Enfermería, como directriz y fortaleza para la generación de políticas dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de enfermería, dentro del marco institucional de la Secretaría de Salud (Jiménez Sánchez, 2001). A este plan rector le siguieron otros planes más (2007-2012, 2013-2018) que conformaron todo un marco normativo para enfermería en México.

Una de las primeras políticas nacionales incluidas en el Plan Rector fue la de generar un marco filosófico de enfermería, el “Código de Ética para las Enfermeras y los Enfermeros en México” como una directriz del actuar incluida como estrategia para mejorar la calidad interprofesional (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2001).

Otras políticas importantes para fortalecer la calidad del cuidado técnico fueron: la estandarización y sistematización de la evaluación del cuidado. Surgen así los lineamientos y los catálogos de planes de los cuidados de enfermería “PLACES” (Jiménez Sánchez et al., 2012) con la aplicación de la metodología del proceso de atención de enfermería y de la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Estos planes estandarizados se fortalecieron incorporando a ellos las directrices incluidas en “Las guías de práctica clínica basada en evidencias” (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2014).

Continuando con la política de estandarización como mecanismo para disminuir la heterogeneidad del cuidado, se generaron otros documentos técnicos normativos para el cuidado de las personas con heridas crónicas (Comisión Permanente de Enfermería, n.d.-a), con terapia de infusión y con catéter vesical (Comisión Permanente de Enfermería, n.d.-b; Jiménez Sánchez & Almazán Castillo, 2012), y uno más para propiciar la independencia funcional de los adultos mayores, entre otros (Comisión Permanente de Enfermería, 2017).

Así fue elevándose el nivel de estas políticas hasta alcanzar la jerarquía legal de normas oficiales mexicanas, lo que generó un mayor peso en su aplicación al ser obligatorio su cumplimiento a nivel nacional y en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, entre ellas destacan las normas para regular el ejercicio profesional de enfermería

en México (Diario Oficial de la Federación, 2013) y para la terapia de infusión (Diario Oficial de la Federación, 2012).

Como hecho también relevante de política pública promovida por enfermería fue lograr la autorización legal de la prescripción de medicamentos e insumos para la salud, a través de una reforma a la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 2017). Un paso fundamental y necesario para el despliegue de otra política que ha sido prioridad, el fortalecimiento de enfermería en la Atención Primaria a la Salud (APS), proyecto que se ha ido construyendo a partir del diseño del Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica (Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, 2005) que ha ido avanzando hasta tener un lugar en el Modelo de Atención de Enfermería en APS (Secretaría de Salud, 2015) con un fuerte componente de acciones lideradas y coordinadas por los profesionales de enfermería que incluyeron la atención materna y perinatal, la atención de los adultos mayores, entre otras, hasta lo que en la actualidad se está desarrollando, un proyecto para el ejercicio del rol ampliado de enfermería y la práctica de enfermería avanzada.

Otra mejora para el aspecto operativo de la enfermería fue que en el 2008 se implementó la consultoría de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento de las personas que viven con enfermedades crónicas. Logrando a partir de la gestión con diversas instancias, un espacio físico a fin de que los profesionales de esta área tuviesen un consultorio de enfermería con todas las condiciones de equipamiento en 101 unidades de especialidades médicas (Secretaría de Salud, 2006).

Esto sirvió para demostrar a los tomadores de decisiones a partir de la evidencia científica, que el personal de enfermería podía llevar acciones propias, desde la valoración de enfermería, generación de diagnósticos enfermeros y planes de cuidados individualizados, así como la valoración podológica con total responsabilidad de esta área, la cual es encargada de determinar el riesgo para neuropatía (Casales-Hernández, MG, 2008; Guadalupe et al., 2011).

Este modelo incluyó una agenda de consultas independientes al resto del equipo, pero realizando acciones integrales para lograr un enfoque interdisciplinario. Además, se desarrolló un expediente clínico electrónico para el registro del Proceso de Atención de Enfermería, que incluyó cuadros de salida para el Sistema de Información en Salud, con variables que permiten llevar el seguimiento de las acciones. Todo este esfuerzo quedó establecido con la generación de lineamientos, protocolos clínicos y comunitarios que permitieran que este tipo de unidades fueran consideradas como fortalecimiento del primer nivel de atención(24).

De igual manera, para reconocer el nivel de desarrollo académico, fue necesario también generar una política para que en el ámbito laboral se definieran los códigos o categorías para los niveles profesionales, técnicos y auxiliares y desplegar un programa denominado “Promoción por Profesionalización para Enfermería” mediante el cual se le otorgan salarios y funciones correspondientes a su calificación académica. De igual manera, se crearon códigos para personal de confianza que realiza actividades administrativas en el ámbito docente y de investigación, así como de gestión administrativa.

Con relación al ámbito educativo se crearon políticas para evaluar la calidad de los programas de formación superior, buscando con ellas que las instituciones educativas observaran la aplicación de estándares de calidad en el diseño de los planes y programas de formación que sirviera de mecanismo de aseguramiento de la calidad de estos. De igual manera se definieron criterios homogéneos para que se desarrollara el servicio social como una retribución a la inversión que el Estado hace para la formación de los futuros profesionales de enfermería.

Todos los ejemplos y avances de la enfermería antes expuestos fortalecen el acceso a condiciones de vida saludables a la población, sin perder de vista la mejora de las condiciones propias de la profesión. Para lograrlo, se requiere de un trabajo arduo, constante, en los que existen recaídas, de las cuales se aprende y se mejora, haciendo uso

de la gestión para las alianzas del conocimiento, experiencia y evidencia científica para demostrar la efectividad y lograr su implementación.

Existen múltiples cuestiones que se encuentran fuera del sector salud y se requieren esfuerzos multisectoriales como lo marca uno de los elementos esenciales de la APS, por lo que, invitamos a reflexionar, a sumar esfuerzos no solo institucionales sino también internacionales.

Ejemplo de esta alianza es el relato sobre la “Importancia de la Enfermería Escolar en la Pandemia” de Marcela Bernal D’Alleman, quien narra cómo ha trabajado por la implantación de una enfermera escolar al interior de cada institución educativa como un derecho propio de los escolares y a partir de la pandemia la llevó al desarrollo de lineamientos para el retorno seguro a las aulas, el cual fue adoptado por el ministerio de salud y por ello fue invitada a participar junto con su equipo de trabajo por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación de Bogotá, Colombia para la generación de los “Lineamientos para la prestación del servicio de educación en casa y en presencialidad bajo el esquema de alternancia y la implementación de prácticas de bioseguridad en la comunidad educativa” y del “Plan estratégico para el regreso seguro a las aulas”, realizado desde la Alianza Internacional, y para las enfermeras escolares en Colombia.

Otra experiencia en APS, es el relato de Gina Estela Rodríguez de Simpson, quien nos platica cómo alrededor de 8 años logró insertar un departamento de enfermería dentro de un plantel educativo bilingüe con una población de 385 estudiantes, en la Isla de Roatán Honduras. Las acciones que logró implementar fueron de promoción de salud y prevención de enfermedades, control y prevención de riesgos con participación del cuerpo de bomberos, de un optómetra para el examen visual de los estudiantes y el personal, orientaciones nutricionales y de psicología, con un programa de educación sexual para los adolescentes.

Todo lo anterior, ha sido posible gracias al interés demostrado por los profesionales de enfermería en el ámbito latinoamericano que, a través de estos ejemplos

dan cuenta y evidencia de la importancia de desarrollar competencias clínicas, pero también para proyectos derivados o gestionados desde la posición política.

Esto último, es un gran reto que debemos asumir como necesario e indispensable para establecer esas conexiones entre la generación de políticas y su implementación. La clave, sin duda, es la búsqueda de posiciones en el ámbito legislativo de nuestros países. México ya lo hizo al buscar el posicionamiento de varios enfermeros y enfermeras como representantes en los puestos electorales de representación, con resultados diversos pero que sin duda son el comienzo para una mayor y sostenida participación política en beneficio de la población y de la profesión de enfermería.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Villanueva, L. F. (2014). *La hechura de las políticas* (Vol. 2). México: MAPorrúa.
- Aguilar Villanueva, L. F. (2014). *La implementación de las políticas*. L. F. A. Villanueva (Ed.). México: MAPorrúa.
- Casales-Hernández, M. G., & Hernández-Torres, J. (2008). Protocolo de enfermería para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. *Secretaría de salud*. México.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2014). *Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica*. Secretaría de Salud. <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=157>
- Chertorivski WS, Fajardo D. G.(2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? *Gac Med Mex*, 148(6), 502–508.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. SSA. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
- Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud. (2005). Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_atencion_obstetrica.pdf
- Comisión Permanente de Enfermería. (n.d.-a). Modelo de atención clínicas de heridas. Retrieved July 9, 2021, from http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_atencion_clinicas_heridas.pdf
- Comisión Permanente de Enfermería. (n.d.-b). Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Retrieved July 3, 2021, from http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_sonda.pdf
- Comisión Permanente de Enfermería. (2017). Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería. http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_adulto_mayor.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2007). ACUERDO por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. In *DOF*. <https://www.dof.gob.mx/>
- Diario Oficial de la Federación. (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%20D022,en%20los%20Estados%20Unidos%20Mexicanos.
- Diario Oficial de la Federación. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Diario Oficial de la Federación. (2017). *Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la*

Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017

Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. (2003). Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *The Lancet*, 362(9396), 1667–1671.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14803-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14803-9)

Casales-Hernández M. G., & Pérez-Hernandez, G. (2011). *Protocolo de Intervención Comunitaria*. México: CENAPRECE Secretaría de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1994). *Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería “Primer taller.”* IMSS {[Archivo de Video]. Youtube. <https://youtu.be/Tspm4BtA920>

Jiménez Sánchez, J. (2001). Plan rector de la Comisión Interinstitucional de Enfermería SSA. *Rev Enferm IMSS*, 9(2), 105–111.

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/782/741

Jiménez Sánchez, J., & Almazán Castillo, M. del R. (2012). *Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente* (Dirección de Enfermería, Ed.; Primera edición). Secretaría de Salud.

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_manejo_estandarizado.pdf

Jiménez Sánchez, J., Galindo Becerra, M. E., & Posos González, M. de J. (2012). *Catálogo de Planes de Cuidados de Enfermería*.

http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf

Monreal Ávila, R. (2014). *Reformas estructurales: mitos y realidades*. México: M. Á. Porrúa

Secretaría de Salud. (2006). *Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS*.

Secretaría de Salud. (2015). *Modelo Atención Integral de Salud*.

World Health Organization. (2019). *Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*.

<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>

Relatos de experiencia del CAPÍTULO I

RELATO 1

La Importancia de la enfermera escolar durante la pandemia

Lic. Marcela Bernal D'Alleman.

País: Bogotá, Colombia

marcelabernaldalleman@gmail.com

Introducción

En marzo de este 2020 la OMS decretó la enfermedad COVID-19 como una pandemia, esta clasificación, obligó a todos los países del mundo a tomar medidas urgentes para mitigar la propagación del mortal virus, entre éstas, el confinamiento fue adoptado en la mayoría de países obligando a cambiar la cotidianeidad de los niños, niñas, adolescentes y adultos, y yo, como enfermera escolar tuve que ver y vivir como el cierre de los colegios y esto cambiaba por completo la forma como teníamos que desarrollar nuestro rol; yo venía trabajando todo el tema de enfermería escolar con un pequeño grupo de colegas, y la emergencia hizo posible que nos uniéramos a nivel nacional e internacional.

Desarrollo

Con mi primer grupo de trabajo, desarrollamos los lineamientos que permitiría a los escolares y a la comunidad educativa en general, el regreso seguro a las aulas; los compartimos en la Alianza Internacional de Enfermería Escolar, donde fueron muy bien acogidos, y los enviamos a cada uno de los Ministerios de Educación, Salud, y a las Secretarías de Educación y Salud, donde también fueron muy bien aceptados, gracias a lo cual, fuimos invitadas por Minsalud a la mesa de expertos en el tema, y por la Coordinación de Bienestar Estudiantil de la Secretaría de Educación de Bogotá a una reunión donde también pudimos exponerlos, y posteriormente, sirvieron de insumo para la elaboración del documento oficial, publicado por los Ministerios de Educación y Salud, titulado: **“Lineamientos para la prestación del servicio de educación en casa y en**

presencialidad bajo el esquema de alternancia y la implementación de prácticas de bioseguridad en la comunidad educativa “ Junio 2020, donde estamos referenciadas en las páginas No. 2 y 22; esta ha sido nuestra primera participación en gestión e implementación de políticas públicas y sanitarias. Nuestros lineamientos también se constituyeron en material de consulta para la elaboración del documento internacional titulado: **“Plan estratégico para el regreso seguro a las aulas”**, realizado desde la Alianza Internacional, y para las enfermeras escolares de nuestro país.

Conclusión

Mi mayor objetivo es impactar de manera positiva en la disminución de las brechas que se aumentaron entre los sectores menos favorecidos y los más favorecidos, las cuales se aumentaron durante la pandemia; por eso, trabajo de forma voluntaria en la implantación de una enfermera escolar al interior de cada institución educativa como un derecho propio de los escolares, ya que es el único personal sanitario al interior de estas comunidades, y con una nueva misión : mantenerlas libres del contagio por SARS Cov-2, para que permanezcan abiertas, de esta forma incidimos sobre los ODS 3, 5 y 10. En Colombia el 78% (2) de la población escolar la constituye el sector público, donde no existe enfermera escolar, sumado a esto, existen 5.525.768(1) niños, niñas y adolescentes que no están escolarizados, y estamos convencidas que debemos trabajar para disminuir o acabar con esta cifra.

IMAGEN 1

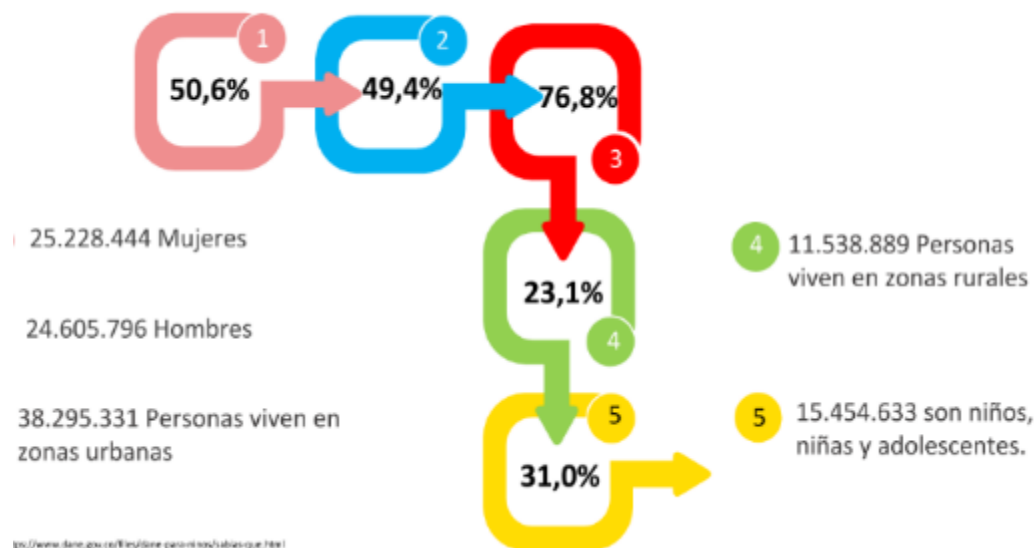
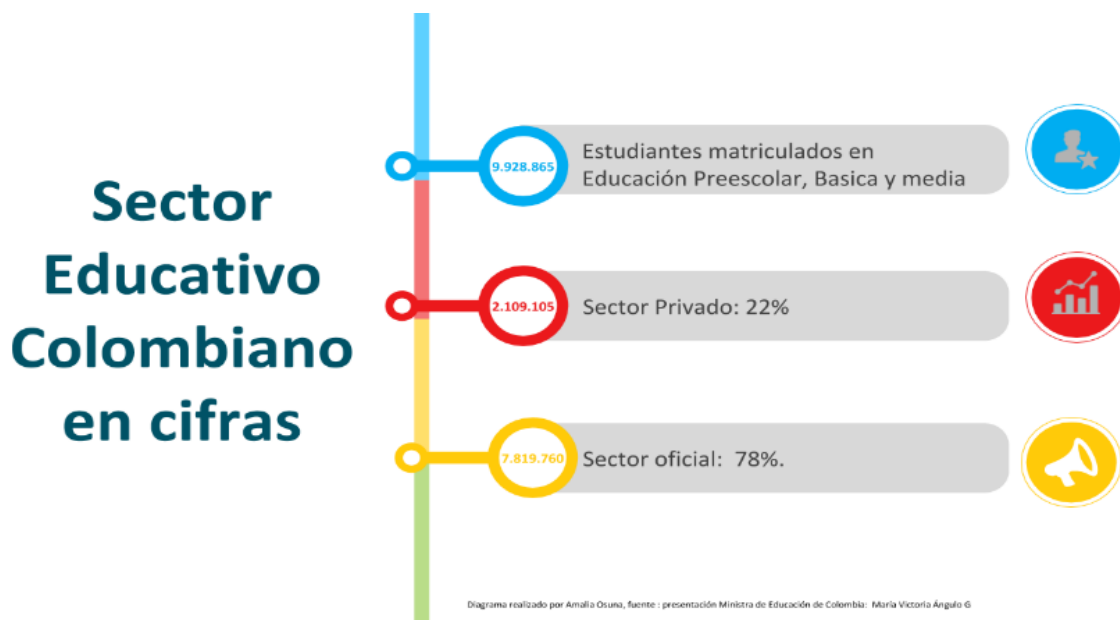


IMAGEN 2



RELATO 2

Experiencia como Enfermera Escolar en la Isla de Roatán, Honduras

Autora: Lic. Gina Estela Rodríguez de Simpson

República de Panamá

jadms49@gmail.com

Introducción

Estar casada con un presbítero de la Iglesia Metodista, me llevó a hacer misión a la bella isla de Roatán, una de las islas de la bahía de Honduras en el caribe. Allí nuestra iglesia cuenta con un centro educativo bilingüe con una población de aproximadamente 385 estudiantes. Los primeros meses de convivencia los use para conocer la comunidad, su gente, lo que hacían en el plantel y al enterarse los directivos que era enfermera, solicitaron que les asistiera con la atención de los estudiantes enfermos y los que sufrían accidentes, mostrando un botiquín fijo que tenían colocado en la pared de la oficina de la recepción del plantel. Así inicia mi trabajo en la creación del departamento de enfermería en el transcurso de 8 años.

Desarrollo

Establecer el departamento de enfermería dentro del plantel presento varios retos. Primero, en Honduras la enfermera no tiene rol definido en una institución educativa y no está establecido en la política de atención profesional, pero una institución privada, tiene la libertad de contratar los servicios de una enfermera profesional acorde a la política interna del plantel. Segundo, no se tenía el espacio físico, ni la logística necesaria. Tercero, hubo resistencia inicialmente de los padres porque era inusual la figura de una enfermera dentro de la escuela, ya que solo se le conocía en función de atención de enfermedad, pero eso fue cambiando. Me propuse implementar y desarrollar, actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, CPR con participación del cuerpo de bomberos, con la colaboración de un optómetra logré el examen visual de

los estudiantes y el personal, control de peso y talla, realizando las orientaciones nutricionales correspondientes a estudiantes y padres, desparasitaciones, salud dental donde se reforzó la técnica de cepillado de dientes y con donaciones de grupos misioneros y cívicos se hizo entrega de cepillos dentales, luego se logró coordinar con la directora de odontología de la departamental de salud la aplicación de flúor y revisión dental las cuales se alternaban con grupos médicos misioneros, atención que también se extendió a la comunidad. Con la llegada de la psicóloga, realizamos charlas de educación sexual entre los adolescentes, esto me dio satisfacción ya que uno de los problemas presentes, es el alto índice de embarazos e inicio temprano de la vida sexual.

Conclusiones

La formación de la enfermera profesional es completa y su área de acción es amplia y en el contexto escolar, su función no se limita a la atención de enfermedades y curaciones, tiene autonomía en la formación y desarrollo de diversos programas de salud establecidos por el ministerio de salud local y como educadora de la salud, juega un papel protagónico, en la promoción y prevención de enfermedades con una población cautiva con acceso a sus familias, es un enlace del primer nivel de atención en cuanto a promoción. En colaboración con otros profesionales de diferentes áreas, hace abordaje holístico en donde el individuo tiene una participación en la modificación de hábitos que lo deben conducir a un estilo de vida saludable. ¿Por qué la enfermera no tiene un rol definido en términos de políticas y leyes que la colocan en las escuelas de manera formal? Merece ser investigado.

Examen visual



y talla



Peso

Capacitación en CPR



Revisión dental



Capacitación en CPR



Revisión dental

Capítulo II

Redes integradas en servicios de salud en APS

Diana Milena Castañeda Hernández

Phd en Salud, Magister en Salud Pública, Especialista en Gestión de la Organización Pública en Salud, Especialista en Epidemiología, Enfermera. Líder de proyectos de Growing Up Foundation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1608-8003>

Nahuel Bordon

Estudiante de la Lic. En Enfermería Universidad Nacional de Mar del Plata. Consejero estudiantil en el departamento pedagógico de Enfermería, Universidad Nacional de Mar del Plata 2019-2021. Secretario de Finanzas, Asociación Argentina de Enfermería en APS. Auxiliar en emergencias y rescatador de avanzada en alturas en Escuela Superior Argentina de Técnicas Socorristas y de Rescate. nahuel.gus2@gmail.com

La fragmentación ha sido uno de los grandes problemas de los sistemas de salud de las Américas, la evidencia ha demostrado que la excesiva división de los servicios de salud genera dificultades en el acceso y la prestación de estos, también el uso irracional de los recursos disponibles, el incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos, son las dificultades más recurrentes dentro del sistema, sin duda la falta de coordinación entre los distintos niveles y lugares de atención, la duplicidad de los servicios e infraestructura, la capacidad instalada ineficiente e inadecuada, por ende la falta de acceso a los servicios, la continuidad de la atención y congruencia de los servicios de salud, han generado un sistema débil, deficiente e ineficaz.²

Graficando esta última afirmación, se podría decir que la falta de coordinación se podría simular con un órgano, si este no se comunica con sus órganos pares funcionales, no podrían conformar un sistema y por consiguiente el cuerpo humano, por esto, los servicios de salud cuando establecen un engranaje y una sinergia establecen redes.

