

Reflexiones ^{p.7} sobre el fundamento de la dignidad de las personas para Enfermería

ENFERMERÍA E INFORMÁTICA:
UNA ALIANZA ESTRATÉGICA
^{p.13} PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SOBRE EL IMPACTO EMOCIONAL
^{p.45} DE LA PANDEMIA
EN LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA

Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
- Mejora la calidad de vida
- Evita derrames de agua
- Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros



En sólo tres pasos un baño completo.
Un paño alcanza para higienizar
una persona adulta.



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar



5 EDITORIAL

7 ENFOQUES I

Reflexiones sobre el fundamento de la dignidad
de las personas para Enfermería

Viviana Leal

12 NUEVA CONVOCATORIA A LOS CURSOS DE POSGRADO

13 EXPERIENCIA

Enfermería e Informática: una alianza estratégica
para la gestión del cuidado en el primer nivel de atención

Rosana Elisabet Firpo

19 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El rol de los pacientes en la seguridad de su atención

Fabián Vitolo

32 RINCÓN LITERARIO

No es raro, es diferente

Sara Ruiz Díaz

33 ENFOQUES II

Una interrupción transformadora: rediseñando la formación de
enfermería

39 AECAF ante la Pandemia COVID-19 en el año 2021

Declaración de posición

43 FICHA 65

Rol del enfermero en la biopsia prostática transrectal
dirigida por ecografía

Alan Villafañe

45 ENFOQUES III

Sobre el impacto emocional de la pandemia
en los equipos de Enfermería

Patricia Fabiana Franco

STAFF

DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

Lic. Graciela Rojas

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABl)

C.A.B.A. Argentina

Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070

www.adecra.org.ar

www.enfermeria.adecra.org.ar

e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-
tales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando
la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual N° 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 18 | N° 66 | JUNIO 2021

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAP (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. María del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

La pandemia de Covid-19 ha cambiado la vida social e institucional a nivel global. Hemos tenido que readecuar nuestro mundo en función del avance de los contagios, a fuerza de prueba y error.

Las instituciones de salud reorganizaron los servicios, agrandando y achicando de acuerdo al ritmo de la demanda. Algunos servicios que suspendieron actividades no han podido todavía retomarlos, lo cual dejó a esos pacientes sin la asistencia sanitaria. El equipo de salud tuvo que reconfigurarse rápidamente, cambiar en forma drástica su cultura de trabajo. En materia de estructuras, los cambios estuvieron orientados a los aspectos edilicios, de normativas, de provisión de insumos y aportes financieros; en cuanto a los procesos, la comunicación con los pacientes y su familia fue sin dudas lo más relevante. Fue preciso aplicar nuevos enfoques a los circuitos de ingresos y egresos; en lo que se refiere a los resultados, es posible cuantificarlos en separación física, aislamiento, daño psicológico y emocional; muerte y sufrimiento. El eje central de Enfermería es el cuidado y su deber es brindar cuidados de calidad, orientados a satisfacer las necesidades de las personas. Sin embargo, en el contexto actual se hace necesario mantener un equilibrio entre las responsabilidades de la profesión y los principios de promover la propia salud y seguridad.

Como parte de la readecuación de las funciones de Enfermería se tomaron distintas decisiones en la forma de abordar el cuidado de los pacientes y la utilización de los elementos de protección personal (EPP). Ante cualquier intervención, sin importar el tiempo requerido por el paciente, se impuso el uso de EPP, un mínimo tiempo de exposición, ingresos a la unidad del paciente por grupos para realizar actividades en serie; así también se dio el caso de que personal poco calificado fue asignado para la atención de pacientes críticos, entre otras situaciones. Todas estas medidas se incorporaron para satisfacer la demanda de Enfermería por Covid-19. Los resultados obtenidos deben ser un llamado a la reflexión.

La respuesta de muchos países y sistemas de salud a la pandemia han requerido que las enfermeras pusieran en peligro su propia seguridad y la de sus seres queridos al prestar cuidados, trabajando en condiciones que exigen un nivel desproporcionado de altruismo y sacrificio personal (Morley et al., 2020), lo cual no es aceptable.

Informes recibidos por el CIE en enero de 2021 señalaban que más de 2800 enfermeras habían perdido la vida por la COVID-19 en sesenta países. Esta cifra abre distintos interrogantes: ¿fue correcto el rediseño implementado, fue suficiente para el cuidado de las personas? ¿La calidad de la atención que brindamos está alineada a las necesidades de nuestros pacientes? ¿Qué es lo que más necesitan nuestros pacientes y su familia? ¿Respetamos sus derechos?

Cada institución toma referencias de las asociaciones científicas y las adecúa según las posibilidades de sus estructuras, pero ¿cuáles son los elementos esenciales que no deberían estar ausentes? Sin duda, todos aquellos componentes que nos mantengan en el eje de la calidad de la atención.

Hemos aprendido mucho de esta pandemia. Es por ello que, frente a estos interrogantes, propongo a las asociaciones y a la Enfermería en general analizar y realizar en conjunto una "Guía de acciones de Enfermería en época de pandemia". Un legado que nos aporte luz ante la incertidumbre y que contribuya a disminuir la brecha de la no calidad.

Lic. Mercedes Sosa

Desde la Revista VEA queremos agradecer **A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA** por dar testimonio, en estos momentos tan difíciles que vivimos, de los valores éticos y profesionales.

Desde la primera línea de atención, aun con el estrés que genera esta situación, a pesar de la incertidumbre y de la angustia de estos tiempos, ustedes siguen abrazando a diario la profesión con una dignidad y una entereza enormes.

Una vez más y todas las que sea necesario:

¡MUCHAS GRACIAS!

vea

Reflexiones sobre el fundamento de la dignidad de las personas para Enfermería

Viviana Leal*

Escuela de Enfermería de la UCSH

La reflexión acerca de la dignidad de las personas y la determinación de sus fundamentos constituye un aspecto relevante tanto para la Bioética como para la Enfermería en tanto saberes prácticos, orientados a la acción.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento ético y de Enfermería se estructuran de forma muy similar, en diversos grados, en función de su proximidad a la acción a realizar. En su nivel más alejado, ese conocimiento consiste en los juicios más generales que orientan el actuar voluntario, como el respeto del primer principio formal de la razón práctica: el bien ha de ser realizado y el mal ha de ser rechazado. En el nivel más próximo a la acción está el último juicio práctico, que determina concretamente lo que debe ser hecho, considerando las múltiples circunstancias que determinan una acción. En sus niveles intermedios, el conocimiento ético es una

síntesis de la experiencia que se adquiere durante lo vivido en las prácticas particulares (Tabla 1).

Se entiende por saber práctico, a diferencia de uno teórico, a aquel cuyo fin es la realización de una obra u acción. En el caso de la bioética, “el estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y de la salud, con el empleo de una variedad de metodologías éticas en un planteamiento interdisciplinar” (Reich: 1995). En cuanto a la Enfermería, siguiendo el modelo teórico de Jean Watson para su definición, se sustenta en las siguientes premisas:

* Docente de la carrera Licenciatura en Enfermería, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH).

TABLA 1

Organización del conocimiento práctico	Acciones concretas
Nivel distante de la acción	Juicios generales
Nivel intermedio a la acción	Conocimiento de la experiencia
Nivel cercano a la acción	Juicios prácticos

1. El cuidado sólo puede ser practicado en una relación interpersonal. Además, el cuidado se transmite de acuerdo con las prácticas culturales de las distintas comunidades y, de manera particular en Enfermería, de acuerdo con las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta; por ello requieren un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y un conocimiento del individuo en sí.
2. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia médica. El cuidado no es sólo curar o medicar (es decir, sólo realizar intervenciones condicionadas por un diagnóstico médico), sino fundamentalmente integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud.
3. La práctica del cuidado es el núcleo de la Enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones, sobre todo en estado de vulnerabilidad extrema, y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañamiento es necesario para que el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañamiento sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

Como se ve, ambos saberes prácticos incorporan dos elementos centrales: la afectividad y la experiencia. Entendemos por afectividad el conjunto de facultades que orientan hacia las cosas (reales, pensadas o imaginadas) en cuanto son objetivadas como buenas o malas por la voluntad. En su forma más elemental, se plantea como placer y dolor, implica la aceptación de acercarse o rechazar un objeto determinado. En su forma más compleja, adquiere la forma de una afectividad voluntaria y esto nos hace capaces de hacer surgir libremente un deseo, amor u orientación hacia las personas. En Enfermería, el cuidado de pacientes que podría ser un riesgo para la salud del enfermero, como es el

cuidado de pacientes con COVID-19. La experiencia nos indicará cómo hacerlo mejor, de manera más eficiente.

ABORDAJES DEL CONCEPTO

Iniciaremos esta reflexión sobre la dignidad de las personas desde la perspectiva planteada por la organización del saber o conocimiento práctico, para terminar en lo que significa este concepto para Enfermería.

La palabra persona forma parte de nuestro lenguaje cotidiano. Para comprender mejor por qué refleja el valor intrínseco de alguien, en el sentido de que posee un valor singular, revisemos primero su origen.

Proviene del verbo en latín *personare*, que significa resonar con fuerza. Se aplicaba a las máscaras usadas por los actores en las representaciones teatrales, que por su concavidad aumentaban el volumen de la voz. Encontramos algo similar en el griego *prosopón*, palabra que designa el rostro y está, por tanto, asociada a cómo nos presentamos ante el otro, ante los otros. En la época romana, la dignidad se concibe como un vínculo de la persona y su posición social con el modo de organizarse esta sociedad. Posteriormente, *persona* equivale a *ser humano* en cuanto individuo humano. Severino Boecio (480–524) la definió como “substancia individual de naturaleza racional”. Este es el uso actual del concepto, una definición que sigue vigente en nuestros días.

Immanuel Kant (1724–1804) percibió con extraordinaria claridad el deber moral de respetar a la persona por sí misma. A partir de esta intuición filosófica, el concepto de persona pasó a ser central en la fundamentación de los derechos humanos. Kant sostuvo que la dignidad humana es universal y común a todas las personas y que nadie, en cuanto sujeto humano, debe ser tratado como un medio sino siempre como un fin en sí mismo.

Volvamos ahora a la estructura del saber práctico. Hasta aquí hemos avanzado en conocer la afirmación del valor de la persona en base a definiciones generales, lo cual no parece ser hoy un tema sujeto a debate, sino más bien un dato que aceptamos como evidente por sí mismo. No en virtud de la aceptación de unos presupuestos filosóficos particulares, sino en virtud de

una experiencia moral básica, que parece ser común a todas las personas. Podríamos decir, entonces, que el núcleo del razonamiento estriba en el hecho de que la persona real y concreta, en virtud de su dignidad y de su “estructura ontológica” (es decir, el modo en que *está hecha*), es la que define el ámbito del deber moral para las otras personas (Tabla 2). Esto último nos conduce al nivel de la cercanía con la acción, esto es, lo que realizamos cuidando de nuestros pacientes. No es ni el deber por el deber, ni la ley por la ley, ni la utilidad por la utilidad, etcétera, lo que define el contenido de la obligación moral (como afirman algunas

corrientes éticas actualmente relevantes), sino que este contenido viene dado básicamente por el respeto hacia la persona y su dignidad en cuanto experiencia moral que nos hace hacer y sorprendernos frente a nuestros comportamientos al estar cuidando de una persona.

En la vida moral de las personas no basta con conocer normas generales, es necesario que esas normas se apliquen a situaciones particulares y concretas, ya que es precisamente allí donde surge el llamado interior que experimenta el sujeto moral a realizar u omitir un determinado acto.

TABLA 2

Criterios que definen *persona*

1. Designa un individuo o ser singular, las personas son individuos no sólo en cuanto a su identidad numérica, sino también en cuanto a su unidad cualitativa. Son “naturalezas racionales individualizadas”. Por eso cada persona es única e irrepetible.
2. Un ser concreto, existente.
3. Es singular: diferente de denominar “todo hombre”, “toda mujer”.
4. Es titular de derechos.
5. Esta condición de persona es el modo de expresar lo que cabe al individuo humano por ser individuo personal, de naturaleza racional, donde se incluye lo espiritual.



