

Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

**COLLEGE
OF NURSING**



Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPERA REGIONAL PARA LAS Américas

**COLLEGE
OF NURSING**



Washington, D.C., 2020

Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal

© Organización Panamericana de la Salud 2020

ISBN: 978-92-75-32218-5

eISBN: 978-92-75-32219-2

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

OPS-HSS/HR-2020

Índice

Autores	vii
Prefacio	xix
Agradecimientos	xxi
Introducción	1
Metodología	7
Resultados	9
PARTE I. FORTALECER LA ADMINISTRACIÓN Y LA GOBERNANZA DE LA SALUD	11
Canadá: Función y alcance de la enfermera y del enfermero de práctica avanzada en la atención primaria y comunitaria en la Columbia Británica.....	13
Colombia: Programa Servicio amigo: atención a jóvenes y adolescentes.....	17
Cuba: Enfermería comunitaria en el cuidado a la persona, la familia y la comunidad.....	19
Honduras: Atención integral a la niñez en las comunidades.....	21
Islas Caimán: El rol de las enfermeras en el Programa de salud escolar.....	23
Montserrat: El alcance de los servicios de enfermería comunitaria.....	26
Santa Lucía: El liderazgo de la enfermería mejora los servicios de salud maternoinfantil.....	29
Trinidad y Tabago: Detección de enfermedades crónicas en las escuelas secundarias del Este de Trinidad.....	32
Uruguay: Modelo de gestión del cuidado y dotación de recursos humanos de enfermería.....	35
Venezuela (República Bolivariana de): Programa de capacitación de enfermeras centinela para la salud materna y neonatal.....	38
PARTE II. ELIMINAR LAS BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL	41
Argentina: Unidad móvil de salud: la salud llega a tu barrio.....	43
Belice: “Salud de los hombres” en Otoxha.....	46



Brasil: Ampliación del acceso a los servicios de una unidad de salud de la familia en Rio Grande do Sul	49
Brasil: Escuadrón anticaídas: seguridad de los ancianos en atención primaria de salud	52
México: Implementación del triaje obstétrico en el Hospital General de Temixco	55
México: Brigada Cuídate	58
PARTE III. CAPACITAR AL NUEVO CUADRO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	61
Brasil: El teatro como metodología activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje	63
Brasil: Programa de entrenamiento multiprofesional en hipertensión y diabetes mellitus	65
Brasil: Clínica Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte y la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi	68
Colombia: Práctica de enfermería en salud pública en comunidades urbanas vulnerables	71
Chile: Escuela para cuidadores de personas mayores	74
Ecuador: Promoción de la donación de sangre en la provincia de Santa Elena	76
Estados Unidos de América: Enfermeros y enfermeras del futuro para un mundo globalizado	79
México: Intervenciones de enfermería comunitaria	81
PARTE IV. PROMOVER LA UTILIZACIÓN E INNOVACIÓN DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS	85
Brasil: Juego Violetas: cine y acción para enfrentar la violencia contra la mujer	87
Brasil: Aplicativo móvil CIPE® para enfrentar la violencia contra los niños	89
El Salvador: Humanización del cuidado	91
México: Promoción de la salud a través de un programa de radio	93
Perú: Información para el seguimiento del tratamiento contra la tuberculosis	95
PARTE V. DESARROLLAR PROGRAMAS CONSIDERANDO LA DIVERSIDAD HUMANA, LA INTERCULTURALIDAD Y LA ETNICIDAD	99
Brasil: La atención primaria de salud en el sistema penitenciario	101
Canadá: Servicios de primera línea a cargo de enfermeros y enfermeras en una zona aislada	103



Estados Unidos de América: Trastornos del sueño y promoción de la salud en grupos minoritarios y vulnerables y en mujeres.....	106
Paraguay: Enfermería en el Chaco paraguayo	108
Perú: Programa Vidas Color Sol.....	110
México: Riesgo del VIH en mujeres trans del área metropolitana de Monterrey	113
San Vicente y las Granadinas: Enfermería y coordinación de actividades para personas con discapacidad.....	115

PARTE VI. GENERAR MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.....119

Argentina: Agua Segura.....	121
Brasil: Empoderamiento social de los miembros de una asociación de materiales reciclables	124
Jamaica: Iniciativas relacionadas con la prevención y el control del cáncer	127
Panamá: Reducción de las muertes maternas y perinatales en la provincia de Bocas del Toro.....	130
República Dominicana: Estrategia para reducir el número de embarazos en adolescentes	132
Conclusiones	135
Epílogo	137
Estados Unidos de América: La enfermería en tiempos de la COVID-19: un relato de dos enfermeros de práctica avanzada desde el frente de la pandemia.....	139
Referencias	143



AUTORES

ARGENTINA

Gerardo Iván Cárdenas

Responsable de Proyecto Enfermero
Jefe de Área Programa del Hospital Plottier Neuquén

Pablo Adrián Grunewald

Enfermero de Atención Primaria de Salud
Municipalidad de Olavarría

Viviana Rosana Schneider

Subdirectora de Atención Primaria de Salud
Municipalidad de Olavarría

BELICE

Herson Blandon

Enfermero licenciado
Isabel Palma Polyclinic II
Distrito Toledo

BRASIL

Adrielen Aparecida Silva Calixto

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto
Universidad de São Paulo
Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Amanda Ruiz

Estudiante del Curso de enfermería y beca
Universidad Franciscana (UFN), Santa Maria, (Rio Grande do Sul)

Ana Rita de Faria

Enfermera
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

Bethânia Haag

Estudiante de maestría
Programa Profesional de Salud Maternoinfantil
Universidad Franciscana (UFN), Santa Maria, (Rio Grande do Sul)



Carla Regina de Souza Teixeira

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto
Universidad de São Paulo

Dáisy Vieira de Araújo

Enfermera
Profesora doctora
Universidad Federal de Rio Grande do Norte

Dirce Stein Backes

Profesora del Curso de Enfermería
Coordinadora del Programa Profesional de Salud Maternoinfantil
Universidad Franciscana (UFN), Santa Maria, (Rio Grande do Sul)

Edna Albuquerque Brito

Enfermera de la Estrategia de Salud de la Familia
Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Elizabeth Akemi Nishio

Enfermera
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

Emiko Yoshikawa Egry

Profesor Titular Emérito
Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo
Profesor visitante en la Escuela Paulista de Enfermería
Universidad Federal de São Paulo

Érica Gomes Pereira

Especialista de Laboratorio
Departamento de Enfermería en Salud Colectiva
Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

Fábia Barbosa de Andrade

Enfermera
Profesora Doctora
Universidad Federal de Rio Grande do Norte

Felipe Costa Soares

Graduado en Enfermería
Centro Universitario de Pará (CESUPA)

Gladstone Rodrigues da Cunha Filho

Secretaria
Asociación Paulista para el Desarrollo Médico

Ivonete Vieira Pereira Peixoto

Enfermera docente
Universidad Federal de Rio de Janeiro



Joceli Mara Magna

Supervisora del área de psicología del
Programa de mejora multiprofesional en hipertensión y diabetes
Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto
Universidad de São Paulo

Karen Namie Sakata So

Especialista de Laboratorio,
Departamento de Enfermería en Salud Colectiva
Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

Lucimara Fabiana Fornari

Estudiante postdoctoral en el Departamento de Enfermería en Salud Colectiva
Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

Maria Raquel Gomes Maia Pires

Profesora adjunta
Departamento de Enfermería
Universidad de Brasilia

Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato

Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Marúcia Fernandes Verçosa

Enfermera docente
Centro Universitario de Pará (CESUPA)

Mylene Gomes da Silva

Residente de Enfermería en Cardiología
Instituto Dante Pazzanese de Cardiología

Nacime Salomão Mansur

Superintendente
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

Enfermera
Consejo Federal de Enfermería

Nubia Cassia Camargo Carvalho

Enfermera
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

Paula Souza

Enfermera docente
Universidad Federal de Pará (UFPA)

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Profesor titular sénior
Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo



Rute Aparecida Casas Garcia

Escuela de Enfermería Ribeirão Preto
Universidad de São Paulo
Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Sandra Cecília de Souza Lima

Enfermera
Consejo Federal de Enfermería

Sharon da Silva Martins

Enfermera de la Estrategia de Salud de la Familia Maringá
Santa María, Río Grande do Sul

Sinval Avelino dos Santos

Escuela de Enfermería Ribeirão Preto
Universidad de São Paulo

Vanessa Ceravolo Gurgel da Silva

Enfermera
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

Vanessa Cristina Bertussi

Enfermera
Asociación Paulista para el Desarrollo de la Medicina

CANADÁ

Carolyn Solomon

Gerente, Secretaría de Política de Enfermería,
Columbia Británica, Ministerio de Salud

Claudette Gagnon

Enfermero
Estación de Enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Christiane Théberge

Enfermero
Estación de enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Danielle Daigle

Presidenta y Directora de la Junta
The Association of Nurses and Nurse Practitioners de la Columbia Británica

David W. Byres

Viceministro Asociado, Liderazgo Clínico
Columbia Británica, Ministerio de Salud



Ernesto Hernandez

Enfermero
Estación de enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Gwyneth McIntosh

Enfermera de práctica avanzada
RICHER Initiative
British Columbia Children's Hospital

Joanne Maclaren

Director Ejecutivo, Secretaría de Política de Enfermería
Columbia Británica, Ministerio de Salud

Maude Poirier

Jefa de Enfermeros
Estación de enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Marika Desjardins

Enfermero
Estación de enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Minna Miller

Enfermera de Práctica Avanzada
Profesora adjunta de la Facultad de Enfermería
Universidad de la Columbia Británica

Natasha Prodan-Bhalla

Enfermera jefe y oficial de práctica avanzada
Columbia Británica, Ministerio de Salud de Canadá

Nicolas Bouffard

Enfermero
Estación de Enfermería de Pakua Shipi
Centro de Salud Pakua Shipi

Tamera Stilwell

Enfermera de Práctica Avanzada
Columbia Británica

COLOMBIA**Ivett Adriana Herrera Zuleta**

Enfermera especialista en Gestión de la Calidad
Magíster en Enfermería Materno-infantil
Docente Universidad de Cauca



Yolanda Vallejo Pazmiño

Líder del Programa de Salud Comunitaria FUCS al parque
Docente de Gestión del Cuidado y de los Servicios de Salud
Coordinadora de Proyección Social de la Facultad de Enfermería
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

CUBA**Adyeren Ruiz Reyes**

Asesora Nacional de Enfermería
Ministerio de Salud Pública
Profesora Instructora
Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería

Anahy Velazquez Aznar

Jefa Nacional de Enfermería
Ministerio de Salud Pública
Profesora Auxiliar
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería

Caridad Dandicourt Thomas

Grupo Nacional de Enfermería
Secretaria de la Sociedad Cubana de Enfermería

Norma Corrales Fernández

Asesora Nacional de Enfermería
Ministerio de Salud Pública
Profesora Auxiliar
Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería

CHILE**Carolina Arias Vivanco**

Magíster en Docencia Universitaria
Docente de Gerontogeriatría
Facultad Enfermería y Obstetricia
Universidad de los Andes

Cecilia Zavala Guzmán

Docente de Gerontogeriatría
Facultad Enfermería y Obstetricia
Universidad de los Andes

Melissa Zimmermann Vildoso

Magíster en Enfermería en Gestión del Cuidado
Docente de Gerontogeriatría
Facultad Enfermería y Obstetricia
Universidad de los Andes



Paula Jaman Mewes

Magíster en Enfermería Clínica
Docente de Gerontogeriatría
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Universidad de los Andes

Pilar Ureta Fernández

Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida
Docente de Gerontogeriatría
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Universidad de los Andes

ECUADOR

Doris Marcela Castillo Tomalá

Docente Tutora de Proyecto
Universidad Estatal Península de Santa Elena

María Dolores Suárez Villao

Directora de Proyecto
Universidad Estatal Península de Santa Elena

Sonia Apolonia Santos Holguín

Docente Tutora de Proyecto
Universidad Estatal Península de Santa Elena

EL SALVADOR

Elba Francisca Menjivar de Vargas

Licenciada en Enfermería y Maestra en Salud Pública
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

María Dinora Alas de Canales

Licenciada en Teología
Auxiliar de Enfermería
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Carol Baldwin

Centro de Innovación en Envejecimiento Saludable y Resiliente
Edson College de Enfermería y de Innovación de Salud
Universidad del Estado de Arizona

Jennifer Dohrn

Profesora Asociada de Enfermería
Facultad de Enfermería de la Universidad de Columbia
Vicedecana de la Oficina del Director para Iniciativas Globales
Directora del Centro Colaborador de la OPS para Enfermería de Práctica Avanzada



Johis Ortega

Decano asociado para iniciativas globales y hemisféricas
Facultad de Enfermería y Estudios de Salud, Universidad de Miami
Director del Centro Colaborador de la OPS/OMS para el desarrollo
de los recursos humanos en la enfermería y para la seguridad del paciente

Juan M. González

Director del programa de maestría para enfermería de la familia
Facultad de Enfermería y Estudios de Salud, Universidad de Miami

Lorely Ambriz

Edson College de Enfermería y de Innovación de Salud
Universidad del Estado de Arizona

Maria Teresa Cerqueira

Edson College de Enfermería y de Innovación de Salud
Universidad del Estado de Arizona

Stuart F. Quan

Profesor
Medicina del Sueño
Facultad de Medicina de Harvard
División de Medicina del Sueño y Cronobiología

HONDURAS**Martha Manley Rodriguez de Carias**

Máster en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Enfermería Maternoinfantil
Universidad de San Carlos

ISLAS CAIMÁN**Carvell Bailey**

Coordinadora del Programa de salud escolar
Autoridad de Servicios de Salud

Hazel Brown

Jefa de Enfermeras de Gobierno
Autoridad de Servicios de Salud

Joanna Rose-Wright

Gerente de Enfermería
Servicios de atención primaria de salud
Autoridad de Servicios de Salud

JAMAICA**Karen Simone Nelson**

Subdirectora de enfermería
Ministerio de Salud y Bienestar



MÉXICO

Alan Eduardo Cayetano Sánchez

Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Impulsor Joven
Instituto de la Juventud de la Ciudad de México
Docente clínico
Universidad Tecnológica de México

Alma Angélica Villa Rueda

Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Baja California

Cipriana Caudillo Cisneros

Secretaria académica
División de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato

Didier Francisco Aké Canul

Maestro en Salud Pública
Profesor de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Yucatán

Dora Julia Onofre Rodríguez

Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León

Luxana Reynaga Ornelas

Profesora
Departamento de Enfermería y Obstetricia
Universidad de Guanajuato

María del Sagrario Vargas Espadas

Licenciada en Trabajo Social
Profesora de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Yucatán

Martha Patricia Dzul Centeno

Licenciada en Enfermería
Profesora de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Yucatán

Osmar Efrén Figueroa Palomino

Licenciado en Enfermería
Departamento de Enfermería
Universidad de Sonora

Russell Izael Trujeque Zavala

Licenciado en Trabajo Social
Profesor de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Yucatán



Sergio Marquez Gamiño

Profesor

Departamento de Ciencias Aplicadas al Trabajo

Universidad de Guanajuato

Sheila Mariela Cohuo Cob

Maestra en Gobierno y Política Pública

Profesora de la Facultad de Enfermería

Universidad Autónoma de Yucatán

Viridiana Mariely Solís Díaz

Enfermera Especialista Perinatal

Universidad Nacional Autónoma de México

MONSERRAT**Alex Ackie**

Enfermero de Salud Pública

Clínica St. Johns

Ministerio de Salud y Servicios Sociales

PANAMÁ**Veyra Beckford Brown**

Enfermera especialista en ginecoobstetricia

Enfermera jefa de la Sala de Maternidad

Hospital Regional Doctor Raúl Dávila Mena

PARAGUAY**María Luisa Castillo de Sánchez**

Enfermera

Funcionaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Mariscal Estigarribia, Boquerón

PERÚ**Ana Rimac Arrieta**

Enfermera del Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores

Red Prestacional Rebagliati - EsSalud

Daniel Urrieta Salazar

Enfermero del Centro de Atención Primaria San Juan de Miraflores

Red Prestacional Rebagliati – EsSalud

Diego Alonso Ubaldo Farro

Graduado en Psicología

Universidad Peruana Cayetano Heredia



Gianina Farro Peña

Coordinadora General del Programa
Vicedecana de la Facultad de Enfermería
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lisbeth Consuelo Albújar Paico

Bachiller de Enfermería
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Patricia Fernández Sánchez

Enfermera de la Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel I y II
Red Prestacional Rebagliati - EsSalud

Renzo Rubén Quezada Echenique

Licenciado de Enfermería
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Ministerio del Interior
Cuartel del Ejército Peruano Rafael Hoyos Rubio

REPÚBLICA DOMINICANA**Gabriela Luz del Alba Castillo Veras**

Doctora en Educación
Enfermera Encargada del Programa de Adolescentes
Hospital Regional Universitario Doctor Luis Manuel Morillo King

SANTA LUCÍA**Kerthney Charlemagne-Surage**

Enfermera jefe de Gobierno
Ministerio de Salud y Bienestar

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**Peggy P. Da Silva**

Enfermera jefe de Gobierno
Ministerio de Salud, Ambiente y Bienestar

TRINIDAD Y TABAGO**Glenda Lynch-George**

Gerente de Enfermería de Atención Primaria de Salud
Autoridad de Salud en la Región Oriental Nariva/Mayaro

URUGUAY**Adriana Corsiglia**

Licenciada en enfermería
Federación de Prestadores Médicos del Interior
Comisión Nacional Asesora de Enfermería



Carmen Camacho

Licenciada en Enfermería y magister en gestión
Banco de Previsión Social
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Luciana Picardo

Licenciada en Enfermería
Universidad de la República
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Pilar González Ortuya

Administración de los Servicios de Salud del Estado
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Ricardo Temer

Licenciado en Enfermería
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Rosana Tessa Giménez

Licenciada en Enfermería y Master en Educación
Universidad Católica del Uruguay
Especialista en Enfermería Maternoinfantil
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Zoraida Fort

Doctora enfermera
Comisión Nacional Asesora de Enfermería

VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)**Elizabeth Delgado Rodríguez**

Licenciada en Enfermería
Maestría en Enfermería Maternoinfantil
Supervisora Regional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Yenny Gómez

Licenciada en Enfermería
Supervisora Regional de la Ruta Materna del
Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Carabobo



Prefacio

La Organización Mundial de la Salud ha declarado el año 2020 **Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y Partería**. Este año también se conmemora el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna.

Los profesionales de enfermería y de partería desempeñan funciones de vital importancia en todos los niveles de la atención de salud. Además son esenciales para transformar los sistemas de atención de salud. A menudo, estos profesionales son los primeros, y a veces los únicos que atienden a las personas. De ahí que la calidad de su evaluación inicial, su atención y su cuidado sea vital. También forman parte de su comunidad local, con la que comparten la cultura, sus puntos fuertes y sus vulnerabilidades. Por tanto, pueden configurar y realizar intervenciones eficaces para responder a las necesidades de los pacientes, las familias y las comunidades.

Sin embargo, es fundamental invertir en estos profesionales. En el año 2016 el informe de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico concluyó que las inversiones en educación y en la creación de empleos decentes en el sector de la salud y en el sector social triplicará su rentabilidad en favor de la salud, la seguridad sanitaria y el crecimiento económico inclusivo mundial.

Para fortalecer la función de los profesionales de enfermería en la Región de las Américas es necesario elaborar e implementar estrategias que incorporen los vínculos estrechos que existen entre la salud, la educación, el trabajo y la comunidad. Además requiere promover la participación de los municipios y de las organizaciones en la regulación de la educación y la práctica de enfermería. También se debe empoderar a los individuos y a las comunidades y fomentar su participación en la formulación de políticas. Por último, estas estrategias deben permitir aumentar el acceso y la utilización de las evidencias científicas para transformar la práctica.

En el 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la *Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas* con el objetivo de fortalecer el rol de los enfermeros y enfermeras mediante distintas intervenciones de la OPS, de otras organizaciones regionales, y de países y socios. La línea de acción 2 de este documento lleva por título “Abordar las condiciones de trabajo y las capacidades de los enfermeros y enfermeras para expandir el acceso y la cobertura con equidad y calidad, en base a un



modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades y el fortalecimiento del primer nivel de atención y de las redes integradas de servicios de salud”. La intervención encaminada por la OPS fue difundir las mejores prácticas colaborativas y modelos de atención de enfermería en la atención primaria de salud (APS).

La presente publicación contiene una selección de las mejores prácticas, estudios de casos, proyectos propuestos e implementados, y nuevas iniciativas enfocadas a la educación y a los servicios de salud encaminados a ofrecer mejores condiciones de salud a la población. Este compendio de las contribuciones de la enfermería a la Región para impulsar la APS, la salud universal y la salud para todos es una de las respuestas de la OPS a las intervenciones necesarias requeridas en la *Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas*.

Esperamos que los ejemplos de acciones de mejores prácticas e intervenciones presentadas sirvan de inspiración a los profesionales de salud de los países de la Región.

A través de esta publicación, la OPS desea agradecer y reconocer la importante contribución de los profesionales de enfermería. Invertir en enfermería es avanzar hacia el acceso universal a la salud y hacia la cobertura universal de salud con un efecto profundo sobre la salud y el bienestar mundial.



Agradecimientos

Silvia Cassiani, Asesora Regional en Enfermería y Técnicos en Salud, ha coordinado esta publicación de la OPS y de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Illinois en Chicago, un centro colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo Internacional de Enfermería en Atención Primaria de Salud.

Deseamos transmitir un agradecimiento especial por sus contribuciones a este documento a Desireé LaGrappe, pasante en el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS durante septiembre del 2019 a febrero del 2020.

Se agradece a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron con sus valiosas narraciones para destacar la contribución de la enfermería a la salud universal.



Introducción

Desde hace más de 40 años se reconoce que la atención primaria de salud (APS) es la piedra angular de un sistema de salud eficaz y con capacidad de respuesta. La Declaración de Alma-Ata de 1978 reafirmó el derecho a acceder al más alto nivel posible de salud, con la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud como valores fundamentales.

La Declaración destaca la necesidad de que existan servicios de salud integrales, no solo curativos, que aborden las necesidades de promoción de la salud, de prevención, de rehabilitación y de tratamiento de afecciones comunes. Un primer nivel de atención fuerte y resolutivo es la base del desarrollo del sistema de salud.

En el 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (1)* que reitera el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad, y promueve el desarrollo de sistemas de salud basados en la APS. La estrategia se esfuerza poniendo en marcha reformas del acceso y la cobertura universal en las Américas a través de:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
- Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

En septiembre del 2017, la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la *Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2)*, con el fin de guiar las políticas nacionales sobre recursos humanos para la salud, ya que la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la relevancia y la competencia de estos recursos son fundamentales para lograr los objetivos del acceso universal y la cobertura



universal de salud, así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (3). Las líneas de acción de la estrategia son:

1. Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.
2. Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.
3. Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

En septiembre del 2018, el 56.º Consejo Directivo de la OPS adoptó el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. El plan tiene por objeto reducir el déficit de aproximadamente 800 000 trabajadores de la salud en la Región y establecer un curso de acción que los países pueden seguir con el fin de asegurar los recursos humanos necesarios para lograr el objetivo de la salud universal para 2030 (4).

La OPS estableció en el año 2019 la Comisión de Alto Nivel “Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, bajo la coordinación de Michelle Bachelet Jeria, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El informe presenta la concepción de la APS como un camino necesario y sostenible para lograr la salud universal como un derecho de todos y refuerza los valores centrales de Alma-Ata: calidad, equidad y justicia social.

En el informe se presentan diez recomendaciones para lograr la salud para todos en la Región de las Américas en el siglo XXI. La octava de ellas es valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS (5). El documento también sugiere acciones para los distintos países, como las siguientes:

- Desarrollar e implementar políticas de recursos humanos que garanticen la disponibilidad y las competencias del personal de salud con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población y de facilitar su participación en los procesos de transformación del sistema de salud.
- Fortalecer los mecanismos para vincular el sector educativo con el sistema de salud a fin de desarrollar políticas para la capacitación de recursos humanos con un enfoque basado en APS.
- Fortalecer la administración de las autoridades de salud para regular las competencias y el perfil de los profesionales de los equipos de salud e integrar las cuestiones de recursos humanos en las políticas que abordan la investigación sobre los sistemas y servicios de salud (5).



En cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel, la directora de la OPS conminó a los países de esta Región a hacer de la APS el eje de los sistemas de salud. Este llamamiento pretendía acelerar el movimiento hacia la salud universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 y estableció el *APS 30-30-30*, un Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal.

El Pacto requiere un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en al menos 30% y aumentar el gasto público en salud hasta un mínimo de 6% del producto interno bruto. De esos recursos, 30% deben invertirse en el primer nivel de atención. De este modo se catalizará la transformación necesaria para lograr la salud universal y los ODS de la Agenda 2030.

La OPS ha apoyado a los países para que establezcan equipos interprofesionales en la APS, así como en la transformación de la educación para la salud y en la creación de capacidad en la planificación estratégica y en la gestión de los recursos humanos para la salud.

Las enfermeras y los enfermeros desempeñan papeles importantes en todos los niveles de atención en salud. Estos incluyen desde la formulación de políticas y la gestión, hasta el rediseño de los sistemas de salud, la coordinación de equipos y la prestación directa de atención a pacientes, familias y comunidades. Sin embargo, en todos los países de la Región la densidad de profesionales de enfermería (que incluye a enfermeras y enfermeros licenciados, a técnicos de enfermería y a asistentes de enfermería) varía ampliamente.

Por ejemplo, Estados Unidos de América cuenta con 111,4 enfermeras por cada 10 000 ciudadanos, mientras que Haití solo dispone de 3,5. En la mitad de los países de la Región el número medio de profesionales de enfermería por cada 10 000 ciudadanos es de 10,4 o inferior. La densidad de enfermeros licenciados en los países de la Región suele ser baja respecto a otras partes del mundo. Este hecho pone en peligro las condiciones y la capacidad de ampliar el acceso, además de la cobertura con equidad y calidad. La distribución de la fuerza laboral total de enfermería entre las subregiones de América Latina y el Caribe también muestra grandes diferencias.

Entre los aspectos necesarios para fortalecer la fuerza laboral de enfermería están reformular los currículos para fomentar un enfoque interprofesional, mejorar el mercado laboral y ofrecer condiciones de trabajo atractivas, desarrollar la capacidad de liderazgo y reconocer a las enfermeras y enfermeros líderes, invertir en la regulación y la acreditación de escuelas de enfermería y promover ambientes de trabajo positivos. La inversión y el empleo de los profesionales y el reconocimiento de todo su potencial pueden mejorar la retención, el reclutamiento y la situación de la profesión en la Región.

En el 2018, la OPS publicó el libro *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud* (6), en el que se destaca que la implementación de nuevas funciones, como la enfermería de práctica avanzada (EPA), permitirá ampliar el alcance de la atención primaria de salud para llegar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad



y de las zonas remotas. Estas enfermeras y enfermeros altamente capacitados, que cuentan con títulos de maestría o de doctorado, podrían realizar tareas avanzadas en APS. También podrían realizar actividades como el diagnóstico y tratamiento médico, todo ello en el marco del modelo de práctica de enfermería (prevención, holístico y centrado en el paciente). Esto contribuiría a una mejor promoción de la salud, a prevenir enfermedades y a reducir la mortalidad. El informe ofreció nueve recomendaciones para ampliar el papel de las enfermeras y enfermeros de práctica avanzada en las Américas, sugiriendo que los gobiernos, las asociaciones profesionales, las escuelas de enfermería, los institutos de salud y otras organizaciones interesadas debatan, implementen y amplíen el papel de estos profesionales de acuerdo con las necesidades y el contexto de cada país.

En el 2019, el documento de la OPS *Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas* (7) propuso tres líneas de acción y ocho objetivos para fortalecer la enfermería en la Región. Dicho fortalecimiento requiere estrategias que incluyan lazos estrechos entre los sectores de la salud, la educación, el trabajo y la comunidad. Asimismo, es necesario promover la participación de los municipios y de las organizaciones sociales en la regulación de la práctica y la educación de enfermería. Y no hay que olvidar el empoderamiento de los individuos y las comunidades, fomentando su participación en la formulación de políticas. Por último, se debe aumentar el acceso y la aplicación de la evidencia científica para transformar la práctica (7).

Las contribuciones de los profesionales de enfermería y de las parteras son esenciales para promover la APS y lograr el acceso y la cobertura universal de salud en la Región. Los profesionales de enfermería pueden desempeñar una función crucial para ampliar el acceso a la APS y en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de enfermería, sin dejar a nadie atrás. El fortalecimiento de la profesión es fundamental para transformar los sistemas de atención de la salud.

Abordar los problemas de la enfermería en la Región es fundamental para lograr el objetivo del acceso y la cobertura de salud universal, así como el ODS 3.4: “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (3)”.