El trabajo en equipo y en redes permite unir el talento y las destrezas de los integrantes, capitalizar el trasfondo multidisciplinario de los integrantes, esta modalidad

de trabajo se asocia con una mayor productividad que es el producto de la colaboración y la cooperación entre las partes. (L., Rowitz, 2003-9)

Adicionalmente otras de las causas que generan la segmentación institucional del sistema de salud son la descentralización de los servicios de salud por niveles de atención; el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (programas verticales); división entre servicios de salud pública y los servicios de atención a las personas; la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, entre otras, como consecuencia la falta de regulación del mercado laboral, la descentralización, la competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud, la falta de articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, y fragmentación de dichos servicios.³

En los últimos años, se ha observado una tendencia a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. Sin embargo, los esfuerzos realizados por los países de la región, el desafío de combatir la fragmentación y prestar servicios de salud más equitativos e integrales continúa siendo un gran reto para la mayoría de los países de las Américas.⁴

En aras de dar respuesta a la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación y validar la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), posterior a los diferentes espacios de debate y concertación, el 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud APS, la cual recopila el análisis del desafío de la fragmentación de los servicios de salud, y propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, además de presentar instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas, e implementarlas a través de una “hoja de ruta” modelo.⁵

Las RISS tienen como propósito contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y que a su vez redunde en la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta elementos esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer momento de contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud hacen referencia a “una red de organizaciones que presta, o genera las posibilidades para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Para ello, será posible contratar o hacer alianzas estratégicas entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas, llevar a cabo colaboración entre distintos países a través de esfuerzos tales como la complementación de servicios en fronteras comunes, cuando las entidades no cuenten propiamente con dichos servicios o no dispongan de ellos en su territorio.⁶

El envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas, la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud, por ende, el objetivo de dicha política pública es alcanzar un modelo que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema. Sin embargo, está claro que las RISS requieren de diferentes atributos esenciales para su adecuado desarrollo y funcionamiento.

Entre ellos un modelo asistencial, que consista en el análisis de la población y territorio, de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, lo cual va a determinar la oferta de servicios; también tener en cuenta la instalación de una extensa red de establecimientos de salud para prestar servicios de salud; un primer nivel de atención multidisciplinario que cubra a toda la población y que sirva como puerta de entrada al sistema, que integre y coordine la atención de salud, la prestación de servicios

especializados en el lugar más apropiado, que se ofrezcan de preferencia en entornos extra hospitalarios; la existencia de mecanismos de coordinación asistencial; y que la atención de salud sea centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades de cada uno.⁷

De otro lado, que exista gobernanza y estrategia a través de un sistema único para toda la red; donde se destaque la amplia participación social; la acción intersectorial, abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud. Seguido de la organización y gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; un sistema de información integrado que vincule a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por variables pertinentes; y la gestión basada en resultados.⁸

Debe haber asignación de recursos financieros e incentivos alineados con las metas de la red, además de la participación de los decisores de política, teniendo en cuenta que los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudar en la conformación de las RISS, por ejemplo, base de la revisión bibliográfica, la opinión de expertos y las recomendaciones de las consultas con los países. La pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación en particular. En todo caso, estos siempre deberán estar respaldados por una política de Estado apoyado en un referente jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible, de forma tal que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud adecuados.⁹

Una atención integral en la comunidad logra impactos significativos cuando se identifican las necesidades de salud a las que se les logra dar solución, pero también a aquellos grupos o personas que raramente solicitan asistencia. Es así como el trabajo en redes, entre la comunidad y los servicios de salud debe funcionar como identificador de necesidades en esta materia. Un claro ejemplo es la vacunación, donde el equipo de

enfermería realiza estrategias de inmunización en la comunidad y a su vez detecta las necesidades poblacionales siendo nexo entre la comunidad y los servicios de salud, incluyendo los sectores más apartados de las ciudades y poblados a través de la atención extra hospitalaria, la demanda inducida, la remisión entre otros.¹⁰

Si un adolescente llegase a requerir orientación frente a sus derechos sexuales y reproductivos, específicamente la asesoría frente a métodos anticonceptivos, de preferencia hormonales, la enfermera de campo lo remitirá al servicio de salud correspondiente, en donde el sistema debe procurar satisfacer dicha necesidad, trabajando de manera interdisciplinaria con el servicio de enfermería y ginecología, buscando identificar determinantes de salud, como la falta de educación, condiciones de pobreza, redes de apoyo familiar y/o sociales deficientes o ausentes, lo cual significa que la atención debe ir mucho más allá, a través del acompañamiento del recurso humano en salud como profesionales de trabajo/servicio social, psicología, orientadoras entre otros, buscando siempre la respuesta completa a través de la RISS.

Resulta vital esclarecer que la prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, ya sea en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en servicios de baja complejidad, hasta la prevención de escaras en servicios de alta complejidad de atención (Quinteros Fleites, Fe De la Mella Quintero, & Gómez López, 2017). La articulación de las redes de servicios de salud en todos los niveles de atención, resultan de suma importancia en grupos poblacionales vulnerables y diversos, entre ellos las personas con discapacidad, habitantes de o en calle, población carcelaria, población dispersa y apartada, entre otros.

Se podría concluir que las redes integradas en los servicios de salud dan respuesta a las necesidades de la comunidad de forma transversal y coordinada (Starfield, 2001). Cuando las demandas de la comunidad llegan a los servicios de salud y los mismos operan de forma integrada, a través de redes, trabajando de manera inter y multidisciplinaria con el propósito de dar respuestas holísticas a la comunidad, con quien además se debe sentir incluida dentro de la construcción de salud para todos.

Referencias bibliográficas

- Aller Hernández, Marta Beatriz, Vargas Lorenzo, Ingrid, Sánchez Pérez, Inma, Henao Martínez, Diana, Coderch de Lassaletta, Jordi, Llopart López, Josep Ramon, Ferran Mercadé, Manel, Colomé Figuera, Lluís, & Vázquez Navarrete, M^a Luisa. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 371-387. Recuperado en 15 de marzo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272010000400003&lng=es&tlng=es
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* Mar;36(1):1-10. PMID: 7738325.
- Caminal, Josefina, Sánchez, Emilia, Morales, Marianela, Peiró, Rosana, & Márquez, Soledad. (2002). Avances en España en la investigación con el indicador «Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria». *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 189-196. Recuperado en 15 de marzo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300003&lng=es&tlng=es
- Dranove, D., & Satterthwaite, M. A. (2000). The industrial organization of health care markets. *Handbook of health economics*, 1, 1093-1139.
- GS1. Estándar mundial de trazabilidad en el Sector Salud (GTSH). Guía de implementación (2009). Versión 1. <https://www.gs1.org.ar/documentos/GUIA%20IMPLEMENTACION%20GTSH.pdf>
- GS1 - Asociación Española de Codificación Comercial (AECOC). Recomendaciones AECOC para la trazabilidad en el Sector Salud. (2007) España.
- Rowitz, L. (2003). *Public health leadership: Putting principles into practice*. Jones & Bartlett Publishers.
- Madueño Dávila, M. & Sanabria Montañés, C. (2003). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003 - 2020. Informe técnico No. 026s. Bethesda, MD: Proyecto Socios para la Reformaplus del Sector Salud, Abt Associates Inc.
- Madueño Dávila, M. (2002). Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Informe Técnico No. 012. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003 de 2014. 2014;225. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2003_de_2014.pdf
- World Health Organization. (2002). Informe sobre la salud en el mundo: 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana.
- World Health Organization. (2008). Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud.
- Quintero Fleites, E. J., Fe de la Mella Quintero, S., & Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111.

- David, P. R. (2013). Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behaviour.
- Robertson, H. (2011). Integration of health and social care. A review of literature and models. Implications for Scotland. Royal College of Nursing Scotland, 1-42.
- Shakarishvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C., & Lansang, M. A. (2010). Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance*, 3(2).
- Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Barcelona: Masson, 2001.
- Soto, H., & Schuschny, A. R. (2009). Guía metodológica: diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible. Chile: Cepal.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America (1996). *Hosp Health Netw*. Mar 20;70(6):43-4, 46, 48. PMID: 8593505.
- Suter E., Oelke N.D., Adair C.E., Waddell C., Armitage G. D., Huebner L. A. (2007). Health systems integration. Definitions, processes and impact: a research synthesis.
- Van Raak, A. (Ed.). (2003). Integrated care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries. Reed Business.

Relatos de experiencia capítulo II

RELATO 1

“Nos mueve el deseo”

(Origen del 1° Encuentro de Mujeres del Pdo. De Mar Chiquita)

Elba Taminelli

Enfermera. Integrante de la Asamblea de Mujeres y

Disidencias del Pdo. De Mar Chiquita.

elbitadetesta@gmail.com

Introducción

En la Provincia de Buenos Aires, se encuentra el Partido de Mar Chiquita, con la siguiente distribución demográfica: En la Costa se encuentran los pueblos con playa que viven del turismo y de su cercanía con la ciudad de Mar del Plata; y a 80 km aproximadamente, en el Mediterráneo, se encuentran pueblos que tienen actividades relacionadas con el campo. Hace 8 años vivo en Mar de Cobo. Comencé a relacionarme con diferentes mujeres que vivían en pueblos aledaños, que realizaban actividades comunitarias de manera aislada, sin conocerse entre sí.

Desarrollo

Teniendo en cuenta lo valioso del trabajo en red, decidimos juntarnos un día para compartir experiencias. Era importante realizar este encuentro extensivo a todas las mujeres del Partido. Y comenzamos a hacer un relevamiento de los temas de interés que se tratarían ese día. Viajamos por pueblos, realizando reuniones itinerantes, para compartir con mujeres locales de manera tal de conocer sus necesidades, sus intereses. Así, surgió por ejemplo que en el Mediterráneo había mujeres artesanas que realizaban obras bellísimas, pero carecían de público para su venta. En Marzo 2019, en el Centro Cultural de Santa Clara del Mar, se llevó a cabo el 1° Encuentro de Mujeres del Pdo. de Mar Chiquita, al cual asistieron más de 200 mujeres del Partido. Se realizaron 20 talleres con diferentes temáticas (Ver imagen), por ejemplo “Taller de Emprendedoras y Autogestión” en donde se brindaron diferentes estrategias, se compartieron experiencias y se generó un grupo de Emprendedoras del Partido.

Conclusión

De esta forma las mujeres del Mediterráneo producen y las mujeres de la Costa ofrecen puntos de ventas para los turistas en temporada. Eso generó que las mujeres pongan en valor habilidades que naturalizan por su rol de mujer (tejedoras, costureras, pasteleras, cocineras, artesanas, etc.) y que obtengan un ingreso económico por sus labores para favorecer su independencia.

La experiencia superó nuestras expectativas y nos mueve el deseo de trabajar en el “2º Encuentro de Mujeres y Disidencias” que se realizará en Coronel Vidal

Talleres realizados en el Encuentro



1er Encuentro de Mujeres del Partido de Mar Chiquita
9 de Marzo 2019 - Centro Cultural Santa Clara del Mar
de 9 hs a 21 hs - Cardiff 575

Somos vecinas autoconvocadas y nos estamos encontrando para integrar las diferentes realidades de cada rincón del Partido.

HORARIO	AULA 1	AULA 2	AULA 3	AULA 4	SUM	TEATRO
9hs a 10hs	INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN					
10hs a 10,30hs	CEREMONIA DE APERTURA					
10,30hs a 12hs	Círculo de Adoptantes	Familia y Construcción de Estereotipos de Género	El Autoconocimiento y El Autocuidado como Medicina para la Mujer	10,30 a 11 Taller Canto Grupal 11 a 12 Taller de Teñido Batik Shibori	Violencia de Género- Tipos- Visibilización de Violencias Intrafamiliares- Proceso de Denuncia	
12hs a 13,30hs	"Madres Resilientes" Mesa de Intercambio de Experiencias Mujeres frente a la pérdida de un hijo	Conociendome y Cuidandome Taller de ESI y Grooming	Taller de Maternidades	Agricultores Modo Ambiente Albufora	Conversatorio sobre Aborto	13 a 13,45 Yoga y Armonización Sonora
13,30hs a 14,30hs	ALMUERZO					
14,30hs a 16hs	Lactancia y Recién Nacido	Soberanía Alimentaria yuyos comestibles	Ajudas Mayores y Derechos Defensoría del Pueblo	Abuso Sexual en la Infancia	Identidad de Género: marco normativo. Realidad socio sanitaria del colectivo transvesti-trans	Taller de Cuerpo y Movimiento
16hs a 17,30hs	Recuperando nuestros cuerpos para parir	Autogestión Emprendedoras Trabajo por cuenta propia	15,30 Prevención de Accidentes en el Mar y Primeros Auxilios, 16,30 Defensa Personal Femenina	Iniciación a la Cosmética Natural	Discapacidad y el Rol de la Maternidad	Taller de Intervención Teatral en Espacios no convencionales
17,30hs a 18,30hs	LECTURA DE CONCLUSIONES Y ELECCIÓN PRÓXIMA SEDE					

Feria de Microempendedoras y cierre artístico musical a puro tambor!
 Vero Rozas - Durga Devi - La Gorda Nelly - Círculo de Mujeres y Disidencias Candomberas

Sumate a la movida!
 Planilla de Preinscripción
 LINK: <https://goo.gl/forms/bSIJhQuflaIDiEZ12>

Invita a tus vecinas a participar del Encuentro. Lo hacemos entre todas!
 1er Encuentro de Mujeres de Mar Chiquita
encuentrodemujerismarchiquita@gmail.com

encuentromujerismarchiquita
 #1er EncuentroDeMujeresDelPartidoDeMarChiquita
 #ElEncuentroYaEstaSucediendo

Mujeres y Disidencias del Partido de Mar Chiquita 2019

RELATO 2

“Atención integral en el hospital de tigre”

Silvia Mabel Correa
silviamabelcorrea@gmail.com

Introducción

Corría el año 2005 y en mi municipio se presentaba la oportunidad de la creación de un nuevo hospital dependiente de la municipalidad. El partido solo contaba con un hospital de agudos provincial para varios partidos linderos, la coordinación de enfermería estaba a cargo de en ese momento de la Lic. Cetrángolo (hoy doctora en enfermería), muy pocas instituciones aplicaban triage en guardia y mucho menos a cargo de una licenciada en enfermería y ese no era el único desafío que nos esperaba.

Desarrollo

El hospital se presentaba tímido, habilitando paulatinamente los nuevos servicios, construimos nuestra identidad con un plantel de jóvenes egresados y auxiliares con amplia experiencia. Así la atención siempre fue una mezcla de asistencia promoción y prevención. Comenzamos a notar que llegan de las islas, pacientes con úlceras arteriovenosas, cansados del fracaso de otros tratamientos. La atención incluyó la integración de la familia en el proceso de curación, la prevención de infección asociada a la herida y la utilización de nuevas técnicas de cicatrización traídas por un joven médico del sistema. La adherencia al tratamiento fue muy buena, solo 2 de un total de 29 pacientes abandonaron el tratamiento. Era en abril cuando llegó Alba una maestra jubilada que vivía sola en otra ciudad del partido, y que en el centro de salud cercano, le habían contado de nuestra experiencia. Hacía años que su pierna derecha presentaba una herida y en el último tiempo se encontraba infectada. Era necesario pensar cómo ayudarla y asegurar el seguimiento del tratamiento.

Conclusión

Junto a la asistente social del hospital conseguimos sumar esfuerzos, nos comunicamos con la enfermería del lugar y ofrecimos la capacitación al personal sobre nuestras técnicas, así conseguimos el seguimiento y curaciones necesarias. Nos comunicábamos con Alba por teléfono y una buena vecina la acompañaba cada 15 días al consultorio del hospital. Alba mejoró su estado, no solo físico. Recuerdo con mucho cariño la defensa de los familiares y pacientes cuando por la pandemia del año 2009 debimos reorganizar el servicio, nuestra tarea había sido integral y participativa. Pasaron los años y nuestro hospital se transformó en maternidad, yo recorrí otros caminos, pero aún siento mucho orgullo de haber formado parte de esa experiencia, donde la atención fue integral en un segundo nivel de atención.

RELATO 3

Mi relato sobre una experiencia en mi año de salud rural

Lic. Meza Guagua Yara Valeria

Ecuador

yaralolita@hotmail.com

Introducción

Cumplir el Año de Servicio de Salud Rural es un requisito obligatorio para que los profesionales graduados en medicina, enfermería, odontología y obstetricia puedan ejercer en Ecuador. Los profesionales de la salud rural se han convertido en un eje fundamental del Sistema Nacional de Salud, siendo agentes que promueven tanto la atención en salud como el desarrollo comunitario.

Debido a que existen numerosas promociones; muchos de ellos realizan el Servicio de Salud Rural en hospitales.

Desarrollo

Mi año de salud rural fue en la ciudad de Esmeraldas, Cantón San Lorenzo parroquia Mataje (Frontera con Colombia) en el año 2018. Allí realizamos actividades intramurales y extramurales; una de las actividades que más me gustaba realizar era ENI (Estrategia Nacional de Inmunizaciones); inmunizar a los niños con las vacunas, ya que esto es un método de prevención y al estar en esa zona, están más expuestos a contraer enfermedades. Salíamos al pueblo con los carnés a buscar a los niños que faltaban de vacunar y así poder cumplir con el esquema completo. En lo intramural se les hacía control de signos vitales, administración de medicamentos, suturas, etc. Se realizaban actividades para que los niños se sintieran seguros y confiados de nosotros al igual que los padres y poderlos vacunar. También realizábamos la atención integral con todos los grupos (vulnerables y no vulnerables) y charlas educativas sobre ciertas enfermedades. En ese año hubo un atentado contra los militares, y a pesar de eso no paramos con la atención en el subcentro de Mataje.

Conclusión

No importa en qué lugar nos encontremos, teniendo creatividad, voluntad e ingeniárselas para que todos puedan tener la mejor atención que ellos necesitan y los niños puedan recibir las vacunas, explicando todo a los padres para que no tengan dudas que esa estrategia es una de las primeras inmunizaciones que recibe el niño ante cualquier enfermedad. Todos tenemos derecho a la salud y es nuestro deber brindarla, así mismo dando promoción y prevención de enfermedades.

Capítulo III

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Andrea Ance

Lic. Enfermería Especialista en Enfermería Neonatal. Instructora de Residencia Enfermería Neonatal. Instructora de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal y AcoRN. Experto Universitario en Terapia Intravenosa. Docente UNMDP. Coordinadora Postítulo de Enfermería Neonatal. Equipo de Docencia del hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti".

Claudia Vaccaroni

Lic. Enfermería. Especialista en Médico Comunitario. Diplomado en Gestión de la Calidad 9001:2015 Auditor Interno según ISO 9001:2015. Docente en Salud. Coach Profesional. Coordinadora de Docencia Continua y Miembro del Comité de Docencia e Investigación de la Clínica 25 de Mayo.

Linda Vazquez

Lic. en Enfermería. Enfermera Comunitaria y Familiar. Docente en Formación Profesional. Diplomada en Administración Pública. Integrante del Comité de Expertos de Atención Primaria de la Salud de la Federación Argentina de Enfermería. Coordinadora Programa Proteger - abordaje de ECNT- Mar del Plata. Integrante de la Comisión Argentina de Enfermería del Desarrollo de las Cs del Cuidado.

“Una mirada transformadora en la atención de la salud territorial”

Desde la estrategia de APS, para crear un sistema sanitario que responda a los derechos universales de salud basados en equidad, calidad y humanismo, debemos tener en cuenta los determinantes sociales, demográficos, económicos, culturales y el contexto político de la salud, las políticas públicas, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la rehabilitación, la acción intersectorial y todos los planteamientos de salud de la población, es aquí donde intervienen los tres niveles de atención enfocados en la atención integral de las personas familias y comunidades.

La atención integral requiere de una amplia mirada profesional sobre la persona, su entorno, su familia, sus creencias, su percepción sobre su salud, su autocuidado, el mundo que lo rodea y su comunidad. Esta atención integral prestada, este cuidado brindado, deberá estar centrado en la persona con un enfoque de derecho, entendiéndolo como el respeto por las personas, sus decisiones, su individualidad, viéndolas como contribuidoras vitales para su salud, dar acceso a información de calidad, entre otras.

El enfoque centrado en las personas nos brinda una continuidad en los cuidados y nos lleva al abordaje territorial dentro de la comunidad donde la persona, y familia se desarrollan, con pertinencia cultural y es ahí donde se puede armar y articular una red de servicios que dé respuesta con un modelo de atención integral en salud, a las necesidades que surjan en una población determinada.



Fuente: Autoría propia. Mar del Plata 2019

Desde esta perspectiva integral, se busca actuar sobre los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio, como determinantes y condicionantes de la salud, en las distintas variables y sus dimensiones. Identificando las brechas de inequidad y ponderando la incidencia de los distintos factores en cada una de las dimensiones, diseñar políticas públicas y llevar a cabo las articulaciones institucionales necesarias para posibilitar su abordaje y reducción, actuando sobre variables relevantes, como los modos de vida, los sistemas y los servicios de salud, socioeconómicos y ambientales.

Ir en busca de las necesidades de las personas familias y comunidades, ahí donde ríen, lloran, estudian, se alimentan, aman y viven con entusiasmo en su propio territorio, en su entorno, en su medio ambiente, salir de las paredes de las clínicas, hospitales, es sin duda una de las mejores estrategias que tenemos en la atención primaria de la salud, para lograr, “salud para todos”.

Atención integral de la salud centrada en las personas, familia y comunidades

Siendo la Atención Integral un enfoque en el que se atiende todas las necesidades del paciente por completo y no solo las necesidades médicas y físicas. Este modelo pretende fortalecer y reorientar las estrategias de la Atención Primaria de la Salud (APS) con un fuerte compromiso en la participación comunitaria y las acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de afecciones, respetando los valores y creencias de la población usuaria.

El desafío de este modelo es garantizar una atención de salud integral y continua durante el ciclo de vida, sus ejes de intervención son promoción de la salud, entorno hábitos de vida saludables y factores de riesgo.