IMPLICANCIAS PARA EL ACTO DE CUIDAR

Hay actos que pueden proteger la dignidad de la persona o menoscabarla. En la respuesta personal a esos llamados interiores concretos es donde se juega nuestra vida moral. Toda persona se encuentra a sí misma y se realiza en cuanto persona en la medida en que responde adecuadamente a estos llamados interiores, que le exigen afirmar a cada persona en razón de su dignidad. Descubrimos, así, que la norma moral más básica (aquella que nos recuerda que debemos hacer el bien y evitar el mal) se concreta en la máxima: "La persona (cada persona) ha de ser afirmada por sí misma y por su dignidad". Dado que la única respuesta verdaderamente adecuada a la persona individual y concreta es el amor, una formulación más precisa de la norma moral fundamental sería: "La persona ha de ser amada por sí misma y por su dignidad". Esta máxima resume y contiene en sí todos nuestros deberes morales:

- Para Enfermería, la norma general sería: el cuidado es la acción que mejor refleja el significado de la Enfermería como profesión, entendida no sólo como la acción de proporcionar los instrumentos que sirvan para mejorar o aliviar la enfermedad, sino desde una visión más amplia, como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona.
- Cuidado, del latín *cogitatus*, significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo. El cuidar parte del interés de alguien por otro, pero no sólo desde la afectivi-

dad sino desde de lo reflexivo y racional. El cuidar es toda actividad humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro. Desde esa perspectiva, se acaba con la dualidad entre dimensión técnica y dimensión humana, pues resulta imposible cuidar sólo una de ellas: no es una sin la otra.

- El acto de cuidar, en tanto aquello que realizamos cercano a las acciones, incluye tareas más técnicas que garantizan las necesidades básicas y las actividades o actitudes que establecen las relaciones terapéuticas, las cuales permiten la adecuación de las perspectivas de los pacientes con la realidad, así como la propia realización del profesional y sobre todo del paciente.
- El cuidado es el resultado de un proceso decisorio que realiza el profesional de Enfermería acerca de lo que se pretende hacer. Es entonces cuando se hace necesario poseer unos valores que reporten una actitud determinada. Esta actitud será la diferencia entre la actividad enfermera y la actividad espontánea de cuidar.
- Cuando proporcionamos estos cuidados es posible afirmar que existe la necesidad de un cuidado que va más allá de la necesidad física. Una necesidad que requiere una respuesta de, por lo menos, igual magnitud. Del mismo modo, la Bioética señala que captamos que la persona representa un bien en sí mismo (un bien objetivo), que posee una relevancia especial, una importancia positiva, un valor.

CONCLUSIÓN

Podríamos identificar, en base a lo desarrollado hasta aquí, dos modos de entender la dignidad:

1) Como algo absoluto e inmanente, determinado por la capacidad de autonomía moral, de modo que la voluntad y la capacidad de razonar resultan fundamentales para el desarrollo de una vida digna.

2) Como algo que se pone de manifiesto no tanto en el ser, sino en sus fines o metas. La dignidad se da en la medida en que la persona cumpla estos fines; por lo tanto, es digna por sus virtudes y menos digno por sus vicios.

¿Cuál de los dos significados será el adecuado? Para plantear el diálogo de la manera más próxima a la acción, propongo el siguiente ejemplo:

Un paciente en estado vegetativo persistente ha sufrido la pérdida irreversible de su capacidad para tomar decisiones. De acuerdo con el modo 1 de entender la dignidad, ya no la tendría. Otro paciente, cuyas acciones han sido permanentemente sin virtud (mentir, robar), según el modo 2 ya no poseería dignidad, la habría perdido.

Sobre la primera caracterización (modo 1), es cierto que la dignidad humana señala algo absoluto en la persona. En cuanto a la segunda (modo 2), los fines de la persona no son exteriores a ella, sino que sus fines tienen fundamento en el propio ser de la persona, marcado por su carácter personal, racional y espiritual (en última instancia, por su esencia, su naturaleza humana). Esto nos permite entender que la relación entre los fines y la

particular estructura ontológica de la persona humana son realmente fuente de derechos y deberes inherentes a la dignidad. Siendo los derechos y los deberes reflejo de la dignidad particular de las personas, la dignidad es común y universal para todos, sin distinciones. Presente en los códigos deontológicos de las profesiones de la salud, no puede ser medida, ni destruida, no es contingente, ni contextual, ni comparativa.

Llegados a este punto, tenemos los elementos necesarios para responder a la cuestión que aquí nos ocupa: a saber, si todos los seres humanos son personas o, lo que es lo mismo, si basta con que un individuo pertenezca a la especie humana para que sea persona. La clave de la respuesta la encontramos en el hecho de que ser persona es un modo peculiar de existir y no un mero atributo accidental de la especie humana. De aquí se sigue que todo ser humano o es persona o simplemente no existe, pues

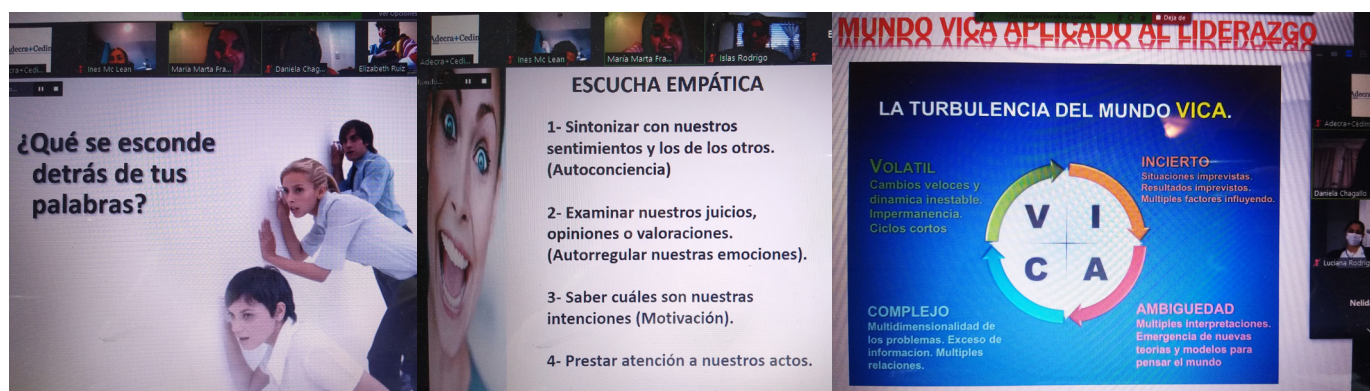
de acuerdo con el principio lógico del tercero excluido, no hay término medio entre el ser y el no ser. Y esto abarca desde el razonamiento práctico más alejado de la acción hasta el más cercano, en la relación de cuidado que se realiza en Enfermería. Al afirmar que tanto para la Enfermería como para la Bioética es determinante explicitar los fundamentos de la dignidad de las personas se hace necesario desplegar conocimientos desde la filosofía moral a la práctica del cuidado de nuestros pacientes, atendiendo a su realidades culturales y contextuales. Es fundamental para el profesional de Enfermería, como agente moral que decidirá el modo de aplicar sus conocimientos y habilidades en otro, que solicita su ayuda y acompañamiento en situaciones particulares de dolor, sufrimiento, de soledad y vulnerabilidad, el reconocimiento de la dignidad de cada individuo a fin de garantizar el respeto de sus derechos y sus deberes.

BIBLIOGRAFÍA

- Boecio, S. “Contra Eutiques y Nestorio”. En: Pontificia Universidad Católica del Perú (2002) Boecio. *Cinco opúsculos teológicos*. Traducción y notas de Julio Picasso Muñoz. [Contra Eutychen et Nestorium, cap. 3,74: “Naturae rationabilis individua substantia”]
- Errasti, B. y col. (2014) “Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida.” En *Cuadernos de Bioética*, XXV 2014/2M
- Gallagher, A. (2004) Dignity and respect for dignity – Two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurs Ethics*;11(6):587-599.
- Gómez-Lobo, A. (2006) *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Kant, I. (1996) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Reich, W. (1995) *Enciclopedia de Bioética*. New York: Simon and Schuster.
- Spaemann, R. (1987) *Sobre el concepto de dignidad humana*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; pp. 13–33.
- Urra, E. y col. (2011) “Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales” En *Rev. Ciencia y Enfermería*, XVII (3): 11-22.
- Watson, J. (2007) *Nursing. Human science and human care. A theory of nursing*. USA: Jones & Bartlett Pub.

NUEVA CONVOCATORIA A LOS CURSOS DE POSGRADO

- **GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA**
(TERCERA EDICIÓN)
- **ESTADÍSTICA APLICADA A LA ENFERMERÍA**
(SEGUNDA EDICIÓN)



Construir el Liderazgo en Enfermería implica desarrollar una conducción eficiente. Sobre esa base es posible lograr una mejor calidad de las intervenciones y brindar un mejor cuidado a la persona, desde una formación sólida y una mirada holística. Es por ello que los contenidos de cada uno de los cursos de posgrado propone desarrollar la reflexión para la aplicación de la teoría a la práctica.

La propuesta académica para el área de Gestión, impulsada desde la Comisión de Enfermeros de Gestión de ADECRA+CEDIM, tiene como propósito profundizar los cambios y las transformaciones necesarios para lograr una adecuada administración de los recursos en los departamentos de Enfermería.

Este posgrado fue declarado de interés por la Facultad de Medicina de la UBA (en trámite bajo el expediente, N° 68261/19).

En el mundo actual cobra cada vez mayor importancia la capacidad de interrelacionar disciplinas que nos permitan sumar contenidos para aplicarlos en nuestra gestión diaria. Es por eso que continuamos dictando el curso de Estadística aplicada a la Enfermería.

La pandemia de COVID-19 nos impacta en nuestra vida personal y profesional. Se trata de un tiempo histórico desafiante, que debe motivarnos a ser cada día mejores en nuestro hacer. Nos complace saber que ambos cursos han tenido una gran convocatoria, en las distintas regiones de nuestro país y también en países vecinos. Es por eso que renovamos la invitación a las y los colegas para esta nueva edición.

Lic. Isabel Vera

Doctora en Enfermería

Directora Académica del Departamento de Enfermería de Corporación Médica San Martín

Enfermería e Informática: una alianza estratégica para la gestión del cuidado en el primer nivel de atención*

Rosana Elisabet Firpo**

Docente e investigadora universitaria

La obtención de datos basados en el Modelo de Vida motiva acciones e intervenciones de impacto sobre comunidades concretas. Un registro digital basado en el Modelo de Vida, centrado en la persona, habilita la planificación del cuidado, produce material teórico y genera un impacto en los procesos de trabajo.

INTRODUCCIÓN: OBTENER INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN

¿Qué es lo que cuentan los registros en el primer nivel de atención del cuidado que se brinda a la comunidad? Con esta pregunta como punto de partida, observamos que en general lo que se encuentra son registros fragmentados, orientados a dejar constancia de una práctica o un procedimiento, con un recorte limitado a lo biológico y patológico, en su gran mayoría en soporte papel, lo que dificulta su tabulación a fines de planificar actividades sustentadas en información.

Los registros ocupan un lugar central en lo que respecta a la construcción de la identidad profesional, la planificación de los

cuidados según servicios y la modificación de los procesos de trabajo. Comunicar los cuidados brindados es el primer punto entre los propósitos de un registro de Enfermería, a lo que se agrega que sirven para identificar patrones de respuesta y dar la validación para el reembolso de los mismos¹.

Señalan Caballero, Becerra y Hullin (2010) que Enfermería tiene una posición privilegiada en lo que hace a garantizar la información de las personas mediante un registro que esté a disposición de los demás profesionales. El trabajo de los autores destaca la importancia del rol de los profesionales de la Enfermería

*El equipo de trabajo que llevó adelante esta experiencia estuvo conformado por la bioingeniera Ingrid Spessotti y la administrativa Natalí Albornoz.

**Licenciada en Enfermería (Universidad de Buenos Aires). Técnica Universitaria en Comunicación Social (Unidad Académica Río Gallegos, Universidad Nacional de la Patagonia Austral). Docente e investigadora. Coautora de los libros *Pensar el cuidado* (2008), *Adolescentes y autocuidado* (2011), *El arte de cuidar* (2012), *La cultura del cuidado del patrimonio histórico y la salud* (2016) y *Simulación clínica y aprendizaje pleno: Un enfoque pedagógico para el acto de cuidar* (2020). Antecedentes profesionales: Hospital Militar Central, CEMIC, Unidad Académica Río Gallegos de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral.

¹ Alfaro LeFevre: 2014.

por ser quienes permanecen la totalidad del tiempo en el centro de salud cuando está abierto y porque la disciplina cuenta con modelos teóricos factibles de aplicar para repensar el cuidado, dada “la forma en que Enfermería hace patente la estructura de la ciencia del cuidado, dejando ver el enfoque holístico que la caracteriza”. Asimismo, resaltan la importancia de la unión de las disciplinas de Enfermería e Informática para mejorar la seguridad del paciente².