El fortalecimiento de las políticas públicas y de gestión, aumentando el número y la calificación de los enfermeros licenciados, mejorando su reglamentación y educación y ampliando el mercado laboral y su rol profesional, puede tener un impacto positivo en el desempeño de los sistemas de salud y en la vida de las personas, la familia y la comunidad (8-12).

Ampliar y regular el papel de la enfermera licenciada en la APS contribuirá a mejorar el acceso a la atención médica en áreas con una oferta limitada de médicos. Además, maximizará el acceso de las personas mayores y los pacientes con enfermedades crónicas y problemas de salud mental. La mayor responsabilidad y autonomía de los profesionales de enfermería en la APS conducirá al mejor acceso, a una atención de calidad en áreas vulnerables, en particular de las que cuentan con un número limitado de médicos. Sin la participación de la



enfermería, considerando el tamaño relativo de la fuerza laboral dentro de los sistemas de salud, será sencillamente imposible lograr el acceso y la cobertura universal de salud, así como otros mandatos globales.

El presente documento se ha dividido en seis partes que ponen de manifiesto las contribuciones de la enfermería en las siguientes esferas:

1. Fortalecer la administración y gobernanza de la salud.
2. Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
3. Capacitar al nuevo cuadro de profesionales de enfermería.
4. Promover la utilización e innovación de los recursos tecnológicos.
5. Desarrollar programas considerando la diversidad humana, interculturalidad y etnicidad.
6. Generar mecanismos de participación social.

En ellas se presentan y se resumen los proyectos, las actividades, las historias y los casos recibidos de los países de la Región que ilustran el papel de las enfermeras y de las parteras en el avance del acceso y la cobertura universal de salud, además de su rica contribución a los sistemas de salud, las universidades, las prisiones, a nivel comunitario y gubernamental, y en las escuelas en los países de las Américas.

El objetivo del presente material es difundir las mejores prácticas en el campo de la innovación, el liderazgo, la investigación, las políticas y la educación en enfermería, así como comprender cómo los profesionales de enfermería favorecen el avance de los sistemas y servicios de salud hacia el logro del acceso universal a la salud, la cobertura universal de salud y los ODS, en colaboración con otros profesionales de la salud.

Es importante tener en cuenta que esta selección de 41 estudios de caso tiene por objeto proporcionar una visión introductoria de las perspectivas y contribuciones de la enfermería y la partería para avanzar en el acceso universal a la salud y en la cobertura universal de salud.



Metodología

En el 2016, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Illinois, un Centro Colaborador de la OPS/OMS, comenzó a recopilar materiales relacionados con este proyecto. Sin embargo, en ese momento se decidió no publicar los resultados porque los casos de estudio presentados procedían únicamente de Estados Unidos de América y, por tanto, no eran representativos de la Región de las Américas en su totalidad.

En el año 2019, la OPS incorporó el proyecto a una coproducción con la Universidad de Illinois en Chicago. La OPS envió una plantilla a las oficinas en los países, las asociaciones de enfermería, los jefes y jefas de enfermería y las redes sociales de la Región de las Américas solicitando casos, historias y actividades de los profesionales de enfermería relacionados con la APS en los que se incluyera información sobre los objetivos del servicio, el proyecto o programa descrito en el estudio de caso, el tipo de trabajo involucrado, los resultados y la población atendida.

Cada estudio de caso se analizó con el fin de identificar sus temas clave, las principales necesidades de las poblaciones atendidas y en qué medida el programa cumplía los criterios establecidos para la APS (cuadro 1). Dos expertos de la OPS realizaron un análisis inicial y evaluaron cada presentación según los siguientes criterios:

- Relevancia para el tema de la publicación.
- Calidad del contenido.
- Calidad de la escritura.
- Innovación para la práctica de enfermería en la Región.

Las definiciones y los parámetros del proceso de revisión se proporcionan a continuación. Los estudios de casos recibieron una puntuación y fueron incluidos o excluidos por consenso entre los revisores. Se aceptaron los estudios correspondientes a las puntuaciones más altas y, en caso de desacuerdo, se mantuvieron para una segunda revisión. De los 98 estudios de caso revisados inicialmente, se eliminaron 41 y se seleccionaron 57.



Tras un segundo análisis, se seleccionaron los casos, estudios o historias que muestran las perspectivas y la contribución de los profesionales de enfermería en las seis esferas mencionadas en el apartado anterior.

Cuadro 1. Criterios de selección de las historias

	Alta	Media	Baja
Relevancia para el tema de publicación	La presentación es relevante para el tema de publicación, es decir, aborda la APS (“La atención primaria de salud es un enfoque estratégico para desarrollar, organizar y financiar sistemas y servicios de salud que sean equitativos, sostenibles y centrados en las personas, las familias y las comunidades. El enfoque de atención primaria de salud implica a toda la sociedad, un compromiso en el que el derecho a la salud se expresa plenamente y exige aumentar la capacidad del primer nivel de atención dentro de las redes integradas de servicios, la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y la participación social”) y utiliza las palabras clave perspectivas, contribución de enfermeras o APS.	El envío es relevante para el tema de la publicación, pero no aborda todos los aspectos de la APS, como la equidad, un enfoque centrado en las personas o el aumento de la capacidad del primer nivel de atención.	El envío no es relevante para el tema de publicación.
Calidad del contenido	El propósito o los objetivos y el problema de salud están claros. La presentación tiene implicaciones para la enfermería y la partería, la práctica de la enfermería, la investigación, la educación, el liderazgo o la política, así como impacto en la salud pública.	El propósito o los objetivos y el problema de salud son algo claros o implícitos. La presentación tiene implicaciones algo claras o implícitas para enfermería y partería, práctica de la enfermería, la investigación, la educación, el liderazgo o la política, e impacto en la salud pública.	El propósito y el problema de salud no están claros. Las implicaciones de la presentación para la enfermería y la partería, la práctica de enfermería, la investigación, la educación, el liderazgo y la política, y el impacto en la salud pública no están claras.
Calidad de la escritura	El estilo de escritura es coherente y comunica con eficacia la historia de los autores. No contiene errores gramaticales ni ortográficos.	El estilo de escritura comunica con eficacia y coherencia la historia de los autores. Contiene algunos errores gramaticales y ortográficos.	El estilo de escritura no es coherente ni comunica con coherencia y eficacia la historia del autor o contiene múltiples errores gramaticales y ortográficos.
Novedad (Innovación)	Presenta un trabajo novedoso o innovador y original sobre el papel de los profesionales de enfermería o su expansión en el contexto del país.	Presenta un trabajo original pero no discute perspectivas novedosas o innovadoras sobre la enfermería dentro del contexto del país.	No presenta trabajos originales, nuevos o novedosos.



Resultados

La OPS recibió más de 400 historias de toda la Región escritas en español, inglés y portugués. Tras aplicar los criterios establecidos se seleccionaron 41 de ellas (cuadro 2).

Cuadro 2. Relación de historias seleccionadas para su publicación según las seis esferas de contribución

Parte	Historias	Español	Inglés	Portugués	Total
I	Fortalecer la administración y la gobernanza de la salud	5	5	0	10
II	Eliminar las barreras de acceso a la salud universal	3	1	2	6
III	Capacitar al nuevo cuadro de profesionales de enfermería	4	1	3	8
IV	Promover la utilización e innovación de los recursos tecnológicos	3	0	2	5
V	Desarrollar programas considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad	3	3	1	7
VI	Generar mecanismos de participación social	3	1	1	5
	TOTAL	21	11	9	41



PARTE I

FORTALECER LA ADMINISTRACIÓN Y LA GOBERNANZA DE LA SALUD



Función y alcance de la enfermera y del enfermero de práctica avanzada en la atención primaria y comunitaria en la Columbia Británica

*David W. Byres, Natasha Prodan-Bhalla,
Joanne Maclaren, Carolyn Solomon,
Minna Miller, Danielle Daigle,
Tamera Stilwell, Gwyneth McIntosh*

Canadá

En la Columbia Británica viven 5,1 millones de personas. Es la tercera provincia más poblada de Canadá después de Ontario y Quebec. La mayor parte del territorio (95%) es no urbano y casi todos los núcleos de población son pequeños, están dispersos y tienen un número de habitantes variable.

En el 2017 se estableció en la provincia la Secretaría de Políticas de Enfermería con el objetivo de facilitar la colaboración entre el ministerio de Salud, las autoridades sanitarias, las escuelas profesionales, y otros asociados en temas como el alcance de la práctica y las políticas prioritarias para los profesionales de enfermería (enfermeras registradas, técnicos de enfermería, enfermeras de práctica avanzada y enfermeras psiquiátricas) de todos los niveles en toda la provincia. En enero del 2018 se publicó el informe *Nursing Policy Secretariat: Priority Recommendations*, que contiene 50 recomendaciones prioritarias sobre 13 áreas temáticas para proporcionar orientación estratégica al Ministerio de Salud y los asociados del sistema. El fin del informe era optimizar la práctica de la enfermería, atender mejor a los pacientes y cumplir las metas del sistema de salud en general.

En el 2018 la Secretaría de Políticas de Enfermería estableció la Red Provincial de Enfermería, formada por representantes de todas las autoridades sanitarias y por grupos de asociados clave. El objetivo era prestar asesoramiento

Para mejorar el acceso a la atención primaria, el Ministerio de Salud ha aumentado el financiamiento destinado a la formación de profesionales de enfermería de práctica avanzada.



sobre la práctica de la profesión, la educación, la reglamentación, la normativa y la investigación, así como ayudar a cumplir las 50 recomendaciones prioritarias de la Secretaría.

Además se estableció una estructura de gobernanza paralela, la Red Asesora para Enfermeras de Práctica Avanzada, con la misión de promover las recomendaciones de la Secretaría relacionadas con las enfermeras de práctica avanzada y su integración en todo el sistema. A continuación se describen tres iniciativas clave de la Secretaría relacionadas con el fomento del acceso universal a la atención primaria:

1. Mejorar el acceso a los equipos en la atención primaria:

El Ministerio de Salud ha elaborado una política estratégica para facilitar la implementación de los equipos en la atención primaria en la Columbia Británica. Se basa en la premisa de que la prestación eficaz de servicios de salud en la provincia requiere que los profesionales de distintas disciplinas colaboren y se coordinen. También se formulan definiciones y directrices para establecer equipos interprofesionales de salud eficaces.

Para mejorar el acceso a la atención primaria, el Ministerio ha aumentado el financiamiento destinado a la formación de profesionales de enfermería de práctica avanzada. Se ha creado un nuevo modelo para su remuneración en estos entornos para que puedan prestar servicios longitudinales de atención primaria y trabajar en su ámbito de práctica óptimo con un contrato independiente.

Además, en tres lugares de la provincia se ha puesto en marcha un modelo innovador de atención basada en un equipo interprofesional, como por ejemplo, las Clínicas de enfermeras de prácticas avanzadas que cuentan con un trabajador de salud mental, una enfermera de práctica avanzada, una partera y un médico general. Se prevé que estos consultorios o clínicas reducirán significativamente la brecha al acceso a la atención durante los próximos tres años.

2. Enseñanza de la enfermería y modelo de transición:

El Ministerio y el Consejo de Planificación de la Enseñanza de la Enfermería elaborarán, aplicarán y evaluarán un modelo innovador para la licenciatura en Enfermería y la transición a programas de prácticas. El objetivo es preparar mejor a los profesionales recién titulados y ayudar a contener el aumento de los costos de la atención de salud asociados al desgaste y a la alta tasa de rotación del personal. El modelo también abordará la escasez de profesores y creará una capacidad e infraestructura eficaz para cumplir el compromiso del Gobierno de mejorar y fortalecer los servicios de salud, incluidas la atención primaria y la comunitaria. El nuevo modelo abarcará los siguientes aspectos:

- a. *Trayectos de aprendizaje*: los estudiantes de licenciatura en enfermería inician un trayecto de aprendizaje en su prácticum final que armoniza el área de práctica que les interesa con las posibilidades de empleo regular después de la graduación y las necesidades relativas al personal del sistema de salud.



- b.** *Programa provincial de apoyo a la transición:* todos los profesionales recién titulados serán contratados y recibirán apoyo después de la graduación como parte de la transición provincial a un programa de prácticas. Dicho programa apoya a los recién titulados desde el final del prácticum del pregrado hasta 12 meses después de la contratación.
- c.** *Funciones híbridas de los educadores:* se establecerán nuevas funciones que abarcarán los sectores académicos y de práctica, combinadas con el apoyo de docentes mentores para ayudar a los profesores y a los educadores clínicos a aplicar eficazmente el modelo y a abordar la escasez de docentes.



Dos autoridades sanitarias ya han hecho un estudio demostrativo preliminar de la eficacia de los programas de transición. En las áreas de práctica donde se han ejecutado han logrado una tasa de recambio inferior a 5%.

3. Enfermeras de práctica avanzada mejoran el acceso a la atención primaria en la Columbia Británica.

En Canadá hay enfermeras de práctica avanzada desde la década de 1960. En el 2005 se graduaron en la provincia los primeros profesionales con título de maestría. La autorización legal para el alcance de su práctica deriva del Reglamento de Enfermería (profesionales registrados) y Enfermeras de Práctica Avanzada de la Ley de Profesiones de la Salud. La Escuela de Profesionales de Enfermería de la Columbia Británica (BCCNP, por sus siglas en inglés) ha establecido el alcance de la práctica de las enfermeras de práctica avanzada con las normas, los límites y las condiciones necesarios.

Con objeto de facilitar la integración de las enfermeras de práctica avanzada en el sistema de atención de salud de la Columbia Británica, el Ministerio de Salud ha financiado puestos en toda la provincia. Este personal trabaja de manera autónoma, sin supervisión de médicos y en entornos diversos. Mejoran el acceso a los servicios de atención de salud al contribuir a un sistema que responde a las necesidades de los habitantes de la provincia. Prestan atención primaria integral, que abarca la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el diagnóstico y el manejo de enfermedades, la prescripción de medicamentos, la solicitud y la interpretación de pruebas de laboratorio y de diagnóstico, y la remisión de casos a especialistas y otros profesionales de la salud. La enfermera de práctica avanzada atiende en servicios de cuidados primarios, agudos y paliativos situados en zonas rurales, remotas y urbanas.



Hay más de 603 enfermeros de práctica avanzada en la Columbia Británica, de los que 60% prestan servicios de atención primaria, en su mayoría en servicios comunitarios. Treinta por ciento prestan servicios especializados a los grupos más vulnerables, como mujeres y niños marginados, nuevos inmigrantes y refugiados, personas sin hogar, con VIH o hepatitis C, así como personas con enfermedades mentales o adicciones. Estos profesionales están mejorando verdaderamente el acceso de estos grupos vulnerables a la atención en muchos entornos subatendidos.



Programa Servicio amigo: atención a jóvenes y adolescentes

Ivett Adriana Herrera Zuleta

Colombia

El programa *Servicio amigo* nació en el 2008 en la comuna 6, en el Centro Universitario de Salud Alfonso López en Popayán, la capital del departamento del Cauca. Consiste en una propuesta del Ministerio de Salud de Colombia dedicada a la atención a jóvenes y adolescentes para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, todos los tipos de violencia, además de promover los derechos sexuales y reproductivos y el sexo seguro.

A pesar de que ha transcurrido una década desde su puesta en funcionamiento, sigue siendo un programa valioso. Las actividades que se realizan no solo incluyen a la comuna 6, sino también sus alrededores. La atención que se presta a las instituciones educativas y a las universidades públicas y privadas del municipio de Popayán ha reducido el porcentaje de madres adolescentes de 20% en el 2016 a 16% en el 2018, según datos de los entes territoriales.

El proyecto macro cuenta con los siguientes servicios a la comunidad adolescente:

- 1. Programa de educación para la salud sexual y reproductiva.** Se ofrece en alianza con instituciones educativas, fundaciones y universidades. Se han concluido cuatro cohortes del programa que han convertido a más de 500 jóvenes y adolescentes en multiplicadores de saberes entre pares tras recibir 20 horas de capacitación. Desarrollan el programa profesores y estudiantes universitarios del programa de enfermería de la Universidad del Cauca y conciencia a jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva.

La atención a jóvenes y adolescentes del municipio de Popayán ha reducido el porcentaje de madres adolescentes de 20% en el 2016 a 16% en el 2018.



2. **Servicio amigo cuenta con profesionales de enfermería que prestan una atención integral.** Ofrecen consejería en salud sexual y reproductiva, que incluye una consulta de inicio y controles de seguimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos. Estos servicios gratuitos, accesibles y amigables han tenido una gran acogida entre la comunidad. Los jóvenes y adolescentes realizan consultas y solicitan consejos sobre su salud sexual y reproductiva, cuándo empezar a usar métodos anticonceptivos, el seguimiento y los controles. Gracias a este servicio los jóvenes han podido acceder a toma de muestras para detección de enfermedades de transmisión sexual y a la toma de citología cervicouterina con gran aceptación entre ellos, que acuden voluntariamente.

De esta manera se observa cómo la APS ha generado una gran acogida entre jóvenes y adolescentes para la promoción de la salud sexual y reproductiva.



Fotografías: © Ivett Adriana Herrera Zuleta



Enfermería comunitaria en el cuidado a la persona, la familia y la comunidad

Anahy Velazquez Aznar, Caridad Dandicourt Thomas,
Norma Corrales Fernández, Adyeren Ruiz Reyes

Cuba

La oportunidad de las personas para acceder al sistema de salud sin barreras geográficas, culturales, organizacionales y económicas en Cuba garantiza un servicio de salud seguro, personalizado, de alta calidad científica y a un costo sostenible. La APS es una política de Estado, y el eje y escenario esencial de la transformación continua del Sistema Nacional de Salud.

El Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia tiene como objetivo principal garantizar la atención integral de las necesidades de salud de cada comunidad, además de incrementar su participación y la de todos los sectores. Pone al médico y a la enfermera en contacto directo con las personas, las familias y la comunidad.

Un aspecto que distingue al cuidado en la comunidad en Cuba es el ámbito de actuación: el hogar, la escuela, el centro laboral y la propia comunidad.

Esto ha determinado la participación de la población en la solución de sus problemas de salud, así como los cambios positivos en el estado de salud de la población y el logro de los indicadores sanitarios. Con el fin de mejorar el desempeño profesional, en el año 2004 se instaura la especialidad de enfermería comunitaria en el país bajo un sistema de residencia.

Estos profesionales están capacitados para cumplir funciones complejas y, amparados en la Regulación de la Práctica de Enfermería (Resolución 396), pueden aplicar de forma más independiente su capacidad de juicio. El grado de habilidad alcanzado les permite tomar decisiones, compartir responsabilidades y combinar sus funciones con los demás miembros del equipo de salud.

Según datos estadísticos, en el primer nivel de atención a la salud del país se desempeñan 1746 especialistas de enfermería, 37 246 licenciados en Enfermería y 11 134 técnicos de enfer-





mería. Esto representa 58% del personal de enfermería, que se distribuye en zonas urbanas, semiurbanas y rurales.

Las funciones asociadas al cuidado en la comunidad son diversas y autónomas. Estas parten del análisis de la situación de salud, un proceso continuo y dinámico concebido para evaluar el estado de salud de la comunidad y trabajar en pos de su mejora mediante la promoción del diagnóstico precoz de la enfermedad, su tratamiento oportuno y el control de su evolución posterior.

Las actividades que realizan los profesionales incluyen la atención domiciliaria a personas y familias, la evaluación de la salud familiar y la colaboración con la familia con el fin de prestar cuidados integrales a la salud. Aplican las técnicas y protocolos de enfermería, y participan en el proceso de dispensarización que les permite planificar actividades individuales y colectivas. Realizan vigilancia activa para identificar oportunamente los problemas de salud, y coordinan y llevan a cabo la vacunación de la población según el esquema de inmunización vigente.

Asimismo, prestan cuidados a niños sanos de entre 2 y 19 años y aplican diferentes técnicas de medicina natural y tradicional. Durante el primer semestre del 2019 el equipo básico de salud en salud materno-infantil, enfermedades no transmisibles y transmisibles, y para grupos de riesgo realizó un total de 3 951 725 seguimientos de enfermería, 369 295 más que en el mismo período del año anterior.

La función docente la desarrolla a través de la formación de sus propios profesionales, colaboran en la formación de otros a través de la educación en el trabajo y capacitan a personas, familias, otros grupos y a la comunidad sobre los distintos aspectos de la salud. Los profesionales que prestan sus servicios en la comunidad reciben educación continua y pertinente para responder a sus expectativas y a la realidad de la comunidad, lo que aumenta su capacidad para adaptarse a la dinámica social.

Un aspecto que distingue al cuidado en la comunidad en Cuba es el ámbito de actuación (el hogar, la escuela, el centro laboral y la propia comunidad). Se hace partícipe a toda la comunidad y se les da la oportunidad de desarrollar acciones de salud de amplio alcance y de llegar a un mayor número de población en el menor tiempo posible.



Fotografías: © Anahy Velazquez Aznar et al.



Atención integral a la niñez en las comunidades

Martha Manley Rodríguez de Carias

Honduras

La municipalidad de San Marcos de Sierra está constituida por 4 aldeas y 34 caseríos. Su población aproximada es de 10 714 habitantes y, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en el 2010 tenía 1500 viviendas. Sus pobladores se dedican a cultivar maíz, frijoles y frutales, y también a criar ganado.

Es una comunidad lenca del departamento de Intibucá cuyo principal problema de salud es la desnutrición, que afecta sobre todo a la población infantil (87%). Esta tasa de desnutrición tan elevada es consecuencia de la pobreza en la que vive la población, a la calidad deficiente de los suelos y a la falta de agua. En el 2001, la mortalidad infantil fue muy elevada. Antes del primer año murieron 90 niños por 1000 nacidos vivos y antes de cumplir 5 años, 60 niños por cada 1000 nacidos vivos.

Las agencias hicieron hincapié en el problema de la desnutrición, pero la ciudadanía identificó como problema principal la falta de suministro de agua.

Para trazar los objetivos y recomendaciones posibles para renovar los servicios de salud en la década de los setenta se propuso y se implementó una red integrada de enfermería del Instituto de Seguridad Social, la Universidad Autónoma de Honduras, las escuelas para auxiliares de enfermería, los sindicatos, junto con epidemiólogas e investigadoras.

Se organizó un grupo de enfermeras con decisión a nivel regional y local que trabajó con la enfermera de nivel central. Se desarrolló un trabajo multidisciplinario con el aporte de los jefes regionales y de área que integraron los equipos de base. Los promotores de salud, junto con el médico de área, los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales fueron pilares fundamentales en la puesta en marcha del proceso de APS.

En el 2010 se organizaron alianzas entre sectores, con los alcaldes, las organizaciones no gubernamentales locales y la secretaría de educación, entre otros.





Causó sorpresa el análisis de situación, que se realizó en un trabajo conjunto con los tomadores de decisión de la alcaldía, con la ciudadanía y con los cooperantes. En oposición al planteamiento técnico de las agencias, que hacían hincapié en el problema central de la desnutrición, la ciudadanía creía que el problema principal era el agua. Explicaban que sin agua era imposible dar de comer a la familia, y en especial a los niños y a las niñas, por la falta de producción de alimentos y unas condiciones de higiene que debían mejorar. Ni siquiera existía la opción de comer verduras esenciales para la vida.

A partir de ahí se suscitaron las grandes preguntas. ¿Qué hacer con un municipio con necesidades de dotación de agua y producción de alimentos esenciales para la vida y con pocos recursos para superar el problema? ¿Hasta dónde llegaba el compromiso propositivo, la intencionalidad de la municipalidad y la comunidad?

En el proceso de negociación se organizó una mesa para la toma de decisiones con los líderes de la municipalidad, las organizaciones cooperantes, la comunidad y especialmente las mujeres organizadas. A partir de ahí se tomó la decisión de plantear el problema a la dirección departamental de agua con sede en Comayagua.

Finalizado el estudio de factibilidad se inició la movilización social y de las instituciones de servicio público, entre ellos el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados. Se organizaron en pequeños grupos de trabajo y se continuaron los esfuerzos anteriores de la población. Al mismo tiempo se trabajó en barrios y colonias en los que la participación comunitaria fue un determinante clave para finalizar cada proyecto planificado.



El esfuerzo concluyó con una gran celebración para inaugurar la dotación de agua en algunos barrios y comunidades del municipio de acuerdo con el proceso planificado. Paralelamente, se formularon y se realizaron varios talleres y jornadas educativas para el empoderamiento de los líderes y lideresas de la comunidad, en temas como gobernanza, políticas públicas, participación social, uso de la tierra y técnicas modernas de agricultura, entre otros.

El rol de las enfermeras en el programa de salud escolar

Hazel Brown, Joanna Rose-Wright, Carvell Bailey

Islas Caimán

Las Islas Caimán tienen 65 813 habitantes, de los que 36 705 son oriundos del territorio. El Programa de Salud Escolar atiende en la actualidad a 9106 alumnos de 46 escuelas públicas y privadas, de preescolares a estudiantes de educación secundaria.

Se trata de un programa de enfermería establecido en 1987 de manera conjunta por el Departamento de Salud Pública, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación con la meta de optimizar la capacidad de cada niño para aprender. Con ese fin se detectan a una edad temprana los problemas de salud que afectan el aprendizaje. Luego se formulan recomendaciones, se remiten casos, se promueve la salud y se previenen enfermedades para reducir al mínimo el tiempo de clase que pierden los niños para recibir atención de salud. El programa aplica varias medidas para lograr estos resultados, como:

- Detectar defectos del oído y la vista.
- Realizar exámenes físicos periódicos para detectar precozmente problemas de salud que afectan el aprendizaje.
- Administrar vacunas para reducir al mínimo el riesgo de enfermedades transmisibles prevenibles.
- Prestar atención de salud de fácil acceso para atender enfermedades leves.
- Remitir casos a organismos apropiados para problemas sospechados o detectados.
- Prestar respuesta rápida a las crisis sanitarias en las escuelas.
- Educar para promover la salud y prevenir enfermedades.

Todos los estudiantes que entran por primera vez en la escuela deben someterse a un examen médico obligatorio. Se hacen la historia clínica personal y familiar, pruebas de audición y visión, un examen físico, y se administran las vacunas requeridas. Durante cada mes de julio y agosto se hacen exámenes médicos de entre 700 a 750 niños de 4 a 6 años.



Las exploraciones médicas posteriores incluyen un examen complementario de la vista para todos los estudiantes si está indicado, el índice de masa corporal y exámenes de la audición y la visión para los alumnos de 10 a 12 años antes de iniciar la escuela secundaria.

Por medio del Programa se ofrecen a los estudiantes la vacuna triple vírica, la vacuna contra el tétanos, la difteria, la tos ferina y la polio (DPT/VPI), la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina acelular (Tdap) y la vacuna contra la hepatitis B, la varicela y el virus del papiloma humano. Para administrar estas vacunas en la escuela es necesario el consentimiento escrito de los padres. También se ofrece la vacuna antigripal al personal y a los familiares de los alumnos.

El Programa de Salud Escolar de las Islas Caimán ofrece también los servicios de un dietista que orienta sobre las opciones alimentarias saludables en clases de educación para la salud y que, junto con el Ministerio de Educación, asesora a las escuelas públicas y privadas sobre políticas y menús escolares. Los servicios de salud dental los proporcionan responsables de servicios dentales (auxiliares e higienistas dentales) a tiempo parcial de las escuelas y los distritos.

Las enfermeras escolares ofrecen educación para la salud tanto individual como en el aula. En las clases se tratan numerosos temas pertinentes para la salud, el crecimiento y el desarrollo, como la infección por el VIH/sida, la nutrición, la genética, la higiene, el crecimiento y el desarrollo, enfermedades transmisibles, seguridad y planificación familiar. Además, se ofrece educación para la salud para madres adolescentes como parte de un programa sobre el embarazo en la adolescencia.

El programa promueve mejoras en la salud sexual y reproductiva, la reducción de la obesidad, la actividad física, el autocuidado de jóvenes con enfermedades crónicas como el asma o la diabetes, el abandono del tabaquismo y la prevención y el manejo de enfermedades infecciosas mediante la vacunación.

Los profesionales de enfermería también atienden en la escuela a los alumnos durante los eventos deportivos y a los que necesitan vendajes sencillos, y evalúan y tratan los trastornos médicos y las lesiones que presenten. Si el alumno necesita más atención, se lo remite a los padres, al médico de la familia o a servicios de ambulancia.

El Programa elimina los obstáculos para acceder a la atención, como la falta de medios de transporte, y las ubicaciones y los sistemas de turnos inadecuados, y reduce al mínimo el tiempo que los alumnos pasan fuera de clase para recibir atención.

Los servicios son gratuitos para todos los estudiantes. Eso ayuda a reducir las disparidades de salud entre las familias y permite que los niños y adolescentes de familias subatendidas, de bajos ingresos y de alto riesgo tengan acceso a atención básica de salud. Asimismo, reduce la carga para los hospitales y las clínicas.