Esta visión integral **persona, familia y comunidad** nos permite una atención oportuna y resolutive en todos los niveles de atención. Tejiendo la red intersectorial con la participación ciudadana, fomentando el autocuidado desde el equipo de salud trans, interdisciplinario y multidisciplinario.

Nada mejor entonces que estar ahí, en su entorno en su lugar, con el abordaje territorial y yendo a la comunidad es donde no solo se brinda un cuidado de calidad sino que nos ponemos en el zapato del otro.



Fuente: Autoría propia. Mar del Plata 2019

Nosotras, las enfermeras, somos parte de un equipo multi e interdisciplinar, intersectorial, solidario y colaborativo. Por estos motivos, sin duda, podemos crear un sistema sanitario teniendo en cuenta los determinantes sociales, demográficos, económicos, culturales y el contexto político de la salud, de las políticas públicas, la inequidad sanitaria, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la rehabilitación, la acción intersectorial y todos los planteamientos de salud de la población. Nada mejor entonces, que ir en busca de las necesidades de las personas, familias y comunidades, que en su propio territorio, en su medio ambiente, en su entorno, sin duda una de las mejores estrategias que tenemos en la atención primaria de la salud, para lograr la salud para todos.



Fuente: Programa Esquinas Saludables MGP. Mar del Plata 2019

El acompañamiento continuo de enfermería en las distintas etapas de vida del ser humano nos permite promover la vida, prevenir la enfermedad, cuidar en su enfermedad y su recuperación.

El camino a la maternidad segura centrada en la familia y el envejecimiento activo y saludable nos permite en este capítulo ser defensores mediante una mirada transformadora, para garantizar la incorporación de la perspectiva de derecho a la atención integral.

El rol de enfermería en la atención integral en el adulto mayor

Sabemos que para impulsar y efectivizar el **Envejecimiento Activo y Saludable**, donde se debe incluir tanto a personas sanas y activas como a personas dependientes y enfermas, se necesita una actuación multidisciplinar e interdisciplinar.

Los relatos de experiencias de nuestros colegas reafirma la inclusión mediante una participación activa de enfermería en las políticas y estrategias relativas al envejecimiento activo y saludable y en el rol que tienen que desempeñar en los diferentes ámbitos de atención a la salud de las personas mayores basados en los seis grandes determinantes (ambientales, económicos, servicios sociales y sanitarios, sociales y conductuales).

Acompañar el envejecimiento saludable desde la profesión, principalmente con la pandemia del COVID-19 quedando un hueco en los sistemas, servicios y políticas es clave en el equipo de salud como un potencial de respuestas a las necesidades de cuidados.

Promover una actitud sensible, abierta, comunicativa y de aceptación basada en el reconocimiento del envejecimiento activo maximizando la esperanza de la vida saludable mejorando la calidad de vida del adulto mayor como el de su familia.

La prevención primaria consiste en aplicar medidas de cuidados mediante la eliminación o disminución de factores de riesgos: inmunizaciones, quimioprofilaxis y modificaciones en el estilo de vida.

Las medidas de prevención secundarias procuran el diagnóstico y manejo de la enfermedad y/o sus complicaciones de manera precoz, antes del inicio de síntomas o pérdidas funcionales, con la consecuente disminución de la morbimortalidad, por lo antes dicho es importante realizar tamizaje de cribado en los adultos mayores como la detección temprana de cáncer de mama, de cuello uterino, de cáncer colorrectal, de cáncer de próstata, de glaucoma, de hipertensión, de hiperlipidemia, de osteoporosis, etc.

Aplicar las medidas de prevención terciaria con diagnóstico previo de enfermedades crónicas, que se encuentren sintomáticos, para mantener la capacidad funcional, prevenir discapacidades y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia entre las principales tenemos: artritis, osteoporosis, diabetes, hipertensión arterial, trastornos vasculares, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

La meta de enfermería es favorecer y apoyar a los adultos mayores a elaborar procesos de adaptación a la nueva situación o enfermedad, siempre desde la empatía, la verdad, el cuidado, educación y brindando herramientas para una mejor calidad de vida.

El rol de enfermería relacionado a la promoción de las políticas públicas saludables implica la participación activa en las tomas de decisiones, ser asesores en los ámbitos, promover las acciones a la formación del recurso humano en forma interdisciplinaria, organizacional, comunitario, universitarios, académicas e investigación.

Cuidar acompañando el tránsito a la maternidad

El desarrollo científico, industrial y tecnológico en Europa, durante el siglo XIX genera una presión social en los médicos por el gran aumento de la mortalidad materna-infantil. Ya en esa época la atención primaria de la madre y del niño era realizada por enfermeras y obstetras. Poco antes de este siglo los partos se realizaban en los hogares con la ayuda de mujeres entrenadas con el acompañamiento de su familia. A principio del

siglo XX los países industrializados comienzan a contar con hospitales y es donde inicia el cambio de la atención del parto, los nacimientos comenzaron a institucionalizarse y medicalizar, con la intención de disminuir las muertes maternas y neonatales, se comenzó a administrar medicación innecesaria, donde se trató al embarazo como una patologización del proceso de parto que naturalizó dicha intervención y la rutina de las prácticas. Las madres comenzaron a recibir un trato despersonalizado, consecuencias iatrogénicas como el vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, se ve afectada la lactancia materna, ya que al nacimiento separaban al recién nacido sano de su madre para controles que bien podían realizarse sin separarlo de ella.

Se encuentran innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido en una embarazada al momento de iniciar su trabajo de parto producido en un entorno desconocido, sumado a una situación de miedo, dolor y ansiedad, ponen en riesgo la salud de la madre y su bebe por nacer.

El Dr. Stephane Tarnier (1828-1897), fue el pionero del enfoque perinatal, gracias a sus aportes se logra disminuir la mortalidad por la sepsis puerperal y junto con el Dr. Alfred Pinard (1844-1934), quien se destacó por el cuidado perinatal moderno realizan en esos tiempos importantes aportes sobre la atención prenatal. Este nuevo enfoque también brindó la oportunidad de controlar a las madres en búsqueda de embarazos de riesgo e intentar asegurar el desarrollo normal del feto. Lo que Pinard denominó “puericultura intrauterina”, asegurando la higiene materna e infantil e insistiendo en la no separación de la madre y su hijo asegurando la lactancia materna. Actualmente en la descripción de acciones propias de la especialidad obstétrica, tiene un rol esencial en la Atención Primaria de Salud. La declaración de Alma Ata 1978 define entre las actividades, la educación sobre los principales problemas de salud y sobre todo los métodos de prevención, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, la asistencia materno infantil con la inclusión de la planificación familiar, inmunizaciones contra enfermedades infecciosas. Además, sugiere que la Atención Primaria debe estar

asistida por un sistema integrado a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos.

En coherencia con el marco conceptual, contar con servicios culturalmente adecuados siendo un derecho de los usuarios de los servicios de salud implica el reconocimiento e integración respetuosa del conjunto de prácticas, estrategias y saberes de la cultura del paciente en el proceso de atención y cuidado de su salud.

Brindar un cuidado humanizado, respetando los derechos de la madre de vivir el parto como un proceso natural, apoyándose en prácticas útiles y benéficas, es un factor central en la creencia de que la salud es un derecho humano, además de ser la piedra angular de los cuidados centrados en las personas. La humanización del parto permite que la embarazada se sienta fortalecida y disfrute de su parto, tornando el proceso de alumbramiento más participativo, agradable y seguro. Como equipo de salud, realizar acciones simples como la presencia constante, mantener un diálogo amable, tomarles la mano hacen la experiencia más cómoda y relajada. Utilizar técnicas no invasivas durante el trabajo de parto como por ejemplo masajes y técnicas de relajación, son elementos considerados muy relevantes en el cuidado de la embarazada. Percibiendo así la maternidad como una experiencia más positiva.

Referencias bibliográficas

Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria de la salud en los países de América del sur (2014). Río de Janeiro: UNASUR-ISAGS.

Organización Panamericana de la Salud (2019). Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.

Pérez Pimentel, Sandra. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. Revista Cubana de Enfermería, 25(3-4) Recuperado en 15 de marzo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000200003&lng=es&tlng=es

OPS. El envejecimiento saludable y activo y los derechos humanos de las personas mayores. <http://www.vejezyvida.com/envejecimiento-activo>

OPS: América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo. Noticias e Información Pública. Comunicado de Prensa. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=495>

Peláez, M. (2005) La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas: editorial. Rev Panam Salud Publica;17(5/6) 299-302,2005. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989200500050002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina (2010).4ta. ed. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Ley 25929 parto humanizado. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018.

Dunn PM. Adolphe Pinard (1844-1934) de París y atención pediátrica intrauterina. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006;91: F231-F232.

Dunn PM. Stephane Tarnier (1828-1897), arquitecto de la perinatología en Francia. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002 86: F137-F138 https://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Relatos de experiencias CAPÍTULO III

RELATO 1

Mi experiencia de un día de campo en tiempos de COVID-19 en la ciudad de México

Dulce María del Carmen Robledo Botello

Maestra en Enfermería

Centro de Salud Ajusco Coyoacán.

Ciudad de México. México.

dulceroble@yahoo.com.mx

Introducción

Un día en la comunidad en tiempos de COVID, no ha sido nada fácil salir a vacunar a los niños casa a casa. La gente desconfía te dice que les estas inyectando el virus para que se mueran, otros ni siquiera te abren la puerta, o te la azotan dejándote, hablando sola, o ves al niño asomarse por la ventana y te lo niegan. No están acostumbrados a vernos con cubre bocas, careta y guantes. He caminado 4 horas, el sol es agotador y extenuante, nada fácil. Pero regresaré mañana con más suerte para convencer a la mamá para vacunar a su pequeño.

Desarrollo

Hoy como todos los días preparo mi termo y organizo mis visitas para ir en busca de aquellos niños que requieren de sus vacunas. El día de hoy fue un día muy extenuante porque iniciamos con sana distancia 21 de marzo de 2020 por COVID, la gente se encuentra atemorizada, algunos son amables y me dicen cuídese mucho es muy noble su profesión, otros de inmediato se cambian de acera, también hay quien grita “no se dejen vacunar los van a matar” salimos con el equipo de protección con el rayo del sol, a las pocas horas ya necesitaba hidratarme pero eso no era posible, seguimos realizando visitas, encontrando mucho ausentismo y desconfianza, son días difíciles donde te desmoralizas porque la gente no quiere colaborar, hay poca información y mucho miedo

en la comunidad, ya llevamos 3 horas caminando dejaremos la información y posteriormente regresaremos, esa es nuestra labor y estoy segura que la comunidad reconocerá nuestro esfuerzo y confiará en nosotras, son tiempos de mucho trabajo y no me daré por vencida.

Conclusión

El trabajo de campo es una labor muy noble, cuando la gente te confía a tu hijo y deja que lo vacunes es su casa hay una satisfacción profesional enorme, te olvidas de que has caminado horas pues sabes que ese niño no enfermara, desafortunadamente estamos viviendo tiempos de incertidumbre por COVID, la gente está temerosa pero sé que informándola ganare su atención y podré seguir encontrando a esos menores que necesitan ser inmunizados, me gusta mi trabajo y no desistiré porque el primer nivel de atención es mi pasión y porque estoy convencida que “las vacunas salvan vidas”

Fotos de elaboración propia





RELATO 2

Mi relato de la integración del adulto mayor a la terapia ocupacional

Diana Pamela Figueroa Cevallos

Licenciada en Enfermería

Institución donde labora: Hospital de los Ceibos. Guayaquil. Ecuador

diana_figueroac83@yahoo.com

Introducción

En mi último año de estudios universitarios, cuando cursaba la sub-rotación de salud comunitaria en el Centro de Salud Juan Montalvo, ubicado en el norte de la ciudad de Guayaquil, uno de mis roles fue impartir charlas educativas a los usuarios. Durante aquella experiencia pude percibir que asistían con frecuencia alrededor de 25 adultos mayores, entre 65 y 74 años lo cual despertó mi espíritu investigativo e identifiqué que ellos pertenecían a diversos grupos, sin embargo, estos estaban organizados por grupos con enfermedades pre- existentes sin tomar en cuenta las diferentes necesidades dentro de su etapa de vida.

Desarrollo

Pensando siempre en el bienestar del adulto mayor, vino a mi mente alguna de las principales funciones de enfermería, educar y fomentar actividades que desarrollen la autonomía del ser humano. Este grupo de población que, por su estatus económico, muchas veces se encuentra descuidado por un sistema de salud público deficiente me llevo a tomar la decisión de convocarlos a charlas educativas, y poco a poco implemente actividades ocupacionales, para promover la expansión de sus conocimientos abarcando el bienestar biopsicosocial y no solo la ausencia de la afección.

Durante esta experiencia, daba charlas educativas, lecturas de libros, se trabajó la motricidad fina y gruesa y se completó el esquema de vacunación. Recuerdo que un tema muy relevante para ellos fue la resiliencia, ellos participaban con sus experiencias vividas,

cada una más interesante que las otras, hablaban de guerras, entre otras cosas. Aquellas tardes se volvían meras integraciones de personas con la misma necesidad de atención.

Conclusión

Si bien es cierto que el término adulto mayor hace referencia a los últimos años de vida, no dejan de ser una parte importante de la población ya que han tenido muchísimas experiencias, generando aprendizajes que puede ser beneficioso para muchos, asimismo presentan distintos cambios, siendo estos: físicos o psicológicos. Esto indica que necesitan atención prioritaria en el primer nivel de Salud para seguir desarrollando sus actividades con normalidad y lograr la mayor independencia posible, también los ayudará a mantenerse activos, concentrados y útiles para no enfocarse en la enfermedad.

RELATO 3

Mi experiencia en equipo AISPED (Oferta Móvil de Atención en Salud)

Karina Patricia Castillo Aguilar

*Licenciada en Enfermería especialista en Gerontología y Geriátrica.
Red de Salud Otuzco. Trujillo. Perú.
lunaturquesa@hotmail.es*

Introducción

Este recorrido se ha entretelado con mi búsqueda propia de experiencias a nivel personal y profesional, que me fue llevando por comunidades nuevas y un poco extrañas para mí. Es por ello mi decisión de ser parte del Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas de la Región La Libertad, zona andina, que lleva atención a las comunidades muy alejadas y a más de 4000 msnm, donde impera el frío, la pobreza y las ganas de los pobladores de cuidar su salud y la de su comunidad; debido a que el acceso al establecimiento de salud es caminando por más de 6 a 7 horas, permanecíamos en cada comunidad 3 días para ganar tiempo al tiempo.

Desarrollo

Ser parte del equipo AISPED me permitió conocer de cerca la realidad sanitaria y económica de personas que solo viven de lo que siembran en sus chacras, también me permitió poner en práctica todo lo aprendido en las aulas universitarias. Como éramos un equipo conformado por médico, enfermera, obstetra, odontólogo y técnica en enfermería, cada uno realizaba actividades en sus respectivas áreas. Sin embargo, al finalizar la atención realizábamos sesiones educativas enfocadas en la prevención de enfermedades prevalentes de la zona, salíamos a las 5 am a visitar a las gestantes cuyas casas se encontraban a 1 hora de distancia (caminando cuesta arriba y a veces en caballito) para realizar sus atenciones y educar a sus familias. También realizaba el monitoreo de letrinas y cocinas saludables, consumo adecuado de yodo, tenencia responsable de canes, crianza adecuada de animales menores, así como la

implementación de biohuertos en sus domicilios y en las escuelas rurales. Todo esto con la finalidad de ayudar a reducir la anemia y desnutrición en gestantes y niños menores de 5 años.

Conclusión

Trabajar en este equipo ha sido una de mis mejores y más hermosas experiencias en el campo laboral de la atención en el primer nivel lo que me permitió mirar hacia atrás, hacia mi experiencia biográfica, intelectual y profesional. Ha permitido descubrir nuevas oportunidades y la creatividad que surge al y para brindar la atención primaria en lo preventivo promocional con la calidez y el trato humanizado que toda persona merece recibir, mirando en retrospectiva y con visión de futuro. El horizonte se desplaza al paso de quien se mueve. El horizonte es más bien algo en lo que hacemos nuestro camino y que hace el camino con nosotros (Gadamer, 2007: 375).





1 y 2: Traslado del equipo AISPED

3: Traslado de paciente gestante al puesto de salud

4: Atención de la comunidad Vaquería (Distrito Cochorco – Provincia de Sánchez Carrión, Región La Libertad. Perú)

5: Sesión educativa y pasacalle por el día de la no violencia contra la mujer (Comunidad Santa Fe de Carrizales).

6: Sesión educativa sobre alimentación saludable dirigida a alumnos de nivel primaria (comunidad Succhapampa).

RELATO 4

Cuidar acompañando el tránsito a la maternidad

Mary Luz Monroy Rubiano

*Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal
Universidad de Cundinamarca. Colombia
mmonroyrubiano@ucundinamarca.edu.co*

Introducción

En mi práctica clínica, lograr que el grupo se integre al servicio y brinde cuidados humanizados a las mujeres hospitalizadas en sala de partos, resulta un proceso gratificante, la mezcla de emociones invade a cada uno de quienes compartimos la experiencia, me motiva percibir toda esa mágica mezcla de saberes, sentires y emociones de cada materna, cada estudiante, el personal de turno y los míos, todo en conjunto se convierte en una oportunidad para lograr un ambiente de calidez, de camaradería, acompañamiento y un logro de objetivos que termina reforzando en cada uno de los participantes la importancia de cuidar con sensibilidad humana.

Desarrollo

Llegamos a práctica al servicio de sala de partos, asignadas las gestantes, buscamos identificar las necesidades de cada una y reforzar las habilidades de valoración y cuidado obstétrico. Miedo a lo desconocido, la cercanía al nacimiento, la curiosidad de contrastar lo teórico con la realidad, son las emociones que acompañan la jornada, luego de ver que 4 de las 5 gestantes estaban en fase activa de máxima aceleración, propuse poner en práctica una sesión de baile (el movimiento ayuda al progreso de la dinámica uterina, la maduración cervical y el descenso de la presentación) luego de explicar la actividad las gestantes y estudiantes se prepararon, dirigí el baile y las coreografías sencillas, hubo risas, el ambiente fue positivo, la actividad fue exitosa, dos de las mujeres tuvieron sus partos en las siguientes dos horas, en nuestra compañía, todas agradecieron que estuviéramos, los estudiantes estaban maravillados, lograron articular lo teórico a la

jornada práctica, los partos fueron positivos, cada bebé fue muy bien recibido, se fomentó el contacto piel a piel, la lactancia precoz y el cuidado integral, todos fuimos ganadores y mejores ese día!

Conclusión

El proceso de aprendizaje de actividades que promueven la salud y el bienestar, se transita más fácil cuando todos vamos en el mismo camino, la sensibilidad humana ante un nacimiento, fortalece el amor por la vida, por el cuidado humano, por nosotros mismos; los estudiantes en sus narrativas de la jornada, resaltaron cuán valiosa fue la experiencia vivida, agradecieron a sus madres su existencia y armonizaron cada proceso en el servicio, facilitando las experiencias de trabajo de parto de las maternas con el acompañamiento y cuidados necesarios, generando satisfacción y más adherencia con el saber, hacer y ser de la profesión, que aseguraron, no se habían equivocado elegir.

RELATO 5

Relato de historias y cuentos en un geriátrico

Ana María Mosca

Argentina- Estudiante del “Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería”. Licenciada en Enfermería. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
ana.mosca@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

En el primer año de la carrera de enfermería se rota por un geriátrico ubicado cerca del radio de la institución. Allí los estudiantes realizan diferentes actividades recreativas con los ancianos que se encuentran y están dispuestos a participar. Recuerdo en particular una actividad que generó interés por varios residentes la cual era la lectura de cuentos. Esta era la que más participantes tenía no solo porque al fin de cada cuento se reflexionaba sino porque se evocaban recuerdos y emociones de los oyentes.

Desarrollo

Un día como tantos seleccionamos uno de los primeros cuentos solicitados por ellos mismos. En particular Manuela de unos 89 años que siempre asistía. El título del mismo era Facebook, este comenta cómo una joven buscaba una pareja con cualidades parecidas a su padre y lo hacía mediante las redes sociales. Manuela al finalizar el cuento comenta que a ella le había pasado lo mismo que al personaje del cuento y dice que esto nunca lo había comentado con nadie e inicia su relato a los estudiantes de enfermería. Ellos mediante la entrevista y escucha activa van guiando a Manuela para que ella pueda compartir con ellos hasta donde ella permite.

Conclusión

Durante su relato se observó una empatía por parte de Manuela y los estudiantes. Ella agradeció haber sido escuchada ya que antes nunca lo había hecho manifiesto y era algo que según ella lo tenía muy presente. Los relatos ficticios o verdaderos ayudan a trabajar, asumir, concientizar y sacar a la luz entre otros sentimientos, amarguras, alegría y frustraciones. Los estudiantes se sintieron muy cómodos y contentos con haber podido ayudar a Manuela y a otros residentes a poder comentar hechos sucedidos muy parecidos en el relato. Además de ayudarlos a sentirse valorados y escuchados. La experiencia nos resultó sorprendente ya que no imaginamos que podría generar tal impacto en los residentes.

Capítulo IV

Acciones intersectoriales e interprofesionales en Atención Primaria en Salud - APS

Diana Marcela Prieto Romero

Phd en Salud, Magister en Salud Pública, Especialista en Gestión de la Organización Pública en Salud, Especialista en Epidemiología, Enfermera. Líder de proyectos de Growing Up Foundation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1608-8003>

Laura Paola Sánchez

*Maestrando en Práctica Docente UNR, Especialista en Docencia Universitaria UNMDP. Diplomada en Administración Pública. Lic. en Enfermería. Pte. de la asociación Civil Argentina de Atención primaria de la salud. Docente e investigadora independiente. Instituto Nacional de Epidemiología
Email lpasanchez@anlis.gob.ar
laurasanchez3296@gmail.com*

La conferencia internacional de Alma Ata en 1978, donde participaron 134 países, 67 organismos internacionales y organizaciones gubernamentales, representa un hito importante, en donde se realizó un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención sanitaria en todo el mundo, el cual requiere y exige la acción de múltiples sectores.