REGISTROS DIGITALES BASADOS EN SOFTWARE LIBRE Y EL MARCO DEL MODELO DE VIDA

El hecho de trabajar con un software libre y gratuito como GNU Health garantiza la replicabilidad de la experiencia. Su utilización en el sistema de salud brinda flexibilidad para de adaptarse en función de los requerimientos y necesidades locales. Por su parte, la elección del Modelo de Vida³ entre los diferentes marcos teóricos disciplinares tiene que ver con que es simple, versátil, e incorpora de forma explícita los determinantes sociales de la salud cuando incluye como componente a los factores que inciden en las actividades vitales (IMAGEN 1). Esto es especialmente relevante cuando se trata de salud comunitaria.

En este trabajo se presenta el incipiente diseño de una aplicación (IMAGEN 2) para incorporar registros digitales en el primer nivel de atención. Como señalan Hullin y Gogler (2010), “cuando

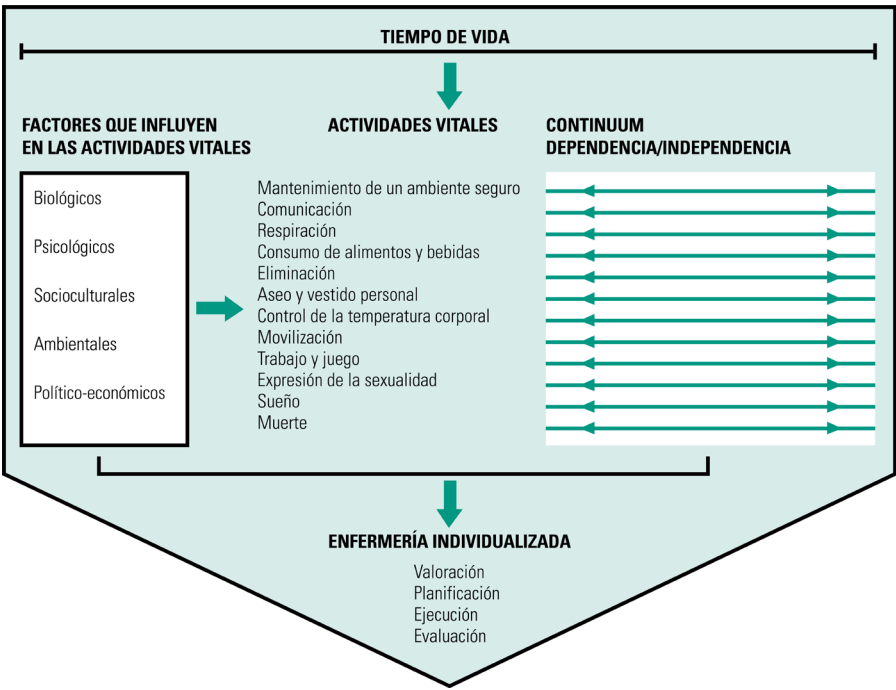
se establece un registro electrónico en salud, los enfermeros y enfermeras responden a las necesidades de los pacientes y sus familias más satisfactoriamente”⁴. Partiendo de esa consideración, el principal objetivo de la experiencia consistió en generar un registro a través del cual se promueva la vinculación con la comunidad de forma progresiva, a fin de visibilizar los determinantes sociales que inciden en la salud de las personas y familias que la conforman.

La población elegida fueron estudiantes de escuelas primarias, de once años de edad, ya que según el calendario de vacunación les corresponde recibir la vacuna contra el Herpes Papiloma Virus. Uno de los principales motivos para elegir este tema tiene que ver con que la disminución de la vacunación tendría repercusión a futuro en los costos sociales y económicos en relación a los tratamientos y muertes (por lo general prematuras) por cáncer prevenible (Salazar Fajardo y col., 2017).

En tanto componente del Modelo de Vida, esta etapa resulta de especial interés ya que niños y niñas de esa edad no tienen aún decisión propia para decidir vacunarse, sino que este acto está condicionado en cierta forma a la decisión de sus padres o tutores, a quienes hay que contactar para que den su consentimiento. Desde otro punto, el personal del centro de salud advirtió que la adhesión al cumplimiento del calendario de vacunación completo guarda relación con la necesidad de cobrar la Asignación Universal por Hijo.

El total de estudiantes (tres varones y cinco mujeres) cursaban el sexto grado en una escuela pública, en un barrio de nivel

IMAGEN 1. EL MODELO DE VIDA.
Describe cinco componentes: las etapas de la vida; las doce actividades vitales; un continuo dependencia-independencia; los factores que influyen en las actividades vitales; la individualidad de la vida.



² Caballero, Becerra y Hullín (2010: 372)

³ El Modelo de Vida fue desarrollado por Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney, de la Universidad de Edimburgo (Escocia).

⁴ Hullin y Gogler (2010: 285)

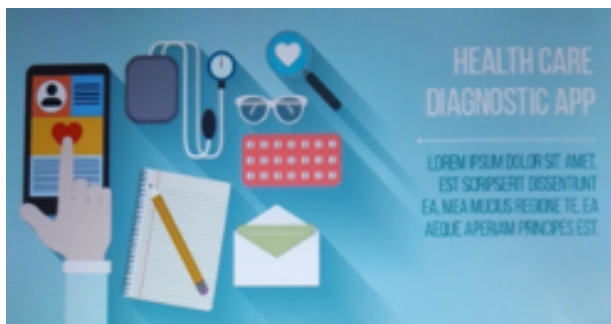


IMAGEN 2. PORTADA DE LA APLICACIÓN

sociocultural medio-bajo, en el cual tenían domicilio. En casos de este tipo no suele darse la situación de que los/as niños/as del barrio cursen el nivel primario en otra escuela de la ciudad, ni que niños/as de otros barrios concurren a esa escuela⁵.

El Informe de UNICEF de 2016 resalta la estrecha relación entre

el derecho formal de niños y niñas y el ejercicio efectivo del mismo según el lugar de nacimiento y la crianza; sobre todo en lo que hace a las características socioeconómicas de los hogares y las familias. En el caso que aquí se presenta, se trata de hogares con ingresos informales, padres con escaso nivel educativo, entornos de vulnerabilidad social (por ejemplo, las características de las viviendas).

Con respecto al control de vacunación, en la IMAGEN 3 se observan las opciones para gestionar los datos. Tanto para los niños/as como para el entorno familiar se seleccionó la Actividad vital "Mantenimiento de un entorno seguro", ya que en el caso de la vacunación contra el HPV se trata de un aspecto central en la prevención de infecciones. Como señalan las autoras, en lo que respecta a niños y niñas, "un aspecto importante de su educación es el aprendizaje acerca de la seguridad y responsabilidad personal para mantener un ambiente seguro"⁶.



IMAGEN 3: OPCIONES PARA GESTIONAR LOS DATOS.

Arriba a la izquierda: la actividad vital seleccionada (Mantenimiento del entorno seguro, tanto para las y los niños como para sus familiares); también los factores que influyen en esa actividad.

En la fila inferior las opciones: listar personas que se incorporan como destinatarios/as del cuidado; importar/exportar datos, para el caso de trabajar con otras instancias (por ejemplo, los registros de vacunación a nivel nacional).

PRUEBA PILOTO Y PUESTA EN MARCHA

En febrero de 2018 se realizó una prueba piloto entre las integrantes del equipo y luego se solicitó la colaboración, mediante consentimiento informado, a una familia representativa del barrio para las actividades de revisión del carnet de vacunación y promoción de controles ginecológicos, a fin de replicar luego la experiencia en el resto de la comunidad (IMAGEN 4).

En esta primera etapa de la experiencia (control de carnet de vacunación) se pudo constatar que al momento de realizar el control siete estudiantes contaban con la primera dosis de vacunación y seis de ellos con la segunda dosis. Siendo 2018 el primer año en que se incluía a los varones en el esquema y que los tres que conformaban el grupo estaban vacunados, no había diferencia según el género.



IMAGEN 4: EL EQUIPO DE TRABAJO REALIZA LA PRUEBA PILOTO DE LA APLICACIÓN.

Sobre los factores que influyen en las actividades vitales, específicamente en lo que se refiere a las condiciones de la vivienda, podría citarse el poema de Bertolt Brecht "Palabras de un obrero a un médico": "Dinos entonces: ¿de dónde proviene la humedad?".

⁵ El Barrio Belgrano consta de 36 manzanas que están al otro lado de la ruta del casco de la ciudad de Diamante, lo que conforma una clara diferenciación geográfica con respecto al tejido urbano.

⁶ Roper, Logan y Tierney, 1993: 78

Se dio el caso de una niña nacida en enero de ese año que figura vacunada en el transcurso de la semana en que se envió la notificación del control mediante el cuaderno de comunicaciones (septiembre); es decir que el alerta de un control motivó a que los padres la llevaran al vacunatorio. En otro caso, de un

niño al que le correspondía la segunda dosis de vacunación, la familia recibió en el corto plazo el recordatorio de la fecha para completar el esquema. En la IMAGEN 5 se observa la pantalla con los datos específicos para esta instancia.

Apellido

Hint for TextBox2

DNI

Hint for TextBox3

Fecha Nac

1/1/2007

Edad

Nombre

Hint for TextBox1

Domicilio

Hint for TextBox5

Sexo

Femenino

Cobertura Social

Hint for TextBox6

Entorno Seguro

☐ HPV - 1ª Dosis

☐ HPV – 2ª Dosis

Guardar

IMAGEN 5: PANTALLA CON LOS DATOS DE LA POBLACIÓN BLANCO. Se registran datos filiatorios y se resalta la actividad vital *Mantenimiento del Entorno Seguro* en tanto tengan las dosis correspondientes de la vacuna en tiempo y forma.

Como parte de las acciones asociadas a la vacunación por Herpes Papiloma Virus, se consultó en la escuela sobre la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI). Se organizó un taller (IMÁGENES 6 Y 7) en base a preguntas que las y los estudiantes habían formulado con anterioridad. De este modo fue posible agregar un enlace con la actividad vital *Expresión de la sexualidad*. Esta asociación entre una medida de salud pública con la responsabilidad individual no pasa inadvertida para Roper, Logan y Tierney, quienes específicamente señalan que “a pesar de que las medidas de salud pública ayudan mucho a evitar y controlar infecciones, la participación de los individuos es vital por la importancia de muchas actividades de higiene personal y doméstica”⁷. Las preguntas que habían formulado las y los estudiantes en base a un par de clases de ESI se organizaron en seis temáticas que se trabajaron con diferentes modalidades. Se socializó una aplicación sobre el calendario del ciclo menstrual; los derechos sexuales y reproductivos fueron revisados bajo las premisas de verdadero y falso; se propuso la resolución de un acróstico para abordar las relaciones sexuales; se diseñó un juego similar a la oca para trabajar lo referido a la fecundación; se recurrió a un juego de cartas para presentar los métodos anticonceptivos, y



IMÁGENES 6 Y 7. TALLER DE ESI. A cargo de estudiantes de la Tecnicatura en Enfermería. El desarrollo del taller se dio en base a seis temas seleccionados a partir de las preguntas de las y los alumnos.

láminas para colocar los términos correspondientes a los órganos sexuales. Asimismo, las autoras del Modelo señalan la estrecha relación entre salud y educación al afirmar: “Los programas de educación para la salud en las escuelas ayudan al desarrollo de un concepto de seguridad y una actitud responsable frente al mantenimiento de un medio seguro”⁸.

⁷ Op.cit.; 72.
⁸ Op.cit.; 82.

A MODO DE CIERRE

Como bien señalan Caballero, Becerra y Hullín (2010), “el mayor desafío es que el registro de salud sea culturalmente sensible, es decir, que se adapte a la realidad y cultura nacional, y que permita ordenar, guiar y orientar la visión sistémica de salud del país”⁹. Es en ese sentido que se promueve el diseño de este tipo de aplicaciones pensadas desde lo local. Si bien en este caso se partió de un grupo de niñas y niños de once años, puede seleccionarse a otros grupos (embarazadas, personas diabéticas o postradas, por caso) y replicar el mismo formato: es decir: seleccionar una actividad puntual que pueda ir ampliándose a medida que se recolectan los datos.

Es importante volver a destacar que la idea básica es trabajar desde diagnósticos locales de la comunidad barrial y no desde completar formularios de orden provincial, que luego no tienen una devolución hacia las particularidades de cada municipio.

Silberman y colaboradores (2013) observan que se trata de una cuestión crítica la forma de incorporar los determinantes sociales de la salud y la forma de hacer operativa una propuesta. Al basar el registro electrónico en el Modelo de Vida, este trabajo toma en consideración: la etapa de la vida, la actividad vital de mantener un entorno seguro, y los determinantes sociales ambientales, socioculturales, políticos y económicos –sobre los cuales se obtiene información con la visita a los domicilios en la segunda etapa del trabajo.

