

ISSN 2301-0371

Revista Uruguaya de Enfermería

Universidad de la República



Volumen 13

Núm 2, 2018

Revista uruguaya de enfermería

Universidad de la República RUE

Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay
Dirección: Jaime Cibils 2810, CP: 11600, Montevideo
Teléfono: (+598) 2487 0044

eISSN: 2301-0371 - ISSN: 0797-6194
Contacto: rue@fenf.edu.uy
URL: <http://rue.fenf.edu.uy/>

Equipo editor

Dirección de la Revista

Decana Prof. Lic. Mercedes Pérez

Editor Asociado

Prof. Agdo Dr. Alvaro Díaz (PhD)

Equipo editorial

Lic. Bibliotecología Beatriz Celiberti

Lic. Comunicación Stella Pereyra

Asist. Bbca. Valeria Silveira

Adm. Exp. Raquel Pereyra

Asist. Unidad Informática Alejandro Ceresa

Asist. Unidad Informática Guillermo Reisch

Diseño Gráfico Valentina Cámaras Cammarano

Comité Científico Internacional

Dr. Raúl Mercer (Argentina)
Prof. Mg. Mario Siede (Argentina)
Dra. María Luisa Vázquez (España)
Dr. Francisco Mercado (México)
Dra. Leticia Robles (México)
Dra. Isabella Samico (Brasil)
Dra. Blanca Díaz (México)
Dra. Denise Guerreiro (Brasil)
Dra. Dora Celton (Argentina)
Dra. Judith Gallarza (Cuba)
Dra. Edit Rodríguez Romero (México)
Dra. María Paz Mompert (España)
Dra. Zoila Leitón (Perú)
Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)
Lic. Mg. Beatriz Morrone (Argentina)
Dra. Isabella Samico (Brasil)
Dra. María Assumpta Rigol (España)
Mg. Ana Rivadeneyra (Francia)
Dra. Cristina Cometto (Argentina)
Dra. Edith Rivas Riveros (Chile)

Consejo Editorial

Integrantes Institucionales

Mg. Mariela Balbuena
Prof. Adj. Esp. Mariana Mugico
Prof. Mg. Fernando Bertolotto
Prof. Mg. Josefina Verde

Integrantes Externos Nacionales

Lic. Esp. Cristina Barrenechea
Dra. Zoraida Fort (PhD)
Lic. Mg. Pilar González

Integrantes Externos Extranjeros

Dra. Nelcy Martínez (Cuba)
Dra. Nalú Kerber (Brasil)
Prof. Mg. Verónica Behn (Chile)
Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)

Comité Científico Nacional

Prof. Mg. Miriam Costabel
Prof. Agda. Dra. Graciela Umpiérrez (PhD)
Prof. Agda. Mg. Annalet Viera
Prof. Mg. Teresita Ghizzoni
Prof. Mg. Josefina Verde
Prof. Adj. Mg. Claudia Morosi
Prof. Agda. Mg. Carolina Rodríguez
Prof. Adj. Mg. Lourdes Balado
Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín
Prof. Agda. Esp. Esther Lacava
Prof. Mg. Inés Umpiérrez
Prof. Agdo. Dr. Milton Sbarbaro (PhD)
Prof. Agda. Esp. Verónica Sánchez
Prof. Agda. Mg. Isabel Silva
Prof. Mg. Fernando Bertolotto
Prof. Adj. Mg. Andrea Lucas



Tabla de Contenidos

Editorial.....7-8

Investigación

Formación docente en programas de posgrado

Josefina Verde Rey, Carolina Rodríguez Enríquez, Marián Doninalli Fernández Chaves.....9

El cuidado Enfermero en la Consulta de Enfermería Intercultural de la Asociación Civil Idas y Vueltas, Montevideo-Uruguay

Lourdes Balado, Katia Marina.....22

Aportes del enfoque familiar y comunitario en los programas de atención en salud en Uruguay

Rosemary Carrillo.....34

Tesis de maestría

Percepción de cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público

Sergio Martín González Montaña.....47

Comentarios sobre libros

El marco de la organización sistémica: un enfoque conceptual para las familias y la enfermería

Fernanda Lise, Eda Schwartz.....54

Noticias destacadas

Primer semestre de 201857



Table of Contents

Editorial.....7-8

Research

Teacher Training in Graduate Programs

Josefina Verde Rey, Carolina Rodríguez Enríquez, Marián Doninalli Fernández Chaves.....9

Nursing Care in the Intercultural Nursing Consultation of the Idas y Vueltas Civil Association, Montevideo-Uruguay

Lourdes Balado, Katia Marina.....22

Family and Community Focus Contributions in Health Care Programs in Uruguay

Rosemary Carrillo.....34

Thesis of Master's degree

Perception of Patient Safety Culture on Nursing of a Public Effector

Sergio Martín González Montaña.....47

Book reviews

The Framework of Systemic Organization: a Conceptual Approach to Families and Nursing

Fernanda Lise, Eda Schwartz.....54

Outstanding news

Primer semestre de 201857



Sumário

Editorial.....7-8

Pesquisa

Formação de professores em programas de pós-graduação

Josefina Verde Rey, Carolina Rodríguez Enríquez, Marián Doninalli Fernández Chaves.....9

O cuidado de Enfermagem na Consulta de Enfermagem Intercultural da Associação Civil Idas y Vueltas, Montevideu-Uruguai

Lourdes Balado, Katia Marina.....22

Família e comunidade concentram contribuições em programas de saúde no Uruguai

Rosemary Carrillo.....34

Tese de Maestria

Percepção da cultura de segurança do paciente em Enfermagem de um efetor público

Sergio Martin González Montaña.....47

Resenhas de livros

A ferramenta da organização sistêmica: uma abordagem conceitual às famílias e enfermeiras

Fernanda Lise, Eda Schwartz.....54

Notícias em destaque

Primer semestre de 201857

Durante este segundo semestre del año 2018, la Facultad de Enfermería se ha visto gratificada por una serie de hechos que muestran su desarrollo académico y una proyección de futuro alentadores.

En el mes de mayo, las autoridades del Ministerio de Educación, comunicaron oficialmente que la Carrera implementada en la Facultad, ha sido acreditada por sistema ARCUSUR, por el período de 6 años (2018 a 2024). En el año 2017, se recibió la visita de pares evaluadores externos, que evaluaron los procesos de trabajo que se realizan en la Facultad en los que se valora contexto, la calidad de la formación académica en Enfermería, las características de sus recursos humanos, la infraestructura institucional y la implementación de la carrera en sí. Este proceso marca un antes y un después, que muestra que la Facultad realiza sus actividades dentro de los estándares de calidad, definidos por este sistema creado por el Mercosur, y la ubica dentro de las carreras acreditadas en el país y en la Universidad de la República (Ingeniería, Arquitectura, Medicina, Odontología, Veterinaria y Agronomía). Con orgullo por parte de sus integrantes, la Facultad presentó evidencias que mostraron avances en la investigación científica y específicamente un aumento de la difusión de la producción que se está generando por un crecimiento académico constante. La *Revista Uruguaya de Enfermería*, juega un papel importante en esta difusión, como órgano de divulgación oficial que muestra a la sociedad, al colectivo enfermero y académico, una producción de valor que debe seguir perfeccionándose y aumentando.

En este mismo camino, se han realizado importantes acuerdos interinstitucionales y regionales con el cometido de fortalecer el desarrollo académico del equipo docente de la Facultad y de otros docentes del área salud. El acuerdo de mayor relevancia es el convenio con la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas, con quien se está implementando un proyecto de Doctorado Interinstitucional, mediante el cual 13 docentes están cursando el Doctorado en Ciencias de la Salud.

Actualmente hay dos egresados de dicho programa, con la participación de dos docentes de nuestra Facultad de Enfermería, siendo los primeros que han obtenido este título académico, a los cuales se suma un tercer docente que también obtuvo su Título de Doctorado mediante convenio con la Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba).

El convenio con la Universidad de Pelotas, sienta las bases para generar un futuro Programa de doctorado propio, en la institución. Este intercambio es sumamente productivo en términos de investigación y desarrollo académico, que se verá reflejados en la producción científica y sus artículos correspondientes que serán factibles de ser publicados en esta revista, en una serie de áreas y temas de interés, especialmente vinculados al cuidado de enfermería e Interdisciplina.

Dentro de los avances en investigación importa mencionar el Programa Calidad de la Investigación (CSIC-Fenf, fase B), el Núcleo de Investigación temático sobre Cuidado humano, lo que permitirá profundizar la reflexión de los profesionales de enfermería acerca de su objeto de estudio.

También en este año, la Facultad de Enfermería hizo entrega del Título de Doctora Honoris Causa a la Dra. Silvia Cassiani, Asesora Regional de Enfermería y Técnico de salud de OPS/OMS.

El homenaje a enfermeros de alto valor para la disciplina que han contribuido en posicionarla a nivel internacional, es una actividad que nos permite conocer otros espacios ocupados por las enfermeras y lograr una proyección que nos permita pensar nuevos horizontes para integrar nuevas perspectivas de desarrollo disciplinar.

La Dra. Silvia Cassiani nos presentó, mediante una conferencia Magistral brindada en la Sala Maggiolo de la UdelaR, su posición frente a temas de interés para la formación académica y el impacto en los servicios de salud con participación de autoridades universitarias y representantes de la OPS/OMS en Uruguay.

Estos eventos muestran un contexto de constante crecimiento que creemos deben quedar documentados en la *Revista Uruguaya de Enfermería* porque marcan hitos importantes en el desarrollo de la profesión y del cuerpo académico de la Facultad.

Estos logros son producto de un trabajo en equipo sostenido, marcado por un plan estratégico definido colectivamente y con mucho esfuerzo, compromiso y entusiasmo de todos en la Facultad, desde estudiantes, funcionarios administrativos, docentes y egresados que participaron activamente en cada uno de los eventos.

La Facultad seguirá caminando hacia la mejora continua de la calidad, para lograr más y mejores profesionales abocados al cuidado humano, con producción de conocimiento que refleje la realidad local y regional.

Directora de la RUE
Lic. Esp. Mercedes Pérez
Decana

Editor Asociado
Phd Álvaro Díaz

Formación docente en programas de posgrado

Teacher Training in Graduate Programs

Formação de professores em programas de pós-graduação

Josefina Verde Rey¹, Carolina Rodríguez Enríquez²,
Marián Doninalli Fernández Chaves³

Resumen:

Para dar soporte al Programa de Especialidades, la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República del Uruguay, introdujo la figura de los docentes asistenciales como soporte académico a estos programas que iniciaban. Es en la formación de estos Licenciados en Enfermería, que guiarían a los futuros especialistas, en quienes se basa el presente artículo. Describiremos como se los acompañó a introducirse en el modelo de enseñanza y de aprendizaje, en base a la educación de adultos en un contexto de práctica profesional.

La formación se hizo por medio de un curso diseñado y dictado en modalidad semipresencial. Se buscó estimular el uso de metodologías participativas centradas en el aprendizaje basado en problemas y el empleo de las evidencias.

Los resultados finalizada la formación, permitieron ver un elevado cumplimiento de las actividades del curso a pesar de no ser obligatorias, mostrando un alto compromiso de los participantes con la formación brindada. Las prácticas propuestas y tareas asignadas buscaban enseñar diferentes actividades que podrían replicar luego como docentes de las Especialidades. Los participantes evaluaron el curso destacando la calidad y practicidad, además de considerar adecuada la modalidad y de gran utilidad en su actividad docente, pues sus futuros estudiantes compartían sus características. Las acertadas consecuencias de esta formación se vieron al desempeñarse como docentes en las Especialidades, donde la mayoría cumplió diversos roles tanto en la clínica como en las aulas virtuales. Los aprendizajes se traducen en una serie de actividades que se pudieron implementar al iniciar su actuación docente.

Palabras clave:

Enseñanza, Educación en Enfermería, Especialidades de Enfermería, Educación a Distancia, Docentes de Enfermería.

¹Magister en Investigación. Profesora. Directora del Centro de Posgrado. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. joverde1@yahoo.com.ar

²Magister en Enseñanza Universitaria. Profesora Agregada. Directora Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay carolinacabocla@gmail.com

³Lic. En Diseño Gráfico. Especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje. Docente Asistente Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay. fdonmar@hotmail.com

Abstract:

To give support to the Specialties's program, the University Nursing' school of the Republic of Uruguay, introduced the concept of care teachers as academic support to these programs that was initiated.

This article is based on the graduates in Nursing's formation, whose would guide future specialists.

We are going to describe how accompanied them to enter the teaching model and apprenticeship, based on adult education in a context of professional practice.

The training was done through a course designed and delivered in a distance learning format. It sought to encourage the use of participatory methodologies focused on apprenticeship based on problems and used of evidence.

The results completed education, allowed to see a high compliance of the course activities despite not being mandatory, showing a high commitment of the participants to the education provided.

The practices proposals and activities assigned, teach different activities that could then replicate as teachers of specialties.

Participants assessed the course highlighting the quality and practicality, in addition to consider appropriate mode and useful in their teacher's activity, well their future students shared their characteristics.

Successful consequences of this education were to serve as teachers in specialties where most fulfilled various roles so in the clinical as in the virtual classroom.

The apprenticeships are translated into a series of activities that could be implemented to start their teaching performance.

Keywords:

Teaching, Nursing Education, Nursing Specialties, Distance Education, Nursing Faculty.

Resumo:

Para apoiar o Programa de Especialidades, a Faculdade de Enfermagem da Universidade da República do Uruguai, apresentou a figura dos assistentes de ensino como apoio acadêmico a esses programas que eles iniciaram. É no treinamento desses Graduados em Enfermagem que eles orientariam os futuros especialistas, nos quais o presente artigo se baseia. Descreveremos como elas foram introduzidas no modelo de ensino e aprendizagem, com base na educação de adultos em um contexto de prática profissional.

O treinamento foi realizado através de um curso projetado e entregue em modalidade mista. O objetivo foi estimular o uso de metodologias participativas focadas na aprendizagem baseada em problemas e no uso de evidências.

Os resultados concluíram o treinamento, permitiram observar um alto grau de cumprimento das atividades do curso, apesar de não serem obrigatórios, demonstrando um alto comprometimento dos participantes com o treinamento ministrado. As práticas propostas e tarefas atribuídas procuravam ensinar diferentes atividades que poderiam então ser replicadas como professores das

especialidades. Os participantes avaliaram o curso com ênfase na qualidade e praticidade, além de considerarem a modalidade adequada e de grande utilidade em sua atividade de ensino, uma vez que seus futuros alunos compartilhavam suas características. As conseqüências bem-sucedidas desse treinamento foram vistas como professores nas Especialidades, onde a maioria desempenhava vários papéis, tanto na clínica quanto na sala de aula virtual. Os aprendizados são traduzidos em uma série de atividades que podem ser implementadas no início de seu desempenho docente.

Palavras-chave:

Ensino, educação em enfermagem, especialidades de enfermagem, educação a distância, professores de enfermagem.

Introducción

La Facultad de Enfermería (Fenf) de la Universidad de la República (Udelar) del Uruguay, crea el Programa de Especialidades como forma de atender la demanda social y sanitaria de profesionales de Enfermería altamente calificados. A partir de 2013 se implementa la Especialidad en Cuidado Intensivo, a la que siguen otras que se nutren de la experiencia generada en la primera oferta académica. Según el modelo de formación de posgrados la Especialidad es un programa esencialmente profesionalizante.

Las carreras de especialización tienen por objetivo el perfeccionamiento en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones o disciplinas científicas. Están dirigidas a ampliar la capacitación profesional lograda en programas de grado o de posgrado, ya sea con profundidad y/o extensión; en particular, a través de una formación que incluya prácticas profesionales⁽¹⁾.