El programa promueve mejoras en la salud sexual y reproductiva, la reducción de la obesidad, la actividad física, el autocuidado de jóvenes con enfermedades crónicas como el asma o la diabetes, el abandono del tabaquismo y la prevención y el manejo de enfermedades infecciosas mediante la vacunación. Ha demostrado su eficacia en la reducción de ciertas infecciones. Los enfermeros del Programa de Salud Escolar de las Islas Caimán proporcionan atención primaria de salud a los estudiantes y sus familiares, aumentan el acceso, reducen los costos y mejoran los resultados en materia de salud en sus comunidades.



Fotografías: © Hazel Brown et al.

El alcance de los servicios de enfermería comunitaria

Alex Ackie

Montserrat

La meta de la enfermería comunitaria en la isla de Montserrat es elaborar, establecer y mantener normas de enfermería con el enfoque de atención primaria de salud (APS) para que las personas, las familias y la comunidad reciban una atención de buena calidad. A continuación se describen las iniciativas de salud del niño, de salud de la comunidad y de bienestar en el lugar de trabajo.

1. Salud del niño

El Ministerio de Salud y Servicios Sociales ha examinado y actualizado los servicios de salud del niño para que todos ellos reciban una atención de buena calidad. Los servicios que se prestan incluyen la vacunación completa para proteger contra enfermedades de la niñez que pueden causar la muerte, exámenes para detectar de forma temprana los trastornos nutricionales, físicos, psicosociales y neurológicos de todos los niños, desde el nacimiento hasta que terminan la escuela, así como la remisión de casos cuando corresponda. Los profesionales de enfermería también realizan las siguientes tareas:

- Consultorios semanales para prevenir la obesidad en la niñez en todos los centros de salud, además de demostraciones sobre cómo preparar alimentos saludables con los padres, utilizando verduras y frutas de producción local.
- Cobertura de vacunación del cien por ciento.

Las enfermeras y los enfermeros de distrito están aumentando el acceso de los empleados a la atención primaria y reduciendo las barreras a la atención impuestas por las ausencias en el trabajo remunerado.



- Exámenes de detección de problemas del crecimiento y el desarrollo en niños de 0 a 5 años:
 - Consultorios semanales para niños en todos los centros de salud.
 - Colaboración en las visitas trimestrales a guarderías y preescolares para hacer inspecciones rápidas.
- Participación en actividades de educación para la salud utilizando todos los medios disponibles, entre ellos los programas de radio *Esta semana con las enfermeras*, *Mejore su salud mental* y *Conversando sobre la salud* para promover la salud y el bienestar.
- Visitas a domicilio para dar seguimiento a clientes de alto riesgo o que han abandonado el tratamiento.
- Participación en el Programa Anual de Salud Escolar, que incluye un examen físico, pruebas de laboratorio, examen dental, control de la visión y de la audición y examen de salud mental para todos los niños de 4,5 a 5, 11 a 12 y 14,5 a 15 años.
- Colaboración en la inspección rápida de escuelas primarias y determinación del índice de masa corporal de los niños de 8 y 9 años. Esta medida cubre un vacío en los exámenes de detección de este grupo, ya que después de los 5 años no se les vuelve a examinar hasta que tienen entre 11 y 12 años y participan en el Programa Anual de Salud Escolar. También le da el Ministerio la oportunidad de dar seguimiento a los niños examinados a los 5 años como parte del Programa Anual de Salud Escolar.



2. Salud comunitaria

En el 2018 el Ministerio de Salud y Servicios Sociales decidió proporcionar más apoyo a la salud comunitaria capacitando a un primer grupo de seis auxiliares de salud comunitaria. El Departamento de Enfermería y la Cruz Roja de Montserrat fueron responsables de ofrecer el programa.

En el currículum se destacaron las aptitudes para la promoción de la salud y las visitas domiciliarias orientadas a dar seguimiento a las personas que abandonan el tratamiento y determinar qué personas de la comunidad necesitan servicios de enfermería.

Los auxiliares de salud comunitaria también completaron un programa básico de sostén de funciones vitales para poder participar en la mejora de las actividades en los centros de salud y la comunidad. Son un gran apoyo para los enfermeros, ya que también identifican a las personas que abandonan el tratamiento y hacen visitas de seguimiento a domicilio.



3. Bienestar en el lugar de trabajo

El programa de bienestar en el lugar de trabajo se inició con las visitas de los profesionales de enfermería licenciados a los lugares de trabajo para detectar problemas de hipertensión, diabetes y obesidad. El programa se ha ampliado desde su inicio y ahora incluye la detección de la depresión, tarea en la que colabora el equipo de salud mental (enfermera psiquiátrica y un psicólogo).

El programa ha permitido a las enfermeras y enfermeros hacer el seguimiento del progreso de los clientes con cada examen consecutivo, lo que les permite ver la mejora con el paso del tiempo. Los empleadores están satisfechos con el programa y reciben muy bien al equipo de atención primaria de salud que visita sus lugares de trabajo para realizar estos exámenes. También se sienten agradecidos por los beneficios del programa, entre los cuales cabe señalar:

- Reducción del ausentismo por enfermedad.
- Mayor satisfacción del equipo de trabajo.
- Aumento de la productividad.
- Mejor estado de ánimo y lealtad de los empleados.
- Disminución del tiempo de trabajo perdido por el personal.

Las enfermeras y los enfermeros de distrito están aumentando el acceso de los empleados a la atención primaria y reduciendo las barreras a la atención impuestas por las ausencias en el trabajo remunerado. La detección y el control de afecciones crónicas, como la hipertensión y la diabetes, conducirán a mejores resultados en salud y a una fuerza laboral más saludable.



Fotografías: © Alex Ackie



El liderazgo de la enfermería mejora los servicios de salud maternoinfantil

Kerthney Charlemagne-Surage

Santa Lucía

Santa Lucía es una isla pequeña con una extensión de 43 kilómetros de largo y 22 de ancho. Se encuentra en el punto medio de la cadena de islas del Caribe oriental, entre Martinica y San Vicente, al norte de Barbados. Tiene alrededor de 170 000 habitantes, 35 centros de bienestar y atención primaria de salud, 2 hospitales nacionales y 1 psiquiátrico.

La salud universal sigue siendo una gran prioridad para el Ministerio de Salud. Una de las principales estrategias para alcanzarla es fortalecer de forma continua la atención primaria. Una de las áreas de particular interés en el 2019 fue la salud materna, infantil y de los adolescentes.

A pesar del progreso de los años, la mortalidad neonatal y en los menores de 5 años sigue siendo alta: 11,6% y 15,8% por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. Otros importantes retos son los siguientes:

1. Mantener una cobertura de 95% con todas las vacunas y antígenos, en particular en el grupo de los mayores de 1 año.
2. Superar las dificultades para gestionar los datos sobre la salud infantil, porque en gran medida se introducen manualmente. Esto implica que no siempre puede hacerse de manera oportuna y que las probabilidades de error son mayores.
3. Estandarización de las prácticas entre la atención primaria y la atención secundaria.

El equipo de enfermería de atención primaria elaboró un plan de trabajo ambicioso para abordar estos problemas con un enfoque de seis pilares y se formó un comité para ejecutarlo.

El equipo de enfermería de atención primaria elaboró un plan de trabajo ambicioso para abordar los problemas de salud maternoinfantil y se formó un comité para ejecutarlo.



El supervisor de enfermería encabezó el comité, que estaba integrado solo por enfermeras y enfermeras parteras. Este equipo dirigió las actividades que se describen a continuación, cuya finalidad era mejorar los resultados de salud materno-infantil en el ámbito de la atención primaria y asegurar el acceso universal a la salud:



- **Revisión del Manual de salud materno-infantil:** se inició en el 2018 y la dirigió una enfermera con función de consultora del proyecto. Para la revisión se consultó a los interesados, entre ellos obstetras, pediatras, enfermeras, parteras, dentistas, educadores especializados en salud, nutricionistas y otros. El resultado es un manual que ahora incluye la salud preconcepcional y de los adolescentes, además de la salud prenatal, del parto y posnatal. Antes de la publicación del manual se llevó a cabo un programa nacional dirigido por enfermeras comunitarias, para capacitar a obstetras, pediatras y parteras sobre su uso y contenido. El manual se ha convertido en un instrumento nacional estandarizado para la atención en la comunidad y en el hospital, que cierra la brecha entre la atención primaria y la secundaria.
- **Revisión del registro de salud infantil:** el registro consistía en una hoja de doble cara donde se anotaban las vacunas recibidas. Tras la revisión se ha convertido en una libreta más completa que además de un registro de vacunación, contiene gráficos del crecimiento, evaluaciones e información sobre la salud para los progenitores.
- **Campaña de concientización de la comunidad sobre la vacunación:** en una comunidad con cobertura baja se puso en marcha una campaña de alcance nacional para informar sobre las actividades de vacunación. En la ceremonia inaugural hubo discursos y expresiones de apoyo de asociados clave del gobierno, seguidos de una feria de vacunación con el lema: “Todos a vacunarse” y actividades como la verificación de tarjetas de vacunación.
- **Extensión comunitaria de la promoción de la salud para mejorar la cobertura de vacunación:** se reclutó a ocho enfermeras para acelerar la respuesta. Recibieron capacitación sobre políticas, procedimientos y técnicas de vacunación, y colaboraron con el Ministerio de Educación realizando talleres para informar, educar, enseñar y difundir información sobre las vacunas.
- **Aumento de la conciencia del papel de los educadores en la salud pública:** los profesionales de enfermería se reunieron con funcionarios de los Ministerios de Educación y de Salud para discutir sobre las necesidades de la primera infancia (evaluación del desarrollo, vacunación, nutrición etc.).

- **Educación de directores y otros educadores:** se los informó acerca de las vacunas, las enfermedades, el plan de vacunación y la ley que exige una vacunación completa de los niños antes de que inicien la escuela.
- **Mejora de la vigilancia de la vacunación:** aplicación de la ley y vigilancia del cumplimiento del requisito de mantener copias del registro de vacunación.
- **Distribución de carteles con el plan de vacunación en las escuelas:** educación pública dirigida a todos los cuidadores por medios de comunicación apropiados y eficaces, como videos en las salas de espera de los consultorios, interacción presencial en todos los contactos, programas de televisión, redes sociales dirigidas a las madres más jóvenes y a las primerizas, volantes, folletos y anuncios de interés público.
- **Mejora de los sistemas y la prestación de servicios:** realizada mediante la sensibilización del personal de salud para poner de relieve la educación de las personas sobre las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las reacciones adversas y la asistencia a las citas para la vacunación.
- **Fortalecimiento y mantenimiento de los servicios de salud escolar:** con el fin de mejorar el acceso y de detectar qué personas no siguen el tratamiento o no se vacunan.
- **Mejora de los sistemas de seguimiento de los pacientes:** en la fecha en que deben vacunarse y seguimiento de los que abandonan.

Al entrar en el 2020, el Departamento de Atención Primaria de Salud espera ver numerosos avances con este extenso plan de trabajo. Se prevé una gran mejora de la uniformidad y la calidad de la atención, así como del acceso a una amplia gama de servicios de salud materno-infantil. Este enfoque de varios pilares aprovecha la pericia de los profesionales de enfermería en una variedad de entornos y esferas de interés para alcanzar la meta digna de salvar vidas y crear comunidades más saludables.

Fotografías: © Kerthey Charlemagne-Surage



Detección de enfermedades crónicas en las escuelas secundarias del este de Trinidad ---

Glenda Lynch-George

Trinidad y Tabago

En Trinidad y Tabago, los servicios de salud infantil son un componente central de la atención primaria que ofrece el Ministerio de Salud. Se prestan desde el nacimiento hasta los 5 años. Después, la atención se ofrece en la escuela primaria en el caso de los niños que ingresan a los 5 años. A los que terminan a los 11 o 12 años se los atiende al concluir el ciclo habitual de 5 años.

La visitadora de salud del distrito facilita estos servicios como una extensión de sus funciones básicas, aunque sobre una base limitada, sobre todo en las escuelas primarias. Los servicios en las escuelas secundarias, en cambio, se basan en programas vinculados a eventos bajo la dirección del Ministerio de Salud.

A fin de proporcionar servicios de salud más completos a la población infantil, en el 2006 se inició el Programa de detección de enfermedades crónicas y prevención en la escuela secundaria en el Distrito Sanitario de la Región Oriental, 1 de los 5 distritos sanitarios regionales de Trinidad y Tabago, que se encarga de la atención de salud de alrededor de 120 000 habitantes.

El programa, cuya coordinación está a cargo de una visitadora de salud del distrito y enfermera escolar calificada, lo facilita un equipo interdisciplinario formado por enfermeros y enfermeras, auxiliares de enfermería, encargados de los exámenes de detección en las escuelas y personal de los departamentos de Educación Sanitaria, Nutrición y Servicios Administrativos. Su objetivo es promover la prevención primaria de enfermedades no transmisibles fomentando que se adopten y mantengan modos de vida saludables. Para ello se educa y se empodera a los estudiantes, los docentes y los cuidadores.

El programa tiene varios componentes, como la educación en salud. Antes y después de una evaluación se informa a los estudiantes sobre las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y los modos de vida saludables. Se toma la presión arterial, se realizan pruebas aleatorias de glucemia y colesterol, y se determina el índice de masa corporal. También se hacen entrevistas, se remiten casos y se les da seguimiento. El instrumento para recopilar



los datos permite recabar información sobre la historia clínica personal y familiar, los hábitos alimentarios y el modo de vida.

Según la tarjeta de salud del 2011 para Trinidad y Tabago, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe indicó que, durante el período 2009-2010, el porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad en las escuelas primarias y secundarias fue de 23% y 25%, respectivamente. Según un estudio realizado por el Instituto de Educación, Investigación y Prevención de la Diabetes (DERPI) en el 2009, que analizó la glucosa en orina de 67 000 estudiantes de 5 a 17 años, por cada 100 000 niños había 10 con diabetes de tipo 2 y 19 con intolerancia a la glucosa.

Reconociendo la importancia de este programa de prevención escolar, el coordinador de visitantes de salud de distrito y enfermeras escolares calificadas consultó con los directivos de enfermería para desarrollar la capacidad del programa. Posteriormente, con la colaboración de todos los interesados (profesionales de enfermería, educación sanitaria, nutrición y apoyo) se hizo una evaluación exhaustiva del programa y se elaboró un plan para avanzar.

Un mandato del Ministerio de Salud emanado del *Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2017-2021* impulsó la adopción de un enfoque más estructurado para la iniciativa de salud escolar. En consecuencia, se formuló un plan de acción para las escuelas primarias y secundarias que el Ministerio de Educación ha respaldado plenamente.

El programa tiene varias características encaminadas a influir en los cuatro factores de riesgo principales de las enfermedades no transmisibles: 1) la inactividad física, 2) la alimentación poco saludable, 3) el consumo de tabaco y 4) el consumo de alcohol, junto con un componente de salud mental. El Ministerio de Educación aprobó la ejecución del programa para un período de tres años (2017-2020).

De los 1117 estudiantes de educación primaria examinados en el 2018, 27 fueron remitidos a un dietista; 24, a un odontólogo; 12, a un médico; y 2, a un oftalmólogo. De los 906 estudiantes de 14 escuelas secundarias examinados, 159 fueron remitidos a especialistas: 131 a un dietista, 24 a un asistente social médico, 14 a un odontólogo y 9 a un oftalmólogo.

Además de la detección de enfermedades crónicas, la unidad escolar también facilitó ferias de carreras escolares, actividades de extensión comunitaria y una sesión para estudiantes sobre modos de vida saludables.

En colaboración con el Ministerio de Salud se puso en marcha *TTMoves*, un bazar de salud para escuelas primarias que incluye actividades como la redacción de

El Programa de detección de enfermedades crónicas y prevención es un modelo eficaz que puede ampliarse para atender las necesidades de salud de toda la población.



ensayos sobre opciones saludables y un concurso de carteles sobre frutas de producción local. Participaron 215 estudiantes de dos escuelas. El objetivo del evento era educar y sensibilizar a estudiantes y docentes sobre la importancia de elegir opciones saludables, beber mucha agua y hacer ejercicio a diario, además de mostrarles la forma en que todos esos hábitos actúan al unísono en una vida saludable y equilibrada.

El programa de detección de enfermedades crónicas y prevención en la escuela secundaria es solo una faceta del modelo de salud escolar integral y coordinado adoptado por los enfermeros de salud escolar junto con un equipo de atención multidisciplinario.

Con la inminente puesta en marcha de la política nacional de salud escolar se podrá ampliar el programa para facilitar servicios escolares más integrados. El programa ha aprovechado los conocimientos y las aptitudes de los profesionales de enfermería para encabezar equipos interprofesionales a fin de responder a las necesidades de atención primaria de salud de los escolares de su zona. Es un modelo eficaz que puede ampliarse para atender las necesidades de salud de toda la población.



Modelo de gestión del cuidado y dotación de recursos humanos de enfermería

Rosana Tessa Giménez, Zoraida Fort, Luciana Picardo, Pilar González Ortuya, Adriana Corsiglia, Ricardo Temer, Carmen Camacho

Uruguay

En Uruguay, la atención a la salud maternoinfantil y perinatal se ha desarrollado como prioridad estratégica desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el 2007 (Ley 18.211), en el camino de la conquista de la salud como un derecho y un bien público.

En esta línea, durante los últimos años la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE), que asesora al Ministerio de Salud, se ha propuesto trabajar con el objetivo de desarrollar un modelo consensuado para gestionar la enfermería en las maternidades del país. El propósito es establecer los estándares de dotación de recursos humanos de enfermería necesarios para brindar un cuidado seguro y de calidad. Este cuidado debe basarse en la mejor evidencia y las mejores prácticas clínicas, y son primordiales el trabajo en equipo y la complementación de los servicios con el fin de lograr el ejercicio universal del derecho a la salud.

La dotación de recursos humanos de enfermería es un nudo crítico en el modelo de atención. El déficit de enfermeras y enfermeros y su desigual distribución en el país (más de 60% desempeñan sus funciones en la capital) hace que sea más difícil planificar y establecer un modelo de cuidado.

Para cumplir con este objetivo, hubo que realizar un diagnóstico de situación de las maternidades del país, en el que participaron todos los actores de este proceso. Se elaboró un plan de acción que consistió, en primer lugar, en formar un equipo de expertos y expertas en enfermería que guiaron e impulsaron este proyecto.

Se celebraron cuatro talleres que sirvieron para delinear un modelo de cuidados consensuado y un estimativo de la dotación de recursos humanos de enfermería necesaria.



A partir de ahí se realizó una búsqueda y una revisión bibliográfica. Se elaboró un instrumento para evaluar buenas prácticas de humanización en la atención maternoinfantil. Se contemplaron los conceptos de protección de los derechos de la madre, de quien acaba de nacer y de sus acompañantes; el papel del acompañante como apoyo de la mujer que pare; el ingreso en el hospital; y la promoción del contacto físico, la vinculación madre-recién nacido y la lactancia materna.



Una vez elaborado el instrumento base se realizaron talleres consultivos regionales en los que participaron miembros de los equipos de enfermería de maternidades públicas y privadas del país. Los criterios de inclusión fueron geográficos y de funcionamiento. Entre otros temas se evaluó el instrumento presentado por el equipo coordinador y en algunos casos se presentaron propuestas de mejora.

Se realizaron un total de cuatro talleres, según los criterios geográficos establecidos con anterioridad. En cada uno de ellos participaron auxiliares y licenciados y licenciadas en enfermería, que en primer lugar hicieron la presentación del modelo de cuidado aplicado en el servicio en el cual trabajan. Tras la presentación se reunieron en subgrupos para analizar y reflexionar sobre el instrumento aportado por los referentes del grupo coordinador. El objetivo era delinear un modelo de cuidados consensuado y un estimativo de la dotación necesaria de recursos humanos de enfermería. Por último, en un plenario se validaron las propuestas y los acuerdos alcanzados.

Entre los resultados obtenidos destaca la participación de enfermeras y enfermeros de instituciones públicas y privadas. Entre los cuatro talleres se reunió a más de 100 profesionales de enfermería que ejercen en el área maternoinfantil (primer y segundo nivel de atención) y que representan a más de 20 instituciones del país.

En términos generales, en los talleres se constató un alto grado de consenso en cuanto al cumplimiento de la mayor parte de los indicadores que se presentaron en el instrumento elaborado por los coordinadores y que fue sometido a la consideración de los participantes. De los 180 indicadores que allí aparecían relacionados con la atención humanizada de la embarazada, el parto, el recién nacido y la familia, más de la mitad (104) más de 70% de los participantes estuvo de acuerdo en que son prácticas que “siempre se realizan”.

También se identificaron debilidades en cuanto a la formación, la dotación, la profesionalización y las condiciones laborales, que se repitieron en todos los talleres.

En relación con los recursos humanos, se destacó la necesidad de incrementar el número de enfermeros y mejorar su capacitación. Se hizo especial énfasis en las técnicas de comunicación, los cambios de actitud y la empatía. Se consideró necesario lograr un modelo de atención que fortalezca el trabajo en equipo, así como elaborar protocolos clínicos o guías de buenas prácticas que mejoren la prestación de los cuidados.

Un elemento significativo para el equipo que realizó este trabajo fue constatar la participación y el entusiasmo de la enfermería por mejorar y ofrecer un cuidado seguro y oportuno.



Fotografías: © Rosana Tessa Giménez

Programa de capacitación de enfermeras centinela para la salud materna y neonatal

Elizabeth Delgado Rodríguez, Yenny Gómez

República Bolivariana de Venezuela

Esta propuesta nace hace 13 años bajo el proyecto guía del Ministerio del Poder Popular para la Salud en septiembre del 2006 (Proyecto Madre). Dicho proyecto contemplaba dos ámbitos de acción: 1) las comunidades y 2) las redes, con las enfermeras centinelas en los principales hospitales con maternidades.

La enfermera centinela es una estrategia tomada por el Estado de Carabobo a través del programa de salud sexual y reproductiva y la Dirección Regional de Enfermería-Insalud. Su objetivo es permitir la notificación de la mortalidad materna y neonatal de manera oportuna, recolectar información para la acción. Otras finalidades son realizar actividades de prevención que fortalezcan la calidad y calidez de la atención que se brinda a la madre y al niño, integrando a la pareja, a la familia y a la comunidad en los centros de salud que atienden a la gestante. Su visión es contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal. Actualmente se ha integrado en el Plan Regional Ruta Materna.

La enfermera o enfermero centinela es el profesional de enfermería que ha recibido capacitación para fortalecer el cuidado humano durante el embarazo, el parto y el puerperio proporcionado a la madre, el hijo o la hija e incluso a la pareja y al entorno familiar. De esta forma se contribuye a:

- Reducir la morbimortalidad maternoinfantil.
- Ser la voz de alerta ante cualquier evento mediante el sistema de vigilancia no convencional.
- Estar presente en eventos o factores de riesgo que amenacen la salud de la madre o de su hijo.
- Ejecutar en forma oportuna acciones basadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Abordar oportunamente las complicaciones para evitar las demoras.
- Manejar las infecciones intrahospitalarias.



Misión, visión y objetivos del proyecto

Misión: mejorar la calidad y la calidez de la atención que se brinda a la madre y al niño en los centros de salud, maternidades, hospitales, ambulatorios y centros de salud.

Visión: reducir la morbilidad materna y neonatal a través de captación precoz y del cuidado humanizado a nivel de la red ambulatoria, hospitalaria y comunal.

Objetivo general: contribuir a la atención integral y al cuidado humanizado del binomio madre-hijo desde la etapa preconcepcional. Se utilizarán estrategias de detección temprana de factores de riesgo que afectan a la salud y la calidad de vida del niño y la madre, a través de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, en el ámbito comunitario-hospitalario que permitan disminuir la mortalidad maternoinfantil.

Objetivos específicos

1. Verificar el cumplimiento de la norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva en los tres niveles de atención.
2. Contribuir a reducir los factores de riesgo de la morbilidad maternoinfantil, evidenciado en la vigilancia de la captación precoz en el control prenatal, sustentado en exámenes de laboratorio y evaluaciones por especialistas en forma oportuna para evitar las demoras.
3. Capacitar y sensibilizar al personal de salud, a la familia y a la comunidad sobre la importancia del cuidado humano en la disminución de la morbilidad maternoinfantil, causas, consecuencia e impacto en el ámbito social.

Funciones: administrativas, asistenciales, docentes y de investigación.

Actividades que hay que realizar: verificar el cumplimiento de las normas de atención en salud sexual y reproductiva en las salas de parto, partos, puerperios, consultas prenatales, de atención a los adolescentes, consulta posnatal, planificación familiar, seguimiento y control de los casos de alto riesgo obstétrico como de las maternas graves, análisis de la morbilidad, promoción de la salud educando a las pacientes, usuarias, familia y comunidad, registros de las actividades cumplidas.

La enfermera centinela es el profesional de enfermería que ha recibido capacitación para fortalecer el cuidado humano durante el embarazo, el parto y el puerperio proporcionado a la madre, el hijo o la hija e incluso a la pareja y al entorno familiar.



Logros de las enfermeras centinelas

1. Participar en el análisis de las estadísticas y de las estrategias en las reuniones de la Ruta Materna para disminuir la morbilidad materna y neonatal.
2. Realizar un anteproyecto para el diplomado y la especialidad de enfermería centinela.
3. Participar en la creación de escuelas maternofetales con el objetivo de promover el parto natural y humanizado en los centros de salud y en las comunidades logrando la integración de la pareja y familia.
4. Organizar y participar en jornadas de prevención de embarazos no deseados y en adolescentes como promoción de la consulta de planificación familiar que funciona en los centros de salud.
5. Participar en las visitas domiciliarias y en la autopsia verbal de casos maternos de alto riesgo obstétrico o muertes maternas.
6. Formación de siete cohortes centinelas.
7. Participar en capacitaciones comunitarias en pro de la salud materna y del recién nacido como la prevención del embarazo en adolescentes.
8. Participar en las reuniones del comité de análisis de la morbilidad materna para apoyar las estrategias acordadas.



Fotografía: © Elizabeth Delgado Rodríguez

PARTE II

ELIMINAR LAS BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL



Unidad móvil de salud: la salud llega a tu barrio

Viviana Rosana Schneider, Pablo Adrián Grunewald

Argentina

Las actividades del programa están dirigidas, en primer lugar, a una población de 21 987 habitantes de una zona rural y de 11 localidades aledañas a la ciudad de Olavarría (20% de la población del partido) y, en segundo lugar, a los pobladores de 54 barrios de la zona urbana.

El programa se denomina Unidad Móvil de Salud: la salud llega a tu barrio. Se crea para garantizar la accesibilidad de la población del partido de Olavarría al sistema de salud. El programa cuenta con una unidad móvil de traslado (UMdS-combi) que acerca al equipo de salud de enfermeras y enfermeros que desarrollan tanto acciones de atención directa como actividades de campo de exploración territorial para valorar las necesidades específicas de cada población. El equipo también está formado por médicos, obstetras, psicólogos, promotores de salud, conductores, personal de limpieza y mantenimiento, y un coordinador del operativo.

La semana antes de llegar al territorio, la persona responsable de coordinar el equipo (a cargo de la subdirección de enfermería de APS) realiza los contactos necesarios con los referentes territoriales para conocer las necesidades locales, establecer las condiciones operativas y articular el trabajo con las autoridades locales. También se encarga de gestionar las compras de materiales, equipos, insumos y la contratación de reparaciones que superen la capacidad resolutoria del personal de mantenimiento de la UMdS. El primer día, al principio del operativo comunica a todo el equipo la caracterización del territorio, informa de los principales problemas, presenta las propuestas de

El programa cuenta con una unidad móvil de traslado que permite a los profesionales de enfermería prestar acciones de atención directa y realizar actividades de campo para valorar las necesidades de la población.



intervención, distribuye los recursos humanos disponibles y se determinan en conjunto las tareas que desarrollará cada miembro del equipo. También organiza la reunión de cierre del trabajo diario.

Se planifica una visita semanal, designando de antemano la localidad o barrio en el que se desarrollarán las acciones. Luego se define la composición de los grupos de trabajo considerando las necesidades concretas de cada lugar. Las actividades se realizan los sábados de 8 a 12 horas, y se da prioridad a la prestación de atención a la población en general. En el caso de que el o la profesional considere necesaria una intervención urgente o que requiera seguimiento, orienta y remite al sujeto de atención en cuanto a profesionales, lugares de atención y contactos necesarios para llevar a cabo la atención o el seguimiento necesarios. En caso de existir un exceso de demanda, se prioriza la atención a los niños y a las niñas.

Además de ser parte del operativo de atención cuando la UMdS llega al lugar y de valorar las necesidades de la población, el personal de enfermería y los promotores de salud contactan con las organizaciones de barrio para convocarlas a participar en los talleres y para que funcionen como órganos de difusión de la visita de la UMdS.