El principal aporte que puede realizar la utilización de este modelo es el abordaje en forma interdisciplinaria: partiendo de identificar el problema de salud es posible elaborar diferentes tipos de diagnóstico, no sólo médicos y de Enfermería, sino también nutricional, odontológico, psicológico, social, entre otros. Asimismo, como señala Brito (2008), se trata de un modelo que no sólo habilita a pensar desde los saberes teóricos, sino que puede trabajarse fácilmente en terreno con las personas del lugar¹⁰.

Tanto en la etapa de planificación como en el desarrollo del trabajo se promueve el concepto de Escuelas Promotoras de Salud, de modo que la educación para la salud “utiliza metodologías participativas y constructivas, busca ir más allá de la mera información y fortalecer el desarrollo de competencias (saber hacer) que se requiere para tomar decisiones favorables a la salud”¹¹.

En conclusión, esta experiencia muestra cómo la obtención de datos motiva las acciones e intervenciones que pueden realizarse en forma inmediata si se cuenta con la información y el conocimiento específicos sobre comunidades puntuales, concretas. Un registro digital basado en el Modelo de Vida, centrado en la persona, habilita la planificación del cuidado, produce material teórico y genera un impacto en los procesos de trabajo. En lo que respecta al personal de Enfermería, promueve el rol de líder en el equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Lefevre, R. (2014) *Aplicación del proceso enfermero*. 8° edición. Madrid: Ovid Technologies España.
- Brito Brito, PR (2008) “Relaciones conceptuales en el modelo enfermero basado en el modelo vital de Roper, Logan y Tierney”, en *Enfermería Global*, vol. 7(1): 1-6. Universidad de Murcia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834748017.pdf>
- Caballero, E.; Becerra, R.; Hullin, C. (2010) *Proceso de Enfermería e Informática para la gestión del cuidado*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Hullín, C y Gogler, J (2010) “Centro de Informática en Salud. Una propuesta actual”, en *Revista Cubana de Informática Médica*, 3(2): 186-195. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592011000200008&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
- Meresman, S. “Escuelas Promotoras de Salud”. En: Borrell Bentz, RM (2005) *Municipios Saludables. Portafolio Educativo*. N°14, pp. 289-314. Disponible en www.msal.gov.ar
- Roper N, Logan W y Tierney A (1993) *Modelo de Enfermería*. 3° edición. México: Interamericana McGraw Hill.
- Salazar Fajardo, LJ; Benavides Delgado, MR; Boogaard, S.; Marín, Y. (2017) “Estrategias Latinoamericanas para la vacunación contra el HPV: una revisión temática.” en *Hacia Promoc Salud*, 22(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772017000200129&Ing=en&nrm=iso&tlng=es

⁹ Caballero, Becerra y Hullin (2010: 390)

¹⁰ Brito: 2008

¹¹ Como señala Meresman, se trata de un movimiento internacional que surge en 1995, asociado a la estrategia de Municipios Saludables para “impulsar acciones de promoción y protección de la salud en el ámbito escolar a través de una agenda básica que incluya la educación para la salud, la promoción de ambientes escolares saludables y la provisión de servicios preventivos y curativos básicos a la población escolar” (2005: 300).

CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA



DIRECTORA:
Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

DIRIGIDO A:

Licenciados en enfermería que estén ejerciendo el cargo de Jefes de Enfermería y quienes aspiren a ejercerlo.



VIERNES DE 8 A 10 HS.
De abril a diciembre

Modalidad online
A través de la plataforma zoom

MATRÍCULA: \$1.900

VALOR DEL CURSO: \$35.000

- Se puede abonar en 9 cuotas
- Transferencia bancaria o cheque
- Descuentos por más de una persona por institución
- Descuentos a instituciones asociadas a Adecra+Cedim



Fechas

MÓDULO 1	9 Y 16 DE ABRIL
MÓDULO 2	7 Y 14 DE MAYO
MÓDULO 3	4 Y 11 DE JUNIO
MÓDULO 4	2 Y 16 DE JULIO
MÓDULO 5	30 DE JULIO Y 6 DE AGOSTO
MÓDULO 6	27 DE AGOSTO Y 3 DE SEPTIEMBRE
MÓDULO 7	24 DE SEPTIEMBRE Y 1 DE OCTUBRE
MÓDULO 8	22 Y 29 DE OCTUBRE
MÓDULO 9	19 Y 26 DE NOVIEMBRE
MÓDULO 10	10 Y 17 DE DICIEMBRE

CURSO DE ESTADÍSTICA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA BÁSICO Y AVANZADO



DIRECTORA:
Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

DIRIGIDO A:

Licenciados en enfermería interesados en aprender y saber manejar los métodos estadísticos que se utilizan en las Ciencias de la Salud.



VIERNES DE 8 A 10 HS.
De abril a diciembre

Modalidad online
A través de la plataforma zoom

MATRÍCULA: \$1.900

VALOR DEL CURSO: \$21.000

- Se puede abonar en 9 cuotas
- Transferencia bancaria o cheque
- Descuentos por más de una persona por institución
- Descuentos a instituciones asociadas a Adecra+Cedim



Fechas

MÓDULO 1	23 DE ABRIL
MÓDULO 2	21 DE MAYO
MÓDULO 3	18 DE JUNIO
MÓDULO 4	23 DE JULIO
MÓDULO 5	13 DE AGOSTO
MÓDULO 6	10 DE SEPTIEMBRE
MÓDULO 7	8 DE OCTUBRE
MÓDULO 8	5 DE NOVIEMBRE
MÓDULO 9 y 10	3 DE DICIEMBRE

**CUPOS
LIMITADOS**

El rol de los pacientes en la seguridad de su atención*

Fabián Vitolo

NOBLE Compañía de Seguros

¿Qué valor tiene la participación de los pacientes y su familia? Tanto la investigación como la práctica demuestran que contribuye a una atención más segura, que mejora no sólo los resultados, sino también la experiencia de los pacientes y de los profesionales, ayuda a la organización a mejorar sus procesos y beneficia en definitiva a todos los actores involucrados.

INTRODUCCIÓN

Recibir atención médica es definitivamente una experiencia personal e intransferible. El daño ocasionado a pacientes por errores médicos en los momentos más vulnerables de sus vidas es una experiencia íntima y devastadora para todos los involucrados. Al sufrimiento del paciente y de su familia se agrega el de los médicos y enfermeras, quienes también se ven profundamente afectados cuando a causa de un error se produce algún daño que pudo haber sido evitado; experimentan vergüenza, culpa, temor y depresión duradera.

Si bien la seguridad en la atención es una responsabilidad indelegable de los profesionales de la salud e instituciones médicas, los mismos dependen de una activa participación y compromiso de los pacientes para garantizarla. El trabajo en seguridad debería ser una experiencia compartida y gratificante. La percepción y perspectiva de aquellos que experimentaron lo

mejor y lo peor durante su atención médica puede ayudar a los líderes de los sistemas de salud, a los médicos y al personal de todos los niveles a realizar las mejoras que se necesitan para crear un ambiente más seguro y centrado en el paciente.

La participación de los pacientes y familias en la mejora de la seguridad de su atención implica la creación de alianzas efectivas entre aquellos que brindan la atención y aquellos que la reciben (en todos los niveles, incluyendo no sólo los encuentros individuales sino también en los comités de seguridad, cuerpos ejecutivos, directorios y en los cuerpos que diseñan las políticas de salud a nivel nacional). La mayor participación a través de estas alianzas puede ser muy beneficiosa tanto para los pacientes, en términos de una mejor salud y resultados, como para los profesionales, que se desempeñarán en un ambiente de trabajo más productivo.

*Traducción, resumen y adaptación a nuestro medio del documento "Safety is Personal. Partnering with patients and Families for the Safest Care". publicado en 2014.

Fuente: The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute (2014) Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety.

Versión en idioma original:

<http://www.npsf.org/about-us/lucian-leape-institute-at-npsf/lli-reports-and-statements/safety-is-personal-partnering-with-patients-and-families-for-the-safest-care/>

Si bien los pacientes y su familia tienen un rol fundamental en la prevención de errores médicos y reducción del daño, la responsabilidad de la atención recae primariamente en las organizaciones de salud y en los profesionales que brindan la atención. Muchas de las barreras a la participación a las que se enfrentan los pacientes y su familia (como la falta de acceso a sus historias clínicas, intimidación, temor a represalias, falta de herramientas o recordatorios fáciles de entender para mejorar su seguridad) sólo podrán ser sorteadas si los líderes de las organizaciones y los médicos colaboran y dan su apoyo para que los pacientes y su familia adquieran más confianza en su

interacción con los profesionales que los atienden. Muchas de las herramientas necesarias para hacer esto ya existen, pero el sistema de salud debe brindar además la capacitación y el entrenamiento que necesitan tanto los profesionales de la salud como los pacientes para que esta sociedad sea efectiva. Los pacientes, su familia y las organizaciones que los representan comprenden cada vez más la sabiduría de esta alianza estratégica. A menudo, sin embargo, el propio sistema de salud se interpone en el camino: su fragmentación, una cultura paternalista y la falta de procesos adecuados dificultan la tarea.



La “participación de los pacientes”, como así también la “atención centrada en el paciente y su familia”, se han transformado en términos de moda cuyo significado resulta borroso para la mayoría de los profesionales de la salud y del público en general. Se trata de conceptos íntimamente relacionados. De las muchas definiciones que se han propuesto, la publicada en el trabajo *“Engaging Patients and Families in the Medical Home”* (Scholle: 2010), luego adaptada por Carman y col. (2013), es la que mejor resalta la necesidad de una colaboración interactiva entre la comunidad, el sistema de salud y los pacientes/familias a múltiples niveles, e ilustra cómo estos últimos deberían pasar de un rol pasivo a uno más activo en el manejo de su propia atención y en el diseño conjunto de los modelos de atención, políticas de salud e investigación. Definen a la participación de los pacientes y sus familias de la siguiente manera:

“Pacientes, familias, asociaciones que los representan y profesionales de la salud trabajando en sociedades activas a distintos niveles del sistema de salud (atención directa, diseño organizacional, gobierno y diseño de políticas, para mejorar la salud y la atención médica.”

La atención centrada en el paciente y su familia también ha sido foco de numerosas y meditadas definiciones a lo largo de los años, las cuales derivan en gran parte del trabajo original del Picker Institute y de su descripción de las ocho dimensiones de la atención centrada en el paciente, la cual puede ser definida como:

“Un valor central de una organización, que guía su planificación, sus prestaciones y su evaluación de la atención, basado en alianzas mutuamente beneficiosas para los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias.” (Picker Institute, 1986)

Queda así claro que la participación puede darse a distintos niveles. El presente artículo se focaliza en el rol de los pacientes y su familia en la promoción de acciones e intervenciones directamente relacionadas con la reducción de daños potenciales. Si bien la responsabilidad es de los médicos, los pacientes pueden aportar mucho para garantizar la calidad y seguridad de su propia atención. Son un par de ojos y oídos extra que deberían ser integrados en los procesos de seguridad de todas las instituciones de salud. Por ejemplo:

- Conocen mejor que nadie sus síntomas y sus respuestas a los tratamientos.
- Dedican más tiempo que nadie a su propio bienestar y buena evolución.
- Están siempre “presentes” durante su propia atención, a no ser que se encuentren incapacitados por factores que van más allá

de su control; son los primeros en advertir cambios en sus síntomas o el impacto de los tratamientos, pudiendo comunicar esto al equipo que los atiende.

–Su coraje y resiliencia pueden inspirar y energizar al equipo de salud.

–A menudo perciben deficiencias en los procesos de atención que pasan desapercibidas para los profesionales.

Por todas estas razones, las organizaciones de salud deberían estimular a los pacientes a participar en su atención, creando un clima que les permita hacerlo. Si los pacientes y su familia son considerados parte del equipo, podrán protegerse mejor de los eventuales errores y fallas que pueda haber en los procesos.

“PUDO HABER SIDO DIFERENTE”

Los participantes de la mesa redonda compartieron historias conmovedoras en las cuales la seguridad falló; situaciones en las que la participación efectiva de los pacientes o de su familia hubiera marcado una diferencia crítica en el resultado de la atención. El siguiente es un ejemplo:

La mamá dijo: “Esta medicación no se parece a la quimio que viene recibiendo mi hija... ¿Está segura de que está bien?” Un poco más tarde preguntó lo mismo y luego una tercera vez. Ante cada pregunta, la enfermera chequeaba la etiqueta de la bolsa y tranquilizaba a la madre asegurándole que la medicación era la indicada. De acuerdo a lo que decía la etiqueta, la enfermera estaba en lo correcto; el problema era que el contenido de la bolsa no estaba indicado para su hija sino para otro paciente... Hubo una confusión en el etiquetado y este lamentable error ocasionó la muerte de una niña de siete años con un cáncer curable.