En el modelo formativo del Centro de Posgrados de Fenf, el aprendizaje en estos Programas está orientado fundamentalmente a la actividad clínica, espacio donde se conjugan los conocimientos teóricos y prácticos que debe dominar

el especialista. Se hace necesario introducir la figura de los denominados docentes asistenciales como soporte académico. Son profesionales de la disciplina Enfermera altamente capacitados en aspectos técnicos, que trabajan en las áreas en que se desarrollarán las Especialidades, pero que no tienen formación pedagógica ni didáctica. Estos Licenciados en Enfermería (LE) del servicio que poseen el título de Especialistas obtenido por la modalidad de competencia notoria, concursaron para obtener el cargo de Profesores Adjuntos (Grado 3, según escala de 1 a 5 de la Udelar), de acuerdo al Reglamento del Residentado⁽²⁾.

Se hizo necesario realizar una formación previa que proporcionara a estos profesionales herramientas complementarias para implementar la función docente en la enseñanza de la Especialidad. Sus características son la de ser profesionales adultos y con multiempleo, lo que condicionó que el equipo de Dirección (Comisión de Especialidad) seleccionara una modalidad de cursado semipresencial, con el uso de un Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA) para su capacitación. A su vez, esta metodología sería utilizada posteriormente con los estudiantes de

la Especialidad (Residentes), los que comparten las características descriptas para los docentes asistenciales.

Así utilizamos una lógica de aprender haciendo, de manera que pasaran como estudiantes por la experiencia educativa en la cual más tarde serían docentes, cumpliéndose un doble objetivo.

Nuestro propósito es narrar el proceso por el cual los docentes asistenciales del Programa de Especialidades se introdujeron en el modelo de enseñanza y de aprendizaje, en base a la educación de adultos en un contexto de práctica profesional. Buscamos estimular el empleo de metodologías participativas, centradas en el aprendizaje basado en problemas y en el empleo de las evidencias.

El Objetivo es transmitir la experiencia de un Programa de Formación Docente aplicado a LE que cumplen funciones en áreas asistenciales especializadas, para su desempeño en el rol docente en un Programa de Formación de Especialistas.

Algunas conceptualizaciones que utilizamos en nuestro estudio se relacionan con la educación de adultos que tiene sus bases pedagógicas en diferentes teorías que han ido surgiendo en un contexto propio, en momentos determinados del avance del conocimiento humano, con diferentes focos de preocupación. En la antigüedad Platón y Aristóteles propusieron diferentes teorías del conocimiento en correspondencia con las filosofías del idealismo y el realismo. Sócrates destacó el método que utiliza en su búsqueda de la verdad, el diálogo que señala que la verdad es el resultado de una tarea colectiva y no de la actividad individual. Descartes inició el racionalismo moderno: el sujeto adquiere autonomía y la razón pasa a ser el criterio último de legitimación. En contraposición y posterior a él,

empiristas ingleses como Locke, Hume & Stuart Mill negaron la existencia de ideas innatas, considerando el valor del conocimiento solo como resultado de la experiencia: la realidad es única y objetiva y es conocida de manera pasiva a través de los sentidos.

A finales del siglo XIX el desarrollo de la Psicología de la Educación, favoreció la transición de lo filosófico a lo experimental, desarrollando nuevos métodos de investigación. El interés pasó a centrarse en psicologizar el contexto educativo (estructuralismo versus funcionalismo). Los escasos resultados obtenidos llevaron al desarrollo del conductismo, centrado en la conducta humana observable.

Entre el final del siglo XIX y la primera parte del XX, surgieron varios autores que fueron considerados dentro de la teoría de aprendizaje llamada conexionista o asociacionista: Thorndike y Pavlov entre otros, fueron los precursores del estudio sobre condicionamiento. Posteriormente Watson aplicó las investigaciones de Pavlov promoviendo el conductismo, pero recién a mediados del siglo XX, logró un amplio desarrollo con los aportes de autores como Skinner a la teoría tecnológica.

En paralelo, surgió la teoría cognitiva que fundamentó el aprendizaje centrado en los procesos humanos. Aportaron a esta nueva teoría, la psicología de la Gestalt, luego Gagné con el procesamiento de la información, y posteriormente Piaget y la teoría psicogenética, Bruner con su teoría del desarrollo cognitivo y Ausubel con la teoría del aprendizaje significativo, entre otros. La teoría del origen sociocultural de Vigotsky y sus desarrollos posteriores, fueron los aportes de mayor significación en el desarrollo de nuevos diseños curriculares y metodologías didácticas.

Paralelamente los aportes de Gardner en torno al concepto de inteligencias múltiples, entendidas como capacidades diferenciadas susceptibles de desarrollo, cuyas características definen tipos específicos de inteligencias y Goleman con su concepto de inteligencia emocional (integrada por la conciencia de uno mismo, la motivación, el autocontrol, la empatía y la capacidad de relación) configuran un conjunto de ideas fuerza en los actuales postulados educativos.

Finalmente, en nuestros días surge el concepto de constructivismo que se ha postulado como una teoría del aprendizaje por algunos autores.

Este breve recorrido por las corrientes pedagógicas nos ha llevado a considerar la definición de Educación de Adultos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura⁽³⁾ la cual la concibe como los procesos organizados de educación por medio de los cuales las personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales, dándoles una nueva orientación y hacen evolucionar sus actitudes con un enriquecimiento integral del hombre.

El docente que se dedique a la Educación de Adultos debe actuar como un referente en la formación pedagógica y didáctica. Este referente, como expresa la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Udelar, se basa en las competencias profesionales que debe desarrollar el docente universitario. Allí se analiza la evolución del concepto docente por derivación de otros términos como tutor, educador, profesor. Se concluye que

el docente se considera no solo un especialista en la transmisión de conocimientos y saberes, comprometido únicamente con los aspectos cognitivos del aprendizaje, sino un profesional de la docencia que aspira a pro-

mover en los educandos un desarrollo integral de la personalidad a través de la vivencia de valores y de acciones coherentes con principios generales aceptados por la sociedad y la cultura de su tiempo⁽⁴⁾.

Estas reflexiones nos conducen a considerar las competencias profesionales necesarias para enseñar según Perrenoud, dentro de las que se encuentran: organizar y animar situaciones de aprendizaje, gestionar la progresión de los diferentes aprendizajes, generar y hacer evolucionar dispositivos de diferenciación, implicar a los estudiantes en sus propios aprendizajes y trabajo, trabajar en equipo, utilizar tecnologías, afrontar los deberes y dilemas éticos de la profesión, organizar la propia formación continua, entre otras⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

Las competencias descritas por Perrenoud no se diferencian de las requeridas para la enseñanza con el uso de Tecnologías Educativas (TE), las cuales es necesario incorporar en los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Para autores como Burbules & Callister⁽⁷⁾ las nuevas tecnologías han pasado a ser imprescindibles en las prácticas de enseñanza. Entienden las tecnologías como un entorno que permite la producción de interacciones humanas.

Las tecnologías son un medio para la enseñanza y dentro de estos se encuentran los EVA, plataformas de aprendizaje.

En esencia, las plataformas de aprendizaje brindan un medio en línea para que maestros, alumnos y padres compartan recursos didácticos y materiales curriculares; para llevar a cabo evaluaciones y actividades diagnósticas automatizadas; para reunir datos relativos al desempeño del alumno y efectuar un seguimiento de sus progresos; para que las partes se comuniquen entre sí. Por regla general, las plataformas de aprendizaje se conectan con los sistemas de información

administrativa de las escuelas, que se usan para controlar la asistencia y los resultados obtenidos en los exámenes, así como facilitar la generación automática de informes y la comunicación con los padres. [...] Al mismo tiempo, las plataformas de aprendizaje también prometen reflejar 'los estilos de aprendizaje' individuales de los aprendientes y hacer realidad, como consecuencia, la "personalización"⁽⁸⁾.

Las TE se han expandido pasando de ser un soporte a mostrar las posibilidades que brindan su utilización con sentido didáctico. Las prácticas educativas con tecnologías permiten nuevas formas de producir conocimiento a partir del trabajo colaborativo, sosteniendo así la calidad pedagógica de la propuesta y científica de los materiales utilizados⁽⁹⁾.

La docencia semipresencial que desarrollamos con el EVA como medio la entendemos como la clasifican Área y Adell⁽¹⁰⁾: el aula virtual como espacio combinado con el aula física, dándose una yuxtaposición de los procesos de enseñanza y los de aprendizaje, de los presenciales con otros a distancia. Las acciones de enseñanza y de aprendizaje se dan tanto en las actividades planificadas para su dictado presencial como a distancia.

Métodos

Es un Programa de intervención pedagógica sobre una población de LE del área asistencial designados en un cargo docente para cumplir el Programa de la Especialidad. Todos ellos actuaban en servicios de cuidado intensivo abarcando siete centros. El total de cursantes fue de 25, distribuidos en las áreas: neonatal (n=4), pediátrico (n=10) y de adultos (n=11). Se distribuyeron en los cuatro turnos de trabajo y en seis

instituciones: cinco públicas y una privada.

El curso se diseñó y dictó en modalidad semipresencial. Las actividades virtuales fueron realizadas en el EVA de la Udelar, desarrollado en un entorno Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle).

El diseño instruccional del Curso fue realizado de forma colaborativa entre los docentes del Centro de Posgrado (CEDEPO) y de la Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje (UnEVA), de Fenf. Fue fundamental su formación específica en Educación y TE, así como el seguimiento a lo largo del curso apoyando y asesorando a los otros docentes participantes. Esto permitió dar continuidad al Curso y la estructura final, dado que su creación implicó libertad en el diseño de las Unidades específicas.

- El Programa se estructuró en base a tres objetivos:
- Introducir a los docentes asistenciales del Programa Especialidades en el proceso de enseñanza y de aprendizaje, en base a la educación de adultos, en un contexto de práctica profesional.
- Capacitarlos en el empleo del EVA para optimizar las actividades a distancia, cumpliendo con los estándares de calidad definidos por la Fenf.

Estimular al empleo de metodologías participativas centradas en el aprendizaje basado en problemas y el empleo de las evidencias.

El curso se organizó en seis unidades didácticas, donde la primera se destinó a la instrucción específica del medio tecnológico a utilizar para las actividades virtuales. El resto de las Unidades se diseñaron en función de las temáticas del Curso.

Tabla 1. Diseño programático del Curso

1	Introducción al EVA
2	Rol docente en la Udelar. <ul style="list-style-type: none"> • La carrera docente en la Udelar. • La formación de Posgrado. • Ordenanza de las carreras de posgrado. • Aspectos reglamentarios. • Aspectos políticos. • Aspectos pedagógicos. • Aspectos programáticos
3	El estudiante de posgrado. <ul style="list-style-type: none"> • Teorías y concepciones del aprendizaje en el adulto. • Estilos de aprendizaje.
4	Procesos de enseñanza y procesos de aprendizaje. <ul style="list-style-type: none"> • Teorías. • Diagnóstico educativo. • Enseñanza clínica. • Proceso de Atención de Enfermería. • Aprendizaje en pequeños grupos. • Enfermería basada en evidencias. • Evaluación de aprendizajes.
5	Redacción de trabajos académicos. <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación científica. • Modalidades del trabajo académico. (Ensayos, Monografías, Tesis). • Guía para la elaboración y presentación de trabajos escritos.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Las Tecnologías de la Información y Comunicación en la enseñanza. • Estrategias de educación semipresencial y a distancia. • Rol docente y estudiantil. • Uso de la plataforma. • Moodle: acceso, recursos, actividades. • Aprendizaje colaborativo. • Elaboración de una clase virtual.

Los contenidos específicos del Curso fueron desarrollados y elaborados por los docentes contentidistas (especialistas en las temáticas) que a su vez fueron quienes los dictaron, diseñaron las actividades y las evaluaron.

Consideramos necesario en primer lugar, centrar a los profesionales en el cargo docente que desempeñarían, por eso la primera unidad didáctica, luego de formarles en el uso básico de EVA a nivel estudiante, estuvo destinada al rol docente en la Udelar. Se incluyeron aspectos referidos a la organización institucional, estructura docente, funciones del cargo, relación docente-estudiante, entre otras.

Las características de los estudiantes que deberán asumir como sujetos del proceso educativo, condicionaron que se dedicara una Unidad para que aprendieran a determinar las características del estudiante adulto, haciendo una revisión de las teorías que dan marco a las prácticas educativas con esta población.

Se revisó la dinámica de los procesos de enseñanza y los de aprendizaje, tomando como aspectos prioritarios la planificación educativa, métodos de enseñanza (con énfasis en la enseñanza clínica y uso del Proceso de Atención de Enfermería), estrategias de aprendizaje (aprendizaje basado en problemas, Enfermería basada en evidencias) y evaluación de los aprendizajes.

Se incluyó el desarrollo de habilidades en el empleo de la información y el lenguaje científico, elaborando textos académicos de diversos formatos, ya que además de la producción científica que los estudiantes deben cumplir, la Especialidad tiene como requisito final para la obtención del título una monografía.

En relación con los métodos de enseñanza se presentaron consignas para el aprendizaje reforzadas con recursos en diversos formatos (artículos, videos, juegos, etc.); se realizaron foros de discusión y síntesis de los temas.

Las actividades presenciales se centraron en el trabajo colaborativo, fomentando la participación e interacción entre estudiantes y docentes. A modo de ejemplo, se desarrolló una wiki a partir de un tema para que se experimentara la construcción colectiva.

La comunicación fue uno de los ejes principales del Curso. Se utilizaron diversos medios: los disponibles en el EVA como otros en modalidad sincrónica y asincrónica. La fluidez en las comunicaciones como la respuesta de los docentes estandarizada en un plazo no mayor de 24 horas fue una de las causas que evitaron la desvinculación de los cursantes. Se utilizó un modelo tutorial centrado en el aprendizaje, donde la función de los tutores fue la de asesores pedagógicos, con un accionar enfocado a complementar, actualizar, facilitar y posibilitar la mediación pedagógica necesaria.

Se implementó una evaluación diagnóstica, continua y formativa, buscando determinar el alcance de los objetivos de aprendizaje y permitiendo la retroalimentación. Las devoluciones de las actividades efectuadas en el EVA fueron continuas y durante el proceso, de forma que los participantes pudieran utilizar las retroalimentaciones para mejorar sus aprendizajes.

El programa se desarrolló del 2 de mayo al 16 de octubre de 2015, con un total de 205 horas de actividad.

Resultados

Iniciaron el Curso 25 participantes que cumplieron posteriormente la función como docentes de las diferentes Especialidades por cursado dictadas por Fenf, siendo estas tres: Cuidado Intensivo de Adultos, Neonatal, e Infancia y Adolescencia (a partir de ahora las denominaremos como Especialidad A, B y C respectivamente). 22 participantes (88%) se mantuvieron durante todo el curso. De los que se desvincularon del curso, uno renunció al cargo docente y dos no justificaron su abandono.

Durante el dictado de las seis unidades didácticas previamente descritas se estipularon 21 tareas no obligatorias. Categorizamos el porcentaje de cumplimiento de las actividades en tres niveles donde el Nivel 1 correspondió al 100% de las actividades cumplidas, el Nivel 2 aquellos estudiantes que cumplieron con más del 70% de las actividades y el Nivel 3 a los que cumplieron con menos del 70% (ver Tabla N°2).