Del mismo modo, se definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social resaltando que es un derecho humano fundamental, donde para alcanzar dicho objetivo es clave la Atención Primaria en Salud, entendida esta como un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades (OPS - OMS, 2018).

Sumado a esto, la atención primaria vela porque las personas reciban un tratamiento integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano, desde esta perspectiva un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad

social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La equidad sin justicia, es no plantear la salud desde una perspectiva intersectorial, porque se puede ser equitativo, pero no justo y menos solidario. Estos conceptos de igualdad-equidad-justicia distributiva, son necesarios para la intersectorialidad.

En ese sentido la intersectorialidad y el trabajo interprofesional es un requerimiento imperante para alcanzar dicho objetivo; la intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015); por otro lado, también se entiende como “La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta” (Ministerio de Salud Chile, 2014).

Por otro lado, el trabajo interprofesional es la práctica colaborativa que ocurre cuando múltiples profesionales trabajan juntos con objetivos comunes en pro del cuidado integrado, seguro, de alta calidad y centrado en la persona, familia o comunidad. El proceso colaborativo es sostenido por una cultura en la que la contribución de todos es valorada. La práctica colaborativa empodera a los profesionales para la innovación y los cambios (OPS & REIP - IPECP, 2019).

Del mismo modo, para lograr en la práctica la intersectorialidad y el interprofesionalismo, es necesario reconocer que el sector salud no puede actuar solo porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia (Rojas, 2004); en ese sentido es imperante adoptar y aplicar lo que define la declaración de Helsinki, enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP) el cual toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busca

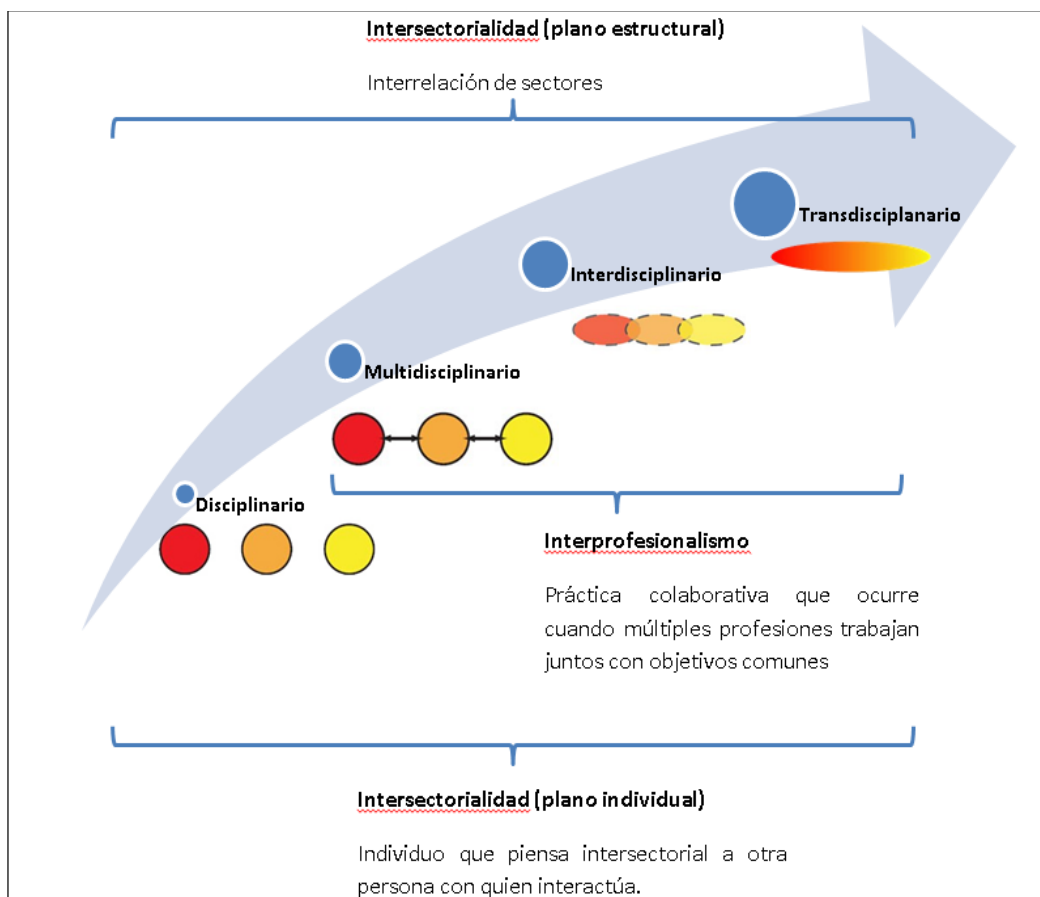
sinergias, y evitar impactos negativos sobre la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Desde el enfoque sociológico, político y desde las teorías feministas, la intersectorialidad se puede trabajar, efectivamente, no solo como la interrelación de sectores, también se puede trabajar desde el individuo que piensa intersectorialmente a la otra persona con quien interactúa. Esto nos muestra que la intersectorialidad se refiere a instituciones y asociaciones, pero también a interpretaciones intersubjetivas de interrelación y atención personalizada.

En las prácticas cotidianas de profesionales de la salud, podemos observar múltiples ejemplos de intersectorialidad e interprofesionalismo, como organizadores de la acción, muchas veces de manera inconsciente, pero se expresan en las prácticas cotidianas en las instituciones que habitan estos profesionales.

Uno de los principales problemas que tiene la práctica en el campo de la salud y a la vez el nutriente más importante, es la confusión teórica que suele darse entre conceptos que parecen similares, pero en esencia son diferentes. Para ello es necesario diferenciar: disciplinar, interdisciplinar, multidisciplinar y transdisciplinar para pensar la profundidad de las relaciones y vínculos interprofesionales y la gestión intersectorial.

Figura 1



Fuente: elaboración propia

Los conceptos disciplinar, interdisciplinar, multidisciplinar y transdisciplinar hacen referencia a campos de conocimiento y sus relaciones e interacciones.

Las acepciones de la palabra disciplina pudieran sintetizarse según (Juan Aspeé Chacón. 2013) refiriéndose a un conjunto doctrinal (de saberes y principios) en el cual una persona es instruida. Este conjunto doctrinal, puede ser de amplio alcance, atendiendo a lo moral, al conocimiento científico, al arte, etc.

El concepto multidisciplinario es el más usado y reconocido en el campo de la salud, para referirse a los equipos de trabajo en donde participan profesiones diferentes o de distintas especialidades dentro de una misma profesión (**Dante Amato et al:2019**).

La multidisciplinariedad, pretende desde la complejidad que significa el abordaje del cuidado de la salud de diferentes profesiones, como antropólogos, sociólogos, médicos, enfermeras, ciencias de la educación, economía, política, etc., trabajar juntas para suministrar aportes al cuidado integral de la salud de personas, familias y comunidades. En cambio, el término "interprofesional" pone el énfasis en las personas que desempeñan las labores de atención a la salud. (**Dante Amato et alt:2019**).

La Organización Mundial de la Salud (OMS:2010), propone el término interprofesional como un enfoque para la educación de los profesionales de atención a la salud.

Existen algunos sectores que usan el término "interprofesional" para referirse a ese modelo educativo y han identificado la falta de conocimiento del término como obstáculo para la implantación del modelo educativo en las instituciones (Amato, Dante etalt:2019).

Desde esta perspectiva, diferentes profesionales de la salud latinoamericanos hacen esfuerzos para materializar en sus prácticas cotidianas la intersectorialidad y el interprofesionalismo.

Luego de la lectura de este capítulo, se encontrarán con 4 diferentes experiencias intersectoriales e interprofesionales, donde participa la comunidad como actor activo, colaborativo, lo anterior marca un hito teniendo en cuenta que anteriormente se percibía a la comunidad únicamente como un actor receptor de la información y acciones.

Durante mucho tiempo en la formación de profesionales en las carreras de ciencias de la salud y aún en la actualidad se ha priorizado y evaluado el desempeño individual de los mismos, lo cual genera que los profesionales egresados no siempre tengan las competencias de la intersectorialidad e interprofesionalismo.

Por otro lado, los avances de las ciencias sociales y su intersección con las ciencias de la salud han evidenciado, cada vez más, que los profesionales adquieran competencias blandas, de liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, que les permitan gestionar el cuidado integral, desde una perspectiva intersectorial e interprofesional.

Una de las principales problemáticas para llevar a cabo la estrategia de atención primaria de la salud, es la incapacidad de salir de la teoría para llevar a cabo verdaderas acciones prácticas, intersectoriales, interprofesionales y con sostenibilidad, que superen los tres niveles de atención pero que comienzan necesariamente en las comunidades y para ello, son necesarios recursos humanos formados en el terreno de la práctica, pero también con competencias y saberes de trabajo intersectorial. Y es aquí, donde la práctica se resignifica en los grandes aportes de diferentes profesionales que en sus tareas cotidianas hacen grandes esfuerzos a partir de un desempeño autónomo, crítico, reflexivo, adecuado a las demandas sociales para dar respuestas y lograr la sinergia de acciones intersectoriales e interprofesionales en atención primaria en salud.

Uno de los desafíos de la estrategia, es el trabajo intersectorial e interprofesional, en red, que cree lazos que permitan superar el proceso de transición paradigmática vigente en las ciencias de la salud y en las instituciones de salud que habitamos, que tienen su punto de encuentro en las necesidades de integración y en la complejidad que da lo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar y el rol que ocupan los profesionales de enfermería en esos equipos.

Es importante aunar esfuerzos colectivos en la formación y el desarrollo del talento humano en habilidades blandas para facilitar e impulsar la implementación de la estrategia de APS y el trabajo intersectorial, a partir de la coordinación intersectorial e interprofesional.

Además, profundizar en el escenario de las prácticas cotidianas de profesionales de la salud, que a partir de sus experiencias y relatos han logrado trascender diferentes problemáticas que surgen en la implementación de la estrategia de APS generando acciones en el escenario de la práctica cotidiana de profesionales de la salud, con

sostenibilidad, creando dispositivos de enseñanza, con un conocimiento práctico del campo, que permite resignificar el papel fundamental de la tarea de profesionales de enfermería en los equipos de salud, creando una función identitaria que conduce y moviliza los comportamientos y permiten repensar las prácticas intersectoriales e interprofesionales, de ahí la importancia de estos relatos.

Referencias bibliográficas

FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Ministerio de Salud Chile (2013). Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>

OPS & REIP - IPECP. (2019). Educación interprofesional y práctica colaborativa.

https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2019/webex_mar/webinar_es_21mar.pdf

Rojas Ochoa, Francisco. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública, 30(3) Recuperado en 15 de marzo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000300008&lng=es&tlng=s

BOURDIEU, (1947). Choses dites, París, Minuit. Bourdieu, P. et al. (1998). El Oficio del Sociólogo, Siglo XXI Editores, México.

Bourdieu, Pierre; Choses Dites, P. Bourdieu P. et. Al (1998). El oficio de sociólogo. México : Siglo XXI Editores.

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional care, 19(sup1), 21-38.

Aspeé J. (2013). Disciplina, Interdisciplina, Transdisciplina: implicancias para el Trabajo Social. Viña del Mar - Valparaíso: Colegio de Trabajadores Sociales de Chile.

Amato, Dante, Gómez-Clavel, José Francisco, & Novales-Castro, Xavier de Jesús. (2019). ¿Interdisciplinario o interprofesional?. Investigación en educación médica, 8(32), 125-126. Epub 19 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.32.19211>

World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva. 2010. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=367D2F88BE96CF899ADE15616AD23F1B?sequence=1

Relatos de experiencia capítulo IV

RELATO 1

Centro de alfabetización para jóvenes y adultos, desarrollado en el CAPS por enfermería. Argentina

Antillanca Gabriela

Lic. En Enfermería
gabriela-119@hotmail.com

Introducción:

La base filosófica de la APS es fomentar el autocuidado. Para que los enfermeros que trabajamos en los CAPS seamos creíbles y podamos construir un conocimiento común con la comunidad tenemos que compartir su cotidianidad, no solo en los momentos de enfermedad evidenciables sino fundamentalmente en actividades de promoción y prevención. Asegurarnos que el rol principal del enfermero sea “El cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad”.

En este sentido, relatare una experiencia de enfermería en la que participe desde el CAPS Área 16 de Rawson, Chubut - Argentina en el año 2009.

Desarrollo:

Entre las tareas de enfermería se encontraba la entrega de medicamentos del Programa Remediar (actual CUS). Al retirar el medicamento debía firmar una planilla del programa. Se detectó que este paso se veía dificultado porque muchos de los pacientes no sabían leer ni escribir. Dentro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 (OPS) estaba el compromiso de combatir el analfabetismo y siendo una de las enfermeras del CAPS “Profesora especializada en educación básica de adulto” nos permitió evaluar la posibilidad de enseñar a leer y a escribir a los interesados dentro de nuestra área programática.

Se consultó a la comunidad y tuvimos muchos interesados. A partir de ahí nos comunicamos con el Ministerio de Educación de la provincia. Este recibía material de Nación del programa de alfabetización de jóvenes y adultos en forma gratuita. El kit consistía en cuadernos, lápices, gomas, etc. nos fue suministrado para que pudiésemos inaugurar el centro.

El proyecto que duro tres años se dictó a contra-turno. Los contenidos los adecuábamos a la realidad de los participantes. Por ejemplo, con los números se aprendía usar un celular, con las letras de los paquetes de fideos, yerbas etc. las letras.

Conclusiones:

Este trabajo realizado fue sumamente gratificante para los enfermeros y para los participantes y como dicen los abogados se creó "jurisprudencia".

Además, participaron del acto inaugural del Centro de Alfabetización autoridades de salud y municipales, lo cual nos brindó la posibilidad de mostrar nuestro trabajo al resto de la comunidad.

Sin duda los cuidados han progresado con el transcurso de los años, el rol de la enfermera ha cambiado y seguirá cambiando en beneficio de una mejor calidad de trabajo. Es responsabilidad de la enfermera adecuarse a los tiempos que vivimos y de esta forma hacer los aportes que los cuidados solicitan

RELATO 2

Acciones intersectoriales e interprofesionales en APS: rincón infantil estimulador – Chile

Honoriamercedes Fernández Pino

*Licenciada en enfermería, Magister en educación universitaria
Institución donde labora: Universidad Autónoma de Chile
Honoriamercedesfernandezpino@gmail.com*

Introducción

Como enfermera recién egresada, hace 20 años y buscando trabajo logre un reemplazo en un consultorio rural urbano perteneciente a la municipalidad de San Ignacio, Región de Ñuble; Chile, como equipo de salud, nos percatamos que en la mayoría de los días de la semana llegaban las familias junto a lactantes y preescolares los que permanecían esperando largas horas a que los adultos terminaran de recibir la atención de los profesionales de la salud. Esto motivo a crear un rincón estimulador infantil

Desarrollo

El objetivo de crear este rincón estimulador es para que los niños logren reconocer los colores primarios, construir juguetes de bajo costo y fomentar la alimentación saludable. En primer lugar, se coordina con el alcalde, el encargado del área de salud, encargado del área de educación y parvularias del sector, para la entrega de mobiliario apropiado (mesas y sillas), junto con la compra de pintura no tóxica de colores primarios, además cubos de madera de 4 x 4 cms, recolección de botellas plásticas, cajas de cartón. Para con estos materiales realizar la implementación y construcción de juguetes desechables a bajo costo y contruidos por los niños, familiares y funcionarios en la sala de espera, además de repasar los colores primarios (rojo, azul y amarillo) que deben ser aprendidos e identificados alrededor de los dos años, junto con repartir alimentación saludable con brochetas de fruta, jugos naturales, cereales y leches, Aporte realizado por la nutricionista del centro de salud y los feriantes del mercado; gestión realizada por el alcalde de la comuna.

Conclusión

La actividad se realizó regularmente, con el apoyo de equipo de salud existente en esa oportunidad, los preescolares y las madres recuerdan con cariño el rincón estimulador, y en forma mensual llegaban con regalos como fruta o cereales para seguir con la implementación del espacio de entretención para los niños, al hacer sus propios juguetes les abrió las habilidades blandas, y el recordar los colores primarios en el examen de salud de los 4, 5 y 6 años. Se logró realizar seguimiento a las familias que apoyaban esta iniciativa y la coordinación con las educadoras de párvulo del sector donde asisten los niños (Fuente: Elaboración propia)



Fuente: producción propia. Chile 2020

RELATO 3

“Ronda de mujeres” –Villa Martelli. Vicente López- Bs. As. Argentina

Bárbara Rodríguez Schoenfeld

Lic. De Enfermería

CAPS Ravazzoli, Vicente López

barbararodriguez1304@gmail.com

Introducción:

En el mes de Octubre del año 2019, en el marco del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama, desde el Centro de Salud donde trabajo, CAPS Ravazzoli, ubicado en Villa Martelli, Vicente López en la provincia de Buenos Aires, nos propusimos desarrollar una actividad comunitaria en referencia al tema.

Cuerpo:

Convocamos a mujeres de distintas edades, a media mañana en la Plaza de referencia del barrio para compartir experiencias, cuidados e información sobre el cáncer de mamas. Utilizamos pechos que hice tejidos al crochet para practicar el auto examen. Y lo hicimos de forma transdisciplinar, participando ginecología, medicina general, psicología y enfermería.

Pero también quisimos ofrecer un espacio de autoconocimiento y de introspección, por lo que convocamos a una instructora de yoga que nos guió en algunos ejercicios de relajación y elongación, culminando con una pequeña meditación.

Conclusiones:

Fue una experiencia hermosa el poder transmitir cuidados de una manera instituyente, saliendo del discurso normativo y hegemónico. A través del juego y de una práctica poco conocida para las mujeres de esta zona, donde la mayoría nunca había realizado una

meditación. Generó un impacto positivo, que se pudo evaluar y medir a través de las sonrisas que nos regalaron.



Plaza Almafuerde – Villa Martelli 2019

Capítulo V

Salud ambiental, telemedicina y tecnologías de la información en APS

Bernardo Daniel Taverna

Licenciado en Ciencias Biológicas. Doctorando en Ciencias.

Martín Justo Ricci

Ingeniero en Informática. Diplomado en Administración Pública.

José Manuel Anilé

Lic. en Enfermería.

A menudo un aspecto que suele pasar desapercibido respecto de la salud pública es el problema relacionado a la contaminación de los ecosistemas naturales. Este tipo de problemas tiene una amplia trascendencia a nivel de salud de las personas ya que la condición persistente de muchos contaminantes expone a los ciudadanos a distintas condiciones que pueden desencadenar diferentes enfermedades del tipo crónico.

Es necesario que los profesionales de la salud contemplen este tipo de circunstancias ya que las condiciones ambientales tienen fuertes efectos en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que para detectar la posible aparición de una condición crónica en un área determinada es necesario que este tipo de condiciones se tengan en cuenta.

Hablar de ambiente es una cuestión compleja, debido a la amplitud de significado de la palabra. Ambiente puede hacer referencia a muchas cosas diferentes, a un ambiente de trabajo, a un ambiente social, a un ambiente cultural (Ordoñez, 2000). Sin embargo, en este apartado nos ocuparemos del ambiente bajo la definición de ecosistema natural.

A menudo, los seres humanos se encuentran inmersos en una realidad que, en líneas generales, les hace olvidar sus lazos con el mundo natural. El rápido avance de la

industrialización producida desde finales de siglo XIX, ha visto un desarrollo muy grande de las urbanizaciones y las industrias, lo que ha ejercido una presión superior sobre los ambientes naturales en los cuales avanza la construcción antrópica (Kemp, 1979). Este avance, se hizo con poca planificación respecto del plano ambiental y hoy comienzan a evidenciarse problemas severos de esta situación.

Hay que entender que un ecosistema natural es el resultado de un amplio conjunto de factores que se interrelacionan para conservar las características y funciones que le son propias. Esto es lo que se conoce por equilibrio dinámico, donde las fuerzas se equilibran al encontrar los límites producidos por otras fuerzas que comparten el mismo sistema (Begon, 2006). Traducido al ambiente natural, cuando un factor natural se altera se permite que otros se desarrollen más por lo que el equilibrio se desplaza. Cuando esto sucede, puede conducir a problemas que pueden tener consecuencias graves sobre la salud de las personas, causados por los llamados impactos.

Distintas actividades conllevan a generar impactos antrópicos, desmonte para agricultura, construcción sobre terrenos que se tienen que modificar, volcado de residuos industriales en cuerpos de agua, emisión de gases de combustión, son algunos de las acciones que introducen impacto sobre los ecosistemas naturales (Jiménez, 2001). En líneas generales, cualquier ambiente no se degrada de forma inmediata, muchos ambientes poseen una resiliencia, en muchos casos elevada, que les permite compensar las actividades del hombre sobre el ecosistema. Sin embargo, muchas de estas actividades son permanentes, o muy persistentes en los mismos, lo que limita su capacidad de remediar los impactos ambientales que el hombre produce sobre el ambiente.

Es justamente esta continuidad en la acción del hombre, o la mala planificación, lo que hace que se produzca la contaminación de los ambientes donde se rompe el equilibrio dinámico de los ecosistemas por la acción del hombre. Un ambiente contaminado puede tener consecuencias graves sobre la salud. Existen muchos datos que demuestran el efecto de las condiciones ambientales sobre los problemas de salud. Desde afecciones

respiratorias hasta distintos tipos de cánceres pueden tener algún tipo de relación con factores ambientales (Jiménez Ballesta, 2017).

Esto genera un gran problema sobre las personas, ya que en muchos casos una comunidad completa se encuentra afectada por los efectos de la contaminación. Dado que la gente muchas veces no se puede mover de su lugar de origen, la exposición a los posibles contaminantes se vuelven una cuestión crónica (OMS, 2016). De tal manera, también se vuelve crónicas las afectaciones de salud de los pobladores de las localidades afectadas. Claro que esto no sucede en todo el territorio, pero en aquellos lugares donde sí sucede es un problema de consideración mayor.

Este hecho nos presenta ante dos realidades muy importantes. La primera es que la salud ambiental es fundamental para garantizar la salud integral de las personas, no solo la salud física sino la salud emocional. Un ambiente degradado puede perder belleza natural y ser fuente de insatisfacción para la gente que lo habita, por lo que los problemas físicos no son la única desventaja (Pierri, 2005).