Yo era la responsable de farmacia de la institución y de los farmacéuticos que cometieron el error. También lo fui de la devastación de la madre que sentía que no había sido lo suficientemente enérgica como para proteger a su hija.

Como organización habíamos comenzado hacía rato a transitar el camino hacia una mayor seguridad de nuestros pacientes. Sin embargo, esta muerte nos mostró todo lo que nos faltaba. Junto con los miembros de mi equipo de farmacia enfrentamos la realidad de lo que habíamos hecho y creamos una breve lista de cosas terribles que no deben ocurrir nunca, junto con las medidas para prevenirlas.

En la práctica, sin embargo, a menudo las instituciones de salud son poco receptivas o francamente hostiles a la participación de los pacientes y sus familiares. A consecuencia de esto, los pacientes suelen ser reacios a hablar o a expresarse cuando les parece que algo no está bien, porque no quieren ofender ni predisponer mal a quienes los atienden. Pueden sentirse vulne-

rables y pensar que su atención se resentirá si son catalogados como “pacientes difíciles o conflictivos”. Los pacientes y su familia se encuentran tan expuestos como los médicos y las enfermeras a los mismos factores humanos que predisponen al error. Dentro de estos se pueden incluir la falta de familiaridad con la situación, la información inadecuada o incompleta y la ambigüedad respecto a los pasos a seguir. Estos factores también influyen en la capacidad para recordar y procesar la información. Como es muy probable que los pacientes experimenten al menos uno de estos factores que aumentan la probabilidad de errores, no es razonable esperar que ellos manejen por sí solos tareas que no les son familiares, como tampoco la ansiedad asociada con potenciales fallas.

Existen además otras razones por las cuales no debería esperarse que los pacientes y su familia asuman la responsabilidad primaria por la seguridad de su propia atención. Si los médicos creyeran que los pacientes y su familia rutinariamente realizarán doble chequeo de la medicación, coordinarán la atención o asumirán otras importantes responsabilidades clínicas, podrían relajarse y dejar de asumir responsabilidades que les competen sólo a ellos. En definitiva, son los profesionales de la salud los responsables últimos de garantizar una atención de buena calidad y segura, y esta responsabilidad no puede ser compartida. Por último, el

sistema de atención se ha vuelto tan complejo que los pacientes y su familia podrían verse rápidamente abrumados por responsabilidades que están fuera de su capacidad de manejo.

Este trabajo busca llevar luz acerca del poder y las limitaciones que tiene la participación y el compromiso de los pacientes en la seguridad de su atención, y servir de estímulo a los profesionales de la salud y a los líderes de las organizaciones para que desarrollen las acciones específicas que se necesitan para promover alianzas con quienes les confían su vida y su salud.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES MEJORA LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

Los pacientes y su familia pueden jugar un papel muy importante para mejorar la seguridad y los resultados de la atención que reciben. Su colaboración incluye el acceso a información necesaria para determinar el diagnóstico correcto, el involucramiento en decisiones que les atañen, el seguimiento del plan de tratamiento acordado, así como manifestándose cuando algo no funciona de acuerdo a lo esperado o cuando parece deberse a un error médico. Las organizaciones de salud y los profesionales tienen la responsabilidad de estimular a los pacientes y su familia para que se comprometan proactivamente en estas actividades.

FORMAS DE PARTICIPACIÓN

• Participación en el diagnóstico

Un diagnóstico preciso requiere que el paciente o quien lo representa brinde la totalidad de la historia, lo que a su vez requiere de un habilidoso estímulo y apoyo por parte del médico que realiza el interrogatorio. La comunicación clara aumenta notablemente la posibilidad de un diagnóstico correcto.

• Toma de decisiones compartida

Las decisiones acerca del tratamiento deben estar basadas no sólo en la evidencia clínica, sino también en las preferencias, valores y circunstancias del paciente. El curso de tratamiento para una madre joven con hijos pequeños, por ejemplo, puede ser muy distinto al de una persona añosa, cerca del fin de su vida y sin nadie que dependa de ella. Los pacientes tienden a ser más conservadores que sus médicos y están más predispuestos a ver, esperar y monitorear su situación. Cuando se ignoran las preferencias del paciente, intervenciones que parecían clínicamente razonables en el momento pueden ser luego profundamente lamentadas, tanto por los pacientes como por los profesionales. Müller y col. (2008) argumentan que la falta de diagnóstico de las preferencias del paciente puede ser menos obvia que la falta de diagnóstico de una enfermedad, pero que las consecuencias para el paciente pueden ser tan severas como si ocurriera esto último, sobre todo en decisiones sobre el final de la vida.

• Seguimiento del plan de tratamiento

Aún con el mejor plan de tratamiento, es el paciente quien decide tomar o no la medicación prescrita o cumplir con la dieta o el plan de ejercicios. Cuando se habla de “cumplimiento” o “adherencia” los prestadores a menudo olvidan este hecho crítico. La evidencia demuestra que, si no se consultó y comprometió al paciente, es menos probable que siga el plan de tratamiento, lo que deriva en pobres resultados y pérdida de recursos y tiempo para los pacientes y los médicos que los atienden.

• Otro par de ojos

Los buenos médicos están constantemente alertas a cualquier signo de deterioro en sus pacientes y a problemas o fallas en el sistema de salud. Los pacientes y su familia pueden y deberían hacer lo mismo. Si bien esto es importante en el ámbito institucional, resulta esencial en la casa y en la comunidad, donde están a cargo de su propia atención. Por otra parte, a menudo los pacientes detectan defectos en el sistema de atención que resultan invisibles para los médicos. Los necesitamos para que controlen, informen y participen de los planes de seguridad. Weingart y col. (2004) examinaron si la participación de los pacientes tenía alguna influencia en la incidencia de eventos adversos y encontraron que los pacientes con mayor participación expresaban no sólo una mayor satisfacción con la calidad de su atención sino también, y más importante aún, eran menos propensos a experimentar eventos adversos.

Una extensa literatura demuestra la asociación entre la participación activa de los pacientes en todas las etapas de la

atención –desde el diagnóstico al tratamiento– y los mejores resultados en distintas áreas.

MEJORA LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON SU ATENCIÓN

• La experiencia de formar una “sociedad” con quienes los atienden

Probablemente todos recordamos a los médicos, enfermeras y otros profesionales que estuvieron “de nuestro lado” cuando estuvimos enfermos, a quienes trabajaron “con” nosotros en vez de “sobre” nosotros. Esta experiencia de confianza y alianza es por sí misma valorable y satisfactoria para los pacientes, su familia y el personal.

• Mayor satisfacción con los resultados

Los pacientes que toman decisiones basadas en sus preferencias y valores suelen estar más satisfechos con los resultados de su atención. Un análisis Cochrane de 2011 sobre una muestra aleatoria de 86 estudios concluyó que los sistemas de ayuda a las decisiones conducen a que los pacientes estén más informados, se comuniquen mejor con sus médicos y aumenten su participación en las decisiones sobre su atención.

• La relación entre la experiencia del paciente y la cultura de seguridad

Las organizaciones con un fuerte liderazgo y valores compartidos que brindan a sus profesionales los sistemas, recursos y entrenamiento necesarios para brindar una atención segura y centrada en el paciente y su familia también parecen ser muy efectivas en lograr el compromiso y la participación de los pacientes. Los datos de las encuestas de satisfacción demuestran que las mejores experiencias se correlacionan con una menor incidencia de eventos adversos. Similarmente, aquellas instituciones cuyo personal tiene una percepción positiva del clima de seguridad también reciben mejores calificaciones de los pacientes.

MEJORA LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

• Personal de la salud y pacientes como miembros de un mismo equipo

Uno de los componentes críticos de los sistemas de salud con altos índices de desempeño es el énfasis que ponen en el trabajo en equipos multidisciplinarios. Algunas de las instituciones más exitosas en términos de calidad y seguridad han incluido pacientes como parte de los equipos, tanto en lo que hace a su propia atención como en la planificación de nuevos procesos. Este nuevo modelo de relación con pacientes plenamente comprometidos ha demostrado ser clave para la mejora continua, siendo una importante fuente de satisfacción en el trabajo para el personal sanitario.

MEJORA LOS RESULTADOS DE TODO EL SISTEMA

• Disemina los beneficios de la participación a toda la organización

Los cambios en el sistema de atención que resultan de la participación de los pacientes y su familia durante su atención pueden potencialmente beneficiar a otros pacientes en el futuro. Una mejora sugerida para prevenir un error de dosis con su medicación, por ejemplo, servirá, si la medida se transmite a toda la institución, para prevenir errores similares con otros pacientes.

• Brinda a la organización el punto de vista del usuario

Además de comprometerse con su propia atención, los pacientes también pueden tener un rol muy activo apoyando la seguridad de la atención de otros pacientes y colaborando con las organizaciones de salud. Los pacientes suelen apoyarse mutuamente a través de incontables asociaciones, grupos de discusión y foros que buscan mejorar la calidad y seguridad de los sistemas de atención. Las instituciones de avanzada en esta área tienen una representación de los pacientes en muchos de sus comités de importancia, no sólo para resaltar y comunicar la experiencia de los pacientes, sino también para acercarlos a los profesionales y mejorar los vínculos de la institución con la comunidad a la que sirve.

BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN

A pesar de la creciente evidencia acerca del valor de comprometer a los pacientes y su familia con la seguridad de su atención, todavía persisten formidables barreras para una participación efectiva. Estas incluyen tanto las impuestas directa o indirectamente por el sistema de salud como las propias limitaciones que los pacientes y su familia tienen en sus interacciones con las organizaciones de salud y los profesionales. La conducta de estos últimos es determinante para facilitar o impedir este tipo de participación.

1) Barreras impuestas por el paciente y su familia

Algunas barreras surgen del impacto físico de la enfermedad, otras de factores socioeconómicos y culturales que influyen en la capacidad o motivación de los pacientes y de su familia para participar y comprometerse activamente con su atención.

Es preciso ser muy cuidadosos y no culpar a los pacientes por su incapacidad para actuar, ya que su inacción generalmente es el resultado del contexto y de la cultura de las instituciones de salud. Por lo tanto, la responsabilidad primaria para derribar estas barreras recae directamente en los líderes en salud y en quienes diseñan las políticas.

Las mesas redondas entre asociaciones de pacientes y profesionales de la salud han identificado seis barreras concernientes al paciente y su familia que deben ser abordadas:

- la comprensión de los términos participación y seguridad
- la cultura en salud
- el limitado apoyo social para pacientes vulnerables
- el temor a represalias por parte de los profesionales
- otros factores de los que depende el desempeño
- la falta de asociaciones que representen a los pacientes

• **Comprensión de los términos “participación” y “seguridad”**

A pesar de la importancia que los profesionales y las asociaciones de consumidores asignan a la participación y el compromiso de los pacientes con su atención, la mayoría de las personas se mantienen relativamente desinformadas de esta necesidad y suelen ser receptores pasivos de los servicios de salud, pues carecen de la confianza y las habilidades que se requieren para participar de manera más activa. Al mismo tiempo, el grado de compromiso y participación requerido a los pacientes para mantenerse sanos y para obtener buenos resultados en su atención es cada vez mayor. La falta de comprensión y de preparación acerca del significado y los requisitos para participar, sobre todo en personas mayores y más vulnerables, sigue siendo un gran obstáculo.

Otro desafío está dado por la limitada comprensión que los usuarios tienen de lo que significa “seguridad del paciente”. Este término es a menudo mal interpretado, y la mayoría de los pacientes piensan que se refiere exclusivamente a su seguridad personal en la institución de salud. Los estudios demuestran que los pacientes típicamente asocian la falta de seguridad sólo con errores médicos individuales y carecen de una visión más global que permita considerarla como el resultado de fallas en el sistema de atención.

Por caso: encuestas nacionales llevadas a cabo en los EEUU muestran además que la mayoría de los norteamericanos se encuentran poco familiarizados con el término “error médico”, percibiendo que en general su atención es segura. Por eso, cuando ocurre un error, los pacientes tienden a pensar que el mismo se debe a un error puntual y aislado por parte de un prestador, y no lo atribuyen a fallas subyacentes en el sistema dentro del cual este prestador se desempeña.