Podemos decir que el 68% de los participantes cumplió en un alto nivel con las actividades del curso, encontrándose el 27% en el nivel 1 y un 41% en el Nivel 2. Si observamos el nivel alcanzado por los participantes en cada Especialidad, en la denominada Especialidad C fue en la que el 80% de los participantes cumplió en un alto nivel. En las otras dos Especialidades el alto nivel de participación se dio en un 60%

Tabla 2. Participación de las actividades del curso

Seguimiento tareas curso Formación docente de las especialidades				
Participante	Docente especialidad	Cantidad de tareas cumplidas (21)	Porcentaje de cumplimiento	Nivel
1	especialidad A	18	86%	Nivel 2
2	especialidad A	6	29%	Nivel 3
3	especialidad A	10	48%	Nivel 3
4	especialidad A	21	100%	Nivel 1
5	especialidad A	21	100%	Nivel 1
6	especialidad A	19	90%	Nivel 2
7	especialidad A	20	95%	Nivel 2
8	especialidad A	5	24%	Nivel 3
9	especialidad A	18	86%	Nivel 2
10	especialidad B	19	90%	Nivel 2
11	especialidad B	18	86%	Nivel 2
12	especialidad B	16	76%	Nivel 2
13	especialidad B	13	62%	Nivel 3
14	especialidad B	21	100%	Nivel 1
15	especialidad B	11	52%	Nivel 3
16	especialidad B	11	52%	Nivel 3
17	especialidad B	21	100%	Nivel 1
18	especialidad C	8	38%	Nivel 3
19	especialidad C	21	100%	Nivel 1
20	especialidad C	20	95%	Nivel 2
21	especialidad C	21	100%	Nivel 1
22	especialidad C	20	95%	Nivel 2

Nivel 3	Menos del 70 %
Nivel 2	Más del 70%
Nivel 1	100% cumplidas

Tabla 3. Niveles alcanzados por Especialidad

Especialidad	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total general
Especialidad A	2	4	3	9
Especialidad B	2	3	3	8
Especialidad C	2	2	1	5
Total general	6	9	7	22

Discusión

El no haber determinado obligatoriedad en el cumplimiento de las tareas y el nivel de cumplimiento alcanzado demostró, a nuestro entender, un alto compromiso de los participantes con la capacitación brindada. Su experiencia práctica como estudiantes en actividades que pretendíamos replicaran posteriormente cumpliendo un rol docente, fue una fortaleza que permitió mayor destreza en el rol docente.

Dentro de las tareas consignadas se enseñaron diferentes actividades que podrían replicar luego como docentes de las Especialidades. Dentro de estas se encontraron:

Desde lo práctico y técnico (capacitación)

- Subir materiales a un foro
- Responder en un foro
- Crear archivos pdf
- Trabajar una wiki como estudiantes (también desde lo conceptual: el trabajo colaborativo)
- Crear una clase virtual
- Desde lo conceptual (formación)
- La importancia de una devolución (con el ejemplo)
- Evaluación (consideraciones epistemológicas, tipos de evaluación y sistematización de la evaluación)
- Análisis de las diversas teorías de la enseñanza que permitan luego sustentar sus prácticas
- Revisión de las teorías y concepciones del aprendizaje en el adulto vinculado con los conceptos de identidad profesional y prácticas de formación
- Programación educativa (diagnóstico y diseño curricular)
- La enseñanza en el espacio clínico, este lugar como escenario tanto asistencial como de aprendizaje

- Aprendizaje en pequeños grupos - Aprendizaje basado en problemas
- Enseñanza de la práctica Basada en Evidencias para la toma de decisiones con mayor sustentabilidad en un contexto de alta incertidumbre
- Herramientas para orientar a sus estudiantes en la generación de trabajos científicos

La Evaluación del curso por los participantes señaló como adecuada la modalidad semipresencial de cursado para los contenidos impartidos, entendiendo que debe seguir utilizándose y que será de gran utilidad en su actividad docente, pues los estudiantes comparten sus características. El 60% de ellos ya habían realizado cursos en modalidad semipresencial y con el uso del EVA. Recomendaron el curso con el fundamento de que les aportó nuevos conocimientos, fue accesible, ofertándoseles acceso a la información, materiales diversos y tiempos de estudio oportunos. Destacaron su calidad y practicidad.

Una de las actividades finales de los participantes consistió en la evaluación del Curso de forma anónima y optativa, a la cual respondieron el 50%. El objetivo fue conocer sus percepciones referentes al curso, y así avanzar a partir de sus evaluaciones, fortaleciendo los aspectos positivos y trabajando sobre las debilidades para corregirlas en próximas ediciones.

Tomando los participantes que respondieron como el 100% observamos que el 60% de ellos ya había participado previamente en un curso en modalidad semipresencial con el uso del EVA. El 100% consideró adecuada esta modalidad para su formación, dictado del curso, que debe continuar utilizándose y recomendaría el curso en esta modalidad. Los motivos de su recomen-

dación se centraron en la accesibilidad, disponibilidad, diseño de actividades centradas en tiempos de los participantes, contenidos diversos y de calidad. Los participantes consideraron adecuadas tanto las actividades presenciales como aquellas virtuales, priorizando el sentido del trabajo colaborativo desarrollado y las dinámicas de trabajo.

De los docentes del curso se solicitó realizar dos modalidades de evaluación: en la primera se solicitó utilizaran una escala de Lickert para los aspectos de comunicación, relacionamiento, nivel de conocimiento, accesibilidad, devolución de tareas y respuesta a sus consultas. En la segunda se indicó que seleccionaran uno de los docentes del curso (por sus fortalezas o debilidades) e hicieran una evaluación más amplia en base a un cuestionario ofertado.

De la primera modalidad de evaluación se encontró un nivel de satisfacción de bueno general en el 70% de los participantes que respondieron, destacando en un nivel de muy bueno el nivel de conocimiento y el tiempo de respuesta a sus consultas por el EVA.

De la segunda modalidad los participantes seleccionaron evaluar a cinco de los 10 docentes del Curso. El 100% los destacó por sus fortalezas.

Lecciones aprendidas para la función docente: los aprendizajes se traducen en una serie de actividades que se pudieron implementar al iniciar su actuación docente:

Planificación de actividades educativas (clases, talleres), centradas en objetivos de aprendizaje.

- Alojamiento de materiales.
- Moderación de foros.
- Generación de archivos pdf.
- Creación de clases virtuales.
- Evaluación y devolución.

- Programación educativa y diseño curricular.
- Aprendizaje en pequeños grupos - aprendizaje basado en problemas en función de discusión de casos clínicos.

De los 22 participantes del curso, 20 se desempeñaron como docentes en las Especialidades. Dos de ellos trabajaron en la Clínica, mientras el resto cumplieron diversos roles también en el aula virtual de cada una de las Especialidades.

Su actividad en las aulas virtuales estuvo mediada por el rol asignado y permisos de edición dado por la Coordinación de cada Especialidad. Los roles usados fueron de Profesor y Ayudante. Aclaramos que la denominación de roles en la plataforma educativa Moodle, no se relaciona directamente con la escala docente establecida por la Udelar, sino que tiene que ver con los permisos para realizar actividades. El rol de profesor permite realizar cualquier acción dentro de un curso, incluyendo crear actividades y calificar a los estudiantes, en tanto el rol de ayudante no tiene permiso de edición, pudiendo enseñar en los cursos y calificar a los estudiantes, pero no pueden modificar, ni crear actividades o recursos.

En las tres aulas virtuales se ejecutaron variadas actividades. En la Especialidad A, el desempeño de los docentes a pesar de tener rol de Profesor, se resumió a la visualización de los materiales y consultas de los estudiantes, pudiéndose deber a que la misma se cursó en forma paralela a la formación de los docentes, cuando estos recién comenzaban a familiarizarse con el entorno virtual.

En el aula virtual de la Especialidad B, los docentes de la actividad clínica tuvieron distintos roles (en algunos casos de profesores y en otros de ayudantes), pero en general su labor en el aula se centró en presentarse, dar la bienvenida

a los estudiantes y responder en los foros alguna consulta o dar aviso por foro de novedades de alguna actividad.

Solo en la Especialidad C se designó a todos los docentes con el rol de Profesor en el aula virtual. En esta aula los docentes tuvieron gran participación en el diseño de las clases virtuales, alojamiento de materiales, moderando foros de reflexión sobre las temáticas que tenían a cargo y respondiendo consultas.

La alta actividad de los docentes en la Especialidad C coincidió en ser los participantes que mayor nivel de cumplimiento de las actividades del Curso dictado tuvieron. Por lo cual podemos concluir que la experiencia adquirida en las actividades prácticas les permitió obtener una experticia que posteriormente aplicaron como docentes de la Especialidad, y se logró cumplir con la lógica planteada de aprender haciendo.

Podemos concluir que la formación realizada a los profesionales de Enfermería que cumplieron funciones docentes en la enseñanza de la Especialidad, para las que no tenían formación ni experiencia previa (en los aspectos pedagógicos ni uso de un ambiente de alta disposición tecnológica como el EVA) fue útil. Estos profesionales adultos y con multiempleo se vieron beneficiados por una capacitación semipresencial por medio del EVA, viendo sus potencialidades y utilizándola posteriormente para enseñar a otros profesionales con estas características en común.

Consideramos que se brindaron por medio de la capacitación competencias profesionales necesarias para enseñar determinadas por Perrenoud, logrando estos profesionales al desempeñarse como docentes organizar y animar situaciones de aprendizaje, implicar a los estudiantes en sus propios aprendizajes y trabajo,

trabajar en equipo, utilizar tecnologías, afrontar los deberes y dilemas éticos de la profesión, entre otras.

Comprobamos en este caso lo expresado por Buckingham habiendo logrado brindar con el EVA un medio en línea para que docentes y estudiantes compartieran recursos didácticos y materiales curriculares, llevando adelante actividades, evaluaciones, intercambios y fortaleciendo la comunicación bidireccional durante todo el proceso educativo.

Referencias Bibliográficas

1. Universidad de la República (Uruguay). Ordenanza de las carreras de posgrado. [Internet]. 2001. Disponible en: <http://www.posgrados.udelar.edu.uy/renderPage/index/pageId/552> [consulta: 29 ago. 2017].
2. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Centro de Posgrado Programa de Formación de Especialistas. Reglamento de Residentado. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://posgradofenf.com/Programa%20Especialidades%20-%20Reglamento%20Residentado.pdf> [consulta: 6 mar 2018].
3. UNESCO. Recomendación de la Conferencia General. [Internet]. 1976. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=13096&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [consulta:].
4. Universidad de la República (Uruguay). Comisión Sectorial de Enseñanza. Proyecto Institucional de Formación Didáctica de los Docentes Universitarios. Grupo de Trabajo Formación Docente. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.cse.udelar.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/>

- PROYECTO%20DE%20%20RECONOCIMIENTO%20DE%20LA%20FORMACION%20PEDAGOGICA.pdf [consulta: 22 ago. 2017].
5. Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/09/Philippe-Perrenoud-Diez-nuevas-competencias-para-ensenar.pdf> [consulta: 25 ago. 2017].
 6. Bertoni E. Competencias profesionales del docente universitario. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/19_PROYECTO-DE-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FORMACION-PEDAGOGICA.pdf [consulta: 30 ene. 2018].
 7. Burbules N, Callister T. Educación: riesgos y promesas de las nuevas tecnologías de la información. [Internet]. 2001. Disponible en : http://www.terras.edu.ar/biblioteca/3/EEDU_Burbules-Callister_Unidad_3.pdf [consulta: 15 mar. 2018].
 8. Buckingham D. Más allá de la tecnología: aprendizaje infantil en la era de la cultura digital. Buenos Aires: Manantial; 2008.
 9. Rodríguez C. Prácticas de enseñanza enriquecidas. Aperturas didácticas en educación superior: área ciencias de la salud. Montevideo: UdelaR; 2015.
 10. Area Moreira M, Adell Segura J. E-learning: enseñar y aprender en espacios virtuales. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://tecedu.webs.ull.es/textos/eLearning.pdf> [consulta: 15 mar 2018].

Recibido: 20180813

Aceptado: 20181001

El cuidado enfermero en la Consulta de Enfermería Intercultural de la Asociación Civil Idas y Vueltas, Montevideo-Uruguay

Nursing Care in the Intercultural Nursing Consultation of the Idas Y Vueltas Civil Association, Montevideo-Uruguay

O cuidado de Enfermagem na Consulta de Enfermagem Intercultural da Associação Civil Idas y Vueltas, Montevideu-Uruguai

Lourdes Balado¹, Katia Marina²

Resumen:

El proceso de globalización iniciado hace varias décadas ha llevado a una complejización del fenómeno migratorio y generado cambios en la realidad sociocultural de los países receptores y como tal, en Uruguay. En el ámbito sanitario, los prestadores de salud y sus profesionales deben responder a demandas específicas, generadas por la sociodemografía y las necesidades propias de la migración. A modo de contribución social, se creó en la asociación civil *Idas y Vueltas* una consulta de enfermería con enfoque intercultural, donde se desarrollan cuidados directos y se gestiona la integración de los migrantes al sistema sanitario. Se plantean como objetivos del estudio identificar características sociodemográficas relevantes de la población atendida y conocer las dimensiones del cuidado enfermero prevalentes en su proceso asistencial. Se aplicó una metodología descriptiva, cuantitativa y retrospectiva. El universo fueron todos los migrantes que concurrieron a la asociación y la muestra, aquéllos que demandaron la consulta de enfermería intercultural. Se utilizó como instrumento el proceso de atención de enfermería y se cumplieron los preceptos éticos que amparan la confidencialidad de los datos. Sus resultados revelaron una población de adultos jóvenes, mujeres y de procedencia latinoamericana, así como la necesidad de implementar el rol de la enfermería en gestión de casos. Se concluye que la investigación aporta datos actualizados desde la perspectiva enfermera, que contribuirán al desarrollo del cuidado intercultural y de una práctica avanzada en la disciplina. También orienta al diseño de estrategias públicas en salud migratoria, con el fin de mejorar la calidad y eficiencia asistenciales.

¹ Licenciada en Enfermería; Magíster en Gestión de Servicios de Salud; Especialista en Enfermería Block Quirúrgico y Administración de Servicios de Salud; Profesor Adjunto Cátedra Salud del Adulto y Anciano; Facultad de Enfermería; Universidad de la República; consultaenfermeraintercultural@gmail.com

² Magíster en Letras; Bachiller Licenciatura en Enfermería; Facultad de Enfermería; Universidad de la República; consultaenfermeraintercultural@gmail.com

Palabras clave:

derivación y consulta, enfermería transcultural, atención de enfermería, migrantes.

Abstract:

The process of globalization initiated several decades ago has increased the complexity of the migratory phenomenon and generated changes in the sociocultural reality of the host countries and as such, in Uruguay. In the health field, health providers and their professionals must respond to specific demands generated by sociodemography and the specific needs of migration. As a social contribution, a nursing consultation with an intercultural approach was created in the *Idas y Vueltas* civil association, developing direct care and managing the integration of migrants into the health system. The objectives of the study are to identify relevant sociodemographic characteristics of the population served and to know the prevalent dimensions of nursing care in the care process. A descriptive, quantitative and retrospective methodology was carried out. The universe was all the migrants that attended the association and the sample, those that demanded the consultation of intercultural nursing. The nursing attention process was used as instrument and the ethical precepts that protect the confidentiality of the data were fulfilled. Their results showed the predominance of a young, female population from Latin America, as well as the need to implement the role of nursing in case management. It is concluded that the research provides updated data from the nursing perspective, which will contribute to the development of intercultural care and an advanced practice in the discipline. It also guides the design of public strategies in migratory health, in order to improve the quality and efficiency of care.

Keywords:

Referral and Consultation, Transcultural Nursing, Nursing Care, Transients Migrants.