Por otra parte, nos permite ver que la promoción de la salud está íntimamente ligada a la salud ambiental y a las buenas condiciones ambientales naturales. Ya que las afectaciones crónicas de las personas pueden estar causadas no solo por malos hábitos sino que también puede ser por causa de la degradación ambiental.

De modo que, al iniciar un estudio de los problemas de salud de una comunidad, es una cuestión importante contemplar las condiciones ambientales en esta aproximación. Es bueno realizar un relevamiento de las características y condiciones ecosistémicas que posee un área de trabajo y analizar si alguno de estos componentes está comprometido de algún modo. Este estudio, nos permitirá identificar posibles causas de enfermedades crónicas que aumentarán la visión de la problemática de una comunidad de análisis.

Parte de los problemas que se plantean en este caso, en los relatos de experiencia, se puede evidenciar en el relato de la Licenciada Hibauza, la cual expresa los problemas de

un pueblo al quedar aislado por inundaciones. Este hecho refleja la necesidad clara de estudiar las condiciones físicas naturales, así como químicas y biológicas, que permiten conocer qué problemáticas posee un lugar y qué planificación llevar a cabo para tener una gestión más eficiente, con una toma de decisión más precisa. En el caso mencionado, probablemente un simple estudio de la topografía del área podría haber permitido una gestión que evite el aislamiento de la comuna por efecto de la crecida.

Lo que también representa una situación problemática es la capacidad de abarcar un área en un tiempo prudencial para poder establecer los problemas que pueden encontrarse en un territorio determinado. Para ello es necesario obtener un diagnóstico de salud que permita identificar todos los componentes sanitarios que permitan comprender las vulnerabilidades que puede presentar una comunidad. Parte de este diagnóstico consiste en el estudio y seguimiento de las personas que la componen.

Como parte del estudio de la población para establecer sus necesidades y carencias, la entrevista con los mismos es una técnica muy útil para conocer la opinión de cada persona, por otra parte, les permite ser partícipes activos de la gestión y toma de decisiones que sucede en su comunidad. De esta manera, se involucran más y toman consciencia de su realidad.

Una buena manera de llevar a cabo todo este relevamiento es la telesalud, lo que permite acceder a una gran cantidad de personas, de forma simple. La telesalud se está convirtiendo en un proceso vital para brindar acceso a una atención integral y de calidad, que además sea rentable y adecuada para todos los sujetos de atención. Se puede realizar a diferentes distancias, permitiendo la articulación entre el equipo de salud y su comunidad.

Su aplicación puede ser sincrónica o asincrónica, es decir en el momento o en diferido, esto depende de la necesidad de su complementación con la presencialidad. Sin embargo, esta manera de trabajo puede llevar tiempo. Esa demora puede ser poco beneficiosa para poder tomar las medidas necesarias en tiempo y forma, por lo que

buscar la manera de reducir los tiempos es fundamental para poder aumentar la efectividad del trabajo.

Este tipo de análisis puede estar asistido por herramientas tecnológicas que permiten recolectar información de la localidad y el ecosistema. Distintas herramientas, como la georreferenciación, nos permiten desarrollar un análisis muy detallado de las condiciones de un área de estudio por lo que la sinergia entre las herramientas tecnológicas y el estudio de salud es un paradigma que debe ampliarse mucho.

Es aquí cuando la irrupción de la tecnología aparece como una estructura superadora. El desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación TICs como herramientas, permite utilizar software de forma que mucho trabajo se pueda realizar de forma virtual, a la distancia. Asimismo, el uso de programas para llevar a cabo la contabilización, el registro y el análisis de los datos, que se reúnen de la población, permitiría obtener rápidamente conclusiones y resultados del estado de salud de la población de un territorio. Combinando estos tres elementos, la APS y los profesionales que se desarrollan en este paradigma, tienen un método superador de garantizar una mejor calidad sanitaria del sector en el que desempeñan sus trabajos.

Como toda herramienta, las TICs, no son buenas ni malas *per se*. Las mismas pueden llevarnos a tener una vida vertiginosa desde el punto de vista digital. Sin embargo, también tiene muchas ventajas. El desarrollo tecnológico en cuanto al procesamiento de datos y velocidad de transmisión de los mismos en la era digital se ha logrado a través de medios físicos como la fibra óptica y satélites en donde los software como APPs de los distintos dispositivos tecnológicos nos han permitido realizar tareas que otrora eran solo concebibles en nuestra imaginación.

El avance del poder computacional nos ha brindado la oportunidad de no solo almacenar grandes volúmenes de información sino también procesarlas. Este procesamiento fue evolucionando de tal modo que las bases de datos en conjunto con la

inteligencia artificial nos han permitido recabar datos y lograr convertir los mismos en información que sea de gran utilidad para el objetivo que nos hayamos propuesto.

Actualmente, observar el comportamiento del nuestro mundo casi “en tiempo real” y pronosticar fenómenos naturales como tormentas o huracanes con cierto grado de precisión es una realidad palpable. Constantemente se generan nuevos avances científicos y tecnológicos que nos maravillan.

Ahora bien, las TICs también tienen su talón de Aquiles. En muchos lugares del mundo en donde la infraestructura digital se encuentra poco desarrollada o es nula, hace dificultoso poder utilizar las bondades de estas.

A pesar de esto, siempre es posible encontrar herramientas para asistirnos en situaciones adversas o en condiciones precarias como comenta en su relato la enfermera Yanina Macarena Hibauza. Ella, con pocos recursos, logró realizar una nominalización de las personas a socorrer en una base de datos, y aunque tal vez no haya utilizado una computadora, su lógica de acción se condice con las metodologías de trabajo informáticas.

Es importante destacar que en este tipo de emergencias en donde se ve afectada una gran área poblacional es importante la intervención del Estado Nacional con sus políticas públicas brindando un apoyo superlativo para los ciudadanos a través de logísticas y/o mecanismos de contención diagramadas para este tipo de emergencias. Se deben tener protocolos de acción de asistencia y destinar los recursos a tal fin, como lo es el capital humano y material y tecnologías que pudieran colaborar en soluciones problemáticas tan graves como las mencionadas por la profesional de enfermería. Herramientas como la georreferenciación de las personas a ser evacuadas o tratadas previo a realizar el abordaje territorial para determinar los recursos y necesidades de manera temprana colaboran para tener una mejor planificación; el uso de drones para la identificación del terreno también es un buen ejemplo de algunos elementos que podemos mencionar para dar respuesta a la experiencia que esta autora ha realizado en el presente capítulo.

Hoy en día, y en consonancia con la dinámica que nos ha impulsado esta nueva pandemia mundial por COVID-19, hay áreas específicas de TICs que ya son una realidad y se encuentran colaborando desde el punto de vista sanitario como es la “telesalud”; herramientas que luego de la emergencia sanitaria que vivimos habrán llegado para quedarse.

Las técnicas que se pueden usar para capacitar a enfermeras especializadas en la prestación de atención (telecuidado) mediante la telesalud son diversas por que la teleenfermería nos permite realizar teleconsultas a pacientes o entre profesionales y el paciente, monitoreos, georreferencias, capacitaciones y seguimiento de los tratamientos.

La teleenfermería brinda la posibilidad de recrear una modalidad de cuidado enmarcado en el término operacional de telecuidado. El relato de experiencia aportado por la colega Sandra Roxana E. Cevilán, es un ejemplo de cómo se puede realizar intervenciones de enfermería, aplicando la tecnología y mejorando la cobertura. La práctica enfermera necesita realizarse de forma programada, donde el consultorio de enfermería tiene la dualidad de poder recrear un consultorio virtual y otro presencial, con la complementación de las intervenciones barriales donde se concretan las visitas eventuales, programadas o normativas.

El uso de las aplicaciones como el WhatsApp, el cual utilizó Sandra, permite realizar notificaciones o enviar información vital y permitir la consulta por parte de los sujetos referenciados con el consultorio de enfermería. Sin lugar a duda en estos últimos años el uso de esta aplicación dejó relegado el uso del correo electrónico, el cual también se usó con el mismo fin. El uso del WhatsApp nos habilita la viabilidad de hacer grupos y brindar un asesoramiento entre profesionales y entre los sujetos de atención, dependiendo de su finalidad. Hay evidencia de cómo el uso del WhatsApp en grupos de personas con diabetes mejoran el perfil glucémico y lipídico y su correspondiente peso corporal con relación al seguimiento de su tratamiento, fortalece la comunicación el sentido de pertenencia que los lleva al cuidado mutuo, es la mayor expresión de nivel que un individuo puede llegar. Hay una diversidad de Apps que se pueden adaptar o crear para

el desarrollo de las diferentes actividades como el seguimiento de la cobertura de vacunas, o para el seguimiento de los controles de salud para los diferentes grupos etarios. Pero lo ideal es que toda la información pueda estar en una plataforma para no duplicar el trabajo y utilizar la información para realizar un mejor diagnóstico sociosanitario participativo, porque la información tiene que estar al alcance de todos los que intervienen en el cuidado. Hay una carga administrativa que por lo general es muy compleja y repetitiva, que no permite la consulta rápida de la información con lo que conlleva a no poder tomar las decisiones en tiempo y forma. La cantidad de planillas de los diferentes programas de salud hace de la tarea una tortura para las enfermeras.

Cuando pensamos en desarrollar un consultorio de teleenfermería, es importante poder recrear un mapa conceptual de qué tipo de abordaje vamos a complementar con la presencialidad. No podemos quedarnos solo con la teleconsulta, es fundamental aumentar la cobertura en aquellos lugares donde la oferta de profesionales no permite el abordaje de las diferentes problemáticas que los vecinos necesitan resolver.

Asimismo, se puede implementar un consultorio virtual de enfermería fijo (centro de salud) o móvil (desde el domicilio) donde se podría realizar una práctica asociada entre la telemedicina y la teleenfermería permitiendo que un especialista a la distancia pueda mantener una entrevista con la ayuda de las prácticas que el profesional enfermero realiza, esto permite realizar tratamiento bajo supervisión del médico o medir parámetros objetivos que le permita al médico tomar decisiones al respecto. Como también podríamos realizar consultas entre enfermeras de distintas localidades sobre la supervisión de un caso en particular. Hay equipamiento de uso para la telesalud, que permiten realizar todo tipo de práctica y transmitir los datos e imágenes al momento o en diferido. Además, hoy en día existe una Ley que reconoce la consulta virtual, la firma digital, la receta electrónica y la historia clínica electrónica.

Todas las intervenciones tienen que estar adecuadamente registradas en una historia clínica electrónica donde el sujeto de atención y los profesionales intervinientes puedan consultar. En el caso de relato que nos comenta Sandra sobre la elaboración de

cuaderno de registro; confección de familigrama, en la historia clínica electrónica se puede informatizar estos registros, los cuales podemos modificar desde diferentes dispositivos facilitando la tarea administrativa de la enfermera y puede estar disponible para su visualización al momento que se cargó, facilitando el trabajo en equipo. Además, visibiliza el trabajo de la enfermera. Recordemos siempre la máxima que dice “todo aquello que no se registró no se realizó”. Los registros son documentos legales y reflejan el comportamiento profesional.

Es importante destacar que, todo tipo de atención presencial o virtual, y en este último caso los programas, tienen que asegurar la confidencialidad de los datos y su permanencia en el sistema y resguardo. De esta manera, cuando sea requerido por las autoridades o por el sujeto de atención, pueda brindarse una copia. Una historia clínica electrónica facilita el abordaje y su planificación, recreando las condiciones ideales según los estándares de la Telesalud.

Los cambios dramáticos en la atención de la salud, reflejados por el aumento de personas con múltiples enfermedades crónicas, la escasez de personal de atención en salud, los mandatos para reducir los costos y la inclusión de tecnología hacen necesario que las enfermeras en APS adopten la telesalud.

El uso de la tecnología de telesalud presenta nuevas oportunidades para abordar estos desafíos aumentando el acceso de los pacientes a la atención y disminuyendo los costos, al tiempo que mejora los resultados de atención deseados. Para que las enfermeras especializadas aborden la atención en salud del futuro, se están volviendo esenciales los conocimientos y habilidades avanzados en el uso y la aplicación de tecnologías de telesalud en la práctica.

En base a todo lo observado en los apartados anteriores, es posible entender la relación entre las distintas disciplinas como un método superador de reconocimiento en territorio de problemas sanitarios. Considerando el alcance de las herramientas tecnológicas en la capacidad de detectar problemas de índole de salud pública y la velocidad con la que pueden alcanzar ese objetivo de gestión, se puede ver que la

habilidad para realizar un buen diagnóstico de salud de un área determinada es algo muy rápido.

De esta manera, se debe establecer el protocolo a realizar para alcanzar este objetivo. Técnicas de relevamiento como la presentada por la telemedicina, muestran que la toma de datos de un lugar brinda mucha información sobre el área de estudio y presentan un esquema de trabajo probado con un poder predictivo superador. A través de este sistema, se pueden reconocer diferentes problemáticas sanitarias entre las que se incluyen las problemáticas ambientales naturales. Este tipo de problemáticas tienen una fuerte asociación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles por parte de las personas.

En algunos casos, la situación ambiental es inevitable por parte de los pobladores de una zona, sin embargo, otros casos pueden ser evitables y corregidos con una buena gestión sanitaria de parte de los profesionales. Disponer en las distintas comunidades de profesionales formados en cuestiones ambientales, que puedan cooperar con los profesionales de las ciencias naturales en la gestión del territorio. Aquí las estrategias de la APS, juegan un rol fundamental.

El profesional de la salud, a través de métodos como los descritos respecto de telemedicina, puede realizar un escaneo profundo de un área particular y detectar los problemas sanitarios que aquejan a la sociedad. Con esta técnica, puede establecer los problemas más importantes y determinar si alguno de ellos corresponde con la pérdida de condiciones favorables y habitables de un área desde el punto de vista natural.

Si a este esquema se suma la factibilidad de trabajo que ofrecen las herramientas de las TICs, con un esfuerzo relativamente bajo, se podría realizar el seguimiento de un área increíblemente grande y a una distancia muy amplia. De esta manera, la cobertura de salud de un territorio se puede extender a lugares inusitados. Es así, que la conjunción de estos tres conceptos unidos bajo la mirada sagaz de un profesional de la salud preparado y diestro en los paradigmas de la APS resulta en una inexorable mejora en la salud de una comunidad.

Referencias bibliográficas

Baker J, Stanley A. (2018). Telemedicine Technology: a Review of Services, Equipment, and Other Aspects. *Curr Allergy Asthma Rep.* Sep 26;18(11):60. doi: 10.1007/s11882-018-0814-6. PMID: 30259201

Begon, M., Harper, J.L., Townsend, C.R. (2006). *Ecology*. Blackwell Scientific Publications, Boston, MA.

Jiménez, B. (2001). La contaminación ambiental en México: causas, efectos y tecnología apropiada. *Limusa. México, DF*, 211-221.

Jiménez Ballesta, R. (2017). *Introducción a la contaminación de suelos*. Mundi-Prensa Libros.

Kemp, T. (1976). *La revolución industrial en la Europa del siglo XIX*. Fontanella.

Lupton, D., & Maslen, S. (2017). Telemedicine and the senses: a review. *Sociology of health & illness*, 39(8), 1557-1571.

WHO. Cada año mueren 12,6 millones de personas a causa de la insalubridad del medio ambiente. Geneva: World Health Organization, 2016. Comunicado de prensa, 15 de marzo de 2016.

Ordóñez, G. A. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista Panamericana de salud pública*, 7, 137-147.

Pierri, N. (2005). Historia del concepto de desarrollo sustentable. *Sustentabilidad*, 27-81.

Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 8, 399.

Relatos de experiencia del CAPÍTULO V

RELATO 1

Relato sobre Telecuidado: Cuidados de enfermería en el ámbito comunitario en tiempos de pandemia. Bialeto Massé, Córdoba.2020

Sandra Roxana E. Cevilán.

Lic. En Enfermería. Especialista en Salud Social y Comunitaria. Prof. Adjunta-Cátedra de Enfermería Comunitaria- Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Directora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria. FCM-UNC Diplomada en Salud Mental-UNSE. Diplomada en Salud e Interculturalidad -UNC. Investigadora. Maestranda en Salud Familiar y Comunitaria-UNSE
sandra.cevilan@unc.edu.ar

Introducción

En tiempos de Covid-19 el Estado Argentino, tomó medidas en diferentes áreas entre ellas salud, economía, política, etc. evaluando periódicamente impacto epidemiológico ante la pandemia. Estas medidas tal vez, no incluyeron desde el principio la diversidad poblacional, por otro, las personas pertenecientes a contextos de vulnerabilización ante ciertas necesidades, han puesto en marcha diferentes estrategias de acción para resolver algunas situaciones, una de ellas tiene que ver con el uso de redes de apoyo donde aparece el Telecuidado.

Cuerpo

Diferentes grupos de un barrio en la localidad de Bialeto Massé (provincia de Córdoba), recurren a la enfermera comunitaria al verse afectada la comunicación con la red de APS local, lo particular de esta estrategia es que debido al aislamiento social preventivo obligatorio, surge el uso de las tecnologías de la comunicación como un medio para las intervenciones de enfermería desde el telecuidado. Ésta es una práctica de intervención que se desarrolló hace más de una década, su objetivo se basa en informar, orientar, acerca del uso de servicios y cómo acceder a las respuestas en sus problemas de salud,

pensada desde la oferta de prestaciones de enfermería. En este caso las intervenciones comunitarias, surgen de los sujetos habitantes del barrio Suncho Huayco, quienes plantearon demandas individuales, familiares y comunitarias. Metodología: se conformaron grupos de WhatsApp con referentes barriales, y algunos grupos familiares, se programaron visitas domiciliarias, cuaderno de registro; confección de familigrama, red formal con referentes institucionales para la gestión de cuidados de enfermería promoviendo la salud desde el enfoque de derechos, comunicación para la salud y la participación comunitaria.

Conclusiones

En el contexto de pandemia las situaciones demandadas por los diferentes actores sociales, me permitieron replantear mis acciones profesionales en la comunidad. Una ventaja ha sido la trayectoria en este contexto, a partir del vínculo de confianza preexistente donde la comunicación con cada referente fue inmediata. Desde la comunicación de cuidado de la salud, se pudo promover la preparación para el parto de varias mujeres, en el merendero se realizaron Talleres de cuidados ante el Covid-19, elaboramos un protocolo para cuidarse dentro del merendero. Se gestione la medicación de adultos mayores. Gestioné beneficios sociales para familias en vulnerabilización. Se evaluara el impacto social del proceso de esta intervención en la comunidad.

Referencias bibliográficas:

- Jacquier N., Dos Santos L., Wolhein L., Martínez R. (2011) Introducción a la Enfermería Comunitaria. Una contribución a la salud colectiva. Lugar. Posadas, Argentina. (Cap. III)
- Monti, E. et al. (2007) Manual de comunicación para salud. Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias. Córdoba, Argentina. (pag 15-17)
- Morales J.M. (2010) Telecuidados: una opción efectiva y accesible. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio Andaluz de la salud. Consultado el 19/05/20, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0230.pdf>

-

RELATO 2

Relato de experiencia con Comunidad Boliviana.

Delia Griselda Benicelli.

Licenciada en Enfermería. T. C. N.º 0348715630904.

Hospital Zonal de Zárate.

gisebeni@hotmail.com

Introducción

Década del noventa recorriendo las primeras quintas rurales donde proliferaba la emigración de la colectividad boliviana a la zona norte de la provincia de Buenos Aires, tratando de conocer sus costumbres relacionada al cuidado de la salud, llego hasta Doña Killary, persona muy osca, pero a su vez agradable, recuerdo que me enseñó a escuchar, ser paciente a la hora de hablar y prestar atención a mi alrededor. Tenía el hábito de sentarse en un tronco luego de terminar sus labores y mirar hacia el suelo.

Cuerpo

Viene a mi memoria la destreza que tenía para cargar su nietito en su espalda e ir hacia la quinta para cultivar la tierra, enseñanza que se arraigó aún más en mi formación profesional. Doña Killary enseñaba a su familia cómo higienizarse, la alimentación que debían consumir y lo importante que era consumir agua para paliar los rayos de sol que los sometía en sus labores diarias y no deshidratarse para no “caer en el hospital” como les decía a su gente. Estas prácticas que les enseñaba a su familia daban resultados positivos, porque a lo largo del tiempo se pudo comprobar estadísticamente que las internaciones de lugareños tenían un índice alto con respecto a integrantes de la comunidad de Bolivia, respecto a enfermedades prevalentes, como bronquiolitis, diarreas estacionales, accidentes domésticos, desnutrición infantil, parasitosis, etc.

Conclusiones

Considero que es de real importancia implementar las políticas públicas en Atención Primaria de la Salud, desarrollar todo su potencial en la capacitación, formación del recurso humano profesional para poder interactuar en red, fomentar la investigación, considerar el trabajo interdisciplinario como equipo potencialmente virtuoso para obtener resultados positivos, siendo el primer nivel de atención visto horizontalmente interactuando con el resto de los niveles de atención.

RELATO 3

La enfermería en ayuda a la comunidad, lugares inhóspitos y situaciones climáticas desfavorables.

Hibauza Yanina Macarena

Licenciada en Enfermería

Trabajadora en relación de dependencia en una institución Pública. Argentina.

Introducción:

La siguiente experiencia personal que narraré, se desarrolló, en un contexto inusual, con condiciones climáticas atípicas, en un lugar de trabajo con condiciones precarias, con escasez extrema de personal de la salud. Si bien la experiencia, fue nueva e inusual y llena de desafíos constantes, me permitió adquirir muchos conocimientos a nivel personal y profesional, y adquirir un nuevo panorama sobre atención primaria de salud y sobre muchos aspectos que desconocía, o solo había tenido relación a través de material de estudio, ya que previo a ésta experiencia solo había trabajado en un hospital.