• **Pobre cultura de salud**

La mayor parte de la población tiene una pobre cultura en temas de salud, lo que dificulta su participación. Si bien esto impacta de lleno en las clases socioeconómicas más desfavorecidas, el fenómeno se observa en personas de todas las edades, clases, ingresos y educación. Los pacientes con menor cultura en salud reciben menos cuidados preventivos, tienen menor conocimiento y manejo de condiciones crónicas, se cuidan menos, utilizan más los servicios (sobre todo los de urgencias) y tienen en general peores resultados que los pacientes más informados sobre estos temas.

• **Limitado apoyo social a pacientes vulnerables**

La infraestructura para apoyar las necesidades de servicios sociales y de salud más allá de los episodios agudos suele ser notoriamente inadecuada. Para las clases más desfavorecidas y los pacientes mayores, encontrar y pagar servicios médicos de apoyo en sus domicilios puede ser especialmente dificultoso; también lo es encontrar a alguien que los lleve y acompañe en sus visitas al médico. Estas limitaciones impactan más en las posibilidades que tienen los pacientes vulnerables de recibir una atención segura, no sólo cuando interactúan con los médicos y los hospitales, sino también cuando intentan cumplir con las indicaciones médicas en sus hogares.

• **Temor a represalias por parte de los profesionales de la salud**

Aun contando con las ventajas de estar informados en temas de salud y de conocer cómo funcionan los sistemas de atención, muchos pacientes se sienten intimidados para formular preguntas o indagar sobre alternativas a lo que se les plantea. La cultura paternalista de la profesión médica, combinada con la difundida norma social de que los pacientes no deberían cuestionar el consejo de sus médicos, lleva a muchas personas a adoptar una posición de excesivo respeto. Muchos temen que, al realizar demasiadas preguntas o discrepar con las recomendaciones de tratamiento, serán catalogados como “pacientes difíciles”. Algunos incluso piensan que al expresarse de esa manera puedan afectar negativamente la calidad de la atención que reciben. Muchos pacientes hospitalizados, por ejemplo, temen que la manifestación de su preocupación en temas que atañen a su seguridad los lleve al abandono e incluso al abuso por parte del personal que los atiende. Esta falta de “seguridad psicológica” en los hospitales y centros de salud es una de las principales barreras para una participación más activa de los pacientes en su atención, lo cual acaba por resentir su seguridad física.

• Otros factores que determinan la conducta de los pacientes

Factores propios de la situación, del ambiente y del paciente en particular pueden constituir también un obstáculo para que los pacientes y su familia contribuyan a la reducción de errores. Entre ellos cabe mencionar: el tipo de ambiente físico, la severidad de la enfermedad, cansancio, dolor, discomfort, hambre, sed, falta de ejercicio físico; factores como la personalidad, inteligencia, motivación y estado emocional del paciente. Estas condiciones también influyen en la capacidad de las personas para recordar o procesar la información.

Por ejemplo, un estudio encontró que luego de realizar un cuestionario a pacientes sometidos a laparoscopías por abdomen agudo, cerca del 20% no sabía si le habían removido algún órgano o parte del mismo, si bien más del 90% manifestaba sentirse satisfecho con la información recibida durante su estadía en el hospital. Esto ilustra las limitaciones que tienen los pacientes como fuente de información acerca de sus propias historias clínicas.

• Ausencia de asociaciones nacionales de representantes del paciente

Existen en el mundo asociaciones y grupos que representan los intereses de los pacientes. Aunque bien intencionados, la mayoría se focaliza en enfermedades específicas. Las hay también financiadas por grandes compañías médicas o farmacéuticas con intereses creados en la promoción de drogas y terapias específicas. Otras, como las asociaciones de lucha contra el cáncer, incluso compiten entre sí por fondos.

Si bien la diversidad de estos grupos de representación es en cierta forma su fortaleza, la falta de una organización central sin conflicto de intereses que pueda reunir a grupos que piensan igual en una causa común para la calidad y seguridad es una limitación significativa. Al no haber una centralización, los esfuerzos quedan fragmentados y se diluye el potencial de apalancamiento que tendría una estrategia concertada.

Como ejemplos de abordajes centralizados financiados por los gobiernos pueden mencionarse “United Kingdom National Voices” en el Reino Unido y las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud “Pacientes en defensa de su seguridad”.

2) Barreras impuestas por el sistema de salud

Si bien muchos de los obstáculos para avanzar dependen del paciente y su familia, las barreras más significativas a una mayor participación son aquellas impuestas por el propio sistema de salud. Hasta que no se las aborde, aún a los pacientes y las familias más informadas y motivadas les será difícil participar en sociedades plenas durante su atención directa, en el liderazgo organizacional y en el desarrollo de políticas.

Las mesas redondas con participación de pacientes y de médicos han identificado en el sistema de atención cinco obstácu-

los principales que deben ser sorteados para permitir que los pacientes participen más y se comprometan con su atención. Estos son:

- un sistema de atención fragmentado
- una cultura profesional disfuncional
- el déficit de liderazgos organizacionales
- las fallas en el diseño de los procesos de trabajo
- la falta de herramientas y capacitación efectivas

BARRERAS IMPUESTAS POR EL SISTEMA

• Sistema de atención fragmentado

En muchos sistemas de atención los distintos profesionales que atienden a un mismo paciente trabajan de manera independiente y suelen tener una pobre comunicación entre sí. Esto obliga a los pacientes y a su familia a deambular por distintos ámbitos de atención sin un mapa del terreno, lo cual contribuye a una mala calidad de atención, a experiencias frustrantes y a un potencial aumento de errores médicos. Esta falta de coordinación también determina que sea difícil responsabilizar a los prestadores por la calidad y seguridad de los resultados. La participación de los pacientes en un sistema tan desarticulado como el actual continuará siendo un desafío monumental hasta que el sistema de salud sea reestructurado, creando una vía de atención muy clara, que mejore la comunicación, coordinación y responsabilidad de los prestadores.

• Cultura profesional disfuncional

Hay normas culturales y tradiciones muy enraizadas en el ejercicio de la medicina, enfermería y otras profesiones de la salud. Leape y col. (2010) hablan de una “cultura del irrespeto” en medicina que privilegia la autonomía individual por sobre la actitud del trabajo en equipo, la colaboración y la inclusión que se necesitan para avanzar en calidad y seguridad. Si los profesionales tienen dificultades para cooperar y mostrar respeto por el colega, es difícil imaginarlos abogando por la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones, el monitoreo de la medicación para prevenir errores o la planificación de su autocuidado una vez que dejan el hospital o el consultorio.

La cultura del irrespeto en medicina es una barrera significativa para muchas reformas del sistema de salud, pero es particularmente nociva para el objetivo de que los pacientes y su familia se involucren en un proceso colaborativo para mejorar la seguridad de la atención.

Habitualmente, médicos y enfermeras perciben que una mayor participación sólo entorpecerá el trabajo. Distintos estudios han documentado la percepción de los prestadores, quienes consideran que la participación de las familias en las recorridas, el estímulo para que cuenten lo que piensan y la capacitación en su plan de tratamiento toma demasiado tiempo. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que el tiempo invertido en estas actividades conduce, de hecho, a una mayor eficiencia en la atención y disminuye readmisiones innecesarias al “hacer las cosas bien” desde la primera vez.

Otros obstáculos están dados por el temor de muchos profesionales a que una mayor participación del paciente y su familia pueda llevar a demandas de atención irrazonables, exponiendo sus propias deficiencias y comprometiendo la confidencialidad. Hay, en muchos casos, un gran escepticismo respecto de que una mayor participación derive en una mejora real de la calidad y la seguridad.

• Falta de liderazgo

El rol central que le cabe al liderazgo en la mejora de la calidad y seguridad de las instituciones de salud ha quedado bien establecido a través de numerosos estudios teóricos y empíricos. Las organizaciones más confiables se caracterizan por una verdadera cultura de seguridad, estimulada por el directorio y sus principales ejecutivos. Falta en muchas organizaciones un sentido de “complicidad” bien entendida por parte de los líderes, que los lleve a implicarse en cada aspecto de la organización que pueda influir en los resultados. En otras palabras: el hacerse tan responsables por la calidad y seguridad de la atención como los profesionales de la primera línea asistencial.

Los buenos líderes reconocen que la seguridad de los pacientes sólo puede ser alcanzada a través del diseño de sistemas y procesos que consistentemente produzcan los resultados deseados, y no tan sólo pidiéndole a los miembros de su personal que sean “más cuidadosos” la próxima vez. Cuando falta el liderazgo y compromiso de los más altos niveles de la organización, cualquier abordaje sistémico a la seguridad será entorpecido por arreglos de corto plazo o intentos de evadir la responsabilidad.

• Procesos de trabajo pobres

Los sistemas defectuosos de trabajo no sólo comprometen la seguridad, sino que también dificultan la capacidad de los médicos y del personal para involucrar activamente a los pacientes y sus familiares. Por ejemplo, las consultas ambulatorias de quince minutos restringen la posibilidad de comunicación y a menudo derivan en largos tiempos de espera y en frustración. Los cambios de guardia que no incluyen al paciente o a su familia también pueden llevar a confusiones y errores en la atención. Más aún, las presiones del trabajo burocrático y de un papelerío que a veces resulta interminable también pueden conducir a la fatiga y la desilusión.

Los procesos de trabajo ineficientes socavan aún las medidas más simples y básicas para la participación del paciente y su familia. Cuando no se incluye a representantes de pacientes en el diseño conjunto de los sistemas de trabajo es menos probable que se identifiquen las mejores soluciones, perpetuando así el *statu quo* disfuncional.

• Falta de entrenamiento y de herramientas de participación efectivas

Si se pretende que médicos y enfermeras hagan participar activamente a los pacientes para mejorar la seguridad, no basta con el apoyo de los líderes y la optimización de los procesos de trabajo. Se necesita además herramientas de participación bien diseñadas y el entrenamiento para saber utilizarlas en forma efectiva. Desafortunadamente, los materiales de educación para los pacientes son a menudo diseñados sin la colaboración de estos y sin prestar demasiada atención a su nivel cultural. Las gacetillas con “tips” de seguridad y recomendaciones para los pacientes han proliferado en estos últimos años. Sin embargo, muchas de estas listas son extremadamente largas como para poder ser recordadas, o bien contienen recomendaciones difíciles de cumplir y no basadas en la evidencia.

En el campo médico, aun cuando muchos sistemas informáticos de ayuda a la decisión clínica han demostrado su utilidad, la mayoría de los médicos no las utilizan, en parte por su falta de capacitación en esta herramienta. Si bien las barreras culturales y organizacionales contribuyen al modesto uso de las estrategias de participación, también es cierto que muchas veces se sobreestima la capacidad de los médicos para comprender y explicar con precisión la evidencia científica a sus pacientes. Contrariamente a la creencia popular, algunos profesionales de la salud carecen de la capacidad necesaria para evaluar con precisión las evidencias a favor y en contra de un determinado tratamiento.

RECOMENDACIONES

La principal responsabilidad por una atención segura recae en los líderes de las organizaciones de salud y en los profesionales que la brindan. Sin embargo, una mayor participación de los pacientes y su familia en el diseño, en iniciativas de investigación y en la forma de prestar la atención puede ser de gran ayuda para la mejora continua de la calidad y la seguridad.

En palabras de Robert Johnstone, de la ONG *National Voices and the International Alliance of Patient Organizations*, “los médicos deberán bajar de sus pedestales y los pacientes levantar-se de su posición de rodillas” (2015). Para que esto ocurra, las organizaciones de salud, los médicos y las asociaciones de pacientes deberán ayudar a que estos últimos y su familia tengan una relación de mayor confianza y una interacción más efectiva

con los profesionales que los atienden. Los médicos deberían reforzar estas capacidades, siendo los primeros “sitios de recepción” para establecer alianzas efectivas.

Para ayudar a transformar estas aspiraciones en realidades concretas y tangibles se desarrollaron estos tres paquetes de recomendaciones destinados a los actores clave en su implementación: líderes de las organizaciones de salud, profesionales de la salud en general y responsables de políticas sanitarias. Estos tres grupos se corresponden con los tres niveles de interacción de los pacientes y su familia presentados al inicio de este trabajo. Por último, se presentan algunas recomendaciones para los pacientes.