Resumo:

O processo de globalização iniciado há várias décadas levou à uma maior complexidade do fenômeno migratório e suscitou mudanças na realidade sociocultural dos países receptores e, como tal, no Uruguai. No campo da saúde, os provedores de saúde e seus profissionais devem responder às demandas específicas geradas pela sociodemografia e pelas necessidades próprias da migração. Como contribuição social, criou-se na associação civil *Idas y Vueltas* uma consulta de enfermagem com enfoque intercultural, onde desenvolve-se o cuidado direto e gerencia-se a integração dos migrantes ao sistema de saúde. Este estudo buscou identificar as características sociodemográficas relevantes da população atendida e conhecer as dimensões do cuidado de enfermagem prevalente no processo de cuidar. Aplicou-se uma metodologia descritiva, quantitativa e retrospectiva. A amostra teve como critério de inclusão os imigrantes que compareceram à Associação e demandaram a consulta de enfermagem intercultural. O processo de enfermagem foi utilizado como instrumento e os preceitos éticos que protegem a confidencialidade dos dados foram cumpridos. Seus resultados revelaram uma população de adultos jovens, mulheres e de origem latino-americana,

bem como a necessidade de concretizar o papel da enfermagem intercultural no gerenciamento de casos. Conclui-se que a pesquisa fornece dados atualizados a partir da perspectiva do cuidado intercultural, bem como pode orientar novas estratégias públicas em saúde migratória, a fim de melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento, e inaugurar uma prática avançada na disciplina.

Palavras-chave:

Encaminhamento e consulta, enfermagem transcultural, cuidados de enfermagem, migrantes.

Introducción

Uruguay ha asistido desde 2009 a un aumento y diversificación del flujo migratorio hacia su territorio, tendencia que se confirmó a partir de 2014⁽¹⁾. Esta inmigración, procedente en su mayoría de Latinoamérica y el Caribe ha creado una nueva realidad socio-cultural y ha generado desafíos en cuanto a su integración a la sociedad uruguaya.

La Organización Internacional para las Migraciones define a una persona migrante como aquella que “se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de su situación jurídica, del carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, de sus causas o de la duración de su estancia”⁽²⁾.

El Banco Mundial indica que en las próximas décadas, factores demográficos, climáticos y socioeconómicos aumentarán las presiones migratorias⁽³⁾. Cinco estudios acerca de la situación sanitaria de la población migrante, realizados a nivel internacional y regional entre 2014 y 2017, demuestran variaciones de procedencia en función del país de acogida: España recibió principalmente a ciudadanos de origen magrebí y rumano; Chile, a peruanos y bolivianos. En

cuanto a sexo y franja etaria, prevalecieron adultos menores a 45 años⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ y mujeres⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Las investigaciones revelan distintas barreras que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud, tales como el desconocimiento del idioma y de los códigos culturales, escasas redes de apoyo, la complejidad administrativa o el desempeño inadecuado de los profesionales sanitarios. Una mejora de la calidad asistencial implica fortalecer el trabajo en equipos interdisciplinarios y la formación del personal de la salud en competencia cultural⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Por otra parte, la evidencia científica demuestra la necesidad de desarrollar el rol de enlace o gestión de casos de los profesionales de enfermería en el cuidado de esta población. Un estudio español (2015) resalta la importancia de este servicio sanitario como estrategia de mejora de la calidad asistencial y disminución de sus costos. Las características del rol, así como la formación y competencias para su desempeño lo sitúan en una práctica avanzada de la disciplina⁽⁹⁾.

En Uruguay, en 2015, las cédulas de identidad concedidas por las principales nacionalidades fueron: 25% Argentina, 15,1% Brasil, 7,4% España, 3,75% EE.UU. Un 31% correspondió a

otros países latinoamericanos y del Caribe, de los que predominaron, en orden decreciente, Venezuela, Cuba, Perú, Colombia, México, Chile, República Dominicana, Bolivia y Ecuador. El resto del mundo representó el 17,7% del flujo migratorio⁽¹⁾. Para el 2017 se tramitaron 12.500 residencias⁽¹⁰⁾.

La ley de migración uruguaya establece los preceptos que amparan a las personas migrantes en sus derechos fundamentales como justicia, trabajo, educación, vivienda y salud⁽¹¹⁾. Sin embargo, la ausencia de herramientas sistematizadas para aplicar la ley en el ámbito sanitario genera dificultades de accesibilidad al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), principalmente al Primer Nivel de Atención (PNA). De las búsquedas avanzadas realizadas, únicamente se relevó, en la página oficial de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), una pauta de afiliación para extranjeros⁽¹²⁾.

En la sociedad civil, la asociación *Idas y Vueltas* asesora desde 2002 a la población migrante en Montevideo. Desde allí, se identifica una demanda insatisfecha respecto a la atención sanitaria y se crea, en mayo de 2017, la Consulta de Enfermería Intercultural (CEI). Los problemas de salud detectados con mayor prevalencia en un año de atención fueron los relacionados con el acceso (obstáculos normativos) y la accesibilidad (barreras culturales, económicas y administrativas) a los servicios de salud. En función de esta problemática, la CEI desarrolla dos ejes principales de trabajo: la atención en salud con enfoque intercultural, que incluye un conocimiento profundizado de las culturas e idiomas de la población abordada; el enlace de sus usuarios con los prestadores de salud, privilegiando los servicios del PNA.

Tras un año de existencia, surge para la CEI la prioridad de caracterizar a su población y conocer las tendencias de cuidados de enfermería demandados. La pertinencia de la investigación radica, por lo tanto, en la oportunidad de obtener información sociodemográfica actualizada y con enfoque de enfermería, ya que el único estudio previo relativo al tema data de 2016 y fue elaborado desde la medicina⁽⁸⁾.

El estudio se considera, además, como un insumo orientador del estado de situación, que permitiría diseñar estrategias públicas sanitarias y educativas y así contribuir con la mejora de la calidad asistencial y el desarrollo del cuidado enfermero intercultural.

De este contexto, surge la pregunta problema: ¿cuáles son las características sociodemográficas más relevantes y las dimensiones del cuidado de enfermería prevalentes en la población migrante que concurre a la CEI de la A.C. *Idas y Vueltas*?

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la incorporación de la problemática migratoria a las políticas sanitarias nacionales, considerando el grado de compromiso del país receptor como el reflejo de su voluntad para enfrentar los retos sociales aportados por la migración⁽¹³⁾.

La Ley de Migración uruguaya cita "...los derechos de salud en pie de igualdad con los nacionales..." y a través de la Junta Nacional de Migración (JNM) como órgano asesor de las políticas migratorias del Poder Ejecutivo, promueve la formación de recursos humanos vinculados con la temática⁽¹¹⁾.

El derecho a la protección de salud, está reglamentado por el SNIS, a través de un Seguro Nacional de Salud (SNS). Su finalidad es “implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación...”⁽¹⁴⁾. Su estrategia es la Atención Primaria de Salud (APS)⁽¹⁵⁾, cuya reorganización de los recursos del sector salud en niveles de atención confiere mayor resolutivez al PNA. Apuesta a que sus equipos interdisciplinarios actúen en base al concepto de intersectorialidad, que implica incorporar grados de relación del sector salud con otras áreas gubernamentales o de la sociedad civil, considerando la puesta en conjunto de información relevante, la cooperación en el campo de la ejecución de programas o políticas y el trabajo en red de los actores involucrados⁽¹⁶⁾.

El SNS establece los requisitos para ser atendido en los servicios de salud. La afiliación mutua de trabajadores, jubilados y pensionistas se implementa a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En el ámbito público, ésta se realiza con el prestador estatal (ASSE) y es gratuita para nacionales y residentes legales con ingresos inferiores a 62 Unidades Reajustables⁽¹²⁾.

Los extranjeros con residencia en trámite y sin cobertura formal pueden obtener su afiliación gratuita, cuya vigencia queda sujeta al trámite de residencia. Los extranjeros sin trámite de residencia pueden afiliarse abonando una cuota ASSE y una vez integrado, todo usuario accede a la atención integral y gratuita en cualquiera de los servicios de salud de ASSE, incluyendo consultas, estudios y tratamientos en los tres niveles de atención⁽¹²⁾.

Si bien la ley garantiza el acceso a los servicios de salud según las condiciones establecidas, su accesibilidad queda sujeta a otros parámetros. Ésta se refiere al potencial de acceso a determinado servicio, en función de elementos que la facilitan o al contrario, actúan como barreras: geográfica, administrativa, socioeconómica o cultural⁽¹⁷⁾. El sistema de salud que recibe a personas y comunidades culturalmente diversas debe por ende desarrollar herramientas asistenciales que contribuyan a aumentar el nivel de accesibilidad a sus servicios.

La Academia Americana de Enfermería define el cuidado cultural como “un cuidado de enfermería culturalmente competente, como sensible a los temas de cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica”⁽¹⁸⁾. La información, conductas e incluso las políticas que capacitan al profesional constituyen la competencia cultural⁽¹⁹⁾. La consulta se enfoca, en este marco, en identificar los factores determinantes de salud más relevantes: hábitos y estilo de vida, organización socio-familiar, dimensión filosófico-religiosa, factores político-legales, económicos y educacionales⁽²⁰⁾. El proceso enfermero contribuye entonces a preservar las creencias y hábitos del usuario, negociar con los medios ofrecidos por el sistema y reestructurar el plan de cuidados en base a ambas dimensiones. Su metodología sistematizada y su evaluación mediante indicadores de calidad (eficacia, efectividad, eficiencia) se basan en la evidencia científica para el abordaje de los problemas de salud y su correspondiente resolución.

Así pues, las intervenciones de enfermería se enmarcan en la NIC: 7320 gestión de casos, aprobada en el año 2000 y definida en 2013 como: “Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes

en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados". Se cita también la *Case Management Society of America* (CMSA), organismo interdisciplinar que define la gestión de casos como "El método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada"⁽⁹⁾.

Objetivos

- Identificar características sociodemográficas relevantes de la población migrante que llega a la CEI de la *Asociación Civil Idas y Vueltas*.
- Conocer las dimensiones del cuidado de enfermería prevalentes que requiere esta población.

Metodología

El estudio fue descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Las variables se agruparon en base a dos criterios: características sociodemográficas (edad, sexo, país de procedencia, idioma nativo) y gestión del cuidado de enfermería (tipo, lugar y motivo de consulta; diagnóstico y cuidado de enfermería).

El universo fue toda la población migrante que concurrió al *Espacio Bienvenid@s* de la *Asociación Idas y Vueltas*, Montevideo- Uruguay, en el período mayo 2017 a marzo 2018. El muestreo fue no probabilístico y se utilizó un criterio de conveniencia; la muestra fue toda la población atendida en la CEI (n=168).

La recolección de datos se realizó utilizando el instrumento "proceso de atención de enfermería documentado"; la técnica fue la entrevista.

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 23 en español.

Los resultados se analizaron bajo el enfoque descriptivo, utilizando medidas de tendencia central (fr%).

Respecto a las consideraciones bioéticas, la investigación cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki y se rigió por el decreto n°379/08 del Ministerio de Salud. Se respetó el carácter de confidencialidad de la información y las tareas investigativas realizadas no implicaron afectaciones físicas, psíquicas ni sociales para los sujetos. La investigación no genera conflicto de intereses para las partes involucradas.

Resultados

La CEI realizó un promedio de 4 consultas semanales en el período mencionado.

La población fue mayoritariamente adulta, de sexo femenino y procedente, por orden decreciente, de Cuba, República Dominicana, Venezuela y países africanos; el idioma nativo prevalente fue el español, seguido por el francés y el inglés (Tabla 1).

En la Tabla 2, se presentan los datos relacionados con las dimensiones del cuidado de enfermería. Se desarrollaron, en forma casi equitativa, tres tipos de consultas: Captación, Seguimiento y Enlace. Su lugar de realización fue mayoritariamente *Idas y Vueltas*, seguido por el domicilio y servicios del PNA. Los principales motivos de consulta fueron el enlace con el sistema sanitario, la salud de la mujer y los procesos infecciosos.

En cuanto al cuidado de enfermería, éste se dirigió en primer lugar a la dimensión psicosocial, seguido por la dimensión física y por último, la dimensión de enlace con el sistema sanitario.

Tabla 1. Características sociodemográficas relevantes de la población migrante de la CEI.

VARIABLE		fa	fr%
EDAD	Niñez (0 a 5 años)	6	3,6
	Infancia (6 a 14 años)	3	1,8
	Adolescencia (15 a 21 años)	6	3,6
	Adulto joven (22 a 45 años)	118	70,2
	Adulto (46 a 65 años)	33	19,6
	Adulto mayor (66 a 85 años)	2	1,2
	Anciano frágil (>86 años)	0	0
	Total	68	100
SEXO	Femenino	102	60,7
	Masculino	66	39,3
	Total	168	100
PAÍS DE PROCEDENCIA	Cuba	56	33,3
	República Dominicana	24	14,3
	Venezuela	20	11,9
	Angola	18	10,7
	Nigeria	16	9,5
	Brasil	8	4,8
	Camerún	7	4,2
	Ghana	6	3,6
	Haití	6	3,6
	Perú	4	2,4
	Colombia	2	1,2
	Uruguay (retornado)	1	0,6
	Total	168	100
IDIOMA NATIVO	Español	107	63,7
	Inglés	22	13,1
	Francés	31	18,4
	Otro (Portugués)	8	4,8
	Total	168	100

Fuente: Instrumento PAE de la CEI

Tabla 2. Gestión de los cuidados de enfermería prevalentes para la población migrante de la CEI

Variable		FA	FR%
TIPO DE CONSULTA	Captación	68	29,5
	Seguimiento	90	39,1
	Enlace	72	31,3
	Total	230	100
LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA CONSULTA	Asociación Idas y Vueltas	92	54,8
	Domicilio	38	22,6
	Servicio de PNA	16	9,5
	Servicio de Internación	7	4,2
	Servicio de Emergencia	9	5,4
	Afiliaciones	2	1,2
	Otros (Prefectura naval)	4	2,4
	Total	168	100
MOTIVO DE CONSULTA	Enlace con sistema de salud	59	26,8
	Alteraciones psicosociales	22	10
	Salud de la mujer	37	16,8
	Procesos infecciosos	29	13,2
	Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles	33	15
	Condiciones de la vivienda	17	7,8
	Patologías descompensadas	8	3,6
	Otros	15	6,8
	Total	220	100
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Dimensión cuidado directo a los usuarios	80	73
	Dimensión enlace con el sistema sanitario y recursos sociales	29	27
	Total	109	100
CUIDADO DE ENFERMERÍA	Dimensión: enlace con el sistema sanitario y recursos sociales	85	27,2
	Dimensión: cuidados físicos	108	34,5
	Dimensión: psicosocial	120	38,3
	Total	313	100

Fuente: Instrumento PAE de la CEI

Discusión

¿El predominio del sexo femenino en la caracterización poblacional de la CEI confirma la mayor tendencia a la migración de este grupo⁽¹⁾. De hecho, la salud de la mujer constituyó el segundo motivo de las consultas totales, ya sea para la mujer activa (Papanicolau para carnet de salud) o en edad reproductiva (embarazo, puerperio e IVE - Interrupción Voluntaria del Embarazo). Su mayor concurrencia coincide, además, con la tendencia general en cuanto al uso de los servicios de salud⁽²¹⁾ y demuestra que el sexo femenino, asociado al contexto de migración, incrementa la situación de vulnerabilidad de la mujer y hace fundamental el asesoramiento de la enfermería intercultural.

El adulto como grupo etario dominante se asocia mayoritariamente a consultas relacionadas con la obtención del carnet de salud laboral. En numerosos casos, se trató de usuarios sin afiliación al SNIS, que tampoco disponían de recursos económicos para realizarlo en laboratorios privados. Esta situación revela la dimensión esencial del enlace, ya que un usuario integrado al SNIS y debidamente orientado accede con mayor facilidad al carnet de salud laboral y por ende, a oportunidades de trabajo reglamentado.