Cuerpo y desarrollo de la narrativa:

Transcurría el mes de Abril del año 2016, me presento un día a mi horario laboral habitual, en una unidad de atención primaria de salud, donde se me informa que he sido seleccionada para acompañar a un grupo de personas que llevarán a cabo diferentes tareas de ayuda a la comunidad, en un provincia cercana a la localidad donde se me desempeñaba laboralmente, como única enfermera a cargo del personal, verifico sus estados de salud, sus legajos médicos y en breve los entrevisto a ver si alguno se encontraba en condiciones de no poder realizar ésta actividad, para dar aviso de la novedad y que se tomen las medidas correspondientes. El grupo a desplegarse era de aproximadamente 45 personas, y todos nos encontrábamos en condiciones de desarrollar la tarea asignada que era apoyo a la comunidad.

Nos dirigimos por medio terrestre hacia la localidad afectada a unos 100 km de nuestro lugar de residencia. Llegando a la zona nos encontramos con dificultad para llegar

hasta el punto indicado, las calles estaban anegadas y los medios de contención del agua estaban colapsándose, nuestros vehículos eran altos y fuertes, pero la ruta ya no se veía por el caudal de agua sobre ella y eso tornaba el transporte peligroso.

Llegamos al punto indicado y desde ahí se nos dijo que debíamos seguir hasta otro sector donde estaba coordinado un pasaje en balsa hacia un pueblo que se encontraba aislado por las graves inundaciones. Era un pueblo de aproximadamente 5000 habitantes, pero el 95% del mismo se encontraba bajo el agua, y se habían evacuado a los residentes hacia el sector más elevado donde el caudal del río todavía no había hecho estragos.

Cuando llegamos y nos acomodamos rápidamente en un lugar improvisado en el sector, se comenzó a gestionar las actividades a realizar. La crecida del río era impresionante, al punto de llegar a los techos de las casas, y la copiosa lluvia no daba tregua, el único medio de transporte eran las lanchas o piraguas. El contexto era atípico pero no había tiempo que perder, solicito un listado de las personas evacuadas y eran alrededor de 500, pero no había registro bien realizado, ni de los evacuados ni de las personas que continuaban en sus hogares en el medio del río, muchas familias se negaban a ser evacuadas y continuaban peligrosamente en sus casas, si bien es un lugar turístico, y las casas están construidas en un sector alto, estábamos ante la peor inundación en la historia de ese pueblo entrerriano, llamado Villa Paranacito.

Procedimos a salir con lanchas y empezar a trabajar, a buscar personas que necesitaran ser evacuadas de sus hogares, para reubicarlas en un sitio fuera de peligro, repartimos comida, agua, ropa, elementos de higiene y de limpieza, medicación y realizamos controles de signos vitales, realizamos una base de datos, bien especificada de las personas que se encontraban en el río y de las necesidades de las mismas para proveerles lo que hiciera falta si estaba a nuestro alcance, fue un trabajo arduo y constante, el personal de salud local estaba trabajando en un hospital que a su vez también estaba inundado, cruzando un río. La única enfermera permanente en el sector de evacuados era yo, médicos no había las enfermeras del centro de atención del lugar no vivían en la zona y venían durante la mañana a prestar servicio en el sector, pero no fuera

de él. Así que no tenía más opción que hacerme cargo de la situación. Las navegaciones se llevaban a cabo, al menos 5 días a la semana, desde las 07 a 23 hs, a veces con sol, otras con lluvia y frío y durante mi descanso nocturno muchas veces me llamaban por alguna urgencia, fueron dos meses de realizar esta labor, fueron agotadores y a veces frustrantes, pero también gratificantes, a veces teníamos días buenos, otros nos quedábamos varados por problemas con los motores de la lancha que se rompían por la suciedad que arrastraba el río, pero el hecho de saber que uno está ayudando a otra persona es lo que me ayudaba a seguir. Muchos de los adultos mayores que evacuamos (de entre 85 y 92 años), ya no quisieron volver a sus hogares, sin luz, ni gas, ni siquiera un baño, ni compañía, y se quedaron en asilos municipales, donde estaban recibiendo atención, cuidados y condiciones dignas de vida, los otros fueron ubicándose nuevamente en sus hogares cuando el río bajó.

Conclusión:

Lo que me queda de esta experiencia a modo de aprendizaje, es que a veces hay que ampliar los horizontes para conocer otras realidades. Que los conocimientos y las capacitaciones constantes, son un medio indispensable que poseemos para desempeñarnos con total seguridad, así sea, en un ámbito desconocido para nosotros. Que a veces hay que imponerse cuando sabemos que hay que tomar medidas que no se están llevando a cabo y demostrar nuestros conocimientos y nuestro punto de vista profesional, para realizar cambios, tal vez sea un cambio pequeño, pero a su vez es la mejora en un sistema de salud que puede servirle a mucha gente. Que a pesar de que las condiciones sean adversas siempre habrá personas que traten de tener alguna ventaja sobre los demás, no hay que perder energía en éstas personas, esa energía hay que depositarla en hacer lo que sabemos hacer, y hacerlo de la mejor manera posible. Nuestro deber es ayudar y eso es lo primordial. Y que si alguna vez que nos interesa más, hacer otra cosa que defender y honrar la profesión, deberíamos replantearnos el hecho de seguir siendo enfermeros. De toda esta experiencia, considero que tal vez no hice todo

realmente bien, pero sí, hice lo mejor que pude y di lo mejor de mí, dentro de las posibilidades que estaban a mi alcance.

Fotografías:

Las fotografías son de mi autoría.



Ruta Nacional 12, Altura Entre Ríos, Argentina



Correo de la ciudad visto desde la balsa



Negocio local visto desde la balsa de traslado.



Atención de enfermería a paciente de 92 años, con ceguera, y problemas cardíacos, en condiciones habitacionales de extremo riesgo. Posteriormente evacuado a centro municipal.

Capítulo VI

Formación e Investigación En APS

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

Licenciada en enfermería y especialista en enfermería pediátrica. Máster en investigación y rol avanzado en enfermería. Diplomada en terapia de temazcal. Especialista en estudios decoloniales y políticas indígenas. Candidata a Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de México.
kaivo8416@gmail.com

Analía Isabel D'Ascola

Licenciada en Enfermería. Enfermera en CAPS en la Dirección de APS Municipalidad de Necochea. Coordinadora de enfermería en Posta de vacunación contra COVID Diplomada en Gestión Integral de Servicios de Enfermería Universidad Maimónides. Miembro de la comisión de la AAPSE (Asociación Argentina de Enfermería en APS) Ex Coordinadora de Programas en la Dirección de APS de la Municipalidad de Necochea. Posgrado de Actualización en Salud Social y Comunitaria. UBA. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
daascola@gmail.com

Uno de los datos que siempre nos alarman porque está latente y cada vez hace más estrecha la brecha de desigualdad, es la falta de acceso a la atención de la salud de las personas. En términos generales, se lee desde los datos duros que la falta de esta cobertura de acceso está dada por las barreras geo-territoriales, por las propias condiciones de pobreza y marginación de los territorios, así como por la escasa o nula cobertura de recursos humanos, materiales, de infraestructura y estructurales de los Sistemas de Salud y del Estado, los cuales hacen más compleja la propuesta de un sistema de salud integral para todos en todos los espacios (Fernández, 2003; Violán, 2012).

A estos componentes que se concatenan para hacer del acceso a la salud uno de los procesos más complejos para las personas, se añade el proceso histórico de la pandemia de la COVID-19, la cual ha habitado todos los territorios a nivel internacional y, específicamente, en los países latinoamericanos, los cuales, como ya se sabe, han vivido una historia abrumadora para el acceso igualitario a los sistemas de salud occidental, no

solo por el proceso que implica la atención directa del usuario, por el contrario, también se habla del acceso de los profesionales de la enfermería a esta formación e investigación en APS.

Así, en muchos países de Latinoamérica, como en el caso de Argentina, la formación Académica del profesional de Enfermería en APS, es una materia pendiente por no ser reconocido este rol tan importante como especialidad, por tanto, ésta solo forma parte de la currícula como Enfermería comunitaria. También cabe aclarar que, el ejercicio de la Enfermería Comunitaria se desarrolla solo en ámbitos públicos dependientes ya sea del Ministerio de Salud Nacional, Ministerios de Salud Provinciales, Regiones Sanitarias o en Centros de Salud Municipales.

Con base en ello, también se desprende que la formación y capacitación continua del profesional está muchas veces supeditada a cuánta importancia se dé al desarrollo de la enfermería y el lugar que ocupa esta temática, así como al presupuesto que se destine para esto y qué interés se tenga en generarlo, ya que en la práctica el profesional tiene que automotivarse para seguir creciendo profesionalmente cuando debería ser un circuito doble de motivación-superación profesional y viceversa (Segura, 2014).

A todo este devenir, se conjuga otro elemento que comprende la baja cobertura económica para la formación y desarrollo de investigaciones e investigadores en APS y que, en toda Latinoamérica es una constante que no se ha podido superar hasta la actualidad, debido a que la escasa distribución económica para investigaciones, solo se enfoca a estudios clínicos y/o experimentales, así como a proyectos que se diseñen desde el segundo y tercer nivel de atención y con enfoque en la curación, cuidado y rehabilitación de la enfermedad.

En este escenario ya descrito, se observa que la coyuntura histórica por pandemia, además de develar esta deficiencia estructural, política y académica, ha marcado un profundo y necesario giro epistemológico y metodológico de atención y horizontalidad de prácticas para la salud desde la Atención Primaria y la formación académica.

A este respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) refiere en uno de sus comunicados que, al menos unos 3600 millones de personas en el mundo continúan sin poder acceder al derecho a la atención de su salud. Estos datos reflejan otras complicaciones que se anclan a esta desigualdad, por ejemplo, la disminución de la esperanza de vida de estas poblaciones, el aumento de la mortalidad materna e infantil, así como la disminución de las oportunidades para el desarrollo pleno de estas comunidades y personas.

Frente a estas adversidades y preocupaciones, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2019, los países participantes asumieron el compromiso y responsabilidad para fortalecer una de las principales herramientas, epistemologías y metodologías de transformación social “La Atención Primaria de Salud (APS)” (OMS, 2021).

En este sentido, la OMS (2021) apunta que la responsabilidad para atender y comprometerse con la APS incluye la designación justa de recursos, principalmente, los recursos económicos. Para ello, la OMS propone a todos los países incrementar el presupuesto en un 1% del PIB en función de la APS.

Desde esta perspectiva, cobra relevancia volver a describir que la APS es...

“La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”. (OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs)

Sobre esta redefinición de la APS, la OMS (2021) apunta que esta epistemología debe basarse en tres componentes interrelacionados: 1) servicios de salud coordinados y completos; 2) acciones y políticas multisectoriales y; 3) el establecimiento de un diálogo

con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar su capacidad de agencia y agenciamiento.

Basados en estas premisas, tanto definitorias e identitarias como de contenido y características, cabe puntualizar lo que la OMS señala como enfoque de salud, porque justo en este apartado se está tratando a la APS como una epistemología, precisamente, porque la APS no solo comprende un adecuado ajuste de recursos, de necesidades y de servicios, por el contrario, la Atención Primaria de la Salud requiere un giro epistemológico, metodológico y de sentido.

En esta línea, el enfoque de salud basado en la APS debe iniciarse con la desnaturalización de la enfermedad y la salud, la cual se ha insertado en la atención clínica especializada y en el enfoque puntualmente terapéutico, farmacológico y procedimental. Y para ello, la reestructuración no debe abarcar exclusivamente lo formal, jerárquico e institucional, en contraparte, esto debe contemplar una orientación estructural y sistémica, tanto a nivel institucional como a nivel reformador del pensamiento y sentido de la salud.

En este tenor y, basados en los tres componentes interrelacionados, más lo descrito sobre la reforma estructural del pensamiento; las competencias y roles de investigación en enfermería se hacen necesarios, no solo para comprender la objetividad de las desigualdades sociales de la salud, es decir, para medir prevalencias, incidencias, conductas de riesgo, patrones de alimentación y calidad de vida, por el contrario, la investigación en APS se debe replantear desde la comprensión de los diversos fenómenos de la salud, así como de los actores o actoras implícitos en dicha interacción.

En esta línea, repensar sobre los profesionales formados con esta perspectiva, nos lleva a retroceder en una línea del tiempo que se ancla al devenir de los años y apoyados en la DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978) como respaldo a un sistema de atención donde todos los profesionales cumplen un rol importante. Y hoy no alcanza con solo tener habilidades profesionales o incumbencias específicas, hoy es necesario nutrirse

de otras herramientas para poder realizar un abordaje en un paciente/cliente con una perspectiva integral y holística en la APS

Debido a que todos los procesos que aluden a la salud/enfermedad normalmente se han justificado y/o convalidado bajo un componente inconmensurable de la cultura, sin entender previamente el propio concepto de la cultura o culturas “en plural”. En ello, coincidimos con Gil (2016) en hablar de culturas, debido a que la sociedad se conforma de diversas culturas dentro de un mismo espacio territorial, por tanto, la investigación debe iniciarse desde esta comprensión de las personas con sus respectivas complejidades de sentido común.

Tal como refiere Gil (2016), Nuestras sociedades latinoamericanas multiculturales originan y producen diversas formas de sentir y atravesar los procesos de salud y enfermedad, en la que los cuidados no pueden partir de una universalidad del conocimiento, sino desde la propia identificación de las experiencias y contextos en donde se producen los múltiples fenómenos de la salud.

No obstante, muchos de los teóricos, organizaciones y autores de las narrativas que en este libro se muestran, reconocen la importancia para desarrollar investigación bajo este enfoque, sin embargo, también dichos autores reconocen que existe una reducción de presupuestos, tanto para ejercer la APS como para desarrollar investigación al respecto (Giménez, 2017). En este sentido, promover la investigación y la difusión de los resultados se debe fundamentar en un componente ético, justo y político de enfermería, así como para la conformación de alianzas que promuevan el cuidado como ontología y epistemología para la sostenibilidad de la vida.

En decir, sin los cuidados la vida se hace insostenible, pero sin la comprensión del cuidado como un derecho humano, la vida, la salud y el cuidado se hace apolítico, ahistórico y acrítico, por consiguiente, el cuidado se convierte en una obligación desde la individualidad de las personas, sin que el propio Estado asuma su responsabilidad en esta declaratoria de derechos humanos. En este sentido, promover la investigación en APS debe comenzar con proyectar metodologías que atiendan las exigencias de políticas

sanitarias y de solicitud de recursos, hasta la inclusión ético-política y horizontal de la capacidad de agencia de los que ejercen y reciben el cuidado (Giménez, 2017).

En este entramado, los relatos seleccionados para este capítulo comparten algo en común: un recorrido de trayectoria para luego replantear el quehacer enfermero y de investigación, para luego proyectarse. Esto ocurre desde diferentes puntos de vista, ya sea desde el plano personal o profesional. Toda esta introyección e intereses se resumen en esta frase...

“Sin una insatisfacción con lo existente y sin una visión de un futuro mejor, no hay razón de querer aprender” Ludwig von Mises (1949)

Es ahí donde las barreras que se nos interponen para el desarrollo empiezan a desvanecerse y donde la frase de Nelson Mandela, la cual señala que “la educación es el arma más poderosa que puedes tener para cambiar el mundo” (1913-2013) nos pone en un lugar de aprendizaje continuo para la evolución del ser.

Es aquí donde damos cuenta, tal y como lo expresan los autores de las siguientes narrativas, que existe una motivación constante de los actores de salud en producir investigaciones en APS. No obstante, como ya se mencionó en un par de ocasiones, los recursos destinados a la capacitación y desarrollo de investigaciones e investigadores queda en el tintero, porque hasta la fecha, la producción de proyectos con este enfoque solo se ha podido figurar a partir de la oposición de becas que consoliden estos estudios, por el contrario, muchos de estas investigaciones han surgido del trabajo voluntario y comprometido de los profesionales de la salud con sus respectivos territorios.

Finalmente queda agregar que, estas narrativas de experiencias en Atención Primaria de Salud que a continuación podrán disfrutar nos hacen repensarnos y acercarnos a realidades; donde la formación continua es el pasaporte para que la investigación en enfermería despegue de nuestro quehacer profesional, la cual debe estar presente en todas las etapas de nuestra profesión de pre grado y posgrado.

Somos nosotros los que debemos atravesar lo impuesto para innovar y acercarnos a pensamientos críticos.

Referencias bibliográficas

- Fernández, F.I. (2003). Investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria*, 31(5), 281-4.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-investigacion-atencion-primaria-13045699>
- Gil Esteban, M. D., y Solano Ruíz, M. del C. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 49(9), 549–556. doi:10.1016/j.aprim.2016.10.013.
- Giménez, N., Caro, C., Ponsa, E., Pérez Ortiz, A.M., Navazo, I. y Gavagnach, M. (2017). El reto de potenciar la investigación en Atención Primaria y Enfermería: productividad científica y opinión del profesional. *Enfermería clínica*, 27(3), 114-52. doi:10.1016/j.enfcli.2017.03.008
- Ludwig von Mises (1949) *La acción humana: Tratado de economía es el opus magnum del economista austriaco*, en idioma inglés (como *Human Action*).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Atención Primaria de Salud. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Segura, F. A. (2014). Investigación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*, 7 (2), 86-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200001>
- Violán, F.C., Grandes, O.G., Zabaleta, D.E. y Gavilán, M.E. (2012). La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.*, 26(S), 76–81. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.05.018
- World Health Organization y United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

Relatos de experiencias **CAPÍTULO VI**

RELATO 1

La mejor prevención

María Elena Rodríguez Díaz

elena.chibigon@hotmail.com

Introducción

Mi experiencia al estar en el módulo de PREVENISSSTE es muy importante se trata de la prevención y dar educación para la salud y de llenar la cartilla de salud donde tiene rubros de educación para la salud, nutrición, vacunas, salud reproductiva y prevención de adicciones. Me encargaba de hacer la promoción, los periódicos murales, trípticos y cursos para pacientes.

Desarrollo

Para poder realizar la mejor prevención y seguimiento en el control de las enfermedades. Es importante apoyarse en las guías prácticas de salud, en revistas y en investigaciones que anteceden a la información sobre el mejor manejo de los diferentes padecimientos. Esto es importante para fomentar una cultura de la prevención en los pacientes, que tanta falta hace a nuestro país para mejorar la salud de nuestros ciudadanos.

Ahí podemos recopilar datos y ver cambios en signos y síntomas entre los diferentes pacientes y esto sería relevante para realizar una investigación, pero al no contar con las herramientas educativas sobre la manera adecuada y las diferentes maneras de hacer investigación, es difícil decidir y hacer este tipo de trabajos. Aunado a la falta de apoyo y motivación por los tiempos que debemos cubrir.

Conclusión

Pero con todas las herramientas que nos han brindado aquí, creo que me di cuenta que en el módulo donde me encuentro es un nido de oportunidad para poder desarrollar investigación. Y me parece de suma importancia poder ser parte de las estadísticas y sumarme a un equipo de investigación y ser parte de esta familia que va creciendo. Y así poder contribuir y motivar a mis compañeros en esta tarea que nos dará fuerza y nos posicionará como una profesión de gran calidad.

RELATO 2

Autocuidado del paciente diabético tipo II en la desviación de la salud

M. de la Luz Zavala Torres
mazavalat333@gmail.com

Introducción

La investigación la realizamos: A.E.G. Silvia y María en el año de 1995, en Guanajuato, México, en el Hospital público de 2º. Nivel de Atención que contaba con una población adscrita de 157,967 dh., considerando que el 2%, correspondiendo a 4,739 fueron diabéticos tipo II. La inquietud de la investigación obedeció a que no se contaban con estudios y/o programas establecidos en relación al “Autocuidado del paciente diabético tipo II “existía un grupo de pacientes diabéticos formado por trabajo social, los pacientes determinaba sus necesidades de enseñanza y T.M.S estructuraba programa anual. Pretendemos propiciar el autocuidado para conseguir de forma permanente en el perfil del paciente diabético tipo II, niveles glucémicos lo más próximo a lo normal mediante su participación activa.

Desarrollo

El objetivo que nos planteamos, fue; estratificar el grado de autocuidado de la desviación de la salud que poseían los pacientes diabéticos tipo II. El diseño del estudio fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo/observacional. Dentro del material de investigación, definición del universo; aplicamos una encuesta, estructurada, manera de entrevista con aspectos de autocuidado en desviación de la salud, así como aspectos generales que sirvieron de apoyo para estratificar el grado de autocuidado. La muestra fue en base a cuadros de tamaños mínimos de las muestras para cálculo de la proporción de una población con precisión absoluta específica con un nivel de confianza del 95%. La

definición de unidad de observación fue; pacientes diabéticos tipo II (diagnosticados y bajo control por médico familiar), los pacientes se eligieron por simple disponibilidad en área y horario de consulta externa de mañana y tarde, de urgencias y pacientes hospitalizados. Los datos fueron tratados con estadística descriptiva y la presentación de los resultados fueron en cuadros de frecuencia y gráficas en forma de barra y pastel.

Conclusión

Ha sido una experiencia significativa, gratificante y trascender desde un enfoque holístico, que me ha dejado un aprendizaje en los aspectos; humano, el compartir conocimientos con mi compañera/ amiga Silvia, porque no importando categorías nos acoplamos excelente, el trato directo con los pacientes y quienes depositaron su confianza al encuestados, en lo profesional, saciar la inquietud relacionada al grado de autocuidado de la población derechohabiente. Siento gran emoción de haber presentado los resultados y representado a nivel estatal a mi centro de trabajo con dicha investigación. Considero que a partir de esto se le dio más énfasis a nivel Institucional al Autocuidado. Sin embargo, quedé con la inquietud: ¿se publicó el trabajo de investigación en alguna revista?

RELATO 3

Conocimiento emancipatorio de la enfermería de APS como estrategia para el ejercicio autónomo

Silvina Elizabeth Rosales

silviorosales@gmail.com

Introducción

El rol de la enfermería del Primer Nivel de Atención sigue siendo subvalorado, segmentado en parte debido a las limitaciones en las posibilidades de ejercer la práctica con autonomía. Gestionar y liderar el cuidado con el conocimiento que se adquiere a través de la formación, capacitación, el aprendizaje continuo y recorrer el territorio le podría permitir a la enfermería hacerse visible en el ámbito comunitario. Aplicar el conocimiento para desarrollar actividades conjuntas con la familia y la comunidad, nos dará la posibilidad de crear espacios de autonomía profesional y brindar un cuidado integral, ético y empática en la práctica diaria.