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

PARA LÍDERES DE ORGANIZACIONES DE SALUD

Lograr una mayor participación y compromiso de los pacientes con su atención requiere de un cambio cultural enorme en la mayoría de las instituciones de salud. Si bien deben realizarse esfuerzos en todos los niveles, los cambios más importantes deben darse en la conducción: el CEO y el directorio deben liderar el cambio. El plan de acción debería contemplar los siguientes puntos:

- **Establezca la participación del paciente y de su familia como uno de los valores centrales de su organización**

Las instituciones más exitosas en seguridad le dan una alta prioridad a la creación de una cultura de aprendizaje en la cual la participación de los pacientes es un valor central, junto con la transparencia, la colaboración y la responsabilidad por la atención. Estas organizaciones establecen estándares de respeto y dignidad que aplican para todos e implementan políticas que facilitan la participación de los pacientes, tales como el acceso abierto a la historia clínica y horarios de visita amplios, además de incorporar a los pacientes y su familia en comités de mejora de calidad y seguridad.

- **Involucre a los pacientes y familias, haciéndolos “socios” en todas las actividades organizacionales**

Los pacientes y su familia deberían ser parte de todas las actividades de la organización. Además de participar en consejos asesores para los principales servicios, los pacientes deberían tener representantes en los consejos directivos y en los comités de calidad y seguridad, colaborando en el diseño de procesos de atención.

- **Capacite y entrene al personal para que sean socios efectivos**

La capacitación y el entrenamiento de los líderes, profesionales y resto del personal son fundamentales para conseguir el compromiso institucional que se necesita para hacer participar más a los pacientes y su familia en la seguridad de su atención. Este entrenamiento en interacciones efectivas se requiere a todo nivel y en todas las disciplinas, desde los equipos gerenciales y administrativos hasta los profesionales de la salud y resto del personal.

El propósito de esta capacitación consiste en permitir que todos en la organización comprendan el por qué y se comprometan a dar mayor participación a los pacientes y su familia. Estos últimos, a su vez, tienen mucho para decir acerca de la experiencia de estar enfermos e internados en su institución. Se debe trabajar con ellos en el desarrollo de herramientas de comunicación específicas para la toma de decisiones compartidas, la revelación de eventos adversos y, eventualmente, pedido de disculpa.

- **Establezca alianzas con grupos de representantes de pacientes y otros recursos de la comunidad**

Las organizaciones de salud deberían asociarse con grupos de representación de pacientes, escuelas, iglesias, organizaciones comunales y organismos públicos de salud para aumentar la conciencia y capacitación de la población en temas que hacen a su seguridad, destacando la importancia que tiene una activa participación de los pacientes para garantizar la seguridad de su atención.

PARA PROFESIONALES Y PERSONAL DE LA SALUD

Aun cuando para médicos, enfermeras y resto del personal de la salud el foco de la atención es el paciente, la mayoría no considera a este último como un verdadero “socio” en todas las actividades y decisiones que se relacionan con su cuidado. Si bien la gama de acciones específicas que los profesionales y el staff pueden tomar es muy amplia, las siguientes estrategias de participación resultan prioritarias:

- **Estimule a los pacientes y su familia para que participen efectivamente en su atención**

El concepto de que “la seguridad es personal” alcanza su mayor expresión cuando se analiza la forma en que los pacientes y su familia manejan y experimentan su propia atención. Si bien el grado en que cada persona quiere o puede participar de su cuidado difiere, todos los pacientes deberían ser estimulados activamente para que manifiesten de manera explícita sus valores y preferencias, recibiendo la información, el entrenamiento y las herramientas que necesitan para manejar sus condiciones de salud de acuerdo a sus deseos. Esto es particularmente importante cuando se deben tomar decisiones acerca de estudios y tratamientos, final de la vida y cuando los pacientes han sido dañados a causa del tratamiento o errores.

- **Involucre a los pacientes como socios en las mejoras de seguridad y en el diseño de la atención**

Los pacientes y su familia pueden aportar al proceso de planificación ideas, perspectivas y valores que a menudo difieren de aquellos que se encuentran “encerrados” en los métodos y prácticas tradicionales de la medicina. La participación de los pacientes y su familia como socios activos en la planificación, implementación y evaluación de su experiencia de atención puede ayudar a identificar problemas de seguridad que de otra forma podrían pasar desapercibidos, permitiendo el desarrollo de soluciones potenciales que los médicos no hubieran considerado sin su ayuda.

- **Apoye a los pacientes y su familia cuando las cosas salen mal**

Además de desarrollar mejores métodos para la revelación de incidentes y de disculpas frente a los errores, médicos y enfermeras necesitan mayor capacitación y recursos para poder brindar apoyo emocional a los pacientes y su familia cuando las cosas salen mal.

PARA QUIENES DISEÑAN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Para que la participación de los pacientes se transforme en la norma, los líderes en salud –sea a nivel gubernamental, académico o de investigación– necesitan establecer que la participación de los pacientes sea un objetivo fundamental de política sanitaria. Las principales acciones para que esto ocurra incluyen:

- **Incorporar a grupos de representación de pacientes en los comités y programas de diseño de políticas**

La perspectiva de los pacientes y su familia son vitales para el desarrollo de programas locales, provinciales o nacionales de seguridad del paciente. Los representantes del paciente deberían ser reclutados para participar como miembros plenos en los comités encargados de establecer políticas y de financiar proyectos de investigación. La participación de éstos en las reformas del sistema de salud y en las iniciativas para mejorar la seguridad de la atención puede aportar una visión relevante, al dar una voz a los individuos para los cuales el sistema de está diseñado.

- **Desarrollar e implementar una métrica de seguridad**

La medición sistemática de la seguridad del paciente a través de distintos indicadores y la retroalimentación resultan importantes no sólo para monitorizar y guiar mejoras dentro de las organizaciones, sino también para hacer que estas últimas se asuman responsables: la evidencia sugiere que el reporte público de indicadores de resultados es un fuerte incentivo para que las instituciones mejoren su desempeño.

Los indicadores para medir la seguridad del paciente deberían basarse en la mejor evidencia científica disponible; asimismo, deberían estandarizarse para permitir comparaciones justas y precisas dentro de la institución y entre distintas organizaciones y prestadores.

- **Incorporar a los pacientes en el diseño e implementación de la agenda de investigación**

Las perspectivas de los pacientes y familias pueden dar mayor foco y relevancia a la agenda de investigación en seguridad, definiendo los tópicos de investigación clave, tales como la efectividad de las intervenciones para prevenir y mitigar errores, la integración de las preferencias del paciente en la toma de decisiones, mejoras en la comunicación, relaciones entre la experiencia del paciente y su seguridad, y las contribuciones de la familia a cargo del paciente.

PARA LOS PACIENTES

Si bien la mesa redonda que dio origen a este trabajo se focalizó principalmente en lo que podían hacer los profesionales de la salud y las instituciones para mejorar la seguridad, más que en lo que podían hacer los pacientes, a ellos se les preguntó lo siguiente: ¿Cuál es la principal acción que usted toma durante su atención que piensa que lo ayuda a estar más seguro (a usted o a un ser querido)?

Las respuestas fueron grabadas, luego se le pidió a los pacientes que votaran por aquellas tres que les parecían más importantes. La lista final quedó integrada por las siguientes siete acciones:

- Realice preguntas acerca de los riesgos y beneficios de las recomendaciones del médico hasta comprender las respuestas.
- No concurra solo al hospital o a la visita con el médico.
- Conozca siempre el nombre de los medicamentos que toma, su por qué y la forma de administrarlo.
- Asegúrese de comprender el plan de acción de su atención.
- Repita al médico con sus propias palabras lo que piensa que le dijo.
- Trate de disponer del resultado de los estudios indicados antes de concurrir al médico.
- Determine quién se encuentra a cargo de su atención.

EL PANORAMA ACTUAL DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES

Hay en la actualidad una gran actividad en muchos países para promover una mayor participación del paciente y su familia en el proceso de atención. La acción de las distintas asociaciones de pacientes se da en los tres niveles descriptos en este trabajo: atención directa, diseño de políticas y gobierno organizacional. Instituciones como John Hopkins (en los Estados Unidos) están realizando fuertes inversiones en investigación sobre esta temática.

Si bien no toda esta actividad se relaciona directamente con la seguridad del paciente, estos esfuerzos brindan la oportunidad de alinear las iniciativas en seguridad junto con otros intereses de la comunidad organizada de pacientes.

El equipamiento de los líderes con la visión, los conocimientos y habilidades para estimular una cultura de inclusión que refuerce la seguridad de los pacientes debería comenzar temprano en su educación y ser reforzada mediante el entrenamiento continuo. Si bien son todavía pocas las escuelas de administración de servicios de salud que han incorporado a sus programas aspectos relativos a la participación del paciente y su familia, la experiencia indica que la alta calidad y seguridad en la atención se correlacionan con experiencias positivas para el paciente, y que aquellas organizaciones que se toman la participación de estos últimos en serio son percibidas más favorablemente por los pacientes, médicos, enfermeras y personal general.

No es raro, es diferente

Sara Ruiz Díaz

Estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería, UNIVERSIDAD ISALUD, Sede Venezuela

En lo profundo de mi ser aquella voz, antes casi inaudible, se volvió de pronto tan fuerte que me aturdí. Preguntaba: *¿y ahora qué? ¿qué es Demi? ¿qué será de mi niño?* Y respondía: *Será el raro.*

Ese día volví a casa tan rápido como pude y lo abracé tan fuerte que casi nos hicimos uno. Él sólo me miraba, sin preguntar, sin decir una palabra. Tomó un pañuelo entre sus pequeñas manitas y secó mis lágrimas, esas lágrimas de desorientación, de preguntas sin respuesta. *¿Qué fue lo que hice mal? ¿En qué me equivoqué? ¿Cómo voy a sobrellevar esto adelante sola?*

Otro día más. Todavía no podía reponerme de esa gran desorientación frente a la incertidumbre y lo desconocido. Él estaba ahí en su mundo, sin saber lo que pasaba a su alrededor. Ese mundo en el que sólo cabe él y nadie más, y al que sólo entraba quien él quería (su amigo peludo, su oso de peluche, tenía un lugar privilegiado en ese mundo). Entre juegos incomprensibles, en su divagar que podía durar horas y hasta días, él sólo era él. Ese niño era así de dulce, tan feliz en ese mundo que sólo él conocía. Muchas veces hacía que mi propio mundo se detuviera.

Una y otra vez me había detenido a observar y no podía entender por qué era el raro. Para mí él era normal pero diferente, muy diferente al resto.

Entonces entendí que debía tener otro trato, de más amor, de más comprensión y más respeto. Después de mucho tiempo entendí que ser autista no es ser anormal, es tener el alma pura ante un mundo incomprensible, y que los distintos, los diferentes, en realidad no son ellos, sino nosotros, el mundo que no se detiene a mirar más allá, al ser angelical que tiene frente a sus ojos. Un mundo al cual le falta crecer y superarse para comprender al otro que es diferente.

A propósito de la conmemoración del día internacional del autismo, quisiera decirles que no es fácil, pero tampoco es difícil ponerse en el lugar del otro ante un padecimiento que no sólo afecta a una pequeña parte de la población, sino a quienes los rodean. Aprendamos a ser el otro desde su lugar.

Una interrupción transformadora: rediseñando la formación de Enfermería

La pandemia de COVID-19 ha alterado los sistemas educativos en todo el mundo. Se ha denunciado una interrupción de la formación de Enfermería de pregrado y posgrado en el 68,3% y el 56% de los países respectivamente. Se han cerrado escuelas, se han cancelado o pospuesto periodos de prácticas clínicas y algunos países están experimentando retrasos de hasta uno año.

Las interrupciones en todos los niveles afectarán a la formación de Enfermería. En el pico de la crisis de la COVID-19, se vieron afectados 1.600 millones de alumnos en 190 países por el cierre nacional de las escuelas en todo el mundo (UNESCO, 2020). Naciones Unidas denuncia que el impacto económico global de la pandemia combinado con los efectos de los cierres de escuelas podría provocar una catástrofe educativa generacional (ONU, 2020). El número de personas que se matricula en programas de formación de Enfermería se ve afectado directamente por los niveles educativos de la población. Si los gobiernos y la profesión de Enfermería actúan ahora, es posible mitigar el impacto de esta catástrofe en el número de estudiantes que se matriculan para recibir formación de Enfermería.