Las cifras obtenidas respecto a la procedencia corresponden con las presentadas por el MIDES para los denominados “orígenes latinoamericanos no tradicionales”⁽¹⁾, de idioma nativo mayoritariamente español. El ser Uruguay un país de habla hispana aumenta considerablemente las oportunidades laborales de estas personas y facilita por ende su proceso de integración social.

La demanda proveniente de usuarios no hispanohablantes remite al dominio de un idioma de interfaz como condición esencial de la atención intercultural. Además, el abordaje de usuarios procedentes de países africanos, cuya cultura y trayectoria vital difieren notablemente de las usualmente atendidas, requiere determinada preparación de los profesionales sanitarios.

Las consultas de seguimiento y enlace, se ejecutaron desde el PNA, lo que permitió establecer una red de contactos profesionales, y en los distintos niveles de atención y así actuar en base a un sistema de gestión de casos, mediante el cual la CEI deriva a sus usuarios a centros de mayor capacidad resolutive y recibe respuesta de sus profesionales, asegurando la continuidad de la atención. Esto constituye un indicador de eficiencia y señala la importancia del acompañamiento, mediación y traducción implementados por la CEI, como factores contribuyentes al logro de la eficiencia asistencial.

En la dimensión de los cuidados directos, se identificó el predominio de aquéllos relacionados con el área psicosocial. La CEI cuenta con la oportunidad de gestionar cada caso mediante su derivación a los profesionales de *Idas y Vuel-tas* del área correspondiente: atención jurídica, psicológica, asesoramiento laboral o habitacional. Esta cooperación destaca los trabajos interdisciplinarios e intersectoriales, implementados en el marco de una atención integral.

Los cuidados prevalentes dirigidos a la dimensión de la salud física se relacionaron con procesos infecciosos y factores de riesgo para el desarrollo de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles). En ambos casos, su detección precoz por la CEI beneficia a las personas migrantes, que acceden rápidamente a los ser-

vicios del PNA. El sistema de salud y sus actores institucionales también se ven favorecidos, ya que un usuario debidamente orientado no sobrecarga los Servicios de Emergencia, generando costos innecesarios. Finalmente, la comunidad es la tercera beneficiada, puesto que acciones preventivas y tratamiento oportuno constituyen factores protectores, que contribuyen a preservar la salud poblacional.

El rol del enfermero gestor de casos con enfoque intercultural se visualiza a través del cuidado directo, el asesoramiento personalizado, el enlace al sistema de salud y la activación de redes de apoyo que, en su conjunto, facilitan el proceso de adaptación a un nuevo entorno. Mantener el equilibrio salud enfermedad en este período de integración social y fomentar la capacidad de autocuidado del individuo constituyen por ende indicadores de efectividad de la consulta.

Conclusiones

Si bien la muestra no es representativa de la población migrante en Uruguay, los resultados obtenidos son orientadores en cuanto a las principales características de la población objetivo, así como la tendencia del cuidado enfermero que demandan.

La llegada a un país extranjero constituye una etapa de vulnerabilidad en la vida de las personas. En los primeros meses de su estadía, deben resolver su situación legal y habitacional, su inserción al mercado laboral y su integración al sistema de salud. Para ello, la existencia de un servicio de asesoramiento y acompañamiento profesionales resulta de suma utilidad, además de constituir un espacio donde el rol de enfermería facilita un abordaje humanizado y centrado en la persona.

En su proceso asistencial, la consulta de enfermería basada en un modelo de gestión de casos y con enfoque intercultural trasciende los niveles de atención, abarca la comunidad, se sustenta en la interdisciplina y promueve el fortalecimiento de redes de apoyo. En el contexto de mayor vulnerabilidad asociado a la migración, constituye por lo tanto un pilar esencial en la atención de esta población.

Referencias bibliográficas:

1. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/76604/1/caracterizacion-de-las-nuevas-corrientes-migratorias-en-uruguay.pdf> [consulta: 22 ago 2018].
2. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Tipologías de la Migración. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion> [consulta: 22 ago 2018].
3. Banco Mundial. Migraciones y remesas. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/temas/remesas/> [consulta: 22 ago 2018].
4. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten Primaria* [Internet] 2016; 48(3):149-58. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99262/3/velasco2016.pdf> [consulta: 22 ago 2018].
5. Scozia Leighton C, Leiva Báez C, Garrido Maldonado N, Álvarez Carimoney A. Barreras interaccionales en la atención ma-

- terno infantil a inmigrantes peruanas. *Rev Sociedad & Equidad* [Internet] 2014; (6):6-33. Disponible en: <https://sy.e.uchile.cl/index.php/RSE/article/view/27213/32064> [consulta: 22 ago 2018].
6. Lin L, Brown K, Yu F, Yang J, Wang J, Scrock J, et al. Health care experiences and perceived barriers to health care access: a qualitative study among african migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. *J Immigr Minor Health* [Internet] 2015; 17(5): 1509-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390408/> [consulta: 22 ago 2018].
 7. Gil Estevan MD, Solano Ruiz MC. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de enfermería de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet] 2017; 49(9):549-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302475?via%3Dihub#!> [consulta: 22 ago 2018].
 8. Gaba Torres S. Estudio sociodemográfico y de problemas de salud de la población atendida en el Centro de Salud Ciudad Vieja (Montevideo-Uruguay) junio-julio 2016, con énfasis en la población inmigrante. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultad de Medicina Universidad de la República Oriental del Uruguay. 2016. [Tesis de Máster Salud Internacional y Cooperación].
 9. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos: ¿Esa gran desconocida? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* 2015; 42(1):1-3.
 10. Uruguay. Ministerio de Relaciones Exteriores. Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación. Informe sobre residencias enero-abril 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.mrree.gub.uy/frontend/afile-download?1,1,778,O,S,0,38694%3BS%-3B1%3B16> [consulta: 15 ago 2018].
 11. Migración. Ley N.º 18.250 de 17 de enero de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2398442.htm> [consulta: 22 ago 2018].
 12. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Extranjeros y retornados al país. [Internet]. 2018. Disponible en: http://afiliaciones.asse.com.uy/prestaciones_detail?id=P-5-extranjeros [consulta: 22 ago 2018].
 13. Organización Mundial de la Salud. Migración internacional: salud y derechos humanos. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf [consulta: 22 ago 2018].
 14. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. [Internet]. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf [consulta 22 ago 2018].
 15. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ [consulta: 22 ago 2018].
 16. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual: intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. [Internet]. 2017. Disponible

- en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf> [consulta: 22 ago 2018].
17. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública* [Internet] 2013; 33(3):223–9. Disponible en: https://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistemica-cualitativa&category_slug=pdfs-march-2013&Itemid=847 [consulta: 22 ago 2018].
18. Muñoz de Rodríguez L. Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica* [Internet] 2007; 38(4) (Supl 2):98-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf> [consulta: 22 ago 2018].
19. Marrero González C. Competencia cultural: enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Ene Revista de Enfermería* [Internet] 2013; 7(2) .Disponible en: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/278/pdf_3 [consulta: 22 ago 2018].
20. Leininger M. *Transcultural nursing: Concepts, theories and practices*. Columbus OH: McGraw Hill; 1988. Citado por Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados* [Internet] 1999; 3(6):5-8. Editorial. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf [consulta: 22 ago 2018].
21. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Datos Usuarios ASSE. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Datos-Usuarios-ASSE-6604> [consulta: 22 ago 2018].

Recibido: 20181003

Aceptado: 20181129

Aportes del enfoque familiar y comunitario en los Programas de Atención en Salud en Uruguay

Family and Community Focus Contributions in Health Care Programs in Uruguay

Família e comunidade concentram contribuições em programas de saúde no Uruguai

Rosemary Carrillo¹

Resumen:

Introducción: En todas las etapas de la vida, las familias y su participación activa son fundamentales para promover saludablemente su crecimiento y desarrollo. En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), desde el nuevo modelo de atención, toma los ejes prioritarios de la Renovación de la APS lo cual surge un interés de trabajar en todos sus componentes. En la actualidad a través de las áreas programáticas del Ministerio de Salud (MS), los lineamientos prioritarios de los programas de Atención (Salud de la Niñez, Adolescencia, Juventud, Adulto y Adulto Mayor, entre otros) en cada una de ellas integran diferentes aspectos en cuanto al enfoque familiar. Sin embargo, desde las políticas de salud en nuestro país no hay un programa específico de Salud Familiar o Atención Familiar. Como unidad de atención, la familia adquiere importancia dado que se encuentra en ella gran parte de los determinantes cotidianos del proceso salud-enfermedad.

Objetivos: Evaluar la aplicación del componente familiar y comunitario en los programas de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.

Material y métodos: tipo evaluativo, cualitativo, con análisis de contenidos.

Resultados: Enfatiza el Enfoque Familiar desde la integración del componente orientación familiar y comunitaria de la APS renovada y desde la presencia del enfoque familiar en el propósito, metas y objetivos de los programas.

Conclusiones: La integración del Enfoque Familiar en los programas de atención a la salud tomando como eje los lineamientos de la renovación de la APS, aporta una mirada necesaria en la profundización de sus contenidos y revisando a su vez los avances logrados.

Palabras clave:

Atención integral de salud; atención primaria de salud; políticas de salud.

¹Licenciada en Enfermería; Docente adjunta del Departamento de Enfermería Comunitaria; Facultad de Enfermería; Universidad de la República; Uruguay

Abstract:

Introduction: In all stages of life, families and their active participation are essential to healthily promote growth and development. In Uruguay, the National Integrated Health System (SNIS), based on the new care model, using as an axis the central concepts from the renewed APS, which gives rise to an interest to work in all its components. Currently, through the programmatic areas of the Ministry of Health (MS), the priority guidelines of the Assistance programs (Childhood, Adolescence and Youth, Adult and Older Adult Health, among others) each one of them integrate different aspects regarding the Family Focus. However, from the health policies in our country there is no specific program for Family Health or Family Care. As an assistance unit, the family acquires importance given that it contains a large part of the daily determinants of the health-illness process.

Objectives: To evaluate the application of the family and community component in the care programs of the National Integrated Health System in Uruguay.

Material and methods: evaluative, qualitative, with content analysis.

Results: Emphasizes the Family Focus from the integration of the family and community orientation component of the Renewed APS and from the presence of the Family Focus in the purpose, goals and objectives of the Programs.

Conclusions: The integration of the Family Focus in health care programs, using as an axis the guidelines from the renewed APS, provides a necessary deeper look into its contents and in turn examines the progress made.

Keywords:

Integral Health Care; Primary Health Care; Health Policies.

Resumo:

Introdução: Em todas as etapas da vida, as famílias e sua participação ativa são essenciais para promover o crescimento e o desenvolvimento saudáveis. Em Uruguai, o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), é baseado no novo modelo assistencial, e utiliza como eixo os conceitos centrais da APS renovada, portanto, é de relevância trabalhar em todos os seus componentes. Atualmente, por meio das áreas programáticas do Ministério da Saúde (MS), diferentes aspectos referentes ao enfoque na/- Família/Familiar são abordados em cada uma das diretrizes prioritárias dos programas de Assistência (Infância, Adolescência e Juventude, Saúde de Adultos e Idosos, entre outros). No entanto, nas políticas de saúde em nosso país não existe um programa específico para Saúde da Família ou Assistência à Família. Como unidade assistencial, a família adquire importância, pois engloba grande parte dos determinantes diários do processo saúde-doença.

Objetivos: Avaliar a aplicação do componente familiar e comunitário nos programas de atenção do Sistema Nacional Integrado de Saúde em Uruguai.

Material e métodos: tipo avaliativo, qualitativo, e com análise dos conteúdos.

Resultados: Destaca-se o enfoque na Família a partir da integração do componente de orientação familiar e comunitária da APS Renovada e da presença do enfoque na Família no propósito, metas e objetivos dos Programas.

Conclusões: A integração do enfoque na Família nos programas de atenção à saúde, utilizando como eixo as diretrizes da APS renovada, fornece uma visão necessária de aprofundamento de seu conteúdo e, também, examina o progresso alcançado.

Palavras-chave:

Atenção integral à saúde; atenção primária à saúde; políticas de saúde.

Introducción

En Latinoamérica desde las políticas públicas y sociales a comenzado a integrarse el enfoque de género y equidad, tomando los diversos estilos de vida y composiciones familiares. A pesar de las dificultades propias de cada país, existen varias intervenciones, programas y proyectos de salud, educación, vivienda y seguridad social pensados para las familias.

La salud como política pública, plantea alternativas de dirección, con base en Atención Primaria en Salud (APS). Desde la renovación de APS, uno de los componentes del sistema de salud basado en la misma es la orientación familiar y comunitaria; lo que supone que el sistema no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica, Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones; siendo los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema⁽¹⁾.

En la región existen diversos modelos de atención en salud familiar como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba donde cuentan con programas de salud familiar y comunitaria bien establecidos.

En Uruguay, desde el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y con el cambio de modelo de atención, toma los ejes prioritarios de la renovación de la APS, de lo cual surge interés de trabajar en todos sus componentes.

En todas las etapas de la vida, las familias y su participación activa son fundamentales para promover saludablemente su crecimiento y desarrollo. En la actualidad a través de las áreas programáticas del Ministerio de Salud en Uruguay (MSU), dentro de los lineamientos prioritarios de los programas de atención (salud de la niñez, adolescencia y juventud, adulto mayor, entre otros), en cada una de ellas integran diferentes aspectos en cuanto al enfoque familiar y comunitario. Sin embargo, desde las políticas de salud en nuestro país no hay un programa específico de salud familiar o atención familiar.

Louro refiere que considerar a la familia en las políticas, planes y programas, en la organización de los servicios de salud y en el desempeño de las funciones asistenciales, comunitarias, docentes e investigativas, admite una visión holística de la concepción social de la salud⁽²⁾.

Tomando este concepto surge como interrogante: ¿cómo se expresa la orientación familiar y comunitaria en los programas de atención en salud dentro del SNIS en Uruguay?

Objetivo: Evaluar la aplicación del componente familiar y comunitario en los programas de atención del SNIS en Uruguay.

Material y métodos: Tipo evaluativo, cualitativo, con análisis de los contenidos.

Se realizaron 6 entrevistas a referentes del área programática del Ministerio de Salud con previo autorización de la institución y el consentimiento de los entrevistados.

Se tomó en cuenta los programas por ciclo de vida (niñez, adolescencia y juventud, adulto mayor) y los programas transversales como ejemplo: salud sexual y reproductiva, cuidados paliativos y enfermedades no transmisibles.

Resultados y análisis:

Desde este ámbito se enfatiza los siguientes ejes:

1. Integración del componente orientación familiar y comunitaria de la APS renovada.
2. Presencia del enfoque familiar desde el propósito, metas y objetivos de los programas.

1. Vinculado a la integración del componente orientación familiar y comunitaria de la APS renovada, surgen las siguientes categorías

(Figura N° 1)

Categoría: Integración de la orientación familiar dentro del abordaje en la atención:

“... para generar estrategias de abordaje tanto en prevención como en promoción, siempre

pensamos en el abordaje del niño desde la familia. Por algo se hace la visita domiciliaria. Porque por algo estás visitando a ese niño y estás conociendo ese entorno. Viendo a la familia en su contexto y en su territorio. Esas son políticas definidas acá...”MSN1.