Los talleres se desarrollan generalmente en comedores de barrio, escuelas e instalaciones de sociedades civiles en los que abordan problemáticas múltiples vinculadas a la salud de la población como la promoción del derecho a la salud, la importancia del juego para el desarrollo saludable en la niñez, los derechos de los migrantes, la reutilización y el reciclado de residuos, las huertas saludables, los primeros auxilios, la higiene y la salud bucodental, la actividad física, la prevención de accidentes domésticos, la salud sexual y reproductiva, la procreación responsable y el uso de métodos anticonceptivos.

Los profesionales de enfermería de la UMdS realizan las siguientes prestaciones:

- Seguimiento y control de signos vitales.
- Vacunación (revisión de libretas sanitarias y libreta del adulto).
- Peso, talla e índice de masa corporal.
- Control de adulto.
- Control de embarazadas.
- Control de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial (control de glucemia con tiras reactivas a pacientes con diabetes).
- Talleres de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.
- Salud de la mujer y prevención del cáncer cervicouterino.
- Acceso a la asignación universal por hijo.



- Educación sobre la importancia de la lactancia materna.
- Prevención de VIH/sida, de las violencias desde la perspectiva de género, de la diarrea y la deshidratación y de la bronquiolitis —infecciones respiratorias agudas—.
- Confección de material didáctico y de material para difusión (volantes, afiches, trípticos, etc.).
- Orientación sobre el sistema de salud local y programas nacionales, provinciales y municipales.
- Registro de las actividades realizadas, tanto escrito como fotográfico.
- Diseño y administración de encuestas y entrevistas dirigidas a la comunidad con el fin de conocer sus necesidades.



Fotografías: © Viviana Rosana Schneider

Belice

El proyecto Salud de los hombres es una intervención comunitaria de educación y detección de enfermedades iniciada en junio del 2019. Su objetivo es mejorar la salud a largo plazo en Otoxha y otras comunidades de Toledo (Belice), donde persisten los resultados adversos de problemas de salud prevenibles.

Las sesiones de Otoxha fueron las primeras de un ciclo organizado por los Servicios de Salud del Distrito de Toledo por medio del proveedor de atención primaria de San Antonio en colaboración con el concejo de la comuna y la escuela primaria de Otoxha.

En vista de las normas culturales de las comunidades seleccionadas y como el equipo contaba con un enfermero que estaba interesado en apoyar las intervenciones comunitarias, el equipo decidió llevar a cabo el proyecto “Salud de los hombres”. El enfermero fue designado facilitador principal y se convirtió en “el rostro” de la intervención.

Las reuniones con hombres de la comunidad disiparon algunas de sus creencias e ideas negativas acerca de la salud y los servicios de salud.

El educador distrital de salud movilizó a los interesados del pueblo (como el alcalde, el director de la escuela y el agente sanitario de la comunidad) y sirvió de enlace con ellos para terminar de organizar las sesiones, fijar las fechas e impulsar a la comunidad a participar. Los líderes comunales tenían mucha influencia y lograron convencer a la mayoría de los hombres de que participaran en la primera sesión, lo cual es, en sí muy importante en vista de los temas abordados.

El proyecto creó una gran oportunidad al empoderar a las comunidades mediante la concientización y el conocimiento, que son esenciales para el cambio de comportamiento. Otoxha es uno de los pueblos más remotos del distrito de Toledo y también de Belice. Tradicionalmente, los hombres de Otoxha tienen más influencia y toman la mayoría de las decisiones relacionadas con el acceso a los servicios de salud y su aceptación entre las comunidades destinatarias. Aunque hay programas de promoción de la salud para mujeres y niñas, los hombres no acuden



a los servicios ni han participado en actividades de extensión. Distintos resultados en materia de salud que se buscan dependen de las decisiones de los hombres. Por ello, se decidió iniciar un programa de extensión para hombres y darle prioridad en el 2019 y el 2020.

Con esta serie de intervenciones se procura concientizar, educar, promover los servicios de atención de salud y hacer hincapié en métodos de planificación familiar. El equipo decidió que era necesario adaptar la estrategia de intervención para llegar a un público masculino, porque los hombres de estas comunidades son los principales encargados de tomar decisiones con respecto a las necesidades de planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres. Además, la planificación familiar no es un tema sobre el que los hombres hablen abiertamente en estas comunidades.

Con ese fin, el equipo organizó una serie de sesiones de bienestar en las cuales se integró la planificación familiar con otros temas y se destacó la importancia de que cada persona asuma la responsabilidad por su propia salud y bienestar con el lema “Mejor prevenir que curar”.

La intervención en Otoxa consistió en cuatro sesiones interactivas en las que se trataron cinco temas:

1. Salud de los hombres, con sus principales causas de muerte.
2. Planificación familiar.
3. Enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por el VIH/sida.
4. Enfermedades transmitidas por vectores, en este caso el dengue.
5. Salud del niño, cubriendo el crecimiento, la nutrición y la estimulación.



El equipo de salud encabezado por el enfermero viajó a Otoxha y se reunió con un promedio de 28 participantes en cada una de las cuatro sesiones, un número considerable en relación con el total de la población masculina de la comunidad. Los participantes tenían distintas edades, desde adolescentes hasta mayores de 60 años. Un resultado importante de la intervención fue que los participantes aceptaron someterse a pruebas de detección, incluso para el VIH, en el lugar donde se realizaron las sesiones. Fue la primera vez que eso ocurrió en Otoxha y en muchas comunidades del sur de Belice.

Los miembros de comunidad hicieron comentarios positivos sobre el equipo de salud y dijeron que en las sesiones se trataron muchas preguntas directas y abiertas que tenían, incluso acerca de las infecciones de transmisión sexual.

Desde muchos puntos de vista, la experiencia disipó algunas creencias e ideas negativas acerca de la salud y los servicios de salud que tenía la comunidad. Al comprender los valores culturales y las necesidades de sus comunidades, el personal de enfermería puede empoderar a los miembros de la comunidad para que asuman la responsabilidad por su propia salud con el fin de obtener mejores resultados en materia de salud a lo largo de toda la vida.



Fotografías: © Herson Blandon



Ampliación del acceso a los servicios de una unidad de salud de la Familia en Rio Grande do Sul

Sharon da Silva Martins

Brasil

La Estrategia de Salud Familiar Maringá se implementó en la ciudad de Santa Maria, Rio Grande do Sul hace 15 años en una zona de gran vulnerabilidad social. Las primeras residencias se construyeron como parte de un programa de vivienda popular del Gobierno. Gracias al programa llegaron al territorio familias de diferentes partes del municipio. Una parte importante de esta población vivía de trabajos informales, entre ellos la recogida y el reciclaje de basura.

Con el tiempo, el número de familias que viven en la región ha aumentado considerablemente. A pesar de que las familias han podido acceder a viviendas, a la escuela y a los servicios de salud, muchas de ellas no tienen acceso a una red de alcantarillado, a suministro de agua y a electricidad en sus hogares. Algunas casas están fabricadas con material reutilizado, las calles no están pavimentadas y muchas de ellas no existe servicio de recogida de basura. El transporte público también es insuficiente para atender las necesidades de la población en esa ubicación, que está alejada del centro de la ciudad.

Por otro lado, se ha observado un aumento considerable del empleo formal, un hecho que es positivo porque los ingresos de las familias mejoran, pero negativo para el acceso a la atención de salud.

Todas las unidades básicas de salud del municipio operaban con un horario comercial, es decir, ocho horas al día, de lunes a viernes. Algunas actividades se llevaban a cabo los fines de semana, como campañas de vacunación y acciones concretas, como por ejemplo

Todas las unidades básicas de salud del municipio operaban solo durante el horario comercial. Cuando se amplió el horario a los sábados, acudieron personas que antes solo podían asistir a la unidad en vacaciones.



acciones para fomentar la salud de la mujer. Sin embargo, estas actividades eran ocasionales y, en general, estaban dirigidas a la prevención y la promoción de la salud, excluyendo acciones curativas y el monitoreo de condiciones crónicas.

Tras escuchar a los usuarios y los informes de los agentes de salud comunitaria, la enfermera de la unidad propuso al equipo ampliar el servicio a horas alternativas, en un intento de tener en cuenta a las personas que trabajaban durante la semana. Hubo unanimidad sobre la percepción de que, a pesar de que se proporcionaba una licencia o certificado de asistencia, muchos trabajadores seguían sin acudir al servicio de salud por temor a que la ausencia en el trabajo se descontara de sus salarios, a perder la canasta básica de alimentos o incluso el empleo.



La propuesta se debatió y se formuló. Luego se solicitó la liberación de la administración municipal para implementar el horario alternativo, y se presentó un horario y una propuesta para compensar la carga de trabajo de los empleados. A partir del 2018, la Unidad de Salud Maringá comenzó a abrir sus puertas un sábado por mes, con horario completo. La fecha en que se abriría los sábados se comunicó antes a la comunidad, para que los usuarios pudieran solicitar atención y con el objetivo de compensar la carga de trabajo de los profesionales.

Ahora la unidad abre el sábado y cierra el lunes siguiente, según lo acordado con el secretario de municipio de salud. Se ofrecen recepción, procedimientos de enfermería, vacunación, recolección de material para realizar exámenes cito patológicos, consultas prenatales, cuidado infantil, consultas médicas, pruebas rápidas de embarazo y para infecciones de transmisión sexual. También se organizan actividades educativas, círculos de conversación y visitas a domicilio.

Se prioriza la atención a las personas que trabajan durante la semana, aunque se atiende a todos los que acuden a la unidad. Los agentes de salud comunitaria programan las citas médicas y de enfermería con los trabajadores o sus familias en persona o por teléfono durante el tiempo libre. Si quedan horas de atención libres se ofrecen a la población general. El resto de los servicios pueden realizarse por solicitud espontánea, incluida la recepción con referencia para consulta, siempre que sea necesario.

Durante los dos años de existencia del proyecto se realizaron alrededor de 2200 procedimientos los sábados. Sin embargo, mucho más importante que el número de visitas fue atender a personas que antes solo podían asistir a la unidad de salud en vacaciones. Hubo

informes de mujeres que llevaban años sin un examen cito patológico o una mamografía, de pacientes hipertensos y diabéticos sin seguimiento, de niños con un calendario de vacunación retrasado porque sus madres no podían llevarlos a la unidad durante el horario habitual de apertura. Algunas personas nunca habían ido al centro de salud.

Aunque los resultados son prometedores y apuntan a la continuidad del servicio los sábados, se detectó una debilidad del proyecto. Algunos usuarios tienen ocupaciones que les impiden acceder a los servicios de salud incluso durante los fines de semana. Personas que trabajaban en el comercio, en supermercados o en salones de belleza informaron de que no podían acudir a las citas en sábado porque en sus lugares de trabajo hay una gran demanda ese día. A partir de esa información, el servicio sistemático se extendió durante la semana.

La oferta de servicio nocturno es similar a la que se presta el sábado, también con un horario anterior. Ya se han extendido dos turnos para la vacunación, durante los que se aplicaron 148 dosis de vacunas. La evaluación de esta iniciativa ha sido tan positiva que la administración municipal envió un documento a los otros equipos en el municipio sugiriendo la expansión de las horas de servicio.



Fotografías: © Sharon da Silva Martins



Escuadrón anticaídas: seguridad de los ancianos en atención primaria de salud

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista,
Edna Albuquerque Brito, Sandra Cecília de Souza Lima

Brasil

La Unidad Básica de Salud Dr. Antônio Benício Freire da Silva (UBS de Poty Velho, Teresina) se encuentra en un territorio con predominio de ancianos. Esto condujo al desarrollo y la implementación de un proyecto para prevenir las caídas en las personas mayores al que se llamó *Caída de fruta madura solamente*. Los tres equipos de la Estrategia de Salud Familiar atienden a 943 personas mayores. En abril del 2015, durante un período de lluvias torrenciales en el municipio, se advirtió la ausencia de varias personas mayores en actividades a las que debían asistir, como el grupo de baile, talleres y el grupo de ejercicio funcional.

Al investigar el motivo de las ausencias se descubrió que los ancianos no asistieron a los encuentros porque se habían caído. Esto llevó a la necesidad de trabajar para prevenir las caídas en el hogar.

A partir del número de caídas de los ancianos comunicadas por los agentes de salud comunitaria y por la enfermera del equipo se realizó una reunión con el fin de buscar estrategias que resolvieran o aliviaran el problema de las caídas. Así fue como se hizo un taller para prevenir caídas con la metodología de la educación popular. Se celebraron reuniones mensuales en las que participaron los ancianos y sus cuidadores. Se habló de temas como los alimentos que fortalecen los huesos, el tipo de calzado adecuado, los estiramientos, cómo levantarse por la mañana, cómo distribuir los muebles, qué cambios hacer en los cuartos de baños y qué puntos de luz son necesarios en la habitación.

En los meses lluviosos, de enero a abril, la reunión se comenzó a celebrar cada mes y asistieron 30 personas, entre ellos ancianos y cuidadores. Los agentes de salud comunitaria proporcionaron información sobre prevención de caídas, que también se facilitó durante la asistencia a consultas médicas y de enfermería. Incluso con el proyecto, el número de caídas no disminuyó. En el 2017 hubo 19 caídas solo entre las personas mayores a las que asistía el equipo. Entre enero y marzo del 2018 se contabilizaron cinco caídas.



El equipo reflexionó sobre el problema, discutió las soluciones y descubrió la necesidad de actuar en los hogares, puesto que es donde ocurren la gran mayoría de las caídas. Así es como comenzó el proyecto Escuadrón anticaídas - Abrázame, de lo contrario me caeré, que consiste a visitar las casas de los ancianos para identificar los riesgos de caídas y trabajar con las familias para hacer los ajustes necesarios. Se preparó un portafolio con sugerencias y orientación sobre posibles adaptaciones, como el tipo de barras para el baño, de soporte para el inodoro, de cintas adhesivas para pavimentos lisos, entre otros. En el momento de escribir estas líneas se han visitado 35 hogares.

Resultados

El principal resultado logrado fue que se redujo el número de caídas y que aumentó la resolución de APS. En el 2017 hubo 10 caídas de ancianos durante la temporada de lluvias, en el 2018, 5 y en el 2019, solo 2.

Otros resultados destacables son la mayor conciencia de los familiares de los ancianos sobre la importancia de adaptar el hogar para evitar caídas, la necesidad de adecuar varios hogares visitados, el vínculo entre los profesionales y las familias, una mejor adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes, la participación de los adultos mayores en actividades de UBS como el grupo de baile, de ejercicios funcionales, de talleres de estiramiento y nutrición saludable, así como prevenir la depresión y el aislamiento de los ancianos.

El proyecto se emite simultáneamente por radio, televisión y redes sociales. Finalmente, el tema se presenta continuamente en instituciones académicas, refugios para ancianos y para toda la sociedad.

Consideraciones finales

Se ha demostrado que la experiencia del *escuadrón anticaídas* es efectiva para reducir el número de caídas en los ancianos. La experiencia abre espacios para la reflexión, la elaboración y la implementación de un protocolo de seguridad del usuario en AP. Además es una acción que se puede aplicar y adaptar a otros territorios que asisten a un gran número de personas mayores. No exige costos adicionales, en vista del uso recursos humanos y materiales disponibles en la red de atención médica. Las reuniones pueden ser en la UBS o en otros lugares de la comunidad.

Puesto que las visitas domiciliarias forman parte del proceso de trabajo de los profesionales de la atención primaria, no sobrecargan el sistema ni aumentan la jornada laboral;

El principal resultado del proyecto Escuadrón anticaídas fue reducir el número de caídas en ancianos de 10 en el 2017 a 5 en el 2018 y 2 en el 2019.



únicamente se requiere que los profesionales tengan en cuenta esta cuestión y estén alerta. Además, alienta y fortalece la adherencia al tratamiento de la hipertensión, la diabetes mellitus, la dislipidemia y la laberintitis, entre otros. Se reducen gastos de hospitalización, costos con material médico y sufrimiento personal y familiar. Es eficaz para paliar el aislamiento social, la tristeza y la depresión, ya que muchas de las acciones se realizan en grupo. Y, por último, contribuye a mejorar la calidad de vida de los ancianos y a ampliar el acceso de la población a las actividades de promoción de la salud.



Implementación del triaje obstétrico en el Hospital General de Temixco

Viridiana Mariely Solís Díaz

México

De la población que vive en el municipio de Temixco, 56,8% se encuentra en situación de pobreza, y de ellos 9,5% vive en estado de pobreza extrema.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 28,6% de la población está en situación de vulnerabilidad como consecuencia de carencias sociales. Es decir, presentan algún tipo de rezago educativo, deficiencias en el acceso a los servicios de salud, a la seguridad social, a los servicios básicos en la vivienda y a la alimentación, además de carencias en la calidad y el espacio de la vivienda.

Según el Censo de Población y Vivienda, en el 2010 había en el municipio de Temixco 27 513 hogares. En 27% de ellos había una mujer al frente de la familia y en 73%, un hombre. Por otra parte, la edad del responsable de la familia oscilaba en su mayoría entre los 30 y los 54 años. Sin embargo, el porcentaje de hogares con jefes de familia de entre 20 y 29 años representaba 12,8% y el de 19 años o menos, 0,8%. Por otra parte, 13% de ellos no contaba con escolaridad alguna; 64% habían recibido educación básica; 13%, educación media y 10%, educación superior.

En el municipio hay 12 unidades médicas que atienden a la población. En el 2017 se presentó ante las autoridades correspondientes un proyecto de mejora para implementar el triaje obstétrico (TO) a partir del Lineamiento Técnico de Triaje Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica elaborado y emitido por la Secretaría de Salud en su primera edición (2016) y en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal.

El proyecto de mejora para implementar el triaje obstétrico permitió reducir los ingresos innecesarios y la ansiedad de las pacientes y sus familiares, que ahora saben adónde ir para recibir información vital sobre su afección.





La aplicación del sistema de evaluación de TO es una estrategia nueva que permite atender oportunamente a las usuarias al clasificar su afección. De este modo se reducen los tiempos de espera para que personal cualificado continúe con el manejo y, en su caso, para activar el Código Mater, que contribuye a disminuir las complicaciones en las pacientes.

Para elaborar este proyecto se plantearon los objetivos, se realizó un diagnóstico situacional del servicio de Módulo Máster mediante el análisis DAFO y el diagrama de causa y efecto. Se conformó un marco teórico y conceptual, y se elaboró un instrumento de valoración específico para los registros clínicos de enfermería, con su respectivo instructivo para cumplimentarlo.

La información se difundió entre el personal de enfermería a través de trípticos y periódicos murales. Se preparó también un programa de capacitación para el personal de todos los turnos. El objetivo fue dar a conocer el tema, sensibilizar sobre su importancia, y aplicar y cumplimentar el instrumento de valoración.

Tras realizar el análisis se descubrió que los tiempos de espera prolongados constituían un problema. El resultado eran valoraciones y diagnósticos tardíos a causa del protocolo de atención inadecuado o no estandarizado. A ello se sumaba la falta de personal, el bajo nivel de conocimientos teóricos y operativos, y la falta de actualización sobre TO o de personal en formación asignado a ese servicio, además del equipamiento y los insumos insuficientes o en malas condiciones.

Se logró también que el profesional de enfermería participara en todo el proceso de atención y favoreciera su funcionamiento. Como consecuencia, se optimizaron los tiempos, la calidad de la atención a las pacientes mejoró, y se identificaron oportunamente los signos de alarma, los factores de riesgo o las complicaciones con riesgo para la vida del binomio. Todo ello estimuló y favoreció el trabajo colaborativo del equipo multidisciplinario en los casos de la activación del Código Máster, ya que también se conformaron los equipos de respuesta inmediata obstétrica para cada turno.

Después de poner en marcha el proyecto, el hospital participó y fue acreditado para atender las emergencias obstétricas de bajo nivel. Como consecuencia, se mejoraron las infraestructuras y los equipos biomédicos. Se hizo una ampliación para el servicio de TO, que se acondicionó con lo necesario para recibir, atender y mantener contacto visual con las pacientes que estaban esperando que las atendieran. Se conformaron las cajas rojas para la emergencia obstétrica, se entregó un equipo Doppler, un glucómetro, un estetoscopio, un esfigmomanómetro, una báscula con estadímetro y el mobiliario necesario, así como equipo para monitorización, una camilla de traslado, un cardiotocógrafo y un tanque de oxígeno.

De esta manera, las pacientes obstétricas y las familias que acuden a este hospital disfrutan de varios beneficios:

- Se han reducido los tiempos de espera para recibir atención.
- Los espacios son más amplios y están mejor equipados.
- Las prácticas de los profesionales de enfermería se han optimizado.
- Se han reducido los ingresos innecesarios y la ansiedad de las pacientes y sus familiares, que ahora saben adónde ir para que las atiendan y para recibir información vital sobre su afección.



Fotografías: © Viridiana Mariely Solís Díaz

México

La población objetivo fueron jóvenes de la Ciudad de México entre las edades de 12 y 29 años en riesgo de vulnerabilidad. Más de 500 000 jóvenes viven en las diferentes alcaldías, barrios y pueblos. Según la encuesta de tendencias juveniles realizada en el 2018, 30% tienen entre 12 y 17 años y 70%, entre 18 y 29. La mayoría son mujeres (64%) y solo 36% son hombres. De estos jóvenes, 27% ha terminado únicamente la educación básica; 45% la secundaria; 24% tienen grado de licenciatura y solo un 2% tiene estudios de posgrado. La mayoría son estudiantes (53%) y 13% trabajan. Los demás realizan otro tipo de actividad.

Su núcleo familiar está formado en su mayoría por familia de primera línea, con hermanos, hermanas y padres en 32%; 24% solo con padres; 10% solo con madre y algún hermano o hermana y 6% de los jóvenes viven solos. El resto tienen otro tipo de situaciones familiares convenientes a la edad.

La Brigada Cuídate nace para responder a la necesidad de atención de la salud del joven a nivel comunitario, de prevención y de promoción de la salud.

El proyecto de formación de jóvenes agentes de cambio para la salud es resultado de una necesidad detectada y consolidada. Los agentes de cambio son en su mayoría estudiantes de licenciatura y a nivel técnico de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México que estudian enfermería, medicina, psicología, nutrición, odontología, fisioterapia, ingeniería ambiental, educación física o promoción de salud.

En los últimos 5 años, el conocimiento aplicado de estos jóvenes en estas áreas, sus experiencias y su formación teórica y práctica han ayudado a atender a jóvenes y adolescentes a nivel básico, medio superior y superior en barrios y colonias de la Ciudad de México y la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes. Su función ha sido promover hábitos saludables, proporcionar información, dar a conocer la gran oferta de servicios de salud que se ofrecen en los diferentes niveles de atención y referirlos a distintas instituciones.

La Brigada Cúdate nace para responder a la necesidad de atención de la salud del joven a nivel comunitario, de prevención y promoción de la salud, con los siguientes objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a unos servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Eliminar las brechas de salud existentes en los diferentes grupos sociales.
5. Asegurar la generación y los usos efectivos de los recursos de salud.



La población joven y adolescente de la Ciudad de México ha resultado beneficiada. Pero también diferentes personas, a través de las siguientes líneas de acción que se han puesto en marcha:

- Prevención de conductas de riesgo como:
 - a. Adicciones.
 - b. Comportamientos compulsivos.
 - c. Hábitos alimenticios nocivos.
 - d. Sedentarismo
 - e. Tendencias al suicidio.
 - f. Ansiedad y estrés.
 - g. Depresión y apatía.
- Detección oportuna de enfermedades crónicas o degenerativas.
- Prevención de la violencia durante el noviazgo.
- Prevención del embarazo adolescente y no planificado.
- Promoción de la salud sexual y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Atención de la salud emocional.



Se alcanzaron los siguientes resultados:

- Formación de 100 jóvenes agentes de cambio por la salud en la Ciudad de México.
- Organización de jornadas de la salud para jóvenes.
- Organización de jornadas en centros educativos de nivel básico, medio superior y superior.
- Organización de foros de diálogo.
- Provisión de dos medibuses Cuídate dedicados exclusivamente a la atención de jóvenes con servicios de primer contacto.
- Organización de la semana de la salud joven Cuídate en la Ciudad de México.
- Realización de la campaña viral Cuídate.
- Diagnóstico de salud emocional.
- Creación de la Red Salud, Balance y Bienestar Joven en la Ciudad de México.



PARTE III

CAPACITAR AL NUEVO CUADRO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA



El teatro como metodología activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje

*Ivonete Vieira Pereira Peixoto, Marúcia Fernandes Verçosa,
Paula Souza da Silva Rocha, Felipe Costa Soares*

Brasil

Las representaciones teatrales durante el proceso de enseñanza-aprendizaje permitieron a los estudiantes universitarios de Enfermería reconocer los cambios en la forma de prestar cuidados de salud desde el principio de la historia de la enfermería.

Esto les demostró que la disciplina, incluso empíricamente, ha destacado siempre en el arte de cuidar en cualquier nivel de atención. Su trayectoria hasta la enfermería moderna ha mostrado en cada período de la historia las diferentes facetas de tratar la salud e imaginar un ambiente saludable.

El método de enseñanza se llevó a la práctica con 33 estudiantes de enfermería del primer semestre del 2019 en una institución de educación superior en Belém, en el estado de Pará. Se formaron grupos de estudiantes y cada uno se responsabilizó de una etapa específica e identificó sus características propias (prácticas de salud instintivas, período mágico-sacerdotal, hipocrático, posmonástico, enfermería moderna, enfermería en Brasil).

Los textos se escribieron prestando especial atención a los niveles de atención médica. Además de que había que estudiar para crear el guion, era necesario comprender cómo interactúa esta metodología con el proceso de aprendizaje del estudiante. La representación ante la comunidad académica y los empleados de la institución educativa se celebró en un auditorio. El vestuario se elaboró con materiales reciclables y de bajo costo.

Para usar el teatro como técnica de aprendizaje fue necesario que el estudiante de pregrado comprendiese la historia de la enfermería (cómo se desarrollaba la trama). Esta metodología también permitió identificar los niveles de atención a la salud y reflexionar sobre sus prácticas en el contexto de la atención a la salud comunitaria.

Para usar el teatro como técnica de aprendizaje fue necesario que el estudiante de pregrado comprendiese la historia de la enfermería.



Es necesario que el estudiante universitario conozca las prácticas de enfermería de una manera lúdica, precisa y científica. Así, desde su formación académica de enfermería podrá reflexionar sobre sus prácticas futuras, administrar y promover la atención primaria de salud con el objetivo de reducir o remediar los problemas actuales de salud pública que interfieren en la atención de calidad.



Programa de entrenamiento multiprofesional en hipertensión y diabetes mellitus

Carla Regina de Souza Teixeira, Adrielen Aparecida Silva Calixto, Rute Aparecida Casas Garcia, Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato, Sinval Avelino dos Santos, Joceli Mara Magna

Brasil

Esta experiencia se inició en el 2004 en la ciudad de Ribeirão Preto, en el interior de São Paulo, en Brasil. Se trata del Programa de entrenamiento multiprofesional en hipertensión y diabetes (PAMHADM, por sus siglas en portugués) de la Secretaría Municipal de Salud y la Secretaría Municipal de Administración, la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP) y la Universidade Paulista de Ribeirão Preto.

El PAMHADM es un programa de becas dirigido a graduados recientes en las áreas de enfermería, psicología, nutrición, terapia ocupacional, farmacia y educación física. Tiene como objetivo complementar y adaptar la educación universitaria para prestar servicios de salud centrados sobre todo en la atención integral, en la salud de la población, en especial en el área de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, otras enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. Los objetivos del programa son los siguientes:

- Desarrollar la capacidad de trabajar en un equipo interprofesional y valorar este desempeño.
- Desarrollar competencias colaborativas como la comunicación interprofesional, la atención centrada en el paciente, la clarificación de roles profesionales, la dinámica de funcionamiento del equipo, la resolución de conflictos y el liderazgo colaborativo.
- Mejorar las prácticas de registro en los sistemas de información de salud.
- Desarrollar acciones de apoyo matricial para equipos de atención básica y especializada.
- Participar en la administración del servicio de salud respecto a aspectos como el control de devoluciones, búsqueda de absentismo y control de citas programadas.
- Concienciar sobre la interfaz de los problemas de ética profesional en el desarrollo de sus prácticas profesionales y su desempeño multidisciplinario.