Desarrollo

Desde que conocí la enfermería comunitaria en la formación de pregrado a través de los relatos de los docentes de la carrera, me enamore de las posibilidades de desarrollo y crecimiento de la enfermería en ese ámbito. Sentir y ver que las enfermeras nos podemos acercar y conocer el territorio en profundidad, generar un vínculo de empatía que nos posibilite conocer y comprender las costumbres, los saberes de las familias, y de las comunidad de los barrios, es gratificante y motivador.

Cuando me recibí y al cabo de unos años ingrese con toda la ilusión al Hospital Público para trabajar en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), ahí pude

observar que la filosofía de la Institución centrado aún en un modelo médico hegemónico que fragmenta los sistemas y segmenta los servicios y las prestaciones, hace que actualmente la práctica de enfermería se siga brindando mayormente dentro del centro de salud, limitando los espacios de cuidado de las enfermeras y la accesibilidad al cuidado integral de las personas. Se podría decir que la enfermería actual en los CAPS mira el cuidado desde una ventana. Hay que abrir las puertas y recorrer el territorio e involucrarse para brindar un cuidado centrado en las personas, en las familias donde todos los involucrados seamos partícipes activos en la construcción de mejores condiciones de cuidado de la salud. Esta realidad no me desanima para la búsqueda de mejores estrategias.

Me di cuenta con los años, la experiencia adquirida en el servicio y al continuar con mi formación de posgrado, que para poder ejercer la profesión con mayor autonomía el camino es el conocimiento como estrategia, como uno de los medios para gestionar y liderar el cuidado de enfermería. Es ese conocimiento emancipatorio que nos permitirá desarrollar las habilidades que nos brindan el conocimiento ético, personal y estético de la profesión, el que debemos perseguir como enfermeros. Por ese camino voy actualmente con mucha satisfacción y motivación con mi trabajo de tesis de Maestría.

Conclusión

El cambio de modelo en la atención supone muchos retos desde que comencé a ejercer como enfermera, pero las motivaciones, capacidades de quienes estamos en el ejercicio de la atención asistencial, la docencia, y comenzando con la investigación en el ámbito comunitario podría ser una estrategia que ayude y fomente la enfermería autónoma, que busque y genere nuevos espacios de encuentro de cuidado, mejorando el acceso a un cuidado integral, humanizado y centrado en las familias y la comunidad. Recuperar los saberes de las personas, familias y comunidad para desarrollar acciones conjuntas y que tengan un mejor bienestar, requiere continuar con el proceso de formación y aprendizaje continuo.

Referencias Bibliográficas

Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104.

RELATO 4

Abordaje integral del aumento de embarazo adolescente en el CAPS de Mar Chiquita

Mirta Patricia Martínez

Lic. En Enfermería

Introducción

El embarazo adolescente EA ha ido en aumento en los últimos años a pesar de las políticas aplicadas a los mismos. Argentina se ubica actualmente por encima del promedio mundial, pese a que no pueden brindarse afirmaciones concluyentes respecto del vínculo entre educación y embarazo, existen datos concretos que dan indicios sobre la relación entre uno y otro. Las estadísticas del partido de Mar Chiquita demuestran un aumento exponencial del EA. La maternidad en la adolescencia es más frecuente en sectores en situación de vulnerabilidad y las que tienen menor nivel educativo. Una mirada de investigación- acción es la propuesta del abordaje.

Palabras claves: enfermería, investigación –acción

Desarrollo

Juana de 15 y su hermana Mili de 17, ambas embarazadas, participan del programa de planificación familiar donde reciben información de anticoncepción gratuita. Sin embargo, se encuentran atravesando un embarazo no totalmente deseado y sin preparación para el mismo. Abordar el embarazo de ambas con cuidados integrales desde distintos sectores (asistentes sociales, médicos, obstetras, enfermería, psicología y otros) parece insuficiente para dar respuesta a las necesidades de lograr tener opciones más allá de la situación del EA. Se trata de volver a repensar acciones, recopilar discusiones, situaciones que fomenten una investigación que logre llevar a cabo una acción que consiga cubrir las necesidades de las adolescentes embarazadas. Los programas bajan desde nación hacia los CAPS, siendo que tendría que ser al revés, de acuerdo con la problemática, se debería elaborar un plan de acción. Por ejemplo, si el programa comenzará detectando la

problemática adolescente en las escuelas, tendríamos una mayor llegada a los adolescentes y en edades mucho más tempranas.

Por lo tanto, estaríamos hablando de una relación directa con el problema del aumento del EA, y pasaríamos a un campo de acción productivo para el mismo.

Conclusión

Explorar nuevas formas de abordar las problemáticas, es el desafío de enfermería, partiendo desde su propia formación y que abarque el concepto investigación-acción. En el caso de estas dos adolescentes, se pudo llegar a ellas e incluirlas en programas y charlas escolares, pero el problema es el campo de acción donde se mueven los adolescentes, fuera del sistema escolar, por lo tanto, ese grupo de pierde en la nebulosa del sistema; sin lograr llegar a ellos.

Referencias Bibliográficas

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*. New York: UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Situación de los y las adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia*. UNICEF.

Capítulo VII

Formación del talento humano en atención primaria en salud APS

Stefania Johanna Cedeño Tapia

Docente Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería. Doctorando de Educación Superior de la Universidad de Palermo. Miembro Honorario Growing Up Foundation. Coordinadora de la Red Latinoamericana de Educación en enfermería. Administradora de ACES Latinoamérica. sct121@gmail.com – Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1609-899X>

Javier Isidro Rodríguez López

Docente Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería. Doctorando en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Docente Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño y Representante Legal de Growing Up Foundation, javierisidrorodriguezl@gmail.com - Colombia ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1907-4152>

Como se ha demostrado en los capítulos anteriores de este libro son múltiples las iniciativas para aplicar las estrategias de APS. Tomando en cuenta los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la gran acogida mundial de orden institucional y organizacional para potencializar la atención primaria en salud (APS), en el plano latinoamericano son diversos los países que han venido cambiando, actualizando o reformando sus modelos de atención sanitaria, al demostrar ser una estrategia eficaz y efectiva.

La estrategia de APS se ha fortalecido en la región latinoamericana desde los inicios del siglo XXI (Labonté et al., 2009; Starfield et al., 2005), aumentando aún más su abordaje con las dimensiones sociales, económicas y ambientales planteadas desde la agenda mundial 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la agenda de salud sostenible para las Américas 2018 – 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2017). Este proceso de relevancia ha permitido que no solo cambie el enfoque de atención a los usuarios de los servicios de

salud, sino también la manera de pensar, saber, actuar y proponer de los técnicos y profesionales sanitarios al verse enfrentados a unas condiciones laborales distintas a las cotidianas que se orientaban hacia un enfoque curativo.

La sensibilidad del sector salud hacía las realidades de los territorios, las condiciones que generar las situaciones de salud y su intervención desde un manejo participativo social e interprofesional, han venido emergiendo como resultado de las discusiones dadas desde Alma Ata, la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986; Organización Panamericana de la Salud, 1978), las conferencias mundiales de promoción de la salud en los últimos 43 años (Carbo & Páez, 2017). Estos planteamientos globales, regionales de orden político, social, académico y científico han venido generando cambios de los procesos formativos en las carreras de la salud, en primera instancia enfocadas al cumplimiento normativo de los planes de atención básica, luego acciones de intervención en salud pública y comunitaria, dando así cambios en los contenidos de las asignaturas, áreas formativas, planes de estudio y prácticas formativas con el propósito de lograr competencias relacionadas con la promoción de la salud para poder responder a las necesidades de las personas, sociedades, organizaciones laborales y comunidades (Borrell, 2012; Rodríguez, 2016).

Para atender a estas necesidades, se requiere una fuerza laboral de salud con una formación de calidad, en cantidad adecuada y relevancia pertinente, que además tenga claridad en su rol laboral para el abordaje de la APS (Rodríguez et al., 2020). Para ello es necesario una real vinculación entre los procesos formativos y la práctica en centros de atención en salud como factor integrador para el cumplimiento de las normativas y planes de salud pública en todos los contextos (Vélez Álvarez et al., 2018). Como parte de estos avances desde el espacio Europeo de Educación Superior basados en la formación por competencias genéricas y específicas de cada profesión, se creó el “Proyecto Tuning” que posteriormente se adaptó a los procesos educativos de América Latina (Barlete, 2010). En este proceso se sumaron países como: México, Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, Cuba, Honduras, Panamá, Perú, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay, Bolivia, Brasil, Paraguay, Chile, Venezuela y Argentina (Beneitone et al., 2007).

En la tercera fase de este proyecto se tomaron en cuenta las carreras de enfermería, odontología y medicina. Para el caso de enfermería se determinaron 27 competencias específicas para un recién graduado, en su desarrollo requiere un abordaje más allá de las aulas, convirtiéndose en una necesidad constante, para el avance por las nuevas leyes y normas que se van implantando en los distintos países (Beneitone et al., 2007). Por esta situación, cada país tuvo sus particularidades en cuanto fomentar o resistirse a la implementación de este proyecto. A pesar de estos avances, los actuales programas académicos del área de salud que se ofertan en la región, incluyen contenidos comunitarios y los relacionados a los determinantes sociales de la salud, pero adolecen de un claro enfoque en APS (Ruiz et al., 2017).

En este proceso evolutivo de la APS, se sigue resaltando algunos aspectos esenciales para el logro de la misma a través del fortalecimiento del capital humano en salud mencionados en la (Figura 1). Así dando respuesta a los roles que se desempeñarán en los distintos ámbitos laborales latinoamericanos mencionados por Rodríguez et al., (2020): I) planeación, coordinación y gestión de la política pública, II) articulación entre los usuarios y el equipo de salud, III) atención a individuos, familias y comunidades, iv) educación para la salud, y v) liderazgo.

Figura 1. Aspectos para el fortalecimiento del capital humano en salud y actuación en APS



Fuente: Elaboración propia

Visualizando un poco más en los campos laborales de todos los profesionales de la salud y no solo el de enfermería, se ve la necesidad de establecer estos perfiles de acuerdo con la disciplina y nivel de formación, identificando competencias transversales a todos los perfiles con fuerte énfasis en APS y con el fin de contar con unos lineamientos acordes a las necesidades de las regiones y localidades (Ruiz et al., 2017). Otras de las competencias primordiales para el contexto de cada una de las sociedades de los países de la región latinoamericana son las competencias interculturales que toman un papel protagónico en la formación del profesional de enfermería, no solo académica y disciplinar, sino desde su formación humana (Ortega et al., 2021).

En esta misma línea Cedeño et al., (2021) sostiene que en la formación de profesionales de enfermería se ve una deficiente alineación para enfrentar la realidad de los pueblos originarios, por la gran diversidad cultural, además de las barreras lingüísticas, que existen en los países con riqueza plurinacional, pluricultural y multiétnica.

Actualmente las competencias digitales son parte de las acciones cotidianas de cada labor, para el caso de salud y APS desde la declaración de Bangkok se anuncia la

necesidad de usar los medios tecnológicos para realizar promoción de la salud, y así mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, usando las TICs (Organización Mundial de la Salud, 2005), sin embargo, no todos los profesionales de enfermería en ejercicio tienen estas competencias y en las propias instituciones sanitarias no existe dicha actualización e implementación.

Así los planteamientos en los avances formativos en APS presentan retos para llegar al capital humano en salud desde los ámbitos formativos, considerando que muchos planes de estudio en la formación básica de enfermería en Latinoamérica tienen deficiencias en cuanto a la generación de competencias genéricas y específicas necesarias para conseguir los objetivos de la APS y a esto sumarles los propios retos de la masividad de la educación superior. Así mismo, la educación continua, en APS, de profesionales ya egresados es escasa dentro de las instituciones sanitarias y existe poca oferta por parte de las Instituciones de Educación Superior. Esto ha provocado que otras entidades del sector público o privado intervengan en la formación en APS, no solo para los profesionales de la salud, sino también para la comunidad en general.

Debido a los cambios relatados, muchos profesionales de la salud se han visto en la necesidad de actualizarse y profundizar conocimientos sobre APS, de manera autónoma, o inscribiéndose en distintos cursos, diplomados, especialidades, maestrías y hasta doctorados que tienen este enfoque pero que son arancelados, y no siempre con precios accesibles a las condiciones económicas de los profesionales de enfermería. Otros han podido aprovechar los procesos de formación gratuita que han sido producto de la integración regional que se han dado por actores sociales como: Growing Up Foundation, la Clínica 25 de Mayo, el Instituto Nacional de Epidemiología de Argentina, la Secretaría de Salud de México y la Universidad de Guanajuato (INE et al., 2020) dando así una agenda formativa de la atención primaria en salud entre el año 2020 y 2021 por medio de las herramientas digitales con cursos, simposios, seminarios y conversatorios internacionales (Growing Up Foundation, 2020a, 2020b).

Con base en lo expuesto anteriormente, es necesario el trabajo articulado de las instituciones de educación superior, las instituciones de salud, la sociedad y gobierno para seguir fortaleciendo el capital humano, con acciones formativas, espacios de visibilidad de experiencias y la aplicación de herramientas de abordaje práctico, para así asegurar la generación de competencias esenciales para el trabajo con la APS.

A continuación, se comparten las narrativas de experiencias vividas por profesionales de enfermería, para seguir ampliando el conocimiento en este ámbito.

Tabla 1. Síntesis narrativas de formación del talento humano en APS

País	Tipo de narrativa	Experiencia práctica
Ecuador	Reflexión formativa estudiante	Resalta los avances de la APS en este país y las experiencias vividas por una enfermera durante el internado y el año de salud rural en el primer nivel de atención.
Colombia	Reflexión formativa docente	Orienta desde la vivencia docente herramientas para tener una mejor adaptación del profesional en formación a los aspectos teórico-prácticos de APS.
Perú	Reflexión formativa personal y docente	Reflexiona sobre la formación, la vida laboral y cotidiana que le han dado elementos para abordar la APS hasta llegar a ser docente en esta área.
Argentina	Reflexión formativa docente y estudiante	Formación de proyectos diseñados por estudiantes y ejemplo de su ejecución en cuanto a estilos de vida saludable
Colombia	Reflexión de atención y formativa docente	Resalta la necesidad de la atención compasiva en el abordaje al paciente del primer nivel de atención en una vivencia con una paciente y los estudiantes de enfermería.

Fuente: Elaboración Propia con base en las narrativas Capítulo 7

Para concluir es necesario resaltar que durante la formación no se consigue adquirir todas las competencias necesarias para el ejercicio profesional, esto obliga a los profesionales a seguir adquiriendo conocimientos, habilidades y destrezas continuamente, ya sea de manera informal o formal.

Referencias bibliográficas

- Barlete, A. (2010). La construcción del Espacio Común ALCUE de educación superior. *Universidades*, 60(44), 3–13. <https://bit.ly/3jQ742l>
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Marty, M., Siufi, G., & Wagenaar, R. (2007). Informe Final Proyecto Tuning - América Latina: reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina 2004-2007. In Universidad de Deusto & Universidad de Groningen (Eds.), *Bilbao: Universidad Deusto* (Vol. 7, Issue 2). <https://bit.ly/2X7pFhJ>
- Borrell, R. (2012). *Educación en salud pública: tendencias, desafíos y recursos de aprendizaje*. <https://bit.ly/3BQNKlw>
- Carbo, C., & Páez, M. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *MEDISAN*, 21(7), 944–951. <https://bit.ly/3yUBu81>
- Cedeño, S., Rodríguez, J., Prieto, D., Schlegel, C., López, L., & Domínguez, S. (2021). Reflexiones Sobre Las Bases Conceptuales De La Interculturalidad Las Problemáticas Y Retos Desde La Formación De Enfermería... *Rev. Recien*, 10(1), 94–108. <https://bit.ly/3yWbuc8>
- Growing Up Foundation. (2020a). *Seminario Internacional Primary Health Care Growing Up Health 2020 Sesión 1*. <https://bit.ly/3E2WhtY>
- Growing Up Foundation. (2020b). *Seminario Internacional Primary Health Care Growing Up Health 2020 Sesión 2*. <https://bit.ly/2X70v2l>
- INE, Clínica 25 de Mayo, Growing Up Foundation, Universidad de Guanajuato, & Secretaria de Salud México. (2020). *Curso Latinoamericano - Herramientas De La Atención Primaria En Salud Para Enfermería*. <http://campus25demayo.com.ar/mod/page/view.php?id=28>
- Labonté, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., ... & Pooyak, S. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 14-29.
- López-Díaz, L., Velasquez, V. F., Rodríguez, V., & Papadopoulos, I. (2019). Contraste de perspectivas y experiencias sobre compasión de enfermeras colombianas con 14 países. *Duazary*, 16(2), 233-244.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://bit.ly/2YEFuBT>
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para Promoción de la Salud*. <https://bit.ly/3nesCYt>
- OMS (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. In *Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. <https://bit.ly/3iQ7GoF>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaracion De Alma-Ata*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. In *Paho*. <https://bit.ly/3ySiSW5>
- Ortega, N., Cahves, A., Bautista, G., & Velandia, M. (2021). Competencias interculturales en la

formación del profesional de Enfermería. *CEI Boletín Informativo*, 8(1), 179–183. <https://bit.ly/3I5pmvW>

Rodríguez, E., Sandoval, S., Ospino, J., Rodríguez, D., González, M., Muñoz, E., Dimate, A., & Rodríguez López, J. (2020). El Rol de enfermería en la Atención Primaria de Salud: Una revisión integrativa. In M. Molero, A. Belén, M. Simón, & A. Martos (Eds.), *Investigación Y Práctica En Salud: Nuevas Perspectivas* (1ra ed., p. 209). <https://bit.ly/3I7PSVn>

Rodríguez, J, Aponte, S., Gonzalez, M., Dimate, A., & Muñoz, E. (2020). Avances de la vinculación del componente ambiental y de hospitales verdes en carreras de Ciencias de la Salud. In H. Restrepo & J. Rodríguez (Eds.), *Hospitales Verdes: un nuevo desafío para América Latina* (1ra ed., pp. 251–286). <https://bit.ly/3hho7sm>

Rodríguez, J, Gonzalez, M., & Aponte, S. (2019). Transversalización de la Salud ambiental hospitalaria en el currículo de programas de Ciencias de la Salud a través de las TICS en el año 2018. In R. Roig, J. Antolí, A. Lledo, & N. Pellín (Eds.), *Redes de Investigación e Innovación en Docencia Universitaria. Volumen 2019* (pp. 577–589). <https://bit.ly/2WZDgHB>

Rodríguez, J, Gonzalez, M., Dimate, A., Muñoz, E., Rodríguez, E., Ospino, J., Rodríguez, D., & Sandoval, S. (2020). Formación en gobernanza en salud ambiental para estudiantes de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. (Colombia). In M. Molero, A. Martos, A. Bélen, & R. Del Pino (Eds.), *Innovación Docente Y Práctica En El Ámbito De La Salud: Avanzando En La Evidencia* (1ra ed., pp. 59–65). https://ciiias.es/3/contenido/textos/descargar_libro/61

Ruiz, M., Hormiga, C., Uribe, L., Cadena, L., Mantilla, B., & Solano, S. (2017). Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 320–329. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6229/6550>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x>

Vélez Álvarez, C., Jaramillo Ángel, C., & Giraldo Osorio, A. (2018). Teaching-service: Social responsibility in the training of human talent in health in Colombia. *Educación Médica*, 19, 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.08.002>

Relatos de experiencias CAPÍTULO VII

RELATO 1

APS en Ecuador desde la formación de enfermería

Stefania Johanna Cedeño Tapia

Ecuador - Licenciada en Enfermería. Magister en gerenciamiento Integral de servicios de enfermería. Miembro Honorario Growing Up Foundation. Coordinadora de la Red Latinoamericana de Educación en enfermería. Administradora de ACES Latinoamérica. sct121@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1609-899X>

Introducción

En este pequeño país, gigante en diversidad, se ve plasmada la influencia global para aplicar las estrategias en APS. Entre los cambios que realizó al sistema de salud ecuatorianos estuvieron el incremento del personal cualificado para atender a las poblaciones, teniendo en cuenta la legislación que es centrada en la Atención Primaria de la Salud Renovada (APS-R) como orientador del desarrollo, fortaleciendo sobre todo en el primer nivel de atención, esto plasmado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (Ministerio de Salud Pública, 2012) a través de un enfoque de promoción y prevención. Dándose grandes transformaciones en cuanto a la formación del talento humano en APS.

Desarrollo

La disciplina de enfermería en el Ecuador tiene varios perfiles laborales, siendo auxiliares, técnicos y licenciados en enfermería. En la formación del licenciado de enfermería existe desde los primeros años de educación superior, el fortalecimiento de la APS, haciendo promoción y prevención. Los estudiantes y docentes aplican distintas estrategias tanto dentro como fuera del aula, pudiendo realizar desde charlas en los pasillos de instituciones educativas hasta muestras artísticas como el teatro para impulsar conductas que fortalezcan la salud en todas sus dimensiones.

En este sentido, puedo resaltar la gran contribución que tuvo la Universidad de Guayaquil y específicamente de mis docentes, que siempre tuvieron la predisposición de usar todo lo que estuviera a su alcance para fortalecer las habilidades transversales y específicas de enfermería, usándolas para impactar al estudiante como a toda la comunidad. Son muchas las vivencias con las comunidades que recuerdo y otras pocas plasmadas en fotos donde aparezco disfrazada de mimo, anciana o hasta de hombre, para llevar un mensaje de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Asimismo, antes de egresar como licenciada en enfermería tuve que realizar un año de internado rotativo y durante tres meses brindé servicios en una institución de primer nivel, en los cuales estuve acompañada de varias docentes. Mis compañeros y yo nos convertimos, antes de tener el título universitario, en actores fundamentales de la promoción de la salud en todos los sectores donde hacíamos nuestras intervenciones.

Actualmente, después de superar la instancia como estudiante de enfermería, se debe realizar el examen de habilitación para el ejercicio profesional (EHEP), que tiene un gran componente centrado en las estrategias APS para el desarrollo de competencias profesionales específicas de enfermería (Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, 2021), prueba que está diseñada por el Ministerio de Salud Pública, y el Consejo de Educación Superior del Ecuador, basándose en el Modelo de Atención Integral de Salud, en el año de mi egreso, esta prueba no se realizaba, ya que es uno de los cambios hechos para el aseguramiento de la calidad de la educación de las carreras de interés público.