“Sí, es de las cosas básicas. Es como calmar el dolor al paciente. Ver cómo está compuesta esa familia, orientarla, educarla. Muchas veces hacen orientaciones, consejos acerca del paciente. Como ordenar el ambiente. Donde conviene que esté el paciente. Yo qué sé, toda una cantidad de cosas que se supone que son cotidianas, y que no las tenemos tabuladas...” MSC3

“...creo que nosotros seguimos las líneas de APS renovada. Y bueno, y esperamos que si bien esas líneas son programáticas, ahora estamos tratando de trabajar en poder llegar e impactar con esto que creemos que tiene que ver con la calidad de atención y eso va con la línea de buenas prácticas...” MAJ5

En esta categoría surge que el componente de orientación familiar y comunitaria se integra dentro del abordaje de atención. En la lectura de los diferentes programas, se destaca los programas que se encuentran dentro del área de ciclos de vida como salud de la niñez, adolescencia, adulto mayor, donde dentro de su estructura programática integra esta orientación, enfatizando todos los elementos y principios de la APS. Sin embargo en los programas más transversales se observa una visión minoritaria desde la orientación familiar.

Ejemplo, desde el objetivo general del programa Niñez, nombra “Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de

educación y promoción de salud aplicando una estrategia de APS...”. En ella se destaca el enfoque integral y la integración de la estrategia. En uno de sus objetivos específicos expresa: “Realizar un diagnóstico integral interdisciplinario de la situación de salud de niños /as y adolescentes en su entorno familiar y comunitario, en ámbitos territoriales específicos...”⁽³⁾.

En la guía del programa Adolescente expresa: “Quienes trabajen con adolescentes deben estar abiertos a escuchar, entender y acompañar en su diversidad y condiciones de existencia a adolescentes y sus familias. Asumiendo también el derecho que tienen los/las adolescentes a optar por el acompañamiento de otro referente adulto de su confianza en ausencia de sus familiares”⁽⁴⁾. Afirmar la integración de la orientación familiar.

Dentro de los objetivos específicos del programa Adulto Mayor expresa: “Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su función autonomía, independencia e integración”⁽⁵⁾. En este objetivo el medio habitual estaría considerado la familia como parte del entorno del Adulto mayor.

Categoría: Desarrollo de la orientación comunitaria más que el familiar:

“La atención a nivel comunitario es donde más tenemos que trabajar...” MSS2

“...pensando en las guías que se han realizado. Tanto la de control de embarazo o la transmisión vertical y la de anticoncepción siempre tienen enfoque a nivel comunitario porque se enfocan mucho en la parte prevención...”MSS2

“...si bien los adultos mayores son un grupo muy heterogéneo, son grupos más heterogéneos de población. Porque claro nos diferenciamos a medida que envejecemos según las condiciones en que envejecemos”. MAM4

En esta categoría se destaca que se ha profundizado el trabajo a nivel comunitario más que en lo familiar. Tomando los diferentes grupos de población y los lineamientos estratégicos, se ha profundizado más desde estos aspectos.

Según Camargo Martínez, mediante la orientación comunitaria “podemos generar acciones concretas que permitan transformar la realidad social actuando con direccionalidad, es decir, teniendo claro el horizonte para impulsar y conducir deliberadamente en una dirección

acordada de todas las decisiones y acciones”⁽⁶⁾. Desde este concepto, se verifica que el avance de la orientación comunitaria desde los programas de atención, ha tenido un desarrollo más profundo que desde la orientación familiar.

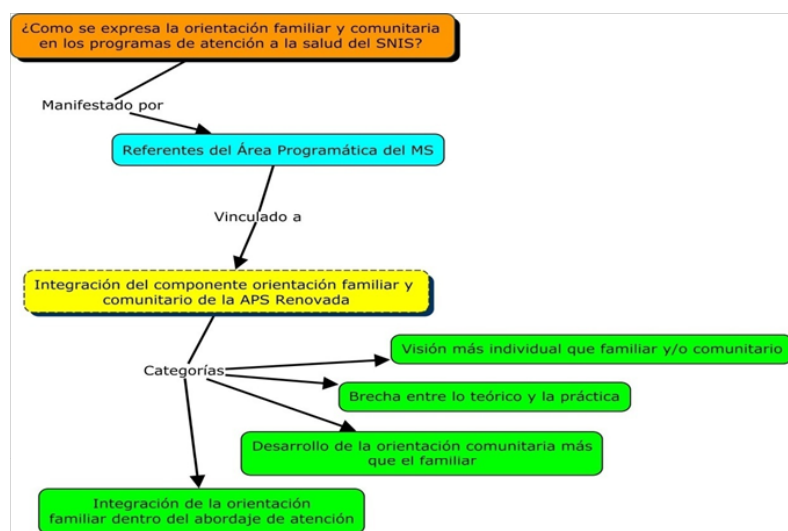


Figura 1. Mapa conceptual vinculado a la integración del componente orientación familiar y comunitaria de la APS renovada.

Categoría: Brecha entre lo teórico y la práctica

“...En lo conceptual está todo bárbaro. Pero después cuando uno va a ver sobre la operalización de eso en realidad, en sustancia me parece que todavía llega muy poco. Me parece. Es una visión. No tengo números de eso pero te diría que es un poco el punto de la experiencia cotidiana porque uno ve”. MAM4

“...O sea ella participa activamente. Es un tema que nos preocupa y nos ocupa, y nos parece que hay mucho para hacer todavía. Pasar de lo declarativo a lo ejecutivo a veces nos lleva más tiempo del que quisiéramos pero sí, se participa con el Programa con APS...”MAJ5

En esta categoría se desarrolla la brecha entre la teoría y la práctica. Los lineamientos estratégicos en cada área programática está desarrollado desde la bibliografía. Sin embargo se percibe que desde la práctica no se ha desarrollado totalmente. A nivel regional la APS renovada a dado un hincapié para el desarrollo de los sistemas de salud basado en APS, para lograr una atención universal, integral e integradora.

Un sistema de salud basado en APS se define como “un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas de salud que hace el derecho de alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”⁽¹⁾.

Los principios, valores y elementos que integran la APS renovada, expresa como componente estructural y funcionales que se interrelacionan y que están presentes en todos los niveles del sistema de salud. La orientación familiar y comunitaria es una de ellas.

Uruguay desde el SNIS, toma como elementos esenciales la atención integral, integrada y con-

tinua, tomando como objetivo relevantes: favorecer el desarrollo de la APS desde una concepción integradora. Definir acciones que superen la segmentación del sistema y la fragmentación de los cuidados⁽⁷⁾.

Uruguay, a diez años de la reforma de salud y del SNIS, ha comenzado a integrar elementos esenciales para la integración del APS. Desde los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 y sus objetivos estratégicos, se han planteado metas para que a nivel operativo se pueda instaurar resultados favorecedores para enfrentar las problemáticas de salud más frecuentes del país⁽⁸⁾. Para cumplir con los indicadores cuantitativos esperados, es fundamental integrar los componentes de la APS renovada (y dentro de ellas la orientación familiar y comunitaria) para llegar a las metas esperadas.

En un estudio de caso del año 2011 de las autoras Berteche y Sollazo, estas analizaron en un servicio del primer nivel de atención de la ciudad de Montevideo, los modelos organizativos de oferta y gestión de la APS traducidos en servicios, prácticas y procesos asistenciales. En uno de sus análisis destacaron que dentro de las tres categorías de actores (usuarios, profesionales de la salud y gestores), los atributos con menor nivel de desempeño fueron el enfoque familiar y comunitario y el acceso. Por otra parte, si bien el acceso y la orientación familiar y comunitaria recibieron el puntaje más bajo, para los gestores, el atributo con menor nivel de desempeño fue el acceso, mientras que para profesionales y usuarios fue la orientación comunitaria. La baja calificación de la orientación familiar y comunitaria de los profesionales de la

salud también nos refiere a las dificultades para responder a la estrategia de APS por parte de los profesionales. En este sentido, se plantea que los sistemas de salud basados en APS, imponen grandes desafíos para los sistemas de recursos humanos (Macinko, 2007). Si bien la estrategia de APS está consagrada a nivel macro social a través de un marco normativo expresado en la Ley de creación del SNIS, su implementación a nivel operativo implica importantes desafíos para el logro de una adecuada integración y coordinación de los cuidados⁽⁹⁾.

Al operacionalizar en la práctica el componente de la orientación familiar y comunitaria, se observa que se debe interrelacionar con la formación de los recursos humanos y la distribución de los mismos para la aplicación de este componente.

Categoría: Visión más individual que familiar y/o comunitario

“...claro es más que nada en la parte de factores de riesgo. Porque si tú sos hipertenso el resto de tú familia no es hipertensa. Hay una parte que es más..” “...pero sí en ese ambiente que te digo favorecer el estilo de vida saludable obviamente que tiene que...que es importante...”MSE6

En los diferentes programas se ha desarrollado más la visión individual que lo familiar y/o comunitario. Históricamente se ha profundizado esta línea, sin embargo sería interesante que se pudieran integrar las otras visiones.

Los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales, el conocimiento de los determinantes sociales de la salud, la conceptualización de salud, la importancia de la APS renovada y de los objetivos sanitarios entre otros, pueden contribuir a una práctica con un enfoque familiar y hacia la salud familiar.

Egana Rojas expresa que:

Pasar de la salud de individuos a salud de la familia no es un tránsito sencillo ni fácil. Resulta complejo identificar una sola causa que explique esta dificultad. Es evidente que los sistemas de salud, los centros de salud, sus prácticas y tiempos de atención no están diseñados para un trabajo colectivo con un grupo familiar, y las experiencias nacionales donde sí existe el diseño institucional y arquitectónico, muestran que los programas de salud se enfocan en personas individuales, existiendo una escasa costumbre (y probablemente aceptación) de consultas y trabajo con familias, tanto en el personal de salud como en la población usuaria, salvo en el requerimiento ineludible del acompañamiento de un niño. Existe así una distancia entre algunos supuestos generales de la salud familiar, a los que ya hemos aludido, y una conceptualización más refinada y operativa de la idea de familia que se emplea en la práctica clínica⁽¹⁰⁾.

Con esta afirmación, surge la necesidad de conceptualizar o definir el significado del enfoque familiar para los programas de salud. El desarrollo de la salud individual sustentado históricamente desde los planes y programas de atención, sumando los objetivos sanitarios nacionales, enmarca una profunda mirada desde la salud individual más que el familiar.

Tomando en cuenta que en otros países de la región existen programas vinculados a la atención familiar o salud familiar, ejemplo:

- Cuba: desde la década del 80 con el “Plan del Médico y la Enfermera de Familia”⁽¹¹⁾.
- Brasil: El primer modelo de Salud Familiar que asumió en el continente americano en la década de los 90 del siglo XX.⁽¹²⁾
- Chile: A fines de la década pasada, surgió el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario⁽¹²⁾.

- Ecuador: se destaca el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural⁽¹³⁾.

Según I. Louro: “Considerar a la familia en las políticas, planes y programas, en la organización de los servicios de salud y en el desempeño de las funciones asistenciales, comunitarias, docentes e investigativas, admite una visión holística de la concepción social de la salud”⁽²⁾.

Tomando este concepto y el desarrollo de los programas atención familiar que hay en la región, sustenta la importancia de seguir profundizando los aspectos de la salud familiar en nuestro país desde las políticas y desde las intervenciones en salud.

Los modelos de atención en salud familiar en la región, marcan una tendencia a la misma donde varios países lo toman de ejemplo para desarrollar las estrategias tácticas y operativas en las políticas de salud. El abordaje familiar en Uruguay ha comenzado a generar interés en tipos de intervención focalizada en diferentes planes y programas de las políticas sociales y se apoya en varios modelos y experiencias de la región. El comienzo de la integración del enfoque familiar en las políticas sociales y públicas, específicamente en salud, aportará una visión hacia una atención integral⁽¹⁴⁾.

2. Presencia del Enfoque Familiar desde los propósitos, metas y objetivos de los programas

(Figura N° 2)

Dentro de este eje surgen las siguientes categorías:

Categoría: Enfoque familiar presente desde el abordaje integral

“...totalmente. En realidad lo que pasa es que este es un programa muy particular. Desentenderse de que el niño está incluido en una familia y en un entorno es muy (...). Para nosotros es muy importante entendiendo que todas las acciones están dirigidas a mejorar la salud del niño, tienen necesariamente que tener vínculo con su familia....” MSN1

“...Nosotros hemos tratado de hacer el énfasis y eso si tú analizas en ese marco programático que está colgado en la página del Ministerio para nosotros está contemplado en la medida que el énfasis está puesto desde el inicio de la reforma sanitaria por lo menos desde lo conceptual y de lo teórico. Por supuesto que hay que seguir aterrizando cosas porque falta mucho por hacer” MAM3.

“..Desde el inicio es un enfoque para los adolescentes y sus familias.”MAJ4

“...los diferentes profesionales que trabajan en los diferentes niveles, que no solo es el primer nivel sino que es en los otros niveles también debería de abordarse la atención adolescente con una mirada integral...” MAJ4

“...creo que el abordaje desde lo comunitario, desde lo social, desde la familia, el acompañamiento es fundamental...”MAJ4

El enfoque familiar y comunitario desde los diferentes programas, se presenta en el abordaje integral hacia el usuario o grupos de población. Se encuentra más desarrollado en los programas que integran las etapas del ciclo de vida, específicamente los programas de niñez y adolescencia, nombran a la familia desde su enfoque y desde los objetivos específicos. En el programa Adulto mayor se observa que el medio habitual estaría considerado la familia como parte del entorno del Adulto mayor.

En el plan nacional de cuidados paliativos, nombra en su objetivo general la atención a los pacientes y familias que los requieran, integrando conceptos importantes como la cobertura universal, calidad, integralidad y continuidad⁽¹⁵⁾.

En el área salud sexual y reproductiva, desde las diferentes líneas de acción han elaborado diferentes guías, manuales didácticos y orientaciones nacionales donde los objetivos se observa en las temáticas específicas. Ejemplo, en la guía del embarazo, parto y puerperio, nombra en uno de sus objetivos a la mujer y pareja o acompañante. La familia lo interpretan dentro de la Participación comunitaria: “impactar positivamente en los problemas de salud colectivos, definiendo las acciones necesarias para garantizar la calidad de la atención, en esta oportunidad, de las embarazadas y sus familias; desde una perspectiva de derechos, integral y adecuada a las necesidades”⁽¹⁶⁾.

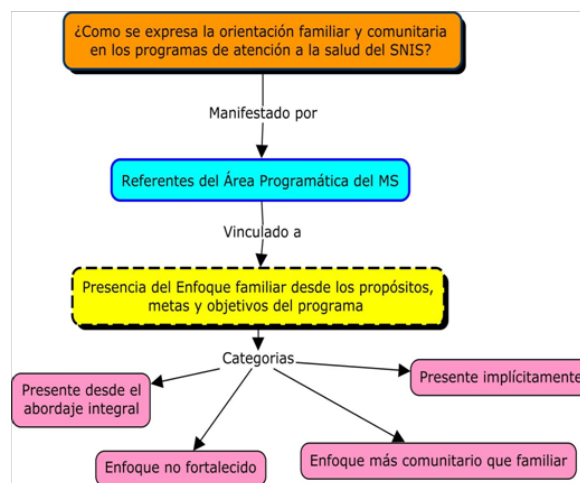


Figura N° 2. Mapa Conceptual vinculado a la presencia del Enfoque Familiar desde los propósitos, metas y objetivos de los programas

Categoría: Enfoque no fortalecido

“...no estamos fortalecidos...en la parte familia y comunitaria”. MSS2

“Y bueno como que venimos corriéndola de atrás. Tanto en el enfoque específico de los mayores como en el abordaje de una perspectiva comunitaria...”. MAM3

“Y en ese contexto para nosotros es importante, sería importante incluir una agenda nacional consensuada de formación de recursos humanos con énfasis en enfoque comunitario (...)Y bueno como que venimos corriéndola de atrás. Tanto en el enfoque específico de los mayores como en el abordaje de una perspectiva comunitaria”. MAM3

“Es muy importante que todo los integrantes de los equipos de salud tengan formación, más allá de que vayan a dedicarse al tema de mayores o no. Porque lo cierto es que los adultos mayores son un grupo importante de población que requiere de atención continuada. Y son buena parte de la consulta cotidiana en la comunidad y sobre todo de gente que prácticamente consulta todos los meses. Que sí que es bien importante...”.MAM3

Desde esta categoría señala que el enfoque familiar no se encuentra fortalecido. Se considera que hay un desarrollo de la visión individual más que el familiar. Por otro lado, se valora que el fortalecimiento de este enfoque está en manos de la formación de los recursos humanos para que puedan integrar este enfoque y generar los lineamientos pautados. Desde este ámbito como ejemplo, hay inicios en los planes de estudio de las carreras de Medicina y Enfermería integrando este enfoque en su formación. Por otro lado en la Universidad de la República en el área salud, hay un grupo de trabajo desde el espacio interdisciplinario llamado Proyecto Semillero de Iniciativas Interdisciplinarias “Articulación interdisciplinaria en el primer nivel de atención”. Este ejemplo da lugar a un interés de fortalecerla formación en el ámbito del Primer nivel de atención, donde la mirada interdisciplinaria contribuye en el enfoque familiar.