- Desarrollar una actitud profesional comprometida con el trabajo.
- Reflexionar sobre la subjetividad del paciente, tratando de conocer su universo social y psicológico y su relación con el proceso de la enfermedad de la que es portador, promoviendo una mayor adherencia al tratamiento.
- Desarrollar actividades relacionadas con los contenidos temáticos del Programa de Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles para la actualización profesional en las diferentes unidades de salud.
- Participar activamente en las campañas de aclaración y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, así como en sus factores de riesgo.
- Desarrollar habilidades de gestión de la salud para las políticas públicas en enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promover cursos de reciclaje en hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y sus factores de riesgo para profesionales de la unidad de salud;
- Desarrollar herramientas y dispositivos capaces de colaborar con la mejora continua del manejo clínico de pacientes hipertensos y diabéticos.

Sabemos que la intervención de varias especialidades profesionales influye en la mejora de las condiciones de salud de los pacientes hipertensos y diabéticos, con una mayor adherencia a los tratamientos con medicamentos y sin medicamentos, como hábitos de vida más saludables (como hacer ejercicio físico regularmente y cambios en la dieta, entre otros factores).

Hasta ahora, se ha contribuido a la capacitación de aproximadamente 150 profesionales de la salud. Se ha dado cobertura a actividades en más de 15 unidades de salud por clase y la atención individual y grupal en una perspectiva multiprofesional. En la última clase del 2019 se registraron 2176 visitas a pacientes (nutrición, 1022; psicología, 483; terapia ocupacional, 416; enfermería, 179, y educación física, 76). En promedio, se generan 208 visitas por mes.

Este programa de becas para graduados recientes en enfermería, psicología, nutrición, terapia ocupacional, farmacia y educación física tiene como objetivo complementar y adaptar la educación universitaria para prestar servicios de salud centrados en la atención integral.



Esta asociación también dio como resultado la elaboración de protocolos para el cuidado de personas con diabetes mellitus y la actualización del protocolo y las directrices para la Asistencia de la Red Municipal de Salud.

Este programa ha estado transformando la atención médica y se ha consolidado progresivamente como en una acción concreta de la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto.



Fotografias: © Carla Regina de Souza Teixeira

Clínica Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte y la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi

Dáisy Vieira de Araújo

Brasil

La Universidad Federal de Rio Grande do Norte y la Facultad de Ciencias de la Salud de Trairi pusieron en marcha la Clínica Escuela de Enfermería, la cual fue idea de la doctora y profesora Fábila Barbosa de Andrade. La Clínica comenzó a implantar las prácticas estudiantiles en los contenidos curriculares de semiología y semiotecnia de enfermería y de atención primaria y salud de la familia. Se consideró que era un laboratorio en el que estudiantes y docentes podían conocer de forma cotidiana el proceso salud-enfermedad. La experiencia de estos aspectos en situaciones reales les permitió aproximarse más a la realidad comunitaria y, por tanto, a las necesidades sociales.

Entre las acciones desarrolladas en la Clínica Escuela de Enfermería destacan las siguientes:

- 1. Acciones educativas en salud en el Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos, en escuelas, guarderías y otras instituciones del municipio.** Las acciones se centran en los temas en salud más habituales en la vida cotidiana. Su objetivo es promocionar la salud y prevenir enfermedades y daños. Los temas más presentes en los niños son la higiene corporal y oral, la enteroparasitosis, la desnutrición, la obesidad, las infecciones y la deshidratación, entre otros. En el caso de los adolescentes son enfermedades o riesgos unidos a la vulnerabilidad, trastornos psíquicos más frecuentes que en otros grupos de edad, como depresión y ansiedad, el consumo de drogas y alcohol, el embarazo adolescente, la violencia y la prostitución, entre otros. Para la población anciana son temas sobre calidad de vida, prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, enfermedad de Alzheimer, depresión y otras enfermedades mentales; riesgos de violencia y exposición a situaciones de vulnerabilidad.
- 2. Consultas de enfermería.** Comprenden la anamnesis y el examen físico cefalocaudal. A partir de los resultados se solicitaban pruebas de laboratorio o de imagen y se proponía una conducta “terapéutica” posterior y tratamientos ambulatorios. Las



consultas de enfermería las realizaba el equipo formado por estudiantes becados y docentes, en colaboración con la Secretaría Municipal de Salud (que se articula con las Unidades Básicas de Salud, Secretaría Municipal de Asistencia Social y Secretaría Municipal de Educación).

Los actos de atención realizados del 2011 hasta el 2015 sumaron 2586, de los que 1342 fueron consultas de enfermería al niño y al adolescente; 721 fueron enfermos atendidos para tratamiento de enteroparasitosis, y 240 acciones colectivas y 283 otros eventos propuestos.

- 3. Tratamientos ambulatorios.** Se realizaron de acuerdo con las necesidades y la presencia de infecciones como enteroparasitosis, pediculosis, infecciones bacterianas y fúngicas de la piel. En lo que se refiere a enteroparasitosis, se realizó todo el esquema para tratamiento de los parásitos *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*, según los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud del Brasil.

Además, se administraron tratamientos para la pediculosis, la escabiosis, otras infecciones de la piel y dolencias comunes como dolor, cólicos, infecciones pulmonares y otras que se pueden resolver en el nivel de AP, de acuerdo con los protocolos de la AP establecidos por el Ministerio de Salud.

- 4. Acciones colectivas.** Son las que los miembros del proyecto realizaron con mayor frecuencia. Estas intervenciones necesitaban una mayor periodicidad, para que niños y adolescentes entendieran la necesidad y la importancia de incorporar hábitos de vida saludables. Entre esas acciones están cortarse las uñas, lavarse las manos, ducharse, lavarse el cabello y retirar los piojos. También se promovió la educación en salud.

El proyecto también comprendió actividades con los grupos de adultos mayores. Los encuentros se realizaban por grupos una vez a la semana, y se trataban temas de salud diversos a partir de dinámicas dirigidas a favorecer un ambiente distendido, promover el intercambio de conocimientos y brindar una vivencia única.

- 5. Visitas domiciliarias.**

- 6. Salud femenina.** En el período del 2013 a octubre del 2015 se atendió a 87 mujeres, 71 de la zona rural y 16 de la urbana, además de 133 adolescentes. En total fueron 220 atenciones dedicadas a la acogida y a las consultas individuales de salud femenina, tratamiento de la vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual.

La Clínica Escuela de Enfermería fue un espacio de práctica de estudiantes y docentes, lo que contribuyó al fortalecimiento de la integración entre enseñanza, servicio y comunidad.



La Clínica Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte atendió a niños, adolescentes, adultos mayores y sus familias, que recibieron orientaciones sobre salud, además de tratamiento, seguimiento y referencia para servicios de salud de la ciudad. Así, la Clínica se consideró parte de la red de salud del municipio de Santa Cruz y fue, al mismo tiempo, un espacio de práctica de estudiantes y docentes, lo que contribuye al fortalecimiento de la integración entre enseñanza, servicio y comunidad.

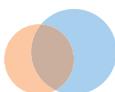


Se registra también el legado adicional dejado a los estudiantes de los cursos de Enfermería, Fisioterapia y Nutrición que participaron en los proyectos. Este incluyó oportunidades para mejorar la toma de decisiones, el liderazgo, la planificación, la organización, el trabajo en equipo y multidisciplinar, y el respeto por los demás y a las diferencias.

Actualmente, la Clínica Escuela de Enfermería está en proceso de reformular su estructura interna y externa y no situarse más dentro del Servicio de la Asistencia Social-Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos.



Fotografías: © Daisy Vieira de Araújo



Práctica de enfermería en salud pública en comunidades urbanas vulnerables

Yolanda Vallejo Pazmiño

Colombia

La comunidad de la localidad de Los Mártires es reconocida como uno de los nodos comerciales, empresariales, residenciales, turísticos, culturales, patrimoniales e históricos más representativo de la ciudad de Bogotá.

La localidad cuenta con una población general de 95 000 habitantes y con 35 200 hogares, cuyo intervalo de edad más representativo es entre los 25 y los 29 años. La población transeúnte está compuesta por comerciantes y compradores de distintos sectores.

FUCS al Parque es un programa de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) diseñado para contribuir a mejorar el estado de salud y prevenir la enfermedad de las comunidades vulnerables.

Las campañas de salud creadas por el programa se han planificado con el visto bueno de la alcaldía de la ciudad y de otros entes administrativos. Se trata de jornadas que han contribuido a mejorar la salud individual y colectiva mediante la sensibilización del cuidado de la salud. Las propuestas de las acciones realizadas por estudiantes y docentes de la facultad de enfermería son creativas y novedosas y están apoyadas por las otras facultades de ciencias de la salud de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Las actividades de promoción y detección oportuna creadas en la Facultad de Enfermería se han efectuado directamente con las comunidades del entorno hospitalario y han sido fundamentales para el desarrollo de las competencias en salud pública que deben adquirir las estudiantes de enfermería.

La localidad de los Mártires en la ciudad de Bogotá tiene como eje transversal fortalecer el buen gobierno, orientado al servicio ciudadano y evaluar las diferentes alternativas de mejoramiento.

Para lograr un impacto en la comunidad se promocionaron estilos de vida saludables y se motivó a las personas a realizar ejercicios para reducir el alto número de personas sedentarias con pésimos hábitos nutricionales.



Se promoverán en la comunidad acciones de autocuidado y prevención, haciendo visible la integración comunitaria. Se transformará y se aumentará el espacio público respetando el medio ambiente, y se intervendrá mediante la activación de rutas para la atención de las comunidades.

Acciones desarrolladas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud con 669 usuarios

- Doce Jornadas de Salud: Cuidando a nuestros vecinos.
- Valoraciones de riesgo cardiovascular y renal
- Valoraciones para detección oportuna de diabetes
- Valoraciones para detección oportuna de cáncer de piel, cervicouterino, de mama, de colon, de testículo y de próstata
- Dos jornadas de toma de muestras para citologías.
- Jornada de protección a la mujer: taller autoexploración de mamas.
- Jornada de prevención de riesgos y lesiones de columna vertebral.
- Dos jornadas de ejercicios y de zumba para la salud.
- Recomendaciones personalizadas del cuidado de la salud: ¿Cómo me cuido?



Resultados esperados de esta intervención

- Aumento del número de niños y niñas alimentados solo con leche materna.
- Aumento del número de personas con un estado nutricional adecuado.
- Aumento del número de personas sin problemas o trastornos de salud mental.
- Aumento del número de personas sin morbilidades evitables.
- Aumento del número de personas sin mortalidades evitables.
- Aumento del número de personas y comunidades con capacidad de cuidar y proteger su entorno.
- Aumento del número de personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud.

Riesgos identificados en la población

Se trata de una zona vulnerable con problemas sociales importantes, entre ellos personas sometidas a desplazamiento forzado, poblaciones indígenas desplazadas, inmigrantes, pandillas callejeras, prostitución y abandono infantil. Además hay un gran número de personas que viven en la calle (2800 aproximadamente). Por otro lado, es una zona con invasión del espacio público, con contaminación por químicos automotrices y auditiva, y con una gestión inadecuado de las basuras. En esta localidad también se detectó el consumo y la venta de sustancias psicoactivas.



A partir de los riesgos identificados se ofreció asesoría en la prevención de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la enfermedad renal aguda y crónica a toda la población captada en las jornadas de salud. También se brindó asesoría en los diferentes cribajes que había que realizar y de los riesgos de acuerdo con la edad. Según los resultados encontrados en la población sometida a cribaje en las jornadas de salud, los factores de riesgo cardiovasculares de la población revelan que esta tiene una alta probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, así como la posibilidad de una mortalidad temprana en la edad adulta y el padecimiento de enfermedades causadas por la hipertensión crónica no tratada, obesidad mórbida, la diabetes y la enfermedad renal crónica. En concreto, durante el 2019 se detectó que más de 60% de las personas tenían niveles altos de peso, riesgo de diabetes y de infarto.

Beneficiados

Para lograr un impacto en la comunidad se promocionaron estilos de vida saludables y se motivó a las personas a realizar ejercicio para reducir el alto número de personas sedentarias con pésimos hábitos nutricionales. El impacto de afectación a la salud mental es muy elevado y requiere una intervención oportuna en los espacios familiares.

Estas jornadas se seguirán implementando durante el 2020, con apoyo de las unidades médicas y de odontología.



Fotografías: © Yolanda Vallejo Pazmiño



Escuela para cuidadores de personas mayores

Cecilia Zavala Guzmán, Carolina Arias Vivanco, Pilar Ureta Fernández,
Paula Jaman Mewes, Melissa Zimmermann Vildoso

Chile

Los académicos de la asignatura de enfermería gerontogerítrica de la escuela de enfermería de la Universidad de los Andes desarrollaron la iniciativa llamada Escuela para cuidadores de personas mayores. Se puso en marcha en abril del 2019 en acuerdo con dos municipios de la región metropolitana y una residencia de personas mayores.

La capacitación tuvo una duración de 42 horas, de las que 20 fueron presenciales y 22 no presenciales. Se realizó con metodologías de estudio personal autónomo, además de talleres y situaciones de simulación clínica. Los responsables de implementarlos y tutorizarlos fueron 106 estudiantes de enfermería de cuarto año, hombres y mujeres, de entre 21 y 28 años. Los académicos de la asignatura enfermería gerontogerítrica dirigieron a los estudiantes.

La población que participó en esta experiencia estaba compuesta por 58 personas de la comunidad, casi todos sin capacitación para cuidar a ancianos. El grupo constaba de 57 mujeres y un solo hombre de edades comprendidas entre los 26 y los 66 años. Eran de nacionalidades chilena, colombiana, haitiana, peruana y venezolana, aunque la mayoría eran chilenos.

La Escuela de cuidadores forma parte de las actividades académicas de la asignatura de enfermería gerontogerítrica.

Algunas de las personas trabajaban como cuidadoras en un centro de larga estancia y otras prestaban cuidados a personas mayores de manera informal. De ellos, 86% no tenía parentesco con la persona a su cargo. En cuanto al nivel educacional, 25% no había completado su escolaridad.

Después de participar en esta capacitación, las cuidadoras y el cuidador dijeron que la calidad de vida de las personas mayores a quienes atendían había mejorado, pero también la suya. Cuando debían tomar decisiones y realizar procedimientos se sentían más seguros y cuando afrontaban situaciones complejas estaban motivados para consultar antes. Añadieron que la formación también les había servido



para generar redes de apoyo y para tener acceso a un material de gran calidad técnica que podían consultar en cualquier momento si tenían dudas.

Testimonios de cuidadores

“Yo cuido a mi mamá... Para mí ha sido tan fundamental porque me hace cuidarla mejor. Creo que ahora la estoy tratando mejor que antes, antes no sabía... Para mí significó aliviarme, y ahora ya sé manejarla” M. L. C. C. (cuidadora)

“Se me abrió un mundo... se me abrió un instinto de humanidad... se me abrió una ventana que va más allá de ser una cuidadora, el amor y el cariño hacia el adulto mayor... un amor con una entrega que no espera recompensa” J.E.L (cuidadora)

La Escuela de cuidadores forma parte de las actividades académicas de la asignatura de enfermería gerontogeriátrica. A través de la metodología de simulación clínica, los estudiantes desarrollan el papel de educadores propio de la enfermería. Esto los ayuda a reforzar contenidos curriculares y a desarrollar habilidades de comunicación y la confianza en sí mismos.

En términos generales, la mayoría de los estudiantes dijeron que la experiencia les sirvió para reforzar conocimientos y empoderarse en el rol educativo-social. Los cuidadores destacaron que se sintieron agradecidos por la oportunidad y por adquirir competencias para prestar un cuidado humanizado. Cuando los cuidadores finalizan la capacitación y aprueban la evaluación, la Escuela les entrega una certificación formal durante una ceremonia a la que asisten sus familias, algunas autoridades, los profesores y los estudiantes.



Fotografías: © Cecilia Zavala Guzmán et al.



Promoción de la donación de sangre en la provincia de Santa Elena

*María Dolores Suárez Villao, Doris Marcela Castillo Tomalá,
Sonia Apolonia Santos Holguín*

Ecuador

A pesar del crecimiento de la población ecuatoriana en el periodo de cinco años comprendido entre el 2010 y el 2014, el porcentaje de donación efectiva de sangre apenas ha aumentado y alcanza solo 1,4%. Según datos del Servicio de Medicina Transfusional local del Ministerio de Salud Pública (MSP), las transfusiones realizadas entre el 2013 y el 2017 en la provincia de Santa Elena fueron en ascenso (975 a 3 314), pero las donaciones voluntarias no cubrieron esos requerimientos.

Las acciones intersectoriales de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), el MSP y los bancos de sangre no gubernamentales contribuyeron al incremento de donantes voluntarios, continuos y altruistas en la provincia. Se logró mejorando

El reto de trabajar en donación de sangre, por la urgencia y el riesgo que implica, permite articular proyectos intersectoriales desde una universidad comprometida con la sociedad.

las estrategias de promoción de salud, que implementaron estudiantes universitarios capacitados como promotores del programa.

El objetivo a largo plazo era contar con unidades de sangre suficientes para reducir el riesgo de mortalidad en las mujeres embarazadas, los enfermos crónicos y los pacientes con politraumatismos. Para ello se desarrolló un seguimiento y monitoreo de los donantes repetitivos mediante la creación de una aplicación informática que se desarrolló con el lenguaje de programación Java, con un servidor de base de datos alojado en un servidor web.

El proyecto se desarrolló en asociación con la Facultad de Tecnologías de la Información, lo que permitió manejar la base de datos de donantes que participaban en las colectas de sangre. El número de donantes voluntarios, repetitivos y altruistas aumentó, y se develaron mitos y creencias sobre la donación de sangre que impiden y dificultan el aumento de donaciones.





Mediante estrategias de APS se sensibilizó a la población empleando el diálogo interpersonal, actividades lúdicas y las redes sociales. Se realizaron encuestas tras las extracciones de sangre para optimizar los distintos aspectos del proceso, se estimuló la participación en las donaciones y se fomentaron los cambios culturales acerca de los mitos y las creencias arraigados que obstaculizaban la donación. Se formaron clubes de difusores con estudiantes de enfermería de los primeros semestres, orientados en la investigación-acción participativa de tipo cualicuantitativa.

De la meta prevista por la OMS (2% de la población elegible de la provincia) se alcanzó 1,68% (2560 donantes) en ocho colectas de sangre, que se sistematizaron en el programa que desarrollaron los estudiantes universitarios. Se sensibilizó a 49 124 personas y se evidenció que las acciones realizadas habían tenido 60% de impacto, reducción del número de donantes fallidos (6,88%), promoción del autocuidado y los estilos de vida saludable, y aumento del número de donantes continuos (29% logrado). Por tanto quedó demostrada la eficacia de la estrategia para disminuir la morbilidad y la mortalidad por falta de sangre, y para favorecer el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

El programa promovió las buenas prácticas de atención primaria de salud por las siguientes razones:

- Se inició en el 2015 como respuesta a los bajos índices de donación voluntaria, continua y altruista de la provincia al mismo tiempo que el servicio de medicina transfusional en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
- El programa generó posicionamiento de la donación de sangre, no solo en la carrera de enfermería sino en todos los estudiantes y docentes. De ellos, aproximadamente 50% se convirtieron en donantes de las diferentes colectas que se realizaron y generaron una base de datos que actualmente supera los 2000 donantes.
- Los estudiantes emplearon diferentes estrategias comunitarias como ferias, casas abiertas, mesas informativas, conversatorios, campañas de radio, charlas persona a persona, diferentes medios interactivos y uso de redes sociales. Se realizaron también eventos en empresas públicas y privadas, en iglesias, malecones y centros comerciales.
- Se incorporó este campo a la formación de los licenciados de enfermería, de manera integral y práctica. Se les incentivó en la importancia de la donación voluntaria, continua y altruista como medio de disminuir la mortalidad por la falta de este recurso.



Resultados

El reto de trabajar en donación de sangre, por la urgencia y el riesgo que implica, permite articular proyectos intersectoriales desde una universidad comprometida con la sociedad.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (16%), así como los accidentes de tránsito (8%) se encuentran entre las seis primeras causas de transfusiones en la provincia de Santa Elena.

La recomendación de incorporar estilos de vida más saludables realizadas a los estudiantes promotores y a la comunidad sensibilizada constituye un factor indispensable de la campaña. Esto incentivó a los participantes a estar en condiciones óptimas para convertirse en donantes voluntarios, continuos y altruistas.

Recomendaciones para replicar la iniciativa

Debido a su impacto, el programa se extendió dos años más como proyecto de vinculación con la sociedad, durante el período del 2015 al 2019 en la UPSE. En la nueva fase la formación incorporó como promotores de donación de sangre a estudiantes del primer al tercer semestre, que mantuvieron de forma sostenida la estrategia en la universidad. Luego la continuaron como parte de la asignatura de Enfermería Comunitaria, una experiencia que puede aplicarse en otras universidades como contribución a la política pública.



Enfermeros y enfermeras del futuro para un mundo globalizado

Jennifer Dohrn

Estados Unidos de América

Durante los últimos 6 años, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia (CUSON) ha transformado su enfoque de la educación en enfermería al ofrecer un programa riguroso de alcance mundial centrado en la equidad en la salud. Al evaluar lo que había, descubrimos que nuestro trabajo mundial estaba dividido entre muchos departamentos, sin que ninguno supiera lo que el otro estaba haciendo. Los docentes hacían investigaciones con colaboradores en muchos países, pero no había ningún lugar centralizado que los conociera y que pudiera conectarlos para que se apoyaran mutuamente y tuvieran un mayor impacto. Tampoco había un curso básico sobre la salud mundial en el programa de estudios. Teníamos que cambiar eso.

Empezamos por formar un equipo en la Oficina de Iniciativas Mundiales (OGI) y elaboramos un plan estratégico centrado en la educación de los estudiantes. Se agregó un curso obligatorio en el primer semestre para todos los estudiantes nuevos: *Equidad en la salud mundial y responsabilidad de la Enfermería*. Al cursarlo al comienzo de los estudios, los estudiantes comprenden la importancia de pensar a escala mundial y de la interconexión entre países y regiones y las crisis sanitarias. Los estudiantes aprenden que el enfermero y la enfermera en distintos entornos, la mayoría con acceso limitado a recursos, buscan formas de proporcionar atención primaria de salud a sus comunidades y de servir de promotores y educadores para la comunidad en el marco del sistema de atención de salud.

La conciencia de la salud mundial está cambiando las perspectivas y las interacciones de nuestros estudiantes de enfermería con el mundo.

Esta conciencia de la salud mundial está cambiando las perspectivas y las interacciones de nuestros estudiantes con el mundo. Cuando estalló la pandemia del ébola en el 2014 en Sierra Leona, Liberia y Guinea establecimos una cronología semanal para documentar la respuesta. Cuando el virus del Ébola llegó a Estados Unidos portado por un pasajero que no sabía que estaba infectado, los estudiantes llevaron información y carteles a sus consultorios clínicos para educar a los pacientes. Un grupo de estudiantes de doctorado vendió



guantes con una letra e grande, de “ébola”, junto con una hoja informativa sobre el virus, y donó las ganancias a la Asociación de Enfermería de Sierra Leona. La educación de los enfermeros y enfermeras estaba conectándose en directo para contribuir a la respuesta contra la pandemia.



Cuando cientos de miles de personas se vieron obligadas a emigrar de Siria a raíz de la intensificación de la guerra, de nuevo establecimos una cronología y nos informamos de qué necesidades en materia de atención de salud tenían las personas que huían de la guerra, de la fragilidad del gobierno y del cambio climático.

Para complementar este cambio didáctico, el equipo de la OGI buscó una forma de crear una experiencia clínica mundial para el prácticum de las últimas seis semanas de los estudiantes de maestría. Establecimos criterios para los sitios basados en nuestro objetivo de que los estudiantes aprendieran en entornos de disparidad. El sitio debía estar en un país de bajos recursos o con un tipo diferente de sistema de atención de salud. Debíamos tener una relación que nos conectara con el cuerpo docente. El tipo de experiencia ofrecida se basaría en la comunidad o en un hospital. Nuestros sitios asociados debían estar dispuestos a albergar a los estudiantes para las experiencias clínicas.

Muchos de los sitios trabajaban con nosotros gracias a los líderes en el campo de la enfermería con quienes yo había colaborado en años anteriores en mi trabajo mundial. Si un sitio expresaba interés, lo visitábamos para entablar una relación y aclarar lo que se esperaba de un prácticum clínico. Ahora viajan profesores de enlace con los estudiantes para visitar sitios y reunirse con los líderes del personal de enfermería a fin de posibilitar una mentoría y una interacción más cercanas.

La reciprocidad ha sido fundamental para establecer este programa y lograr que los profesores se conviertan en líderes mundiales en el ámbito de la salud. La reciprocidad significa que pedimos a cada sitio clínico internacional que reciba a nuestros estudiantes para buscar un área profesional en la cual quiera entablar una colaboración con nosotros.

Esta colaboración ha adoptado muchas formas. En República Dominicana está contribuyendo a la capacidad de investigación. En Jamaica consiste en la elaboración de un programa de estudios avanzados de partería. En México se está haciendo la transición a un programa de maestría. Con cada proyecto colaborativo asignamos más docentes con pericia en el área indicada y avanza la transformación de la CUSON. Por medio de este programa, tanto los estudiantes como los profesores están aprendiendo a ampliar el alcance de la práctica mundial de la salud y a profundizar su compromiso con la salud universal. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia es un centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de enfermería.



Fotografías: © Universidad de Columbia

Intervenciones de enfermería comunitaria

*Didier Francisco Aké Canul, Sheila Mariela Cohuo Cob,
Martha Patricia Dzul Centeno, María del Sagrario Vargas Espadas,
Russell Izael Trujeque Zavala*

México

La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y el Grupo de Investigación Salud Colectiva (GI), conformado por un grupo multidisciplinario en las áreas de salud pública, gobierno y políticas públicas, oncología, enfermería y trabajo social contribuyen a la formación de profesionales de enfermería y a la estrategia de APS a través de proyectos de investigación e intervenciones de enfermería en el contexto comunitario. A continuación se presenta un esbozo de los trabajos realizados en una comunidad de la ciudad de Mérida, ubicada al norte de la capital meridana, con una población total de 707 habitantes. Las principales fuentes económicas en la comunidad son de tipo terciaria y secundaria.

Las experiencias parten de los hallazgos de un diagnóstico con enfoque de ecosalud realizado entre habitantes de la comunidad, profesores y estudiantes de la facultad de enfermería en diciembre del 2018. En conjunto se priorizaron los problemas identificados y se implementaron intervenciones que intentan mejorar la salud de la comunidad y la experiencia del trabajo comunitario de futuros profesionales de enfermería.

Visitas domiciliarias de enfermería

En esta intervención se da prioridad a 60 familias que en el diagnóstico de salud reportaron no estar afiliados a ningún servicio de salud. De agosto del 2018 a diciembre del 2019 se realizaron 160 visitas domiciliarias a 40 de esas familias. Las acciones y cuidados que se les proporcionó incluyeron la promoción de la salud, la asesoría de nutrición, la prevención y el control de enfermedades, la detección de enfermedades y la orientación en salud reproductiva.

En febrero del 2019 se devolvieron los resultados del diagnóstico de salud a la comunidad. En la asamblea los asisten-

Una intervención desarrollada en conjunto con la comunidad fue atender la situación de pediculosis capitis en la escuela primaria de la comisaría, cuya directora manifestó la presencia de estos parásitos en los niños y niñas.



tes solicitaron generar una estrategia para apoyar a los habitantes que no estaban afiliados al seguro popular. Se organizó con la comunidad una brigada de afiliación al seguro popular. La comisaria elaboró la solicitud, un padre de familia contrató un perifoneo para difundir la invitación y una estudiante de trabajo social colocó carteles en la comunidad y visitó los domicilios para difundir la jornada y los documentos requeridos para las afiliaciones.

El 30 de marzo del 2019, la brigada acudió al lugar convenido en un periodo de tres horas, y se obtuvieron los siguientes resultados: 10 afiliaciones, 12 reafiliaciones y una persona que se agregó a una familia afiliada. En total fueron 23 trámites y 62 personas beneficiadas.



Acciones para promover la prevención y control de la pediculosis capitis

Una intervención desarrollada en conjunto con la comunidad fue atender la situación de pediculosis capitis en la escuela primaria de la comisaría, cuya directora manifestó la presencia de estos parásitos en los niños y niñas.

Los profesionales de enfermería y trabajo social valoraron a 66 escolares y detectaron 23 casos de pediculosis. En un segundo momento, se exploraron cualitativamente con los casos prevalentes las diversas formas de tratamiento de la pediculosis recibidas anteriormente. Luego se diseñó un tratamiento no farmacológico para controlarla basado en tres componentes: densidad, calor y extracción manual. Se realizó el mismo procedimiento treinta días después de la primera aplicación para aumentar la efectividad del tratamiento. El total de familias que participó en esta intervención fue de trece, con resultados eficaces.

Durante la intervención se realizaron actividades de abogacía como reuniones con padres de familia, con el profesorado y con la autoridad local para la gestión de espacios, tiempos y autorización para intervenir con los menores y las familias.