Pero lo que, sí tuve el honor de realizar, fue el Año de Salud Rural Obligatorio, que estuvo enfocado en contexto de acción comunitaria y de APS, sobre esto, recuerdo mis vivencias en un suburbio de la ciudad de Milagro donde vacuné, fui a escuelas, colegios, geriátricos, hice trabajo de campo para evitar la reproducción de mosquitos, cercos epidemiológicos, seguimiento a pacientes en sus casas en estado de vulnerabilidad, y así tantas actividades de prevención y promoción. Paralelamente realizaba intervenciones de enfermería en domicilios con actividades que podían ser desde administración de

medicamentos hasta cuidados en el final de la vida. Cabe recalcar que tuve el privilegio de elegir yo misma el centro de salud, este honor lo obtuve al ser una de las mejores egresadas de mi universidad, sin embargo, algunos de mis compañeros tuvieron que viajar lejos de sus casas para cumplir este año de servicio rural obligatorio, convirtiéndose en referentes de la atención primaria de la salud en las comunidades donde fueron a prestar sus servicios como enfermeras y enfermeros.

Conclusión

Con este contexto, se evidencia los avances de Ecuador en materia de aplicación de las estrategias de APS y cómo a través de la formación de talento humano de enfermería y otras profesiones sanitarias se fortalece el sistema de salud desde las prácticas formativas.

Referencias bibliográficas

Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. (2021). *Guía metodológica de orientación para rendir el examen de habilitación para el ejercicio profesional en línea Carrera de Enfermería*. <https://bit.ly/3troi9x>

Ministerio de Salud Pública (2012). *Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural* (MAIS-FCI) <https://bit.ly/3kZkpEY>

RELATO 2

Experiencia docente de proyectos sociales para enfermería – Colombia

Javier Isidro Rodríguez López

Colombia- Docente Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería. Doctorando en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Docente Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño y Representante Legal de Growing Up Foundation.

javierisidrorodriguezl@gmail.com

Colombia ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1907-4152>

Introducción

La narrativa de enfermería que se comenta a continuación fue una experiencia propia como docente y la relación con los alumnos de la licenciatura en enfermería de sexto semestre de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A – Colombia en el año 2009. En una de mis primeras experiencias como formador de capital humano se centró en una asignatura teórico – práctica denominada proyectos sociales de esta escuela. Esta unidad formativa estaba orientada a conceptualizar, reflexionar y poner en práctica los conocimientos hacia la salud colectiva en los territorios locales, como parte de un espacio de ir más allá del abordaje de la salud personal y familiar, a una construcción social a sus necesidades de salud teniendo en cuenta sus realidades territoriales.

Desarrollo

Entre agosto a diciembre de 2010, en este lugar conocí a un grupo de 30 profesionales en formación en esta primera fase que estaba orientada a profundizar en la salud colectiva, salud pública, proyectos sociales y una estrategia local enfocada a los determinantes sociales de la salud denominada Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud para Bogotá basado en la determinación social y la medicina social (Secretaría Distrital de Salud, 2004). Era un grupo diversos de adultos, a comparación de otras escuelas donde la mayoría son adolescentes, se encontraban en sexto semestre de la

carrera con un amplio acercamiento previo a los procesos cotidianos de la enfermería con enfoque clínico; hasta este punto ya presentamos dos barreras la juventud del docente a comparación del grupo y la segunda la formación previa centrada en la atención directa donde se evidenciaba pocos con conceptos previos de sus abordajes en comunidades.

Inicié con los aspectos teóricos y notaba al grupo un poco aislado, no procuraban aportar a los conocimientos transmitidos, cuando había actividades individuales se notaban mayores actitudes de rechazo a la temática, en mi reflexión docente no podía comprender completamente esa actitud, esta situación me llevó antes de continuar con lo planteado en el plan de la asignatura realizar los siguientes pasos: I) revisar de manera rápida su procedencia, II) identificar sus expectativas al ingresar a la carrera, III) conocer sus actividades laborales, de esta manera, empecé a comprender la dificultad de tratar de entender algo teórico en el alumno que poco podría traducirlo a un hecho real desde una enfermería práctica, en especial el imaginario social que traían al ingresar a la carrera donde se vende normalmente “un contexto completamente clínico para tratar enfermedades”.

Este acercamiento inicial me dejó como primer aprendizaje, en vez de iniciar en transmitir conocimientos debía empezar dialogando, conociendo sus expectativas, historias de vida y acercando el concepto teórico a sus realidades locales y territoriales. Luego con la reflexión de seguir transformando el aula cotidiana siguieron los cambios de un salón de clase con pupitres uno tras de otros a espacios de círculos de reflexión contruidos conjuntamente. En la parte pedagógica y didáctica para generar mayor aprehensión del tema por parte de los estudiantes se modificaron las herramientas de abordaje aplicando a estudios de caso en su contexto local que luego eran retroalimentadas por todo el grupo de acuerdo a las demás experiencias en otros lugares de donde ellos conviven.

El pasar un poco más de tiempo con cada estudiante aprendiendo de sus relatos del lugar donde han vivido entre dos y treinta años en el mayor de los casos, daba un sin número de experiencias, vivencias y conocimiento que no existía en ningún libro de

enfermería comunitaria, social y salud pública. Esto me dio la apertura a potencializar este ejercicio y poderlo asociar a lo que ellos realizan más adelante en su parte práctica. Otro de los aprendizajes de la modificación del aula y las estrategias permitió conocer ese ser, el saber que traen inmersos de sus contexto cultural, social y familiar lo cual generó mayor conexión con los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos de los determinantes sociales de la salud, determinación social, salud colectiva, salud ambiental y salud pública, aspectos centrales que se fueron desarrollando ahora con mayor normalidad al interior de la asignatura en su fase teórica.

Luego al llegar a la parte práctica de la asignatura durante tres meses estaríamos conviviendo en un territorio comunitario previamente designado por la coordinación de la escuela. Al iniciar el primer día de práctica se evidenció una sensación de temor en cada uno de ellos, lo que me llevó antes de iniciar el contacto con las personas de la comunidad sentarnos y empecé a comentarles sobre mi experiencia de vida relacionada con las temática y como todo ese proceso formativo lo había desarrollado de manera empírica desde los 16 años hasta los 24 años que tenía en ese momento, donde el mayor aprendizaje para la vida lo obtuve de la misma comunidad, me habían orientado a saber cómo comunicarme, relacionarme, negociar e interactuar con todos los actores sociales, además me enseñaban de otros temas políticos, económicos, públicos, comunitarios y de gestión que hasta el día de hoy 2021 solo se lo debo a ellos su aprendizaje.

Además, les mencioné como una comunidad apoya o no apoya a un joven que se está formando y pueden llevarlo a elevar a un espacio de toma de decisiones políticas como en mi caso logrando representarlos el primer año la presidencia de mi Barrio con 20 mil habitantes, luego representando los jóvenes desde el aspecto ambiental en mi distrito de un millón de habitantes y luego a todos los jóvenes universitarios de Bogotá D.C en los temas ambientales de la ciudad que a ese momento contaba con alrededor de 60 universidades.

Esta segunda conversación y compartir de experiencias permitió una total apertura de poder crecer en sus propios procesos de vida y no solo por lo delimitado por una

asignatura, ver al docente como un par en el cual generó confianza más que un amigo en el cual podían acudir para apoyarse en sus proyectos de vida profesional. Pero no todo es felicidad, el esquema hegemónico, cuadriculado de las colegas de otros semestres no podrían ver algo diferente ya que les generaba conmoción como les paso a mis estudiantes al inicio de las clases, algo totalmente comprensible. A pesar de ello, se continuó con la fase práctica con menos temor y otros con gran satisfacción de poder aportar a la sociedad ahora en un plano poco conocidos por ellos desde su formación profesional, pero muy avanzado en su historia de vida.

Finalmente, los alumnos de manera autónoma realizaron el mismo ejercicio con la comunidad, primero conociendo su contexto, los actores claves, dialogando con ellos empezaron a co-construir una intervención en salud ambiental comunitaria teniendo en cuenta todo el proceso evolutivo, social, económico, ambiental y de otras intervenciones previas. Con las habilidades adquiridas de la experiencia se empezó a gestionar mediante la participación social con diversos actores locales, distritales y nacionales todos los recursos necesarios para la intervención.

Acercaron a otras disciplinas a participar del proceso. Lograron la inclusión a los procesos de todos los grupos etarios, dejaron como proceso la sostenibilidad de la intervención con el apoyo del gobierno local y a través de la gestión el proyecto tuvo una inversión de 110 millones de pesos colombianos en 4 meses y con un gran impacto social (Rodríguez et al., 2011).

Conclusión

Luego de 11 años de esta experiencia les permitió a muchas de ellas actualmente sean coordinadores nacionales de salud pública, gestores en salud ambiental en el distrito, implementen la APS en clínicas de 3er nivel, aborden la docencia universitaria, sean investigadoras y también estén finalizando algunas sus maestrías en gestión empresarial, salud pública, desarrollo sostenible, seguridad en el trabajo entre otras más. Además, hagan parte activa del movimiento U-Nursing LatAm; en mi caso lo seguí replicando y perfeccionando los procesos formativos en escuelas de medicina, enfermería, ciencias

ambientales y posgrados en salud (Rodríguez, 2016; Rodríguez et al., 2019; Rodríguez, Aponte, et al., 2020; Rodríguez, González, et al., 2020).

Referencias bibliográficas

Rodríguez, J, Acosta, Z., & González, L. (2011). Experiencia formativa en salud ambiental proyecto: misioneros de ambiente Barrio Paraíso 2010 – 2011. *Memorias Congreso Panamericano de Salud y Ambiente Universidad Industrial de Santander*. ISBN 978–958–44–9457–3

Rodríguez, J. (2016). Estrategias de formación en salud ambiental para profesionales de la salud en torno a la responsabilidad social universitaria. In O. Arango, J. Martí, P. Montoya, & I. Puerta (Eds.), *Ética Profesional y Responsabilidad Social Universitaria. Universidad, Sociedad y Sujeto* (1ra ed., p. 44). <https://bit.ly/38QCFut>

Secretaría Distrital de Salud. (2004). *La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud* (Grupo Guillermo Fergusson (ed.)). <https://bit.ly/3zZBMMi>

RELATO 3

Mi relato sobre la atención primaria

Jean Frank Reyes Huerta

Perú- Estudiante del “Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería” Maestro en gestión de los servicios de salud. Ministerio de Salud Perú. jeanreyes266@gmail.com

Introducción

En la universidad no tuve la oportunidad de aprender conceptos claros sobre atención primaria. Básicamente, la única materia que tocaba a grandes rasgos aspectos sobre APS, fue la asignatura de enfermería en salud comunitaria. Allí nos enseñaron sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Nuestro trabajo como estudiantes se circunscribe a brindar charlas, consejerías, sesiones educativas sobre estilos de vida saludable, lavado de manos, prevención de daños, entre otros.

Desarrollo

Fue una experiencia bonita en el sentido que me acercó más a la realidad sanitaria de mi país. Durante mi desarrollo profesional he tenido la oportunidad de desenvolverme en la parte asistencial, administrativa y docente. Dentro de la docencia la asignatura que impartí en la universidad fue precisamente enfermería y atención primaria de la salud. Este curso me ayudó mucho a inclinarme por esta área de la salud. Descubrí muchos datos interesantes, que se fueron gestando desde Alma Ata en 1978. Al momento de preparar mi cátedra sobre APS, alimenté mis conocimientos desde un punto de vista más integral. Desde aquella experiencia, nació mi amor por promover la APS, sobre todo ahora en tiempos de pandemia por el COVID-19, el fortalecimiento de la APS surge como una estrategia que no se puede seguir postergando. Por otra parte, recuerdo que para mis alumnos los temas sobre APS no les era muy familiar.

Conclusión

Sin embargo, al finalizar el curso me quedó la satisfacción de haber contribuido en la formación de mis alumnos, con un enfoque integral-holístico y no solo biomédico. Finalmente, es importante reformular la formación de las próximas generaciones de enfermeros, con conocimiento sólido sobre APS, salud pública. La atención primaria de la salud en estos tiempos de crisis sanitaria, recobra su importancia que nunca debió perder. La APS, se implementa en diferentes países como una estrategia de los sistemas nacionales de salud, así como promotora del desarrollo social y económico global de las comunidades. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad. Las experiencias exitosas de países que han sabido mitigar la pandemia por el coronavirus, se han basado en estrategias con amplia base en la APS. Todo esto significa que la APS está más vigente que nunca, y que representa un espacio de liderazgo para todos los enfermeros del mundo, en el sentido de rediseñar una sociedad donde la salud representa un bien común.

RELATO 4

Imagen y alimentación sana

Ana María Mosca

Argentina- Estudiante del “Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería”. Licenciada en Enfermería. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. ana.mosca@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

La currícula de enfermería en el Hospital Italiano hasta hace dos años atrás contemplaba la asignatura denominada proyectos en Enfermería. En ella se abordaba el cómo realizar un proyecto, su ejecución, monitoreo y posterior evaluación. El estudiante del último año de la carrera debía para finalizar presentar las conclusiones de una propuesta llevada a cabo. En dicho documento se presentará un relato de experiencia.

Desarrollo

En el año 2017 se desarrolló un proyecto con la necesidad de tener un lugar en donde la gente pudiera realizar actividad física en un ambiente seguro, saludable, confortable, contenido, de libre acceso y gratuito. Previo a un diagnóstico de enfermería se detectó que un 60% de la población era hipertensa y/o con sobrepeso y no realizaba ningún tipo de actividad física. Siendo los restantes diabética, o con algún trastorno de movimiento. Se llevó a cabo una encuesta para conocer disponibilidad en cuanto a tiempo y tipo de danza que le gustaría ser partícipe. La mayoría de los entrevistados fueron mujeres a las cuales en un 41% seleccionaron el baile de zumba y en segundo lugar eligieron folclore. fue así como se generó la propuesta surgida desde la comunidad.

Conclusión

La gente comenzó a concurrir, tomando el espacio como propio, motivo suficiente para seguir generando recursos para el sostenimiento de las actividades. En la actualidad, concurren entre ambos espacios 65 personas de ambos sexos y de distintas edades. Le logró una red de contención social en lo que respecta a la 3ª edad en donde la soledad y la escasez de lazos sociales es lo que predomina. Se fortaleció la promoción y control de salud, así como en los estilos de vida.



RELATO 5

El cuidado compasivo como eje fundamental de nuestra profesión

Adriana Patricia Bonilla Marciales

Colombia- Estudiante del “Curso Latinoamericano Herramientas de la Atención Primaria en Salud para Enfermería”. Universidad Autónoma de Bucaramanga

abonilla712@unab.edu.co

Introducción

Tuvimos la oportunidad de atender a la señora Rosa, quien llegó a buscar atención al hospital de primer nivel, llegó sola pues su único hijo y su esposo ya habían fallecido. La vimos ingresar a la sala cojeando, no solo por su avanzada edad, sino producto del dolor que le generaba una úlcera en su pie derecho, de la cual padecía hace 7 años. A pesar del dolor, al vernos y saber que la íbamos a tratar esa mañana, su rostro se iluminó con una sonrisa y sus ojos brillaron con lágrimas.

Desarrollo

Me sentí muy comprometida con brindarle a la señora Rosa una atención integral, dado su estado de vulnerabilidad, junto con los estudiantes realizamos ese día la curación, con una atención impecable, como siempre debe hacerse, posteriormente, nos organizamos para atender a la señora Rosa y hacerle las curaciones en su domicilio, para evitar que ella se desplaza sola al hospital. Pero al llegar a su hogar, nuestros sentimientos se encontraron, con una realidad muy dura, ya que vivía sola en una casa abandonada, donde ella misma realizaba todas sus actividades. Con unos servicios básicos muy precarios, los mismos estudiantes se organizaron entre ellos, llevando no solo lo necesario para realizar las curaciones, sino alimentos e insumos necesarios para la señora Rosa. Durante esos días que asistimos a la señora, cada vez que llegábamos a su casa, nos recibía con una sonrisa que iluminaba su rostro, y llamaba a los estudiantes angelitos, con palabras como: “Dios mío gracias por colocar estos angelitos” los

estudiantes no solo realizaban el cuidado de la herida, sino se sentaban en la mesa con la señora Rosa a conversar y escuchar sus historias del pasado. Actualmente continúo asistiendo con mis estudiantes a ese hospital y enseñándoles a través del cuidado compasivo, la importancia de entender el sufrimiento de nuestros pacientes, como eje fundamental de nuestra profesión (López-Díaz et al., 2019).

Conclusión

Las frases que mencionaba la señora Rosa a los estudiantes, me recuerda lo vulnerable que podemos llegar a ser al final de nuestras vidas y la gran diferencia que hacemos, no solo al brindar los mejores cuidados de enfermería para sanar el cuerpo, sino que, a través de la escucha y el contacto con ellos, visualizamos el cuidado integral que debe brindar el profesional de enfermería.

Conclusiones

Experiencias APS en américa latina, valioso tesoro para nuestra profesión desde la perspectiva editorial

Lic. Enf. Eva Meléndez Mar PhD.

Escritora. Editora. Fundadora de Empresa Editorial Luz y Vida.

Tener en mis manos un libro tan significativo que visibiliza la atención de la salud a partir de experiencias, otorga un valor incalculable a sus autores, además del sentido de pertenencia y colaboración profesional que representa conjuntar visión desde diferentes áreas de competencia, especialidad y países, entre otros, contribuyen Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras y México.

Las experiencias relatadas constituyen fuentes de inspiración para fortalecer la construcción de la esencia en Atención Primaria de la Salud como eje fundamental de nuestra profesión, a fin de procurar estilos de vida saludables y por ende entornos saludables y “Familias Sanas”

La Génesis del libro “ENTRAMANDO SENTIDOS EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD: RETOS, AVANCES Y EXPERIENCIAS TERRITORIALES EN AMERICA LATINA” se concibe en tiempos de oportunidad para gestionar una nueva cultura para autocuidado de la salud en la diversidad de entornos sociales, áreas de competencia y niveles de atención, promoviendo el valor de la vida y la salud como el más valioso y preciado tesoro para la humanidad en la diversidad de ejes que conforman nuestra sociedad: Familiar, económico, educativo, político, ambiental y sobre todo, entre las organizaciones que han sido creadas para procurar el bienestar social.

El esfuerzo profesional para fomentar salud es evidente en cada narración, pero se detecta que las condiciones de estilos de vida y ambientales demandan la creación de nuevas estrategias con enfoque de prevención de riesgos desde la planeación, la gestión,

la experiencia, la ejecución de acciones propuestas y estrategias de supervisión, asesoría y seguimiento, hasta valorar los resultados en cada etapa.

Leer el contenido para desarrollar el proceso editorial me refirió a los fundamentos del I Proyecto CIPE (Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería) Liderado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE 1996-2002) en el que tuve el privilegio de participar por México, que sustentaba la APS como eje de la atención de la salud, generando estrategias metodológicas para la creación de modelos de atención a través de la experiencia. La edición del contenido me invita a retomar los principios del proyecto a fin de contribuir al desarrollo científico de nuestra profesión en APS “comentaba la Asesora del CIE, necesitamos fortalecer la ciencia a partir de acciones que se traduzcan en modelos a partir de la práctica y establecer un lenguaje común a partir de diagnósticos generados de la observación y publicarlos a nivel mundial para analizarlos, validarlos y aplicarlos”.

Mucho por hacer en APS, y es grato percibir a través de la lectura el evidente entusiasmo por desarrollar acciones colaborativas como se plasma en el libro que segura estoy, dará mucho fruto entre sus lectores.

Agradezco la oportunidad de contribuir con lo que me apasiona como Enfermera, promover la salud y generar estrategias para lograrlo, editar y publicar para que se logre el propósito de nuestras conjuntas acciones.

Enhorabuena, Felicidades y Éxito a los Autores y a cada lector de tan valiosa obra.

¡Ánimo!

Editorial Luz y Vida

Agradecimientos especiales

Lic. Bib. Doc. María Victoria D'Albuquerque
Corrección de estilo de Citas y Referencias Bibliográficas

Horacio Mesas

Nahuel Bordón

Responsables de Gestión Administrativa

Zadquiel Lautaro González

Diseño de Contratapa

AUTORES

Autores de relatos de experiencia

Rodríguez de Simpson, Gina Estela.
Bernal D'Alleman, Marcela.
Taminelli, Elba.
Correa, Silvia Mabel.
Meza Guagua Yara, Valeria.
Robledo Botello, Dulce María del Carmen.
Figueroa Cevallos, Diana Pamela.
Castillo Aguilar, Karina Patricia.
Monroy Rubiano, Mary Luz.
Rodríguez Schoenfeld, Bárbara.
Antillanca, Gabriela.
Fernández Pino, Honoria Mercedes.
Cevilán, Sandra Roxana E.
Benicelli, Delia Griselda.
Zavala Torres, M. de la Luz.
Martínez, Mirta Patricia.
Carelli, Valeria
Bonilla Marciales, Adriana Patricia.
Mosca, Ana María.
Reyes Huerta, Jean Frank.
Hibauza, Yanina Macarena.
María Elena Rodríguez Díaz.
Silvina Elizabeth Rosales.

Compiladoras

Sánchez, Laura Paola.
Mijangos Fuentes, Karla Ivonne.
Meléndez Mar, Eva.

Autores de capítulos

Casales Hernández, María Guadalupe.
Jiménez Sánchez, Juana.
Castañeda Hernández, Diana Milena.
Bordon, Nahuel.
Vaccaroni, Claudia.
Vazquez, Linda.
Ance, Andrea.
Sánchez, Laura Paola.
Prieto Romero, Diana Marcela.
Anile, José.
Justo Ricci, Martín.
Taverna, Bernardo Daniel.
Mijangos Fuentes, Karla Ivonne.
D'Ascola, Analía Isabel.
Rodríguez López, Javier Isidro.
Cedeño Tapia, Stefanía Johanna.

Autoras de Prólogo

Cárcamo, Silvia Noemí.
Cevilán, Sandra Roxana E.

ISBN 978-987-28708-6-7