Categoría: Enfoque más comunitario que familiar

“...Sí está en el debe si bien siempre trabajamos, tratamos de trabajar con un enfoque más, los temas que trabajamos a nivel comunitario (...):MSS2

El Enfoque comunitario se encuentra más desarrollado que el familiar, tomando en cuenta los aspectos generales como la participación comunitaria y los grupos de población. Nuevamente en este eje se destaca lo comunitario. En los objetivos generales y específicos de los programas se observa una visión individual y comunitaria más que familiar. Los programas que integra la familia en sus objetivos son en niñez y adolescencia.

Categoría: Enfoque familiar presente implícitamente

“...En grupos de familia, en las (...) etc., se supone que hay capacitación. Es una etapa. Una de las líneas es capacitar. El reconocimiento de la actividad física y alimentación saludable. Que los médicos también hagan consejos saludables y en realidad es como que está implícito...”MSE6

“...Y el enfoque familiar obviamente es importante. Porque si son tan importantes los estilos de vida, si en la familia, él si está enfermo que coma sin sal. No, toda la familia aunque sea normal, tiene que tratar de consumir la menor cantidad de sal posible, bajar los...Es un cambio que (...) siempre pasa...” MSE6

La Revilla expresa que “situar a la familia como una unidad integral que supera la suma de sus partes, se puede entender que los procesos psicosociales y emocionales no pueden diagnosticarse ni tratarse sin evaluar la situación familiar. El control de las enfermedades crónicas requiere el apoyo familiar, ante la crisis por pérdidas o abandono sólo un enfoque familiar permitirá aportar una respuesta” (17).

Por su lado Zurro expresa que “la Atención familiar es un cambio táctico y estratégico en la práctica que se centra en trasladar la atención del marco individual al del conjunto de personas que conforman la familia, es decir pasar del problema individual al familiar, sin alejarse de su contexto social, su comunidad, donde se encuentra inmerso el grupo familiar” (18).

Tomando estos conceptos y lo que surge de la categoría, el enfoque familiar y comunitario como orientación, debe generarse e integrarlos en las distintas instancias. Esta categoría junto con la formación de los RR.HH., aporta la im-

portancia de trabajar al respecto para desarrollar este enfoque dentro del quehacer profesional.

Por otra parte, existen evidencias del desarrollo desde los programas y modelos a nivel regional y desde las acciones específicas para atención integral con enfoque familiar. Se observa una necesidad de involucrar a los tres actores fundamentales dentro de población destinataria de cada programa a través de sus objetivos y propósitos: el individuo, la familia y la comunidad.

Conclusiones

La integración del componente orientación familiar y comunitaria de la APS renovada dentro de las diferentes áreas programáticas se encuentra fundamentalmente en sus líneas estratégicas.

Las categorías que surgieron, representan que se ha desarrollado más la visión individual y comunitario, quedando la orientación familiar integrado dentro del abordaje integral o menos desarrollado.

Uruguay a diez años de la reforma de salud y del SNIS ha comenzado a integrar elementos esenciales para la integración del APS. Desde los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 y sus objetivos estratégicos, se han planteado metas para que a nivel operativo se pueda instaurar resultados favorecedores para enfrentar las problemáticas de salud más frecuentes del país. Para cumplir con los indicadores cuantitativos esperados, es fundamental integrar los componentes de la APS renovada (y dentro de ellas la orientación familiar y comunitaria) para llegar a las metas esperadas.

Operacionalizar en la práctica el componente de la orientación familiar y comunitaria, se observa que se debe interrelacionar con la formación de los recursos humanos y la distribución de los mismos para la aplicación de este componente.

Se considera que hay un desarrollo de la visión individual más que el familiar. El fortalecimiento de este enfoque, está en manos de la formación de los recursos humanos para que puedan integrar este enfoque y generar los lineamientos pautados. Desde este ámbito como ejemplo, hay inicios en los planes de estudio de las carreras de Medicina y Enfermería integrando este enfoque en su formación.

La integración del Enfoque Familiar en los programas de atención a la salud tomando como eje los lineamientos de la renovación del APS, aporta una mirada necesaria en la profundización de sus contenidos y revisando a su vez los avances logrados.

Profundizar en los sistemas de información desde las acciones familiares a nivel de salud, podrá dar un hincapié en el desarrollo a nivel estratégico, desde las prácticas profesionales, y fomentando la investigación para la mejora continua. El comienzo de la integración del enfoque familiar en los planes y programas de atención, contribuirá una visión hacia una atención integral para la salud.

Referencias Bibliográficas:

1. Organización Panamericana de la Salud. OMS. 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) [Internet]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf. [consulta: 21 setiembre 2017]
2. Louro Bernal I. Enfoque familiar en la atención sanitaria integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Capítulo 45. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Niñez, Uruguay. Montevideo: MSP; 2006.
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP; 2009. v.1
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. Montevideo: MSP; 2005
6. Camargo Martínez, X . La orientación comunitaria y las herramientas comunicacionales para su abordaje: Un enfoque social de la orientación. Rev. Mex. Orient. Educ. [Internet]. 2009, 6 (16): 24-29 . Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272009000100006&lng=p-t&nrm=iso. [consulta: 21 jul. 2017].
7. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria [Internet]. 2013; 45: 384-92 - DOI: 10.1016/j.aprim.2012.12.016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-primaria-salud-desafios-S0212656713000413>. [consulta : 21 de jul. 2017]
8. Uruguay. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. [Internet]. Montevideo: MSP; 2016. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ObjetivosSanitarios_web%20%281%29.pdf. [consulta : 21 de jul. 2017]
9. Berterretche, R. Sollazzo, A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. Saúde em Debate [Internet] 2012, 36 (Julio-Septiembre) : Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762017>. [consulta: 22 de jul. de 2017]
10. Egana Rojas, D. Barria Iroume, S. La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015, 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300011&lng=es&nrm=iso. [citado 22 jul. 2017]
11. MINSAP. “Programa de Trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital” Cuba 2008. Disponible en: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/progra_tarbaj_o/programatrabajo.pdf . [consulta: 22 jul. 2017]

12. Suárez-Bustamante, M. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. *Med. Fam. & At. Prim. Int.* [Internet]. 2010, 4(1): 61-69. Disponible en www.idefiperu.org/mpa.html. [consulta: 24 jul. 2017]
13. Naranjo Ferregut, J A. et. al. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014, 30(3) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&nrm=iso. [consulta: 25 jul. 2017]
14. Carrillo, R. Las políticas sociales y públicas hacia las familias. *Rev. Uruguay de Enfermería*[Internet]. 2014, 9(1): 32-47. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/38/36> [consulta: 6 set. 2016]
15. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Área de Enfermedades Crónicas No Transmisibles - DPES - DIGESA. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013.pdf> [consulta: 25 jul. 2017]
16. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guía en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20Embarazo%20Parto%20y%20Puerperio%202014.pdf [consulta: 26 jul. 2017]
17. La Revilla. *Conceptos e Instrumentos de la Atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994.
18. Zurro, M. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 6ta ed.; 7ta. ed. Barcelona: ELSEVIER, 2008. v. 1

Recibido: 20181027

Aceptado: 20181201

Resumen de tesis de Maestría en Dirección Estratégica especializado en Organizaciones de Salud:

Percepción de cultura de seguridad del paciente en Enfermería de un efector público

Perception of Patient Safety Culture on Nursing of a Public Effector

Percepção da cultura de segurança do paciente em Enfermagem de um efetor público

Sergio Martin González Montaña¹

Resumen:

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no se experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

El siguiente estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal sanitario en dependencias prestadoras de servicios de atención primaria a la salud pertenecientes a la Dirección Nacional de Asuntos Sociales (antes Dirección Nacional de Sanidad Policial), ubicadas en el área metropolitana (Montevideo, Uruguay).

Se plantea como objetivo general “Conocer la percepción del personal de Enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en servicios de Atención Primaria de un efector público”. Para esto se estableció como objetivo específico: Medir las dimensiones de la cultura de seguridad de pacientes que tiene el personal sanitario.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, realizado entre diciembre 2016 y febrero 2017. La muestra fue constituida por los enfermeros (Licenciados y Auxiliares) que aceptaron participar y cumplían con los requisitos de inclusión planteados.

La medición se realizó con el cuestionario de la Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS), de Estados Unidos, adaptado al idioma español (Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, MSPSI⁽¹⁾). El cuestionario fue auto administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. EL análisis buscó conocer la cultura de seguridad en el personal de Enfermería de atención primaria de Sanidad Policial de Montevideo, Uruguay; observándose que la cultura de seguridad del paciente en la población estudiada es pobre en general y requiere de fortalecimiento. Una vez obtenidos los datos, fueron informados a la institución con el fin de retroalimentación.

Palabras clave:

Cultura de seguridad, servicios de salud, enfermería, atención primaria, seguridad del paciente.

¹Magister. Licenciado en Enfermería.

Abstract:

The culture of patient safety is related to the beliefs and attitudes that people assume in their practice to ensure that no unnecessary or potential harm associated with health care will be experienced.

The following study describes the perception of said culture referred by the health personnel in facilities providing primary health care services belonging to the National Directorate of Social Affairs (formerly the National Directorate of Police Health), located in the metropolitan area (Montevideo, Uruguay).

The general objective is “To know the perception of Nursing personnel about the safety culture of the patient in Primary Care services of a public effector”. For this, a specific objective was established: Measure the dimensions of the patient safety culture that health personnel have.

A descriptive, cross-sectional study was carried out between December 2016 and February 2017. The sample was constituted by nurses (Licensed and Auxiliary) who agreed to participate and met the inclusion requirements. The measurement was made with the questionnaire of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS), from the United States, adapted to the Spanish language (Ministry of Health, Social Policy and Equality, MSPSI⁽¹⁾). The questionnaire was self-administered after informing the purpose and complying with the ethical considerations. The analysis sought to know the safety culture in the personnel of Nursing of primary attention of Police Health of Montevideo, Uruguay; observing that the culture of patient safety in the studied population is generally poor and requires strengthening. Once the data were obtained, they were informed to the institution for the purpose of feedback.

Keywords:

Safety culture, health services, nursing, primary care, patient safety.

Resumo:

A cultura da segurança do paciente está relacionada às crenças e atitudes que as pessoas assumem em sua prática para garantir que nenhum dano desnecessário ou potencial associado à assistência à saúde seja experimentado.

O presente estudo descreve a percepção de que a cultura referida pelos trabalhadores de saúde em prestadoras unidades de cuidados de saúde primários pertencentes à Direção Nacional para os Assuntos Sociais (ex-Polícia Nacional de Saúde), localizado na região metropolitana (Montevideo, Uruguai).

O objetivo geral é “Conhecer a percepção do pessoal de Enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente nos serviços de Atenção Básica de um órgão público”. Para isso, um objetivo específico foi estabelecido: Medir as dimensões da cultura de segurança do paciente que o pessoal de saúde possui.

Este é um estudo descritivo, transversal, realizado entre 2016 e Fevereiro de 2017. Dezembro, a amostra foi composta por enfermeiros (graduados e assistentes) que concordaram em participar e cumprir as exigências colocadas inclusão.

A medição foi realizada com o questionário da Pesquisa de Gabinete Médico da Cultura de Segurança do Paciente (MOSPS), Estados Unidos, adaptado para o espanhol (Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade, MSPSI). O questionário foi auto-administrado após fins de relatório e para atender a considerações éticas A análise buscou conhecer a cultura de segurança na equipe de Enfermagem da Atenção Primária em Saúde de Montevideú, Uruguai, observando que a cultura de segurança do paciente na população estudada é pobre em geral e requer fortalecimento Uma vez que os dados foram obtidos, eles foram informados à instituição para fins de feedback.

Palavras-chave:

Cultura de segurança, serviços de saúde, enfermagem, atenção primário, segurança do paciente.

Introducción

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la Calidad de la Atención en Salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002⁽²⁾, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Error es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud. De ahí en adelante ha habido un importante crecimiento en el número de investigaciones y publicaciones sobre esta temática. Según la Organización Mundial de la Salud⁽³⁾, en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables.

A pesar del crecimiento notable de la investigación en la temática, hay poca literatura a nivel nacional que contextualice las particularidades y permita desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud para el mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente.

En el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y en el ejercicio de la función de rectoría de la autoridad sanitaria nacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde hace varios años el Uruguay ha venido implementando un

conjunto de sistemas, herramientas y dispositivos de vigilancia de la calidad de la atención en salud, entre los cuales se destacan la vigilancia de: Infecciones Intrahospitalarias, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Hemovigilancia⁽⁴⁾.

Según se publicó en la página web del Ministerio de Salud de Uruguay⁽⁵⁾, en el año 2006, se creó mediante un decreto ministerial una Comisión Nacional de Seguridad del Paciente, donde participan representantes de las Comisiones de Seguridad del Paciente de cada institución del país. Se encuentra trabajando orientada a coordinar todos los esfuerzos en curso para potenciar y aprovechar sinérgicamente los resultados de las herramientas de vigilancia, generar nuevos dispositivos en áreas aún no cubiertas, con el objetivo de contribuir al diseño y la ejecución de un Sistema Articulado de Notificación de Eventos Adversos (SANEA) que apunte a la garantía de la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente.

La cultura de seguridad y su percepción en el primer nivel de atención, son áreas poco estudiadas y no se encontraron estudios similares en Uruguay.

Esta investigación propone describir la percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en una institución pública del sistema de salud Uruguayo a diez años de haber comenzado a trabajar con este enfoque.

Estudios como este son de gran importancia y de mucha utilidad, para conocer la realidad en la que nos encontramos y promover buenas prácticas que tiendan a mejorar la calidad asistencial en el marco del derecho a la salud.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, sobre una población de 44 enfermeros (Licenciados y Auxiliares) de cuatro centros del Primer Nivel de Atención del área metropolitana de Montevideo. La medición se realizó entre diciembre 2016 y febrero 2017, alcanzando al 70,5% de la población, los cuales cumplían con los criterios de inclusión y prestaron su consentimiento de forma escrita.

Para ello, se utilizó con el cuestionario de la Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS), de Estados Unidos, adaptado al idioma español (Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, MSPSI⁽¹⁾). El cuestionario fue auto administrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas.

Resultados

La cultura de seguridad es un constructo, y para su estudio se la dividió en 12 dimensiones, y cada dimensión en varios ítems.

Los ítems que miden la cultura de seguridad son los que aparecen desde la sección "A" a la "F".