Creación de entornos saludables: Escuelas Amigas del Lavado de Manos

En el diagnóstico de salud se identificó que las enfermedades respiratorias y diarreicas son las que más afectan a los escolares de la comunidad. Por ello, los habitantes solicitaron diseñar una intervención dirigida a niños y niñas que asisten a la escuela primaria. Los aspectos de la intervención incluyeron:

- Evaluación previa y posterior de conocimientos sobre el lavado de manos.
- Evaluación de la infraestructura del centro educativo para facilitar el lavado de manos.

- Infografías sobre cómo lavarse las manos, beneficios y momentos críticos
- Detector de manos sucias.
- Un taller para elaborar jabones.
- Ayudas visuales colocadas en lugares estratégicos.
- Actividades recreativas para reforzar el hábito.

La escuela firmó una carta con los siguientes compromisos:

- Reforzar la técnica de lavado de manos.
- Llevar un registro de los niños que no asistan a la escuela por enfermedad.
- Proporcionar los materiales para el lavado de manos.

También se impartieron sesiones a los profesores de primaria, padres y madres de familia para explicar la importancia del lavado de manos y de unirse al escuadrón Manos limpias, un proyecto desarrollado en octubre del 2019, en el que colaboran estudiantes y la academia de la facultad de enfermería cuya misión era promover el hábito de lavado de manos en las escuelas de Yucatán. A la fecha, 765 escolares y adolescentes se han capacitado en higiene de manos y una escuela se sumó al reto *Escuela amiga del lavado de manos*.



Juego Violetas: cine y acción para enfrentar la violencia contra la mujer

Rosa María Godoy Serpa da Fonseca, Lucimara Fabiana Fornari,
Maria Raquel Gomes Maia Pires

Brasil

Este informe describe la experiencia de uso de un juego llamado Violetas: cine y acción para el enfrentamiento de la violencia contra la mujer en la calificación de enfermeras y otros profesionales de la APS. Se trata de un juego de tablero cooperativo y estratégico cuyo objetivo es favorecer el aprendizaje y el intercambio de experiencias entre profesionales. La finalidad es suscitar reflexiones para detectar y comprender de la violencia contra la mujer, además de prever posibilidades integrales de cuidados a la clientela.

En el juego Violetas, el tablero representa la violencia y todos los jugadores actúan colectivamente contra su diseminación. Cada uno asume el papel de un personaje (educador, operador legal, integrante de políticas públicas o profesional de la salud y ciudadana), con habilidades especiales que manifestarán durante la partida. La violencia se afronta por medio de respuestas a preguntas relacionadas con escenas de películas que componen un conjunto de cartas, cada cual con especificidades en relación con acciones estratégicas en defensa de la ciudadanía. El juego tiene preguntas de múltiple elección y descriptivas, relacionadas con conceptos, legislación, medidas de prevención e intervención en las situaciones de violencia abordadas, ambientadas en escenas de película para un diálogo mejor y más alegre.

El juego permite un mínimo de 4 jugadores por partida y un máximo de 8. Al principio de la partida cada jugador recibe una carta con referencias que indican el personaje que representa y sus posibilidades de acción. Hay peones y fichas que permiten que los jugadores se trasladen por el tablero para cercar la violencia. En la medida en que las preguntas se respondan correctamente (individual o colectivamente), las cartas se acumulan para adquirir fichas, cuyos títulos denotan palabras clave en el combate de la violencia contra la mujer (voz, luz, redes y acogida) y garantizan la victoria. Sin embargo, cuando

En el juego Violetas, el tablero representa la violencia y todos los jugadores actúan colectivamente contra su diseminación.



las respuestas son incorrectas o cuando los participantes retiran las tarjetas de omisión (con expresiones y dichos machistas), la violencia se disemina por el tablero y puede resultar en la derrota de todos.

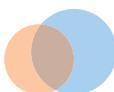
Los jugadores explican que la participación en el juego es importante para el proceso de formación, ya que la violencia contra la mujer apenas se aborda en los planes de estudio, al mismo tiempo que se trata de un problema emergente en los territorios de actuación de esas instituciones, en la enseñanza de campo. También ha aplicado a profesionales que actúan en la APS de varios municipios a través de las demandas de los gestores municipales del sector salud y de los profesionales mismos, bajo la justificación de que el aumento de los casos notificados ha exigido una cualificación cada vez mayor de los profesionales para reconocer y tratar el problema.

En especial en esos casos, el estudio sistematizado de las partidas del juego por medio de la observación de los participantes y del análisis de los discursos de los jugadores permitió identificar las limitaciones de los profesionales en relación con la prevención y el enfrentamiento de la violencia contra la mujer, así como las capacidades que pueden perfeccionarse por medio de la ampliación del conocimiento y el establecimiento del trabajo en red intersectorial. En cuanto a los profesionales de enfermería, el juego les permite ampliar la reflexión sobre las necesidades de salud y las vulnerabilidades sociales que suelen constituir un obstáculo para los cuidados de enfermería centrados en las necesidades y en la promoción de la salud que deben dispensarse a esas mujeres.

Como estrategia educativa, el juego estimula la comunicación, la integración, la actuación en red, el compartir conocimientos y experiencias, el desarrollo del trabajo en equipo y el perfeccionamiento del aprendizaje de los temas que conforman la violencia contra la mujer. Abarca la proposición de acciones individuales y colectivas, en las que los profesionales de enfermería son protagonistas y participan de modo colaborativo en las medidas de prevención y enfrentamiento del problema. Para ampliar las potencialidades del juego, es importante que tras las partidas se discutan las principales cuestiones que surgieron.



Fotografia: © Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca et al.



Aplicativo móvil CIPE® para enfrentar la violencia contra los niños

*Mylene Gomes da Silva, Emiko Yoshikawa Egry,
Karen Namie Sakata So, Érica Gomes Pereira*

Brasil

La violencia es una de las principales causas de muerte en las personas de entre 15 y 44 años en Brasil y está creciendo cada vez más entre los grupos más vulnerables, como los adultos mayores, las mujeres y los niños. En el 2013 se notificaron en el país 29 784 casos de violencia en el grupo de edad de 0 a 9 años, predominantemente en el hogar.

En el 2019 se creó una aplicación gratuita para dispositivos móviles, como resultado del proyecto de una estudiante de enfermería. Se llama CIPE® Violencia y sirve como herramienta de apoyo durante el proceso de trabajo de las enfermeras, principalmente en el ámbito de la APS, para la evaluación clínica de niños y familias en situación sospechosa o confirmada de violencia doméstica. Los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería (DE/RE/IE) se construyeron para prevenir la violencia y sus daños y la promoción de acciones emancipatorias de los familiares y los cuidadores.

La producción tecnológica del aplicativo *CIPE® Violencia* se realizó a partir de 4 de las 5 fases del modelo ADDIE: 1) análisis, 2) diseño, 3) desarrollo y 4) aplicación. El contenido agrega DE, RE e IE con foco en el niño y su familia en el idioma portugués. Está disponible para descargarse en los comercios virtuales Play Store y App Store. La página principal contempla cuatro ejes:

1. **Definición:** caracteriza el fenómeno de la violencia contra niños.
2. **Atenciones:** mediante el icono de “crear atención”, el personal de enfermería puede crear un registro electrónico de la consulta.

CIPE® Violencia sirve como herramienta de apoyo durante el proceso de trabajo de las enfermeras para la evaluación clínica de niños en situación sospechosa o confirmada de violencia doméstica y sus familias.



3. **Consultar diagnósticos:** se proporcionan los DE del niño y la familia, subdivididos en DE de fortalecimiento y DE de desgaste.
4. **Consultar intervenciones:** las IE referidas al niño y a la familia se dividen en IE de fortalecimiento y de desgaste. En el tercer eje (de los DE) el icono *niño* permite al profesional de enfermería seleccionar DE de fortalecimiento o de desgaste de acuerdo con la consulta de enfermería realizada para casos sospechosos o confirmados de violencia.

A su vez, en el icono de “familia” se puede seleccionar DE de fortalezas o agotamientos relacionados con el cuidador o los familiares del niño con sospecha o confirmación de violencia. Del mismo modo, en el cuarto eje “consultar intervenciones”, los iconos “niño” y “familia” permiten al profesional de enfermería elegir diferentes posibilidades de IE relacionadas con los niños y sus familias. Los elementos “consultar diagnósticos” y “consultar intervenciones” solo se pueden usar para ver la lista de DE, RE e IE, o los DE, RE e IE relacionados con cada caso específico se pueden mostrar si se crean y seleccionan en el elemento “atenciones”.

El uso de la aplicación CIPE® Violencia puede contribuir a perfeccionar la actuación de los profesionales de enfermería para afrontar la violencia contra los niños. Además, es un método para diseminar el conocimiento científico producido por enfermeros y para enfermeros.



Fotografías: © Karen Namie Sakata So et al.



Humanización del cuidado

*Elba Francisca Menjivar de Vargas,
María Dinora Alas de Canales*

El Salvador

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom presta servicios de salud a niños y niñas de entre 0 y 12 años. Determinadas especialidades, como cardiología, atienden a los pacientes hasta los 18 años. El programa de cirugía cardiovascular del hospital recibe apoyo de instituciones nacionales e internacionales.

En el año 2017 se inauguró la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos. La unidad atiende mayoritariamente a niños durante el posquirúrgico inmediato tras una cirugía cardiovascular.

La división de enfermería consideró que era necesario un proyecto que mejorara el apoyo emocional brindado a los niños y niñas que iban a someterse a una cirugía cardíaca y a sus cuidadores. El proyecto se desarrolló para cumplir la Política Nacional de Cuidado de Enfermería y la estrategia sobre Planificación, organización y dirección de actividades para el logro de un cuidado humanizado y de calidad.

El apoyo al paciente y a sus acompañantes se presta de forma estructurada. El proyecto tiene en cuenta que el apoyo emocional y los cuidados que se presten durante el pre y el postoperatorio inmediato son importantes para la recuperación del paciente. Se retoma además la educación personalizada para el cuidador desde la selección de pacientes para cirugía cardiovascular en la consulta externa, su ingreso a medicina interna y en el postquirúrgico inmediato. Se dedica una especial atención a los aspectos espiritual y psicológico, y se trata al niño y a los cuidadores como seres biopsicosociales que durante todo el proceso de la cirugía necesitan satisfacer necesidades físicas, pero también espirituales.

*El estrés de los
pacientes y de
sus cuidadores
antes del
ingreso en
el hospital
disminuyó
gracias al apoyo
espiritual y
emocional
prestado por
el equipo del
proyecto de
humanización
del cuidado.*





Descripción del proyecto

Los pacientes que ingresan y sus cuidadores sienten estrés y temor ante la perspectiva de cualquier procedimiento. Por ello, la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del hospital cuenta con un programa de jornadas para pacientes de cirugía cardiovascular patrocinada por distintas fundaciones y realizada por médicos nacionales y extranjeros.

Fredlee Ann Kaplan, psicoterapeuta estadounidense, coopera con los miembros del equipo del proyecto de humanización del cuidado y comparte sus técnicas de relajación, que se ponen en práctica para dar apoyo a los pacientes y cuidadores. También comparte experiencias sobre la humanización del cuidado para que el equipo las ponga en práctica.

Puesto que no solo es importante el apoyo espiritual, psicológico y humano, también participa en el proyecto personal de la ludoteca, que además de apoyo psicológico proporciona actividades como juegos. El resultado es positivo para los pacientes y cuidadores. Un equipo de cinco enfermeras y dos psicólogos se coordinan con los jefes médicos y de enfermería de consulta externa, medicina interna y la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos para iniciar las actividades. Son el Equipo de Cuidado Humanizado.

Los niños y niñas sometidos a cirugía cardiovascular ingresan en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica, generalmente de 3 a 5 días. En la etapa postoperatoria se limita el acceso de los cuidadores, por los cuidados de terapia intensiva que necesitan los pacientes y por el riesgo de infección intrahospitalaria, siendo necesario fomentar un ambiente agradable para disminuir la ansiedad de los progenitores o cuidadores, y del niño o la niña.

Resultados

Durante las charlas sobre la información del antes, durante y el postoperatorio se observó interés en los pacientes y los cuidadores. Además, se vio que el estrés antes del ingreso en el hospital de los pacientes y en especial de los cuidadores disminuyó gracias al apoyo espiritual y emocional.

Tras analizar los resultados se evidenció la necesidad de ayudar a los progenitores en ese momento de incertidumbre ante la preocupación de la situación que viven las niñas y los niños durante todo el proceso operatorio. La atención prestada por el equipo del proyecto de humanización del cuidado ha contribuido a mejorar la situación.



Fotografías: © Elba Francisca Menjivar de Vargas



Promoción de la salud a través de un programa de radio

Osmar Efrén Figueroa Palomino

México

Entre el 2018 y el 2019, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora emitió un programa radiofónico semanal de 30 minutos de duración dedicado a la promoción de la salud, gracias al apoyo de la Radio Universidad de Sonora. Llevaba por título Todos juntos por la salud. Se emitieron más de sesenta programas informativos sobre temas de salud. Además, en las distintas redes sociales del programa se difundieron diversas infografías.

Como profesional de la enfermería y prestador del servicio social mi labor fue la de dirigir, producir y presentar este programa informativo. En él participaron más de 50 invitados profesionales nacionales e internacionales, en su mayoría del área de la enfermería. Este espacio radiofónico logró llegar a todos los hogares para informarlos sobre la prevención de enfermedades y distintos temas de educación para la salud.

En la actualidad, los medios de comunicación son uno de los referentes de mayor influencia en el comportamiento de las comunidades. La radio tiene un papel importante en la configuración y la interpretación de la promoción de la salud, no solo como método informativo, sino también como estrategia que permite realizar un análisis fundamental de las conductas que conforman los hábitos y estilos de vida de las personas.

Las actividades que se han desarrollado por medio de un programa de radio han propiciado una reflexión que permite construir nuevos modelos de comunicación más democráticos y participativos, que se han estudiado para reforzar la comunicación en salud.

El programa tuvo un efecto positivo en la vida de los oyentes. Durante las grabaciones de los programas recibíamos llamadas, además de mensajes de texto a través de las redes sociales, que nos agradecían los temas que tratábamos y a los que tenían acceso todas las personas que sintonizaban el canal radiofónico.

La radio es una estrategia de impacto en la promoción de la salud, barata y que resulta fácil entender.



Era un programa sencillo y fácil de realizar. Llegábamos a la cabina de grabación, hacíamos las pruebas de sonido con los micrófonos y el tema que trataríamos. Luego se le mostraba a la invitada o al invitado cómo manejar la tecnología radiofónica y después, cuando estábamos seguros de lo que tenía que suceder, se abrían los micrófonos, se escuchaba el audio de entrada y se sucedía la magia durante 30 minutos de grabación continua.

Después se daban las gracias al invitado y se le entregaba un reconocimiento de participación. Luego se revisaba del audio y se editaba el programa y se guardaba para transmitirlo dos semanas después. Era un proceso que podría considerarse rutinario, pero a la vez cada grabación era excepcional.

La radio es una estrategia de impacto en la promoción de la salud, una herramienta verdadera, disponible para quien tenga interés en desempeñar un rol en la promoción de la salud, conociendo los conceptos que implica la comunicación en salud. Es una estrategia barata y es fácil entender cómo funciona.



Información para el seguimiento del tratamiento contra la tuberculosis

Daniel Urrieta Salazar, Ana Rimac Arrieta,
Patricia Fernández Sánchez

Perú

Desde 1990, Perú ha aplicado con éxito la estrategia Tratamiento Directamente Observado (DOT, por sus siglas en inglés) corto. Esta estrategia redujo en más de 50% la incidencia y la mortalidad de la tuberculosis (TB). A pesar de este logro, el país todavía registra 12% de los casos de TB en las Américas y es uno de los ocho primeros países del mundo con mayor carga de TB multirresistente (TB-MDR).

El tratamiento supervisado de la infección de TB es necesario y no debe interrumpirse. En Perú más de 80% de los abandonos del tratamiento no se justifican por la enfermedad o el tipo de esquema de tratamiento, sino por dificultades del paciente para asistir al establecimiento de salud. Durante el 2018, el CAP III San Juan de Miraflores reportó una tasa de abandono de 1%. Algunos de los factores identificados fueron el difícil acceso al establecimiento, el costo del desplazamiento para los pacientes, las reacciones medicamentosas adversas, la estigmatización de la enfermedad y los horarios rígidos del establecimiento de salud, entre otras razones.

El DOT es la estrategia más efectiva para garantizar que los pacientes con TB completen el tratamiento. Dado que este tipo de terapia puede exigir mucho tiempo y recursos, algunos programas han expresado su interés en métodos alternativos y económicos como eDOT (tecnologías electrónicas) para administrar el DOT, tanto para tratar la enfermedad como para administrar la terapia preventiva con isoniacida (TPI).

El TeleDOT es más cómodo para los pacientes y el personal de enfermería, tiene un menor costo, requiere menos tiempo de viaje del personal, la tasa de abandonos baja y se presta al paciente atención personalizada.



En el estudio se aplicó una versión de video (VDOT) adaptada del eDOT, a la que se llamó TeleDOT. Este tipo de terapia se utiliza hace casi 20 años y es conveniente para los pacientes que trabajan y para los establecimientos de salud que supervisan un gran número de pacientes con TB.

Los pacientes suscritos a este plan piloto utilizaron el teléfono inteligente como medio de comunicación con los profesionales de enfermería del establecimiento. Durante una visita de TeleDOT en directo, los enfermeros y el paciente programaron días y horas específicas para reunirse virtualmente. Durante esas citas el profesional observó al paciente tomar sus medicamentos en tiempo real. Esto permitió hacer un seguimiento de la terapia y hacer las preguntas siguientes:



- ¿Cómo se siente?
- ¿Verificó los medicamentos antes de tomarlos?
- ¿Tuvo algún efecto secundario?

Y sobre todo, el enfermero responde las preguntas que puedan tener los pacientes, para seguir construyendo una buena relación con el paciente a pesar de la distancia.

Los beneficios observados de este método fueron los siguientes:

- Comodidad para los pacientes y los enfermeros.
- Menor costo y tiempo de viaje del personal.
- Disminución de la tasa de abandonos.
- Atención personalizada.

En este estudio participaron diez personas afectadas de TB de entre 18 y 60 años, que firmaron un documento de consentimiento con los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico de tuberculosis sensible.
- Capacidad para hacer uso de tecnología móvil.
- Disponibilidad de un teléfono inteligente con acceso a internet.
- Predisposición para participar en el estudio y respetar las características.
- Consentimiento para realizar la videollamada.

Antes de iniciar este proyecto de videollamadas, el profesional se entrevistó con el paciente durante la semana de entrenamiento para que durante las videollamadas ninguna persona pudiera ver o escuchar la voz del paciente a través de la computadora portátil del profesional. Para ayudar a mantener la privacidad de los pacientes se usaron auriculares y las videollamadas se realizaron en un lugar designado por el paciente. El enfermero o enfermera seleccionó un espacio privado dentro del establecimiento de salud para establecer este contacto. Las videollamadas se realizaron obteniendo la mejor calidad de video, teniendo en cuenta el efecto de la contraluz, la sombra y otros detalles.

Resultados

Se invitó a 37 pacientes del CAP III, aunque se excluyó a 27 porque no cumplían los criterios de inclusión. Se inscribió a los diez pacientes restantes para hacer un seguimiento en dos fases, según la norma de tratamiento de tuberculosis.

De los 10 pacientes, 1 no pudo participar debido a que presentaba una cepa de TB-MDR. De los 9 que iniciaron el seguimiento con TeleDOT, 1 fue transferido por viaje y solo 8 completaron el tratamiento. El personal de enfermería gestionó 727 videollamadas que duraron entre 5 y 10 minutos. En la primera fase fueron 246 y duraron de 10 a 20 minutos. En la segunda fase hubo 481 videollamadas. La adherencia fue de 100% y la curación también.

Se detectaron dos eventos adversos leves a tiempo. Adicionalmente, se manejó la depresión leve y se logró una buena relación enfermero-paciente en cada videollamada. El estudio financiero mostró que durante todo el tratamiento DOT con video se ahorran 500 soles y 210 horas por paciente.

TeleDOT es aplicable a pacientes con tuberculosis sensible. Se logra la curación con completa adherencia. En el estudio piloto, se observa la preferencia del paciente por la buena relación entre el enfermero y el paciente y por el ahorro de tiempo y costos.



Fotografías: © Daniel Urrieta Salazar et al.



PARTE V

DESARROLLAR PROGRAMAS
CONSIDERANDO LA DIVERSIDAD
HUMANA, LA INTERCULTURALIDAD
Y LA ETNICIDAD



La atención primaria de salud en el sistema penitenciario

Ana Rita de Faria, Vanessa Cristina Bertussi, Nubia Cassia Camargo Carvalho, Vanessa Ceravolo Gurgel da Silva, Elizabeth Akemi Nishio, Nacime Salomão Mansur, Gladstone Rodrigues da Cunha Filho

Brasil

La Asociación Paulista, que gestiona parte de la APS de Uberlândia, el defensor público y Secretario Municipal de Salud (SMS) y el Departamento de Salud Municipal expresaron su inquietud sobre la asistencia integral y continua de la población penitenciaria. Para abordar esta preocupación, organizaron el proyecto *Más allá de las rejillas* para ofrecer un punto de atención primaria en el Sistema Penitenciario del Municipio de Uberlândia.

Para garantizar este acceso se establecieron dos equipos de salud que actualmente trabajan en el entorno de la unidad penitenciaria siguiendo la lógica de la estrategia de salud familiar. Cada equipo está compuesto por un médico, un enfermero, un dentista, un técnico de enfermería y un técnico de salud bucal, además de un psicólogo y un asistente social. El equipo cuenta con el apoyo de tutores, cuyo objetivo es calificar la asistencia de una manera humana y resolutiva, ayudando a los equipos en el proceso de construcción social de la atención primaria. Los tutores son un psiquiatra y un infectólogo, que atienden conforme a la necesidad que presenta el equipo mínimo.

Además de esos profesionales, los agentes de salud de la prisión son reclusos que cumplen condena y que tienen deberes similares a los agentes comunitarios de salud. El propio equipo de salud los eligió teniendo en cuenta su perfil de comunicación, su interés y su motivación para realizar la función, además del vínculo con los demás presos y su buen comportamiento. Este agente es el nexo entre los pabellones y el equipo de salud.

La propuesta es que el trabajo que realicen los agentes de salud les suponga una reducción de sus penas, que es un derecho penal. Cada tres días de trabajo equivalen a

La implantación de los equipos de salud en el sistema penitenciario y la incorporación de los reclusos como agentes de salud contribuyeron al fortalecimiento de los cuidados y a la inclusión de la población penitenciaria en el sistema de salud.



un día menos de condena. Esta estrategia también tiene como objetivo ofrecer a los agentes una capacitación y experiencia que les permita trabajar fuera del sistema penitenciario en el futuro.

La implantación de los equipos de salud en el sistema de prisiones y la incorporación de los reclusos como agentes de salud contribuyeron al fortalecimiento de los cuidados y a la inclusión de la población penitenciaria en el sistema de salud. De este modo, se garantizó el derecho civil de los reclusos a acceder a la salud con más agilidad, equidad y calidad.



En los últimos 6 meses, los equipos de salud realizaron 3288 intervenciones y remitieron a 60 pacientes a otro punto de asistencia (pronta atención), que representa 1,82% de esa población. Además de las atenciones individuales en los más diversos temas de prevención y promoción, se realizaron varias acciones en educación en salud.

También se desarrolló un protocolo de admisión para tratar de conocer el estado de salud del recluso en el momento de llegada y de ofrecerle los cuidados de manera amplia e integral. En ese primer contacto se le realizan exámenes serológicos mediante la prueba rápida para el VIH, para las hepatitis B y C y para la sífilis. También se ofrece el examen de bacilos acidorresistentes (BAAR) para síntomas respiratorios, se actualiza la tarjeta de vacunación, se verifican las condiciones de salud y el uso de medicamentos para las afecciones crónicas y se programan nuevas citas si es necesario.

Además de promover la humanización del sistema penal y de la inclusión de los reclusos, el programa tiene como objetivo fomentar la reducción del absentismo en las consultas externas y el ahorro de recursos; por ejemplo, mediante la reducción de los transportes de los presos a unidades de salud externas, que requieren equipos especializados y un transporte adecuado con seguridad. Otro de los objetivos es organizar el sistema de información en salud a través de la estratificación de riesgo en el sistema penitenciario, incluyendo el número de notificaciones obligatorias, la definición del control de medicamentos y de insumos.

Resultados

El proyecto acercó a la población reclusa un servicio de acogida y atención de salud humanizado y más completo, además de ofrecer una escucha calificada y un conocimiento más amplio de los problemas de salud del enfermo privado de libertad.

Además, se ahorraron costos, ya que el transporte a otros puntos de asistencia disminuyó significativamente dada la efectividad de la asistencia local, el ahorro en suministros médicos hospitalarios, y el manejo de insumos, pues la prescripción y administración están acompañándose y organizándose. La conclusión es que el proyecto está marcando la diferencia y que los resultados apuntan a la disminución de los agravios.



Fotografías: © Ana Rita de Faria et al.

Servicios de primera línea a cargo de enfermeros y enfermeras en una zona aislada

Maude Poirier, Nicolas Bouffard, Marika Desjardins, Claudette Gagnon, Christiane Théberge, Ernesto Hernandez

Canadá

Pakua Shipi es una comunidad indígena *innu* situada en el punto medio de la Costa Baja del Norte, una región aislada del nordeste de la provincia de Quebec en Canadá. La zona es inaccesible por tierra. Se puede llegar por aire seis días a la semana y por barco de pasajeros y carga una vez por semana solo de marzo a enero. Los barcos llevan alimentos básicos, materiales de construcción y otras mercancías a los pueblos situados a lo largo de la costa.

Pakua Shipi tiene 350 habitantes y es uno de los pueblos más pequeños y aislados de la provincia de Quebec. Fue el último en establecerse; las primeras viviendas se construyeron en 1972 y 1973. Sin embargo, en Pakua Shipi todavía no hay una tienda de comestibles, una oficina de correos, un banco o una gasolinera. Estos servicios esenciales se ofrecen en el pueblo vecino no indígena de Saint-Augustin, del otro lado del río. Sin embargo, no hay ningún camino o puente que conecte a ambos pueblos. Para conseguir estos servicios, los pobladores de Pakua Shipi y los profesionales tienen que cruzar el río por igual. En consecuencia, el acceso a estos servicios es limitado en el mejor de los casos. La lengua materna de la población es el *innu*, y se habla francés e inglés como segundo y tercer idiomas.

El centro de salud de Pakua Shipi es un consultorio de enfermería que ofrece una gama completa de servicios de primera línea, entre ellos atención clínica de urgencia 24 horas todos los días, así como servicios de salud comunitaria completos y adaptados a la cultura local. Cerca hay un pequeño hospital, situado en Lourdes de Blanc Sablon (sector este), a 80 kilómetros de Pakua Shipi, adonde se llega solo por aire. Todos los médicos que atienden en la zona están en Lourdes de Blanc Sablon y visitan perió-

Los enfermeros y las enfermeras de Pakua Shipi han logrado sincronizar y adaptar su enfoque de la enfermería a fin de asegurar que cada paciente sienta que es importante como persona y como miembro de la comunidad.





dicamente las otras comunidades para ofrecer atención a corto plazo. A Pakua Shipi van alrededor de 18 veces por año y las visitas duran un día o un día y medio.

Desde 1999, en virtud de un acuerdo de transferencias con el Ministerio de Salud de Canadá, el Consejo de Comunidad de Pakua Shipi se encarga de la administración y la prestación de servicios de salud locales. El consejo tiene un director de salud que administra, planifica y organiza todas las operaciones administrativas, humanas, financieras, materiales y de infraestructura del consultorio de enfermería y el sector de servicios de salud. El director de salud trabaja bajo la supervisión del director general del Consejo de Comunidad.

Los enfermeros y las enfermeras desempeñan funciones ampliadas y están de guardia de forma ininterrumpida para urgencias. Su calendario de trabajo se organiza según una rotación en la que cada uno permanece un mes en la comunidad y un mes fuera. El enfermero o la enfermera jefe trabaja 10 meses al año y se va en julio y agosto.

En comunidades aisladas como Pakua Shipi se necesitan estas funciones ampliadas del enfermero porque es lo único a lo cual la población tiene acceso para todas sus necesidades médicas. No hay médicos en la comunidad. Incluso cuando llega un médico visitante, es necesario que el paciente sea remitido por un enfermero o una enfermera. En consecuencia, cuando el enfermero o la enfermera recibe al paciente, debe estar en condiciones de hacer un examen físico y de salud mental completo.

El enfermero encarga del tratamiento completo del paciente en la medida de lo posible dentro de sus funciones. Por ejemplo, sutura heridas, hace exámenes prenatales y de seguimiento de embarazos, maneja enfermedades crónicas, realiza el seguimiento pediátrico, proporciona cuidados paliativos, etcétera.

Ante la falta de servicios de ambulancia, los enfermeros y las enfermeras responden a todas las urgencias médicas, sean en el hogar o a un lado del camino, con diferentes vehículos de urgencia adaptados. En situaciones de urgencia son los prestadores de atención traumatólogica de primera línea, tanto para casos agudos, infartos o ahogamientos. Tienen que ser sumamente competentes y eficientes puesto que tienen que coordinar muchos aspectos del tratamiento médico.

Con los años, los enfermeros y las enfermeras de Pakua Shipi han logrado sincronizar y adaptar su enfoque de la enfermería a fin de asegurar que cada cliente o paciente sienta que es importante como persona y como miembro de la comunidad. Cada uno acepta con humildad el hecho de que, quienquiera que sea como persona, aporta lo que es a la experiencia terapéutica. Nuestros enfermeros y enfermeras tienen una capacidad innata para superar cualquier posible sesgo personal y conectarse con el paciente a fin de que se sienta

comprendido y bien cuidado. Eso es especialmente importante en un contexto donde hay grandes obstáculos idiomáticos (a pesar de la presencia de intérpretes). La población que atendemos ha tenido que adaptarse a cambios drásticos del modo de vida en una generación, mientras que el resto de la provincia y del país ha tenido 3 o cuatro generaciones más para adaptarse gradualmente.



Nuestros enfermeros son muy conscientes de la rápida transición y adaptación que se requieren de la población, los obstáculos lingüísticos y los retos abrumadores que enfrentan los *innu* para adaptarse de manera eficiente y aprender a usar el sistema de atención de salud y otros servicios. En consecuencia, a fin de dar un efecto multiplicador a su impacto, obtener resultados positivos y aumentar su capacidad, nuestros enfermeros y enfermeras ofrecen apoyo a los clientes. Por ejemplo, los guían en el uso de los sistemas locales, provinciales y federales o promueven su causa. No es raro ver a nuestro equipo extraordinariamente dedicado trabajando de manera voluntaria después del horario de trabajo para terminar los expedientes relacionados con el uso del sistema y la promoción de la causa. Aun así reciben a cada paciente con una sonrisa y lo “tratan” con un oído empático, con respeto y con atención eficaz.

La comunidad de Pakua Shipi tiene la tasa más alta de retención de enfermeros y enfermeras de toda la Costa Baja del Norte (16 comunidades) y se la reconoce por la calidad admirable y el enfoque de los servicios de enfermería.

En mayo del 2016, el Centro de Salud Pakua Shipi fue el primer consultorio independiente de Canadá en ser acreditado por el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de

Salud con las nuevas normas para consultorios remotos y aislados. De hecho, cumple 99,80% de los requisitos en materia de seguridad del paciente y prácticas de organización requeridas. Los enfermeros y las enfermeras están transformando el “acceso universal a la atención de salud” en algo más que un lema: sus contribuciones están convirtiéndolo en realidad para la comunidad de Pakua Shipi y muchas otras de todo el mundo.



Fotografías: © Marika Desjardins et al.



Trastornos del sueño y promoción de la salud en grupos minoritarios y vulnerables y en mujeres —

Carol M. Baldwin, Lorely Ambriz, Maria Teresa Cerqueira, Cipriana Caudillo Cisneros, Sergio Marquez Gamiño, Stuart F. Quan, Luxana Reynaga Ornelas

Estados Unidos de América

El sueño deficiente es un factor del estilo de vida que influye mucho en la aparición de enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, mayores tasas de obesidad, problemas de salud mental y deterioro de la calidad de vida. Lamentablemente, las enfermeras, los médicos y otros profesionales de los servicios de salud reciben poca o ninguna capacitación sobre los trastornos del sueño y la promoción del sueño saludable.

Los promotores, que trabajan en coordinación con los enfermeros y las enfermeras de salud comunitaria y otros prestadores de servicios, usan los materiales de capacitación para educar a las personas y las familias sobre la importancia de la salud del sueño.

Las consecuencias negativas de los problemas del sueño agravan las desigualdades en la salud de las personas hispanohablantes que viven a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos. Hemos elaborado y puesto en marcha *Los trastornos del sueño y la promoción del sueño saludable*, el primer programa de salud del sueño en idioma español, para facilitar la promoción de la salud comunitaria en zonas urbanas y rurales de ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos.

El programa de salud del sueño en español ofrece diversas herramientas para enseñar a los agentes comunitarios de salud, conocidos como promotores, métodos culturalmente apropiados de educación y promoción de la salud con el fin de mejorar la salud del sueño. Se lo ha incorporado en el manual validado de promoción de modos de vida saludables *Camino a la Salud (Su Corazón/Su Vida)*, con el cuaderno de ejercicios que lo acompaña, que se usa para formar a los promotores.



Al demostrar que conocen y comprenden el material sobre el sueño, los promotores, que trabajan en coordinación con enfermeros y enfermeras de salud comunitaria y otros prestadores de servicios, usan los materiales de capacitación para educar a las personas y las familias sobre la importancia de la salud del sueño. En su calidad de líderes comunitarios que hablan el idioma y comprenden la cultura local, los promotores sirven de puente entre los vecinos que necesitan atención de salud y las enfermeras, los médicos y otros profesionales que la proporcionan.



Con 600 promotores como número representativo capacitado anualmente, la mitad en Estados Unidos y la otra en México, se consiguió ahorrar bastante en los costos de capacitación sobre el sueño. Según cálculos conservadores, a lo largo de la frontera de Estados Unidos se ahorró en atención de la apnea obstructiva del sueño, del insomnio y del síndrome de las piernas inquietas en torno a 315 000 dólares en el 2014 y 3 574 800 del 2014 al 2017.

No hay estudios del costo por persona relacionado con trastornos del sueño en México. Por consiguiente, el ahorro con el programa de salud del sueño a lo largo de la frontera de México se ha extrapolado de numerosos estudios que vinculan de la apnea obstructiva del sueño, el insomnio y el síndrome de piernas inquietas con la diabetes y la hipertensión. Los ahorros van de 145 500 dólares a \$209 700 en el 2014 y de \$436 500 a \$629 100 del 2014 al 2017.

El ahorro es una manera importante de reducir los obstáculos a la atención de salud y mejorar el acceso universal a la atención, pero la prevención de enfermedades crónicas y la mejora de la salud comunitaria también tienen un valor incalculable. La función de los enfermeros y las enfermeras de educar a los agentes comunitarios de salud para promover la salud y prevenir enfermedades es una contribución esencial tanto para la atención de salud universal como para la atención primaria de salud.



Fotografías: © Carol M. Baldwin



Enfermería en el Chaco paraguayo

María Luisa Castillo de Sánchez

Paraguay

Soy profesional de enfermería y tengo 53 años. Desde hace 23 años vivo en una pequeña comunidad a 330 kilómetros de la ciudad Mariscal Estigarribia, en el Chaco Paraguayo, y a 500 de Asunción, la capital del país. Trabajo en un puesto de salud en la Comunidad de San Andrés, a tan solo 30 kilómetros de la frontera entre Paraguay y Bolivia (Estado Plurinacional de). Además, mi territorio social implica atender a otras comunidades: San Andrés, Luque Occidental, Colonia Histórico y Sierra León, donde una auxiliar de enfermería y yo somos el único personal de salud disponible para atender las necesidades de esas comunidades.

Los caminos de esa zona chaqueña son difíciles de transitar la mayor parte del año. El clima es hostil. Suele haber seis meses de clima seco y seis de clima húmedo, con lluvias e inundaciones que hacen que el suelo sea arcilloso porque el agua no se absorbe. Como parte de mis tareas debo recorrer el territorio en bicicleta o en moto para hacer promoción de la salud. A veces, en el trayecto aparecen pumas o jaguetetés, que son unos felinos de gran tamaño.

Como parte de mis tareas debo recorrer el territorio en bicicleta o en moto para hacer promoción de la salud. A veces, en el trayecto aparecen pumas o jaguetetés, que son unos felinos de gran tamaño.

Esta realidad complica mis desplazamientos diarios desde Asunción a la zona. Eso me llevó a construir una casa de madera detrás del puesto de salud y utilizar un panel solar para generar electricidad. La tecnología se convirtió en mi mejor aliado de trabajo. Al principio me comunicaba por radio, pero ahora tengo un teléfono móvil al que acceden todos los pobladores en caso de necesidad.

Cuando un paciente presenta problemas de salud que no puedo resolver, hablo por teléfono con el médico de urgencias de alguno de los centros de salud más cercanos. Le refiero todos los datos del paciente, su estado clínico y sus signos vitales hasta obtener el tratamiento que debo aplicar, y mantengo informado al médico sobre su evolución. Este es el proceso que utilizo para manejar la mayoría de los casos.





También se presentan casos de mayor complejidad; por ejemplo, cuando una mujer fue atacada por un animal, pude trasladarla al hospital de Mariscal Estigarribia en un avión de las Fuerzas Armadas gracias a las excelentes relaciones que mantengo con otros actores de la Región.

Desde hace dos años dispongo de una ambulancia que conduce mi esposo. Cada vez que traslado a un paciente, ya sea por vía aérea o terrestre, aprovecho la oportunidad para abastecer el puesto de salud con medicamentos necesarios que no suelen estar disponibles por ser un lugar lejano.

Entiendo que la atención primaria de la salud implica compromiso y servicio a la comunidad.



Fotografías: © María Luisa Castillo de Sánchez



Programa Vidas Color Sol

*Gianina Farro Peña, Lisbeth Consuelo Albújar Paico,
Renzo Rubén Quezada Echenique, Diego Alonso Ubaldo Farro*

Perú

En el marco de los criterios institucionales y de las iniciativas de responsabilidad social universitaria, el Programa Vidas Color Sol de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) nace de la motivación de un equipo interprofesional de enfermeras y enfermeros, psicólogos, odontólogas, médicos, docentes, egresados y estudiantes de la universidad vinculados al núcleo poblacional al que se dirige el Programa, la Comunidad Penitenciaria de Chorrillos, en Lima.

El objetivo y el centro de acción del programa es el desarrollo físico, orgánico, motor y psicosocioemocional de los menores de 3 años que viven con sus madres privadas de libertad en el establecimiento penitenciario del distrito de Chorrillos (INPE). La labor se realiza a través de diferentes líneas de acción, como la educación, la administración de cuidados y las atenciones de salud preventiva promocional y de tratamiento, la orientación y la consejería psicológica, las estrategias lúdicas, las charlas, las conferencias y los talleres grupales.

El objetivo y el centro de acción del programa es el desarrollo físico, orgánico, motor y psicosocioemocional de los menores de 3 años que viven con sus madres privadas de libertad

El programa ha procurado construir diferentes pilares a partir de un abordaje interdisciplinario en el que participan estudiantes y profesionales de las carreras de enfermería, estomatología y psicología. De ese modo, se concentran los esfuerzos en una amplia gama de áreas de intervención: crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, salud oral preventiva, orientación y consejería psicológica, intervenciones alternativas (como la biodanza y la relajación guiada) y la salud ocupacional. Esta última área está dirigida a los trabajadores de tratamiento, seguridad y administración del INPE.

El abordaje se basa en los principios éticos, el trato digno y el respeto tanto a los menores como a sus madres. El programa se inició en el Distrito de Chorrillos de la ciudad de Lima, y luego ha continuado con intervenciones en centros penitenciarios de otras ciudades del país, como



Tarapoto, en la selva peruana, Trujillo, en el norte peruano e Ica, en la costa. La previsión es poder ejecutar el programa en las prisiones de mujeres de todo Perú. Inicialmente se solicitó la autorización del INPE y de las autoridades que administran cada establecimiento penitenciario. También se informó a las madres de los beneficios del programa, que no representa riesgo alguno para los menores. Luego se realizaron las actividades interprofesionales en las áreas físicas asignadas por el establecimiento penitenciario.

El Programa Vidas Color Sol se dedica también a la capacitación individual y grupal de las madres en aspectos importantes como nociones sobre primeros auxilios, higiene y conservación de su salud y la de sus hijos, dieta equilibrada, afrontamiento del estrés, inteligencia emocional, autoestima y habilidades sociales para optimizar sus modos de reacción y acción en las circunstancias cotidianas.

Resultados

Respecto a la participación de la comunidad, en las áreas de crecimiento y desarrollo, y de estimulación temprana se cuenta con 100% de la asistencia de los menores y de sus madres, tanto en las consultas de enfermería como en las de odontología y en las intervenciones facilitadoras del desarrollo motor y la coordinación física de los niños.

En el área de psicología, participan 50% del total de miembros del establecimiento penitenciario. Este porcentaje ha aumentado con el paso de los años como resultado de la promoción de los espacios de consejería y de la consolidación de las relaciones de confianza con la comunidad.

El objetivo a corto y medio plazo es aumentar la participación de la comunidad en el servicio de salud mental.

En lo que respecta al área de salud ocupacional, la participación de los trabajadores del centro penitenciario es rotativa. Esto es consecuencia de la disponibilidad de tiempo, por los turnos laborales que cumplen y el alto riesgo que conlleva su dinámica regular de trabajo, en donde son requeridos constantemente para conservar la seguridad del establecimiento.

Conclusiones

- Las madres privadas de libertad aceptan, reciben y forman parte activa del apoyo que proporciona el programa y se comprometen a prestar a sus hijos los cuidados maternoinfantiles.
- A través de las normativas dispuestas en los diversos establecimientos en los que se ha desarrollado la intervención (Chorrillos, Trujillo, Ica y Tarapoto), las autoridades del INPE se suman al compromiso ético nacional hacia la promoción y la dación de un trato digno a los hijos de madres privadas de libertad, con arreglo a las recomendaciones universales de los derechos de los niños y las niñas.



- Los trabajadores de seguridad, de tratamiento y de administración son una parte importante de la población penitenciaria al estar en constante interrelación con las mujeres y sus hijos, razón por la que el programa también prevé actividades y capacitaciones para ellos con el fin de fomentar beneficios para todos los miembros de la comunidad.
- Las actividades de las áreas de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, psicología, estomatología, biodanza y relajación, y salud ocupacional promueven el bienestar biopsicosocioemocional de la población y cuentan con la aceptación y participación de la comunidad penitenciaria.



Riesgo del VIH en mujeres trans del área metropolitana de Monterrey

*Alma Angélica Villa Rueda,
Dora Julia Onofre Rodríguez*

México

El objetivo de la investigación fue identificar el riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en las mujeres trans. Se evitó poner el foco central en la conducta sexual de riesgo y se trató de evaluar todos los elementos estructurales y sociales que, cuando se articulan, generan inequidades sociales y de salud que incrementan el riesgo de adquirir el VIH de esta comunidad.

El enfoque transdisciplinar fue crucial para contar con las mujeres trans no solo como sujetos del estudio, sino como retroalimentadoras de la investigación y tomadoras de decisiones. De este modo, los resultados de la investigación no solo serían útiles para la academia y la enfermería, sino también para ellas.

A nivel social y estructural se implementaron sistemas de vigilancia y sanción. Por ejemplo, el rechazo y el estigma que enfrentan en los servicios de salud por no alinear su expresión de género con el sexo. Estas violencias suelen ser muy invisibles o muy evidentes, pero en cualquier caso repercuten en la autoimagen, la autoestima y la salud de estas mujeres.

Para comprender la formulación del riesgo del VIH en las mujeres trans se desarrollaron entrevistas semiestructuradas que partieron del momento en que las entrevistadas fueron conscientes de que su identidad o expresión de género no era la que esperaban las personas a su alrededor, es decir, la de un hombre. Se profundizó en los recuerdos de la “cacería” de las instituciones y los profesionales de salud en las calles al principio de la epidemia del VIH. Entonces se exigían las pruebas del VIH en vías de poder transitar “libremente” sin riesgo de ser encarceladas. Para las muje-

Durante la investigación se organizaron en la facultad de enfermería foros y talleres impartidos por mujeres y hombres trans con objeto de sensibilizar a los estudiantes y a los docentes de enfermería a través de sus experiencias.



Enfermería y coordinación de actividades para personas con discapacidad

Peggy P. Da Silva

San Vicente y las Granadinas

El fortalecimiento de la enfermería y la partería es decisivo para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en San Vicente y las Granadinas. Nos concentramos en las personas con discapacidad y, reconociendo la importancia crucial de su inclusión, adoptamos el lema “Estamos aquí; ¡inclúyenos!”.

Para conmemorar el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (martes 3 de diciembre del 2019), cuyo lema fue “Participación y el liderazgo de las personas con discapacidad: Agenda de Desarrollo 2030”, enviamos cartas a las iglesias y les pedimos que reconocieran el día y que rezaran en particular por las personas con discapacidad en los oficios religiosos. Les presentamos tres ideas que podían plantear en reconocimiento de estas personas especiales:

1. “Mi capacidad es más fuerte que mi discapacidad”.
2. El niño con necesidades especiales florecerá con el amor y el aprecio de los demás, no con su lástima y su rechazo.
3. Tómate un tiempo para mirarme y ver lo sorprendente que puedo ser.

También hemos hecho lo siguiente:

- Servimos de enlace con el director de la escuela de San Vicente y las Granadinas para niños con necesidades especiales a fin de crear un curso de lenguaje de señas específicamente para enfermeras y otros profesionales de la salud (personal de enfermería, médicos, farmacéuticos). Estamos ultimando los detalles.

El profesional de enfermería se concentra en las personas con discapacidad y, reconociendo la importancia crucial de su inclusión, adoptaron el lema “Estamos aquí; ¡inclúyenos!”.



- Elaboramos un mapa de las personas con discapacidad en cada distrito de salud.
- Colaboramos con la unidad de promoción de la salud con respecto a la educación sanitaria del público en general.
- Planeamos (una vez por mes en cada centro de salud para comenzar) un día de actividades clínicas dedicadas exclusivamente a personas con discapacidad (debe ser un esfuerzo coordinado entre enfermeras, médicos, farmacéuticos, dentistas si corresponde, consejeros, dietistas, etc.), en los cuales se puedan hacer frotis de Papanicolaou, sesiones de educación sanitaria, etc.
- Colaboramos con el Departamento Dental del Ministerio de Salud, Bienestar y Medioambiente en el establecimiento de un día mensual de actividades clínicas a personas con discapacidad.
- Servimos de enlace con los directivos y abogamos por el uso de lenguaje de señas en los noticieros televisados y por la construcción de rampas para sillas de ruedas y baños accesibles en diversos establecimientos de atención de salud que no los tenían.
- Servimos de enlace con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, Bienestar y Medioambiente para promover la accesibilidad para sillas de ruedas en las escuelas y la instalación de baños accesibles en todo el país.
- Servimos de enlace con diversos interesados y empresas a fin de promover la construcción de rampas y baños accesibles para sillas de ruedas y, según corresponda, mostradores o ventanillas especiales o más bajos para clientes con silla de ruedas. En el edificio Centrex habrá acceso para sillas de ruedas y una ventanilla o un mostrador más bajo.
- Servimos de enlace con interesados y empresas con el fin de proporcionar plazas de estacionamiento claramente marcadas y reservadas para personas con discapacidad.



- Abogamos con el propósito de que los dueños de estacionamientos designaran y marcaran plazas de estacionamiento específicamente para personas con discapacidad y ofrecieran dos horas de estacionamiento gratuito para personas con discapacidad. Ya hemos recibido el compromiso verbal de los operadores de dos estacionamientos al respecto.

El diálogo con el Colegio Comunitario de San Vicente y las Granadinas, División de Educación de Enfermería, continúa para enmendar el plan de estudios de la enfermera licenciada, la partera profesional, la asistente de enfermería y el agente de Salud Comunitaria, y para incluir un curso obligatorio básico de lenguaje de señas.

Los enfermeros y las enfermeras están en la línea de frente para mejorar el acceso universal a la atención de salud. Estamos asociándonos con la comunidad en calidad de promotores y adalides, y juntos podemos decir: “Estamos aquí; ¡inclúyenos!”.



Fotografías: © Peggy P. Da Silva



PARTE VI

GENERAR MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL



Argentina

Agua Segura nace de la necesidad de hablar de buenos hábitos sobre el consumo de agua. El equipo de salud es el órgano vigilador de la calidad de agua de la comunidad. Todos los lunes se realizó en nueve puntos de la localidad el control tanto de cloro residual, que se hace en el momento, como el bacteriológico. Este último se encarga a la capital de la provincia, la ciudad de Neuquén, donde un laboratorio procesa el cultivo. Luego se entrega una copia de los resultados de la bromatología a la Municipalidad de Plottier y a la Cooperativa de Agua.

En el 2018 se tomaron 292 muestras y en el 2019, 403. Más de 97% de las muestras se consideraron agua segura para el consumo humano. Pero el control del agua lo tiene una cooperativa y la comunidad no confía en ella. Hasta los trabajadores del hospital le echan la culpa al agua en los casos de diarrea.

En respuesta a esta situación se creó un proyecto para los colegios y otras instituciones de la localidad que quisieran participar. Se visitó a las instituciones interesadas y los impulsores del proyecto se reunieron con los directivos del colegio y las docentes a cargo del área de ciencias naturales para explicarles la experiencia. Consistía en 80 minutos durante los que los estudiantes pasaban por tres postas sanitarias. Cada una de ellas estaba a cargo de dos personas y la información que hay que desarrollar se mostraba en unas computadoras.

Un coordinador indicaba el momento de cambio de postas para ir todos al mismo ritmo, lo que hacía más dinámico el trabajo. Los estudiantes permanecían en cada posta unos 15 minutos. Se separaba a los grados en grupos pequeños para que los estudiantes tuvieran oportunidad de hacer preguntas.

Se logró mejorar la comunicación con otras instituciones, la escuela de música, los scouts, las comisiones vecinales y la escuela de fútbol. También se logró llegar a las escuelas con otras propuestas novedosas, además de las de vacunación escolar o de control de salud.



Cada una de las postas tenía un tema central, subdividido en tres ejes:

1. Beneficios del consumo de agua en comparación con las bebidas azucaradas.

Se hablaba de la cantidad de agua que hay que beber al día, de las cantidades de azúcares que contienen las frutas, de las diferentes bebidas que se encuentran en el mercado, etcétera. Se hacía un juego con las bebidas más conocidas del mercado. Los estudiantes debían colocar y ordenar bolsitas de azúcar preparadas antes que les revelaban la gran cantidad de azúcar de estas bebidas. Además, se mostraban las enfermedades que puede provocar el consumo de azúcares procesados, como caries, diabetes, sobrepeso, etcétera.



2. Cómo potabilizar el agua. En esta posta se enseñaba lo que se hacía en la localidad del control de agua desde el área programa del hospital, algo que los estudiantes y la mayoría de la comunidad desconocían. Se enseñaba a potabilizar el agua, usando lavandina o hirviendo el agua durante 5 minutos. También se mostraba de dónde viene el agua que se toma en la localidad y por qué hay que cuidar este recurso natural. Se debatió sobre el mal uso del agua, como dejar grifos goteando, baños que pierden agua, lavar los coches en la vía pública, etcétera. Asimismo, se mostró una diapositiva con referencia al lavado de tanque y su frecuencia (cada seis meses). Más de 85% de los niños dijeron que en sus casas no se lavaba. Es importante aclarar que en la localidad más de 97% de la población tiene depósitos o tanques de reserva de agua en sus casas.

3. Higiene personal y de aparatos electrónicos. En esta posta se habla de los beneficios de la higiene para la salud. Por ejemplo, se explica cada cuánto hay que bañarse, haciendo hincapié en los cambios corporales de la adolescencia. Las docentes pidieron que se tratara este tema por la presencia de olores corporales. En una experiencia virtual se mostraban los ocho momentos del lavado de manos y el cepillado de dientes. Un tema muy productivo fue la limpieza de aparatos electrónicos como los teléfonos celulares. De los niños consultados, la gran mayoría no los desinfectaba. Se les enseñó que tienen 18% más bacterias que los baños públicos y que son una gran fuente de contagio de enfermedades.

A las instituciones participantes se les pidió que participaran en un concurso de cortometrajes con un video sobre lo que habían aprendido. Como ejemplo se mostraba uno en internet. Se presentaron tres cortos y se les concedió un premio a las tres instituciones participantes. Uno fue a la mejor banda sonora (banda musical municipal), otro a los mejores actores (escuela creciendo) y otro al mejor guion (escuela n.º 60). Recibieron una estatuilla y una torta para el desayuno.

Se logró mejorar la comunicación con otras instituciones, la escuela de música, los scouts, las comisiones vecinales y la escuela de fútbol. También se logró llegar a las escuelas con otras propuestas novedosas, además de las de vacunación escolar o de control de salud. Escuchar las reflexiones de los alumnos sobre sus cambios de hábitos y sobre compartir con sus familias lo aprendido, ver cómo los niños pusieron el esfuerzo de hacer los videos o también observar la emoción cuando fueron premiados llenó y sobrepasó las expectativas de los responsables.

En esta actividad no solo participó un enfermero jefe de área del programa, sino también agentes sanitarios que visitaron a más de 700 escolares de la localidad y docentes que prestaron su acompañamiento durante la realización de los cortometrajes, por el director del hospital al que pertenecemos y por el jefe de zona que quiso conocer el proyecto y acompañó a los organizadores a una escuela.



Fotografías: © Gerardo Iván Cárdenas

Empoderamiento social de los miembros de una asociación de materiales reciclables

Dirce Stein Backes, Bethânia Haag, Amanda Ruiz

Brasil

Este proyecto se realizó entre marzo del 2018 y noviembre del 2019 en una asociación de reciclaje. El objetivo fue describir las contribuciones de actividades socialmente emprendedoras de la enfermería para los miembros de una asociación de materiales reciclables. La mayoría de las veces esos profesionales trabajan en condiciones insalubres y expuestos a todo tipo de riesgos, véase riesgos químicos, biológicos, ambientales y otros. Por otra parte, conviven con desigualdades y con la desvalorización social.

Se recogió información antes y después de las actividades socialmente emprendedoras. Inicialmente los participantes se cuestionaron acerca de la percepción del significado de salud y de vivir saludable en la dimensión personal y colectiva. Luego reflexionaron sobre las actividades que deseaban que se planearan y se aplicaran para contribuir a su salud y a vivir saludable, a partir de la conceptualización del cuestionamiento anterior.

Los profesores y alumnos que estuvieron aquí hablaron de forma simple, clara y la gente consiguió entender, participar y pasar para los otros.

A partir de la información recogida y discutida se realizaron actividades socialmente emprendedoras, como el día de belleza, el día de la princesa, encuentro de amigos y otras, realizadas de forma procesal y sistematizada en días y horarios reservados. Participaron docentes y alumnos de grado y posgrado de enfermería con objeto de intervenir en la autoestima de los miembros de la asociación y de garantizarles mayor visibilidad y valorización social.

El día de la belleza se celebró el mes de mayo y se organizó y simplificó en seis horas a partir de diferentes actividades interactivas y lúdicas. Mientras un grupo de estudiantes, con la ayuda de profesionales competentes en el área se cortaban, pintaban y cepillaban el cabello, otro grupo se ocupó de la estética de la cara, de las manos y los pies. Un tercer grupo creó un ambiente relajado con música, bailes y otras actividades





atractivas interactivas. Al final del proceso, se invitó a los miembros a participar en un desfile animado en el que se eligió al miembro más bello, así como a los dos miembros más comprensivos del día.

La reunión entre amigos se celebró en octubre, el Día del Niño, con las mujeres en compañía de sus hijos, ya que todas tenían hijos menores de edad. Esta reunión fue organizada por turnos y motivada con juegos y bailes típicos, así como con comida y bebidas para niños y adultos. El día señalado se dio a los miembros de la asociación en diciembre con el propósito de celebrar los logros del año y la Navidad en una famosa churrasquería de la ciudad. Para ese día, que se consideró una sorpresa, se organizó un programa especial que contó con la colaboración de varias empresas locales.

Todavía trabajando entre la “basura”, los miembros se sorprendieron con la llegada de un autobús que los recogió para realizar un recorrido estratégico por la ciudad. Por lo tanto, se mudaron, aún con su bata de trabajo, a un instituto de belleza, donde los empleados les estaban esperando. Además de la estética general, el corte, cepillado o tinte del cabello, a los miembros también se les entregó ropa de fiesta y zapatos combinados donados por una empresa. Luego se los invitó a un recorrido turístico por el centro de la ciudad donde asistieron a una celebración de Navidad y, finalmente, a la visita en uno de los principales centros comerciales de la ciudad.

Tras las actividades socialmente emprendedoras se retomó la información con los integrantes con el objetivo de analizar sus contribuciones para el estímulo a la salud y de vivir saludablemente en la dimensión personal y colectiva.