Respecto de los ítems, podemos observar (ver Anexo 6) que:

- Solo 3,92% (2) de los ítems fueron valorados positivamente (A1-acceso a consultas urgentes dentro de las primeras 48 h /A2- Utilización de historia clínica equivocada).
- 21,57% (11) fueron valorados negativamente (La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó; sentimiento de que se atiende con prisas a los pacientes; formación del personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha; demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro; aseguramiento para que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo; problemas con la organización y distribución del trabajo; número de

pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente, recepción por parte de los profesionales sanitarios del centro a las propuestas de mejora realizadas por el personal sanitario; animo al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos; registros de si los pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento; y si los responsables del centro están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial).

- Asimismo se observó que del resto de los ítems, el 49,02% (25) del total, son mayormente positivos, en contraste con el restante 21,05% (11) que resultaron mayormente negativos. El 3,92% (2) no fue concluyente, al tener igual cantidad de respuestas negativas que positivas para las variables en cuestión.
- Respecto de las dimensiones, se observó que ninguna de ellas representa una fortaleza; el 25% son debilidades; 58,33% están medianamente fortalecidas, mientras que el restante 16,77% se encuentran poco fortalecidas.

Las dimensiones más débiles, sobre las que se necesitan tomar acciones de manera más urgente, de forma que mejore la situación actual, son:

- Ritmo y carga de trabajo
- Formación del personal no sanitario
- Comunicación franca

Las dimensiones poco fortalecidas, sobre las cuales también se precisa tomar medidas (quizás no tan urgentes) para mitigar la situación actual, son:

- Procedimientos establecidos en el centro
- Percepciones generales sobre la SP y la calidad

Finalmente, la mayoría de las dimensiones

se encuentran medianamente fortalecidas. Trabajando sobre ellas se puede corregir la situación actual, de manera más rápida y con menor esfuerzo, transformándolas en fortalezas. Ellas son:

- Aspectos relacionados con la SP y calidad
- Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales
- Trabajo en equipo
- Seguimiento de la atención a los pacientes
- Comunicación sobre el error
- Apoyo de los responsables del centro a la SP
- Aprendizaje organizacional

Discusión

Del análisis de los datos obtenidos, podemos observar que la mayoría de los participantes son Enfermera/enfermera especialista; poseen una carga horaria de entre 25 y 32 horas semanales y una antigüedad en su puesto de trabajo mayor a seis años.

Estas condiciones son favorables para adquirir conocimiento del lugar de trabajo y poder responder fehacientemente acerca de los elementos que componen la percepción de cultura de seguridad así como evaluar elementos de calidad asistencial. En este marco es donde se genera la mencionada relación enfermero-paciente o equipo de salud-paciente y/o familia; donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud y donde se pueden producir situaciones en las que la seguridad se vea afectada. En cada tratamiento se ponen en juego la salud y la vida de los usuarios; por lo que merece atención y consideración.

Teniendo en cuenta las dimensiones que valoran la cultura de seguridad y cada ítem que la compone, podemos decir que la cultura de seguridad del paciente en la población estudiada es pobre en general y requiere de fortalecimiento. Esta situación es preocupante, en el sentido de que no existen fortalezas y todos los componentes y dimensiones de la seguridad deben ser fortalecidos, en mayor o menor medida.

Si analizamos las respuestas generales sobre

calidad asistencial, observamos que la situación cambia radicalmente.

La gran mayoría de los participantes respondieron que la atención se encuentra principalmente centrada en el paciente, es efectiva, eficiente y equitativa, con medias que se sitúan por encima de 3. Si se valora con mayor severidad, se puede decir que la valoración general es apenas suficiente (se sitúa en “buena” y en ningún caso llega a muy buena o excelente), pero estrictamente, estas medias son positivas.

El componente de calidad asistencial valorado más bajo (aunque con una media de 3, equivalente a bueno), es el tiempo de asistencia. Esto puede explicarse por al menos dos factores:

1. Por la espera para conseguir fechas de consultas médicas (sobre todo en especialidades), mayores a un mes, dado que el sistema de reservas se abre el primer día hábil del mes, para reservar día y hora del mes siguiente.
2. Por la insuficiencia de especialistas; esto es un fenómeno propio del sistema de salud uruguayo (en hospitales públicos y servicios privados), donde las consultas de ciertas especialidades tienen importantes retrasos.

Finalmente, cuando se pregunta acerca de la valoración general de seguridad, se registran respuestas de: malo, aceptable, bueno y muy bueno. Si bien, la suma de respuestas de “malo” y “aceptable” es menor a la suma de “bueno” y “muy bueno”, si observamos la media, ésta se sitúa en 2,87; es decir, que no llega a “bueno”.

En definitiva, las dimensiones de seguridad y la valoración global de seguridad son pobres o se encuentran debilitadas.

Si comparamos con estos datos con la investigación similar realizada en España⁽⁶⁾ (en la que se utilizó el mismo instrumento), se observa que la situación encontrada es desfavorable o menos alentadora. Mientras que en España la valoración global de seguridad es de 3,71 (en una escala de 1 a 5, donde 1 es el peor escenario y 5 el mejor) en esta población es de 2,87.

Se observa en este estudio que ninguna dimensión está fortalecida, mientras que

en España la mayoría lo están (11 de 12 dimensiones fortalecidas). Asimismo se observa que, al igual que en España, la dimensión de “ritmo y carga de trabajo” es la más debilitada. Finalmente, también coincide en ambas investigaciones que los profesionales puntúan mejor las dimensiones que tienen que ver con el seguimiento de la atención a los pacientes, el aprendizaje organizativo y el trabajo en equipo.

Esta situación pone en riesgo a los usuarios de los servicios, elevando la posibilidad de que se sucedan eventos adversos (errores, equivocaciones, accidentes).

En este sentido, se hace necesario establecer o mejorar prácticas seguras para cada dimensión.

Conclusiones generales

En esta investigación se logró conocer la percepción del personal de Enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en servicios de Atención Primaria de un efector público. Se logró medir las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, que tiene el personal sanitario que participó del estudio. En este sentido, se cumplieron los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

Se observa que la cultura de seguridad del paciente en la población estudiada es pobre en general y requiere de fortalecimiento. Se destaca que no existen dimensiones de la seguridad que representen una fortaleza. Preocupa que todas las dimensiones requieran de intervención para ser corregidas, transformadas y fortalecidas (ya sea en mayor o menor medida). Por esto, urge tomar medidas correctivas, a nivel institucional, sobre el ritmo y carga de trabajo, formación del personal no sanitario, comunicación y procedimientos establecidos en el centro. Esta situación eleva la probabilidad de que sucedan eventos adversos (errores, equivocaciones, accidentes) durante la asistencia a los pacientes. Por ello, es necesario observar otros sistemas sanitarios donde la cultura de seguridad esté más fortalecida, utilizarlos como guía y emprender acciones que modifiquen la realidad para transformarla y mejorarla; lo que redundará en beneficios para los usuarios, los trabajadores y

la institución.

Asimismo, se debe complementar cada medida con educación del personal en todos los aspectos que componen la seguridad del paciente.

Esto será de gran importancia para la mejora continua de la calidad en la Institución, la mejora de la calidad asistencial, y en definitiva, para la mejora de la salud y seguridad de los usuarios.

Finalmente, esta investigación ha resultado ser una experiencia enriquecedora, a pesar de los retrasos vinculados a trámites burocráticos para su habilitación. Se ha dado un paso importante para la contextualización a nivel nacional de las particularidades de los servicios, lo cual permitirá desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud para el mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente. Se ha avanzado en el conocimiento de un área poco estudiada en el mundo y sin antecedentes en el Uruguay; por lo que, los resultados pueden ser utilizados para incidir positivamente en la salud de las personas y en la gestión de los servicios de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Diseño y validación preliminar. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Madrid: Informes. Estudios e investigación; 2010.
2. OMS [Internet]. 55a Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 2002 [citado en Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
3. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
4. Administración de Servicios de Salud del Estado [Internet]. Lanzamiento del Sistema Articulado de Eventos Adversos- SANEA. 2011 [citado en mayo 2016]. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Fue-presentado-el-Sistema-articulado-de-eventos-adversos-SANEA--5177>
5. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Día Nacional de seguridad del Paciente. 2014 [citado en mayo 2016]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/comunicado/d%C3%Ada-nacional-de-seguridad-del-paciente>
6. Torijano Casalengua María Luisa. La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 Feb [citado en mmayo 2016]; 8(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000100001>.

El marco de la organización sistémica: un enfoque conceptual para las familias y la enfermería

The Framework of Systemic Organization: a Conceptual Approach to Families and Nursing

A ferramenta da organização sistêmica: uma abordagem conceitual às famílias e enfermeiras

Fernanda Lise¹, Eda Schwartz²

Marie-Luise Friedemann. The Framework of Systemic Organization - A Conceptual Approach to Families and Nursing, Thousand Oaks: SAGE Publications, 1995. 402 p. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483327426>

The book “The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing,” authored by the nurse Marie-Luise Friedemann (Friedemann, 1995), is structured in five parts, in the first part concepts are presented that support the structure of the systemic organization. In the second part, the factors that influence the different family arrangements, and in the third part, the crisis processes experienced by the families in the different stages of development. The fourth part talks about the family in acute crises, chronic and death. In the fifth part, the family crisis and the influence of the environment is discussed.

In the first chapter, the author explores important concepts such as person, family, health and Nursing and presents us with the dimensions and target of the systemic organization. For Friedemann, the family is a sys-

The Framework of Systemic Organization

A Conceptual Approach to Families and Nursing



Marie-Luise Friedemann

¹Enfermeira, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Mestre em Ciências, área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Especialista em Enfermagem Pediátrica.

²Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas, mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

tem composed of members who have decided to socialize and interact emotionally with the main purpose of supporting each other. Individuals may not have consanguinity or they be emotionally connected through common resources or complementary talents that enable them to fulfill certain roles that contribute to the functioning of the family as a total unit and constant exchange with the environment. Thus, family functioning refers to the set of interpersonal relationships that occur in each family, which gives them their own identity.

The health of the family is a dynamic process resulting from the responses to changes and constantly seeking new ways to restore congruence within the system and the environment. The scope of targets derives from values and beliefs developed in family processes, which is comprised of the dimensions called coherence, maintenance of the system, individualization and change of the system, defined:

Coherence: this dimension considers that harmonious relationships between family members can provide a sense of unity and family belonging through the internalization of respect, love, concern for the other and the sharing of values and beliefs that allow the creation of emotional connections necessary for the survival of the system. It contemplates attitudes and strategies to maintain emotional bonds that are evidenced in activities shared in different scenarios and must correspond with the definition of values and principles established by the family.

System Maintenance: it is to use strategies for decision-making, negotiation of problems, establishment of rituals and traditions and definition of roles, communication standards, norms, values, financial management and approach to the future in order to maintain family harmony by providing the sense of security and autonomy.

Changes in the system: related to actions taken by the family to incorporate new events in their interior, since their priorities change over time.

Individualization: is a structure that develops personal identity that includes roles and responsibilities, where talents are strengthened, initiatives that allow the incorporation of knowledge

to take behaviors against personal / family pressures and the environment. Represented by attitudes taken on by family members to reach particular interests and give meaning to life.

The structure of the systemic organization aims at achieving four universal target, called stability, growth, control and spirituality, which are conceptualized as:

Stability: considered the result of the dimensions of coherence and maintenance. It is the continuity of routines, structure, organization, traditions and values assumed by the family and transmitted from generation to generation, which promotes the unity and development of values, attitudes and beliefs.

Growth: It presents attitudes that promote new roles in response to critical situations that the family experiences, processes of re-adaptation and adjustments.

Control: It relates to the changes and maintenance dimensions of the system. It aims to prevent, reduce, and eliminate events that threaten family stability, and thus break the congruence.

Spirituality: it is expressed in congruence with open systems and is expressed as a sense of inner security, belonging, acceptance, respect, wisdom and inner peace. In this way, the family identifies, accepts and integrates concepts that allow them to use resources beyond their understanding of how the processes related to life and death. The result of the dimensions of coherence and individualization are related to one's personal and family changes. This target is also related to the practices of the community.

In the second part, it addresses the different family arrangements, and emphasizes that although the family structure has some effect on the systemic process, the nurse initially needs to support the family and to build system maintenance processes that are in accordance with the structure. If necessary, the nurse can evaluate with the family the possibility of changing the roles of some members to achieve the desired target.

In the third part, the highlight is for crises that can occur in all types and family arrangements. The author presents the types of crises in the family, the changes that lead to crises,

vices and violence in the family and presents examples. In the fourth part, the author presents, with sensitivity, the ways to evaluate the families in chronic conditions and the support in the adaptation because the structure of the systemic organization suggests the need for a vision of the open systems. In the fifth part, the examples presented by the author can help the nurses depending on the families' resources and their own resources in the approach.

It is considered that the approach proposed in the theoretical model of the structure of the systemic organization is fundamental to the practice of family nursing. Therefore, nursing practice with families needs to be based on a theory recognized by its value as the structure of the systemic organization.

To the author for authorizing this review. To the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) for the doctoral scholarship granted to the first author. To the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) by the productivity grant in research of the second author.

Aknowledgements:

References

Friedemann, M. L The Framework of Systemic Organization - A Conceptual Approach to Families and Nursing, Thousand Oaks: SAGE Publications, 1995. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483327426>

Segundo Semestre de 2018

Facultad de Enfermería (Fenf) - Universidad de la República - Uruguay

Investigación cualitativa en salud

La Unidad de Investigación (UI) presentó una evaluación crítica de la formación a docentes en Investigación Cualitativa en Salud. Participaron de la misma, el Prof. Fernando Bertolotto responsable de la UI, como invitado extranjero el Prof. Francisco J. Mercado de la Universidad de Guadalajara, México y responsables de los Departamentos docentes, participantes de la formación de la Facultad de Enfermería (Udelar).

Fenf - Unidad de Extensión - 10 años

A diez años de la creación de las unidades de extensión en la Udelar, la Facultad de Enfermería a través de la iniciativa de su Unidad de Extensión y la responsable Phd Graciela Umpiérrez, convocó a los distintos departamentos y unidades de Fenf, y realizó la muestra de Pósters de Actividades de Extensión en el Hall del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Conferencia y entrega del título Honorífico Doctor Honoris Causa

La Facultad de Enfermería le entregó a la Dra. Silvia Cassiani, Asesora regional de Enfermería y Técnico de salud de OPS/OMS, el Título Honorífico Doctor Honoris Causa de la Facultad de Enfermería. Estuvieron presentes docentes, estudiantes y egresados de Fenf y público de otros servicios.

La Dra. Silvia Cassiani realizó una conferencia acerca del “Impacto de la profesionalización de la Enfermería en el Sistema de Salud”, este evento fue desarrollado en la Sala Oscar J. Maggiolo, de la Udelar y contó con participación de autoridades universitarias y el Dr. Wilson Benia, en representación de la OPS/OMS en Uruguay.

Inauguración del edificio Parque Batlle

En el mes de setiembre se llevó a cabo la inauguración de la primera etapa del nuevo Edificio Parque Batlle que actualmente lo integran: Facultad de Enfermería, Escuela de Parteras y Escuela Universitaria de Tecnología Médica de Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición y Aulario del Área Salud.

Primer Jornada de Educación Interprofesional

La Facultad de Enfermería con el apoyo del Espacio Interdisciplinario de la Udelar, realizó la Primer Jornada de Educación Interprofesional en Salud – Uruguay. La actividad fue desarrollada los días 3 y 4 de diciembre con invitados nacionales y extranjeros, entre ellos el Prof. John Gilbert (Dalhousie University, Canadá), la Prof. Eva Icarán (Universidad Europea de Madrid) y José Rodríguez, Consultor de OPS (Brasil). Se contó con amplia participación de docentes, estudiantes, egresados y público de diversos servicios.