La contribución social de los trabajadores en una asociación de reciclaje queda reflejada en cada declaración, expresión, mirada o gesto. Con frecuencia los oía decir, con emoción y brillo en la mirada: “Estoy orgulloso de lo que hago. Reconozco el valor de mi trabajo”. De modo general, todos los trabajadores son conscientes de la relevancia de su trabajo para el desarrollo sostenible, aunque no siempre se comprendan en sus derechos.

En el discurso de uno de los líderes de la asociación se hizo evidente que la enfermería reconoce las necesidades de las personas y cómo lidiar con ellas. Tiene potencial para emancipar los diferentes grupos sociales, en especial a los coleccionistas, para que lideren nuevos espacios en la sociedad, considerando el hecho de que algunos trabajadores se sienten menospreciados y desvalorizados en su trabajo diario. En especial, una de las participantes hizo referencia a los cuidados básicos discutidos por la enfermería, como el lavado de manos, la actividad física y los cuidados preventivos. Y destacó sobre todo la forma en que se abordaron las temáticas con los trabajadores.



Esta misma participante reconoció la efectividad de las intervenciones realizadas, incluso los cambios notables en las actitudes y comportamientos de sus compañeros de trabajo: “La enfermería nos brindó la posibilidad de intercambiar experiencias que no teníamos, pero no con algo pronto, porque no sirve de nada venir aquí a hablar muchas cosas complicadas que yo no sé lo que usted está hablando. Los profesores y alumnos que estuvieron aquí hablaron de forma simple, clara y la gente consiguió entender, participar y pasar para los otros”.

La principal contribución de este estudio está asociada a la inducción de una cultura emprendedora en el área de enfermería, además del fomento de nuevos enfoques teóricos-metodológicos de intervención social, con miras al avance de ciencia de enfermería y el alcance de la salud universal.



Fotografías: © Dirce Stein Backes



Iniciativas relacionadas con la prevención y el control del cáncer

Karen Simone Nelson

Jamaica

El Día Regional del Cáncer es una iniciativa surgida de la Unidad de Enfermedades no Transmisibles (ENT) del Distrito de Salud de la Región Sur (SRHA) de Jamaica. El cáncer es la segunda causa principal de muerte en las mujeres y la tercera en los hombres en el país, con 8,8 millones de defunciones en el 2015.

Para responder a esta amenaza, el Ministerio de Salud emitió el mandato de reducir las enfermedades no transmisibles 25% para el 2025. A partir de este objetivo, el coordinador regional para enfermedades no transmisibles estableció un comité en el SRHA para aumentar la conciencia sobre el control y la prevención del cáncer, así como para apoyar a las personas que tienen la enfermedad.

El comité sobre enfermedades no transmisibles del SRHA aunó fuerzas con la OPS para conmemorar el Día Mundial del Cáncer el 4 de febrero de cada año y elaboró un plan estratégico trienal que permitirá a cada distrito de la región ser la sede de este evento.

Los objetivos son los siguientes:

1. Sensibilizar y educar al público sobre la prevención del cáncer.
2. Concientizar sobre los cuatro factores de riesgo principales.
3. Sensibilizar al público con respecto a la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano para prevenir el cáncer cervicouterino.
4. Promover el uso de la inspección visual con ácido acético para detectar el cáncer cervicouterino.
5. Aumentar la captación de los exámenes de detección del cáncer en la Región.

El primer evento lo organizó el Equipo de Servicios de Salud de Manchester con el lema *Podemos, puedo prevenir el cáncer*. Se celebró en la Iglesia Anglicana St. Marks, en Mandeville, donde el orador invitado destacó el papel del enfermero en la prevención y el



control del cáncer. Se realizaron actividades variadas para detectar el cáncer cervicouterino, en particular la inspección visual con ácido acético. Ese día se hicieron más de 80 exámenes.

El segundo evento lo patrocinaron los Servicios de Salud de Clarendon, con el lema *Podemos, puedo prevenir y controlar el cáncer*. Los exámenes de detección se extendieron a tres lugares: la Iglesia Metodista St. James, en Sevens Road, en Clarendon, el Centro Comunitario Canaanita y la Iglesia Anglicana St. Luke.

Se realizaron las siguientes actividades:

- Clases de educación sanitaria.
- Chequeos gratuitos.
- Exámenes de detección del cáncer cervicouterino para más de 120 mujeres de 25 a 54 años.
- Puesto con una exposición de los tipos más prevalentes de cáncer.
- Colaboración con otros sectores en la difusión de testimonios impactantes sobre el cáncer.
- Demostraciones y muestras de nutrición.

El evento fue un éxito. Se hicieron 132 exámenes con inspección visual con ácido acético, se tomó la presión arterial y se hicieron pruebas de glucemia a 171 personas, se administraron 82 pruebas del VIH, se ofrecieron 5 sesiones de actividad física y se ofrecieron muestras de más de 120 alimentos.

El tercer evento fue patrocinado por los Servicios de Salud de St. Elizabeth en la Iglesia Anglicana St. Matthews, en Santa Cruz, con el lema *Podemos, puedo ser consciente y mostrar que nos importa*. Se organizó un simposio sobre el cáncer, con énfasis en los sistemas de apoyo para personas con cáncer y sus familiares, en el cual se abordó también la salud mental. El comité sobre enfermedades no transmisibles del SRHA se asoció con el Fondo Nacional para la Salud (NHF) a fin de ofrecer mamografías y pruebas del antígeno prostático específico (PSA).

Se destacó el papel del profesional de enfermería en la prevención y el control del cáncer.

Se llegó a 246 personas con las siguientes actividades:

- Treinta mamografías para mujeres mayores de 40 años.
- Cincuenta pruebas del PSA para hombres mayores de 40 años.
- Ciento treinta exámenes de detección del cáncer cervicouterino.
- Cuarenta y ocho tactos rectales.



- Cuarenta y ocho exámenes de mamas.
- Doscientas cuarenta y ocho mediciones de la presión arterial, la glucemia, la talla y el peso.
- Sesenta y tres pruebas de detección del VIH.
- Tres electrocardiogramas.
- Diecisiete pruebas del colesterol.
- Ocho exámenes para detectar la depresión.
- Dos sesiones de actividad física y 200 muestreos nutricionales.

En términos generales, esta intervención ofreció una vía para que los tres distritos colaboraran en la lucha contra cáncer y ha ayudado a mejorar la cobertura de los exámenes de detección del cáncer cervicouterino en la región. Esta iniciativa anual de extensión propicia la atención primaria de salud y la salud universal.



Fotografías: © Karen Simone Nelson



Reducción de las muertes maternas y perinatales en la provincia de Bocas del Toro

Veyra Beckford Brown

Panamá

Bocas del Toro es una provincia situada en el extremo occidental del istmo de Panamá. Tiene una población de 125 461 habitantes. La tasa de muertes maternas a nivel nacional en los años 2015 y 2016 fue de 3,9 y 3,6 por 100 000 habitantes, respectivamente, y para la provincia de Bocas del Toro, de 5,2 y 7,6 por 100 000 habitantes. La tasa de muertes perinatales en el ámbito nacional entre el 2015 y el 2016 fue de 7,2 y 7,7 por 1000 nacidos vivos, pero en la provincia de Bocas del Toro fue de 10,5 y 13,2 por 1000 nacidos vivos.

El objetivo de este programa fue fortalecer el primer nivel de atención con un enfoque comunitario, ofrecer servicios preventivos de acuerdo con las necesidades de las personas, mejorar el desempeño del sistema y satisfacer a los usuarios. Mediante la participación comunitaria, se elaboraron diagnósticos comunitarios que respondieron a la realidad de la salud materna y perinatal de la población. Se obtuvieron cinco diagnósticos comunitarios:

1. **Comunidad de Chiriquicito en el Distrito de Chiriquí Grande:** diagnóstico de inicio de vida sexual a edades tempranas-multiparidad. El plan de acción consistió en formar un equipo de educadores pares y de promotores de salud (adolescentes de la comunidad y del colegio).
2. **Comunidad de Almirante en Corregimiento de Almirante:** diagnóstico de embarazos en adolescentes. El plan de acción consistió en formar un equipo de educadores pares (adolescentes de la comunidad y del colegio).
3. **Comunidad de Finca #01 en el Distrito de Changuinola:** diagnóstico de inasistencia a la toma de Papanicolau. El plan de acción fue formar un equipo de promotores de salud.

La elaboración de diagnósticos comunitarios permitió responder a la realidad de la población maternoperinatal mediante la participación comunitaria.



4. **Comunidad de Guabito en Corregimientos de Guabito:** diagnóstico de adolescentes con VIH. El plan de acción consistió en formar un equipo de educadores pares (adolescentes de la comunidad y el colegio).
5. **Comunidad de las Tablas en Corregimientos de Las Tablas:** diagnóstico de embarazo en adolescentes. El plan de acción consistió en formar un equipo de educadores pares (adolescentes de la comunidad y del colegio).



Los resultados de los diagnósticos comunitarios descritos se plasmaron en planes de acción que reflejaban las necesidades expresadas por los integrantes de dichas comunidades, quienes comunicaron sus problemas de salud materna y perinatal.

Una vez establecidos cada uno de los planes de acción que daban respuesta a los diagnósticos comunitarios, pudieron reconocerse las diferencias en cuanto a la necesidad de un enfoque intercultural de la salud desde un plano de igualdad y respeto mutuo, cuyas competencias facilitaron la organización comunitaria para ejecutar las acciones de intervención realizadas, en concordancia con el seguimiento de las estrategias de abordaje y de los resultados de los diagnósticos.

Los indicadores de éxitos para la valoración de dicho programa de fortalecimiento del primer nivel de atención constataron un:

- 100% de elaboración de diagnósticos comunitarios y planes de acción.
- 100% de ejecución de los planes de acción, correspondientes a la conformación de tres grupos de educadores pares, con la coordinación y participación del Ministerio de Educación y de los líderes comunitarios.



Fotografías: © Veyra Beckford Brown

Estrategia para reducir el número de embarazos en adolescentes

Gabriela Luz Del Alba Castillo Veras

República Dominicana

En 1995 se inició el *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud* para adolescentes en el Hospital Regional Universitario Dr. Luis Manuel Morillo King, en La Concepción de La Vega de la Provincia de La Vega.

En la primera fase de programa se realizó un estudio descriptivo de la situación de los embarazos en la adolescencia en la provincia. Se buscaron los datos retrospectivos en los hospitales de los municipios y se vio que 43% de los embarazos correspondían a adolescentes.

A partir de estos resultados se elaboró un plan de acción dirigido a reducir el número de embarazos en las comunidades donde había más madres adolescentes.

Las principales actividades del plan de acción se centraron en:

1. Se impartieron cursos de sensibilización sobre salud integral de los chicos y chicas adolescentes dirigidos a todo el personal de salud de los hospitales y unidades de atención primaria de la provincia de La Vega, adolescentes, padres, madres, directores de escuelas, asociaciones de padres y amigos de las escuelas, maestros, orientadores, psicólogos, líderes comunitarios, personal del Ministerio Público, miembros de la sociedad civil y líderes de organizaciones comunitarias.
2. Se formó una red de adolescentes multiplicadores municipales y provinciales. Los y las adolescentes multiplicadores se desplazaban a las escuelas, clubes juveniles y deportivos para dar charlas sobre diferentes temas, entregar folletos y dar orientaciones presenciales.

Con la implementación de los planes de acción comunitarios en las comunidades de la provincia se han reducido significativamente los embarazos adolescentes y se ha contribuido a reducir la mortalidad materno infantil.



3. Se hicieron visitas mensuales a los hospitales y unidades de AP de seguimiento, para evaluar y supervisar el cumplimiento del plan, así como visitas de supervisión capacitantes en los servicios de adolescentes de los centros de salud que lo ameritan.
4. Se implementó un premio al mérito de la institución donde se evidenciara la reducción de los embarazos.
5. Se realizaron jornadas de información, educación y comunicación en las escuelas, clubes juveniles, clubes de amas de casas y en las reuniones mensuales de la federación de Juntas de Vecinos y en juntas de vecinos en diferentes comunidades.
6. Se celebraron encuentros mensuales con los médicos y personal de enfermería para evaluar las actividades planificadas. Cada mes se trató un tema de salud sexual y reproductiva en la adolescencia y se revisó el cumplimiento de las actividades del plan operativo anual para la población adolescente.
7. Se puso en marcha el proyecto para la prevención de embarazo en la adolescencia *Cero embarazos en las escuelas* en 52 centros educativos. Se realizaron acciones de prevención colaborativa en coordinación con los orientadores y los psicólogos.

Con el trabajo se logró la reducción de los embarazos de 43% en el año 1995 a 31% en el 2001, 26% en el 2007 y 23% en el 2019. Se implementó con éxito el programa de planificación familiar dirigido a atender a los adolescentes en toda la red de salud de la provincia. Se estableció un trabajo colaborativo con varios comunicadores sociales, que ofrecieron la oportunidad de ir con frecuencia a sus programas a hablar de la importancia de posponer la primera relación sexual para reducir los embarazos en adolescentes. Luego se creó un programa de televisión semanal de una hora de duración titulado *Salud, Familia y Adolescencia* que se emitía en horario nocturno y alcanzó una gran y reconocido tasa de audiencia.



Se capacitó a 280 familias en las comunidades de donde más adolescentes embarazadas acudían a los centros de salud.

Se dio seguimiento mediante visitas domiciliarias a las familias capacitadas y a través del comportamiento en las escuelas de los hijos adolescentes que participaron de los cursos de Familias Fuertes.

Se coordinó con las orientadoras y psicólogas informarnos de los cambios observados semanalmente, tanto de los estudiantes como del seguimiento de los padres.



Doce escuelas fueron reconocidas por la eliminación del embarazo en la adolescencia y luego 40 escuelas más fueron reconocidas por no registrar ningún embarazo entre sus alumnas.

Con la implementación de los planes de acción comunitarios en las comunidades de la provincia se han reducido significativamente los embarazos adolescentes. Con ello se ha contribuido a reducir la mortalidad maternoinfantil, y las familias se han beneficiado con los cursos talleres. Además, menos adolescentes de ambos sexos dejan sus estudios hasta alcanzar un proyecto de vida.



Fotografías: © Gabriela Luz Del Alba Castillo Veras

Conclusiones

El propósito de esta publicación es dar visibilidad a 41 ejemplos de actividades y mejores prácticas en las que los profesionales de enfermería y partería de la Región de las Américas fortalecen la APS, promueven el logro de los ODS y propician el avance de la Región hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Al dar visibilidad a estas historias, tiene por objetivo fomentar el reconocimiento de la importante función que desempeña la profesión para la salud de todas las personas, las familias y las comunidades.

Muchas de estas historias ponen de manifiesto la atención que enfermeros y enfermeras prestan a personas y comunidades en zonas subatendidas, en grandes ciudades o zonas remotas. Los enfermeros y enfermeras son el rostro de la atención de salud para las poblaciones que tienen una capacidad limitada de acceso a los servicios de salud debido a factores diversos.

El liderazgo de los profesionales de enfermería y su capacidad de trabajar en equipos interprofesionales son reconocidos en varios países de la Región. Su capacidad y su competencia para conducir proyectos que fortalecen los servicios de atención de salud, las políticas públicas y la gestión de los sistemas y servicios de salud se hace evidente en varias historias presentadas. Asimismo, el lector puede observar que en numerosas ocasiones desempeñaron su labor sin apoyo económico; de ahí que la motivación principal para llevar a cabo estas iniciativas fuera la mejora de las condiciones de salud de la población.

Es necesario seguir fortaleciendo la base de conocimientos y las competencias de los profesionales de enfermería y de partería de la Región. Asimismo, la evolución de sus funciones y la reglamentación de las necesidades de la profesión deben tener lugar en un marco más uniforme. En este sentido, la distribución justa de los profesionales de la salud en zonas remotas y urbanas, el aumento de los incentivos para la práctica profesional y la mejora de las condiciones de trabajo constituyen inversiones muy necesarias. Solo entonces, los enfermeros, las enfermeras y las parteras dispondrán de las condiciones necesarias para transformar la situación de salud de las poblaciones de la Región de las Américas en un corto espacio de tiempo.



Las historias narradas son una pequeña muestra del liderazgo, la competencia y la contribución que los profesionales de enfermería demuestran de forma cotidiana en la promoción de la atención primaria de salud, en la mejora de los resultados de salud de las poblaciones más vulnerables y en su empeño por alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas para el 2030.

Como conclusión, se recomienda que los países revisen las funciones de la enfermería en sus ámbitos respectivos y apoyen todos los aspectos relacionados con la formación de los profesionales. La implementación de la enfermería de práctica avanzada permitirá que profesionales con un alto grado de instrucción administren los cuidados de nivel superior que tanto se requieren, en especial en las zonas desatendidas más afectadas por la distribución inadecuada y la escasez de prestadores de atención de salud. La evolución de la práctica de enfermería en la APS permitirá ampliar el acceso a una atención de calidad en toda la Región de las Américas.



Epílogo

Cuando se estaba acabando de elaborar este libro, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19) se había convertido en una pandemia (13). De inmediato, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne, hizo un llamamiento a todos los países de la Región de las Américas para que reorganizasen sus servicios de salud y para que protegiesen a los profesionales de la salud (14).

A fin de reducir el riesgo de transmisión y proteger a la población, los países de la Región han adoptado distintas medidas. Algunos han declarado el estado de emergencia, otros han cerrado sus fronteras y han suspendido la docencia y las actividades comerciales y otros han impuesto medidas de distanciamiento social.

Justamente, cuando debería ser un momento de celebración y alegría en el Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y Partería, las enfermeras y los enfermeros se hallan en la primera línea de la pandemia, atendiendo a miles de pacientes con síntomas de tos, fiebre, dolores corporales, dolor de garganta y enfermedades respiratorias graves. Al mismo tiempo, a esta situación se suma el temor al contagio y a la propagación de la enfermedad, sobre todo en situaciones en las que los prestadores de servicios de salud carecen de equipos de protección personal. No obstante, a pesar de esta crisis de salud mundial, el espíritu de servicio de las enfermeras y los enfermeros sigue más vivo que nunca.

El coraje, la dedicación y la compasión que los profesionales de enfermería han mostrado en el cuidado de los pacientes han recibido el reconocimiento y el aplauso de las comunidades en todo el mundo. Su trabajo en los servicios de salud es ahora, más que nunca, vital para la atención que se presta a los pacientes.

En reconocimiento a este trabajo excelente y desinteresado durante la pandemia de la COVID-19, la OPS presenta una breve historia de dos enfermeros estadounidenses que han estado al frente del cuidado de pacientes con coronavirus.



La enfermería en tiempos de la COVID-19: un relato de dos enfermeros de práctica avanzada desde el frente de la pandemia

Johis Ortega, Juan M. González

Estados Unidos de América

En el área metropolitana de Miami (Florida) residen un gran número de inmigrantes de todos los países de América Latina y el Caribe. La ciudad también recibe la visita de muchas personas por turismo o negocios todos los años.

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Estudios de Salud de la Universidad de Miami hacen sus prácticas en la sala de emergencias de los hospitales comunitarios bajo la supervisión de sus profesores. Allí prestan atención de salud a pacientes de todas las edades, géneros, razas y nacionalidades. En un turno de guardia típico atienden casos de pacientes con infarto, apoplejía, diabetes, infecciones y con lesiones, entre otros.



Sin embargo, hace tres semanas que esta rutina cambió de un día al otro debido al brote repentino de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19).

Desde entonces, el número de pacientes que llega a diario a la sala de emergencias con síntomas de la COVID-19 ha crecido exponencialmente. Para evitar que la enfermedad se propague, el hospital ha establecido un sistema de vigilancia estricto. Los pacientes que llegan a la sala de emergencias deben esperar en la entrada a que se les haga un breve examen médico. Una enfermera o enfermero verifica sus signos vitales y les toma la temperatura.



El triaje: organizar la atención

Los pacientes con síntomas graves por infección del coronavirus se ingresan en la sala de emergencias. En cambio, aquellos con síntomas leves o moderados son referidos a alguna de las tiendas de campaña que el hospital ha instalado en el estacionamiento de vehículos. Durante esta crisis de salud mundial, el hospital ofrece acceso y atención de salud a todas las personas, independientemente de su situación legal o de si cuentan o no con un seguro de salud.

Cuando los pacientes llegan a la tienda de campaña, un equipo de enfermeras y enfermeros les pregunta por su historial médico y controla nuevamente los signos vitales y la temperatura. Luego, se los envía a otra estación para hacerles la prueba del coronavirus y para ello se obtiene una muestra del interior de las fosas nasales. También se les hacen las pruebas de influenza y de faringitis estreptocócica y, si es necesario, se realiza una radiografía del tórax. Finalmente, los pacientes pasan al área donde les examinan enfermeros de práctica avanzada como nosotros. Antes de prestarles atención de salud debemos prepararnos cuidadosamente.

Nos lavamos las manos. Nos ponemos todo el equipo de protección personal, compuesto por la bata y la gorra, las gafas de seguridad, el respirador, el protector facial y los guantes. Llevamos este equipo protector durante todo nuestro turno. Entre un paciente y otro desinfectamos los estetoscopios con alcohol, nos lavamos las manos y nos cambiamos los guantes.

En los ojos de nuestros compañeros buscamos la esperanza y la fuerza para seguir. Nos alienta saber que estamos unidos a una comunidad mundial de enfermeras y enfermeros, y que todos estamos luchando para salvar vidas. Nos motiva nuestra vocación.

El diagnóstico a los pacientes se realiza a partir de los síntomas. La mayor parte de ellos pueden volver a sus casas. A todos se les dan instrucciones sobre cómo manejar esta enfermedad atípica siguiendo las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Deben aislarse de los demás durante 14 días, llevar una mascarilla, descansar, tomar líquidos calientes y acetaminofén para la fiebre. Se les recomienda volver al hospital si no pueden respirar o controlar la fiebre y que esperen los resultados de la prueba.

Cuando trabajamos en la sala de emergencias atendemos a los pacientes con síntomas más graves, a quienes se aísla de los demás para evitar contagios. Se determina si la respiración es demasiado rápida o lenta, si tienen tos o dificultades para respirar. Para entrar en las habitaciones donde están, usamos mascarillas N95 o N99. Para entrevistarlos mantenemos una distancia de seis pies (1,82 metros). Luego sigue el momento de





mayor riesgo, cuando nos acercamos a ellos para examinarlos. Si presentan signos graves, se les ingresa.

Durante un turno, entre la tienda de campaña y la sala de emergencias del hospital se atiende a más de 60 pacientes con síntomas de la COVID-19. Esta enfermedad no discrimina. Todos resultan afectados. Sabemos que tendremos que prestar atención de salud cada vez a más pacientes, porque según la experiencia de otros países, los que están infectados empiezan a empeorar en un periodo de 2 a 3 semanas.

Una enfermedad nueva, también para los trabajadores de salud

Para casi todos los profesionales de la salud, esto es completamente nuevo. Sabíamos que el número de personas infectadas con la COVID-19 iba a aumentar, pero no que fuera a ocurrir tan aceleradamente. Y vamos a continuar viendo un incremento impresionante en los números, porque muchos pacientes regresan unos días después al empeorar sus síntomas. Si tenían otras enfermedades previas, se observan síntomas como niveles bajos de oxigenación o de presión arterial. Cuando tienen neumonía y dificultades para respirar se los intuba. Esto es preocupante, porque se teme no contar con suficientes respiradores. La situación también es difícil para los pacientes porque no se permite que sus familiares los acompañen.

Son unas circunstancias de mucho estrés para todos los profesionales de la salud e incluso para los pacientes. Queremos prestarles los mejores cuidados posibles, pero a la vez debemos protegernos para no llevar el virus a nuestras casas y a nuestras familias, y para no enfermarnos nosotros. Es difícil, sobre todo cuando ves a un colega que enferma y requiere intubación. En ese momento recordamos nuestra propia mortalidad. Todavía no hemos visto lo peor.

Siempre hay que hablar de la salud a nivel global. Controlar las enfermedades transmisibles es complicado porque lo que sucede en un país repercute y se transmite a otros por inmigración, turismo y otras vías. Por eso es importante prepararse para cualquier crisis.

Han pasado 8, 10 o 12 horas en el hospital, casi sin parar. Terminamos los turnos de guardia exhaustos. Nos quitamos el equipo de protección personal. Nos lavamos las manos. Dejamos atrás las tiendas de campaña y a los pacientes que aún siguen llegando. Quedan en las manos capaces de nuestros colegas, que ahora asumen el riesgo del contagio.



Pasión, dudas y esperanza

Volvemos a nuestros hogares y a nuestras familias, siempre manteniendo la distancia física durante el trayecto. Nos preguntamos si el coronavirus nos acompaña en la ropa o en la piel. Llegamos a la casa y limpiamos la suela de los zapatos con cloro. Nos cambiamos de ropa. Antes de abrazar a nuestros hijos nos lavamos las manos, sin recordar cuántas veces lo hicimos hoy y con la piel seca y agrietada.



De noche nos atormentan las preguntas

¿Cuántos pacientes de los que atendimos hoy tendrán pruebas con resultado positivo? ¿Cuántos de ellos regresarán en unos días con fiebre incontrolable o con insuficiencia respiratoria? ¿Cuántos acabarán intubados? ¿Qué será de ellos? ¿Cuántos casos más veremos mañana y en una semana, y en otro mes? ¿Nos quedaremos sin equipos de protección personal? ¿Cuántos de nuestros colegas caerán enfermos frente a este virus invisible y devastador?

En los ojos de nuestros compañeros buscamos la esperanza y la fuerza para seguir. Nos alienta saber que estamos unidos a una comunidad mundial de enfermeras y enfermeros, y que todos estamos luchando para salvar vidas. Nos motiva nuestra vocación.

Pero también nos anima nuestra fe en la ciencia. En este momento hay científicos –entre ellas y ellos, enfermeras y enfermeros investigadores– en sus laboratorios, dedicados a encontrar una solución. Después de llegar al punto máximo de casos, llegará el día en que veremos cómo se reducen. Llegará el día en que haya medicamentos efectivos. Llegará una vacuna.

Mientras tanto, les rogamos a todos los pacientes con los que hablamos que se tomen en serio las recomendaciones de los profesionales de salud. Nos preparamos para regresar a la sala de emergencia. Nos lavamos las manos. Nos ponemos la mascarilla N95, la bata, el gorro y los guantes. Somos enfermeros y seguiremos enfrentando cada turno de guardia con ánimo y entusiasmo, con esperanza y compasión.



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, DC.: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev.2). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 25 al 29 de septiembre del 2017. Washington, D. C.: OPS; 2017. (Documento CSP29/R15). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42334&Itemid=270&lang=es.
3. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 70.ª Asamblea General, 25 de septiembre del 2015. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. (Documento A/RES/70/1). Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso Universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 [Internet]. 56.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 70.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 23 al 27 de septiembre de 2018. Washington, D. C.: OPS; 2018. (Resolución CD56.R5). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46577-cd56-r5-s-pda-rh-1&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. [Internet]. Edición revisada. Washington, D. C.: OPS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
6. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2018. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/2018_ops_ampliacion_rol_enferm_es.pdf.



7. Organización Panamericana de la Salud. Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. [Internet] Washington, D. C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>.
8. Schweitzer MC, Zoboli EL, Vieira MM. Retos de la enfermería para la cobertura universal de salud: una revisión sistemática. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2676. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02676.pdf.
9. Suhrcke M, Goryakin Y, Mirelman A. Evidence on the effectiveness and cost-effectiveness of nursing and midwifery: a rapid review [Internet]. En: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, eds. Health employment and economic growth: an evidence base. Ginebra: OMS; 2016:241-280. Disponible en: http://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf.
10. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. Lancet. 2014;384(9948):1146-1157. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60790-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60790-X.pdf).
11. Dawson AJ, Nkowane AM, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. Hum Resour Health. 2015;18:13:97. Disponible en: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0096-1>.
12. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824-1830. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>.
13. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Directora de OPS pide a ministros de Salud reorganizar los servicios de salud para atender a pacientes con COVID-19 y salvar vidas. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/18-3-2020-directora-ops-pide-ministros-salud-reorganizar-servicios-salud-para-atender>.



Perspectivas y contribuciones de la enfermería para promover la salud universal presenta proyectos, actividades, historias y casos recibidos de países de la Región de las Américas, que ilustran la función de los profesionales de enfermería en el avance hacia el logro del acceso y la cobertura universal de salud, además de su extensa contribución a los sistemas de salud, las universidades, los centros penitenciarios y las escuelas de todos los países de la Región, con miras a impulsar la atención primaria de salud y la salud universal.

El epílogo incluye una conmovedora historia de dos enfermeros de los Estados Unidos de América, que, con su trabajo desde el frente de la pandemia de COVID-19, ponen de manifiesto el papel vital que estos trabajadores de salud desempeñan en el avance de la salud para todos.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPSA - Région des Amériques

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

ISBN 978-92-75-32218-5



9 789275 322185 >