La buena noticia es que las ANE (Asociaciones Nacionales de Enfermería) también están señalando efectos positivos: más del 30% de las ANE ha señalado un incremento en el número de solicitantes, en particular más enfermeras que acceden a estudios postdoctorales. Tanto los instructores como los estudiantes han

tenido que adaptarse rápidamente a nuevas formas de aprendizaje. Entre los resultados beneficiosos se encuentran innovaciones en la impartición de formación, según ha señalado el 57% de las ANE. En los últimos meses, la adopción del aprendizaje electrónico, que antes se consideraba una modalidad alternativa de formación, se ha acelerado rápidamente (Chinwendu et al., 2020). ¿Es esta la interrupción que necesitaba la formación de Enfermería para su transformación? Rediseñar la impartición de formación no solo nos permitirá responder a una forma de vida pospandémica sino que puede ofrecer soluciones en áreas que ya preocupan en la formación de Enfermería. Estrategias como el uso de simulación virtual podrían ser útiles para afrontar la considerable variabilidad en la disponibilidad de puestos para realizar prácticas clínicas en todo el mundo, y el aprendizaje electrónico a distancia ofrece niveles de flexibilidad y acceso que podrían paliar los problemas de distribución geográfica que padecen los estudiantes en lugares rurales y alejados (OMS, 2020a). Ampliar así el acceso también contribuirá a su diversidad. Nuestra visión de futuro para la atención de salud consiste en que esta sea equitativa e inclusiva. Mientras seguimos trabajando en el enfoque marcado de la Enfermería en la equidad, será fundamental atraer a una serie de personas a la profesión para trabajar realmente desde una posición inclusiva. Es importante destacar que uno de los retos asociados al incremento del aprendizaje electrónico es su potencial de ampliar la brecha digital entre países y sociedades (UNCTAD, 2020).

Los ministerios de educación tendrán que garantizar que a medida que los estudios avancen cada vez más en la modalidad digital se diseñen estrategias para incrementar el acceso a la tecnología.

Es cierto que la pandemia de COVID-19 ha cambiado rápidamente cómo aprenden los estudiantes pero también ha puesto de relieve lagunas existentes en relación con qué deben aprender. Ahora las líneas de falla en nuestros sistemas sociosanitarios y las inequidades que existen en el mundo están más claras que nunca. Es necesario un rediseño urgente del sistema de salud para superar los retos del futuro: lograr la CSU, ser resilientes ante las crisis y satisfacer las necesidades sociosanitarias de las poblaciones.

Ante la necesidad innegable de fortalecer los sistemas sanitarios, han comenzado a cambiar las necesidades nacionales de salud. Para que estos cambios sean eficaces, las enfermeras tienen que ocupar una posición central. La formación de Enfermería también requerirá cambios para optimizar el papel de las enfermeras en estos sistemas en evolución. Todos los niveles de formación de la profesión, en particular el desarrollo profesional continuo, habrán de responder rápidamente con el fin de preparar a las enfermeras para contribuir al fortalecimiento progresivo de los sistemas sanitarios y las funciones de toma de decisiones, así como para prestar atención de salud en línea con estas prioridades. Será necesario adaptar los currículos con el fin de incrementar la preparación de las enfermeras para trabajar fuera de los entornos de cuidados agudos, tener un enfoque más marcado en la salud comunitaria y prestar cuidados colaborativos multidisciplinarios basados en el equipo.

El informe SOWN ha recomendado centrarse en la graduación de enfermeras que impulsen el progreso en la atención primaria y la CSU (OMS, 2020a), lo cual implica poner más énfasis en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, influenciar las políticas de salud y tener un conocimiento integral de los retos del siglo XXI como el cambio climático, los determinantes sociales de la salud y la igualdad de género.

La pandemia también ha subrayado hasta qué punto está realmente interconectada la salud de la población mundial: la salud no conoce fronteras. Las enfermeras del futuro serán esenciales para dar forma a la salud global, y la formación de Enfermería en todos los países ha de seguir integrando las perspectivas de salud global para desarrollar conocimiento de Enfermería al respecto. Lo que sucede fuera del propio país y el impacto de las enfermeras nunca ha sido más crucial.

“Se han cerrado las escuelas y se han puesto a disposición clases en línea, si bien los dispositivos y el acceso a datos han representado una limitación para algunos estudiantes, especialmente en los países más pobres.”

Asociación de Enfermeras de Jamaica



Crédito de imagen:
Yingxin Wang
Concurso de fotografía
del DIE2021



En primer plano



REINO UNIDO

Las solicitudes de matriculación en formación de Enfermería han aumentado un 32%. Las historias inspiradoras de enfermeras prestando cuidados durante la pandemia de COVID-19 han puesto claramente de relieve su importancia para el sistema de salud y los ciudadanos quieren participar (BBC News, 2021).



NUEVA ZELANDA

Información preliminar de los Directores de las Escuelas de Enfermería indica un interés significativo en el número de solicitantes para estudiar la carrera. Algunas escuelas de Enfermería están señalando que el número de solicitantes supera su capacidad prevista.



ISLAS SALOMÓN

A lo largo del año pasado, el país ha manifestado un enorme interés en la carrera de Enfermería, lo cual ha provocado un gran incremento en el número de solicitudes para estudiar Enfermería.



QATAR

En un esfuerzo por responder rápidamente a la necesidad continua de servicios de salud, se ha adoptado un nuevo planteamiento a la enseñanza y al aprendizaje con el fin de incrementar la cualificación de las enfermeras. Se ha visto que la realización de actividades de aprendizaje virtual y práctica simulada tiene un efecto positivo en la confianza de las enfermeras y, consiguientemente, en los resultados del paciente.

Resultados de la encuesta del CIE relacionados con la formación de Enfermería

EL 73% DE LAS ANE

Señala que la formación de pregrado se ha visto interrumpida por la pandemia.

EL 88% DE LAS ANE

Indica que los puestos de prácticas clínicas para estudiantes se han visto interrumpidos por la pandemia.

Al menos 1 de cada 5 ANE encuestadas denuncia que no había "ningún puesto para prácticas clínicas" a causa de la pandemia.

EL 54% DE LAS ANE

Manifiesta que la formación de posgrado se ha visto interrumpida por la pandemia.

EL 30% DE LAS ANE

Indica un incremento en el número de candidatos para estudiar Enfermería.

EL 23% DE LAS ANE

Señala que habrá un retraso de al menos seis meses en la graduación de estudiantes de currículos de enfermería. Otro 34% indica un retraso de hasta seis meses en la graduación de alumnos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En 2020, la cantidad de ANE que reportaron que la formación de los estudiantes de Enfermería se había visto interrumpida era asombrosa, en particular todo el aprendizaje *in situ* como por ejemplo conferencias, simulación clínica y exámenes. Como resultado, muchas universidades han dirigido sus cursos hacia modalidades de aprendizaje en línea. Sin embargo, no todos los países han podido realizar esta transición rápidamente por problemas de disponibilidad de internet, limitaciones de datos y acceso a ordenadores. Uno de los principales problemas detectados por las ANE que han respondido a la encuesta ha sido la interrupción que se ha producido en los puestos de prácticas clínicas. Un número enorme de encuestados ha indicado que estos puestos habían sido cancelados, pospuestos o restringidos a determinadas áreas. Entre los motivos principales para ello se encontraba el número reducido de personal para supervisar la formación, EPI insuficientes y ansiedad en relación con estos puestos. Se trata de una gran preocupación para los sistemas de salud puesto que la mayoría de los reguladores exige un número mínimo de horas de práctica clínica para que los estudiantes se gradúen y se puedan registrar. Esta situación retrasará o limitará el número de enfermeras que se incorporan a la fuerza laboral para la salud y a su vez incrementará la escasez de personal. Aunque no tan graves como los que ha provocado la interrupción de los estudios de pregrado, también se han producido retrasos en la formación de posgrado. En algunos países se ha denunciado la suspensión de este tipo de formación para las enfermeras con el fin de que pudieran reanudar su trabajo en instalaciones sanitarias, lo cual tiene consecuencias significativas para la atención de salud puesto

que es probable que haya un número reducido de graduados en Enfermería de práctica avanzada, lo cual limitará el acceso a los cuidados. Además, la investigación se verá interrumpida y habrá retrasos en el avance del conocimiento en todas las áreas en relación con los cuidados de Enfermería. Vale la pena destacar que algunas de las ANE encuestadas han señalado un incremento en la formación de postgrado y la investigación. Estas ANE cuentan con el apoyo de sus gobiernos, así como de los sistemas de salud y las organizaciones de Enfermería, para potenciar la práctica basada en la evidencia. En nuestra opinión, estos sistemas sanitarios estarán mejor preparados para superar retos de salud en el futuro. Por último, la encuesta ha puesto de relieve problemas con el desarrollo profesional continuo (DPC). Parece que la mayoría de las enfermeras ha recibido algún tipo de DPC en los últimos 12 meses pero muchas han señalado que este se ha limitado a la COVID-19 y a la prevención y el control de infecciones, lo cual significa que el DPC para otras enfermedades ha sido limitado y por ello ha disminuido el avance del conocimiento de la Enfermería y la práctica basada en la evidencia. Es especialmente preocupante que en algunos sistemas de salud, incluso antes de la pandemia, no hubiera ninguna inversión en DPC. Los sistemas sanitarios, para cubrir todas las necesidades de atención de salud de las personas y las comunidades de cara al futuro, han de construir la fuerza laboral para la salud. La forma de hacerlo es a través del sector educativo y en este sentido es imprescindible actuar ahora en relación con la formación de los estudiantes y la Enfermería. Los retrasos en esta área provocarán fracasos en el futuro.



Crédito de imagen: Oasis International Hospital,
Concurso de fotografía del DIE2021



Crédito de imagen: Liliana Bravo Sierra,
Concurso de fotografía del DIE2021

AECAF ante la Pandemia COVID-19 en el año 2021

Declaración de posición

La Asociación de Enfermería de la Capital Federal, AECAF, es la entidad de Enfermería más antigua del país. Bajo diversas denominaciones, desde 1953 nuclea a licenciados, enfermeros, auxiliares de Enfermería y estudiantes de Enfermería, sin discriminaciones, y es una entidad representativa de Enfermería en la Ciudad de Buenos Aires. Miembro fundador de nuestra Federación Argentina de Enfermería (FAE) en 1965, hoy tiene representación a nivel regional en el Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM) y en la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), y a nivel internacional en el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

En el contexto actual de la Pandemia COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud, la dinámica de transmisión del virus y su impacto en Argentina en el lapso del año en curso, y en vista de que **Enfermería viene cumpliendo un rol fundamental en el cuidado de las personas afectadas por esta nueva enfermedad**, AECAF manifiesta ante las autoridades nacionales y provinciales y a la comunidad toda que:

1.- Ratificamos nuestro apoyo y solidaridad hacia el colectivo de Enfermería (auxiliares de Enfermería, enfermeras/os, licenciadas/os), como así también del resto del equipo de salud, que se encuentra en la primera línea de atención, en las instituciones de salud públicas, privadas, de la seguridad social y en algunos espacios con difíciles condiciones de trabajo, luchando interdisciplinariamente para contener la segunda ola de la pandemia, en aumento cada día en nuestra ciudad y en el país.

2.- Instamos a las autoridades a:

- Sostener y apoyar a todos los integrantes del equipo de salud que cuidan y tratan a las personas afectadas con Covid-19; a preservar la calidad del cuidado y a los profesionales que lo imparten.
- Invertir en el **fortalecimiento de los servicios** de salud, **proveyendo productos básicos** como el oxígeno medicinal, los equipos de protección personal, pruebas de diagnóstico y medicamentos seguros.



- Disponer de dispositivos sólidos que permitan la **distribución equitativa** de los productos básicos dentro de las fronteras nacionales.
- Garantizar que todos los **enfermeros del país sean vacunados**.
- Crear **incentivos** para los enfermeros que han trabajado en la pandemia atendiendo pacientes COVID (créditos, planes de vivienda y otros).

- Cumplir con el **derecho** que tiene todo enfermero a:
 - recibir **atención psicológica** por la sobrecarga emocional producto de atender a pacientes con COVID, de experimentar la soledad y muerte de desconocidos, de sus propios colegas y compañeros de trabajo
 - que se respeten e implementen los **descansos semanales reparadores y vacaciones adeudadas**, que por las incómodas cargas de trabajo y la insuficiente dotación de recursos han sido suspendidas



- Activar y reforzar mecanismos para garantizar la provisión y aprobación de vacunas seguras y eficaces contra la COVID-19, manteniendo la **prioridad** del equipo de salud, las edades de riesgo, comorbilidades, y la **equidad** en su distribución dentro de las fronteras nacionales, refrendadas en la Constitución Nacional Art. 75, Inc. 22, Art. 41.

3.- Nos pronunciamos a favor del comunicado de prensa de la OMS, emitido en ocasión del Día Mundial de la Salud, celebrado el 7 de abril de 2021 bajo el lema “Construir un mundo más justo y saludable”. La OMS se ha comprometido a garantizar que todas las personas, en cualquier lugar, puedan ejercer su derecho a la buena salud. En este sentido reafirma:

Necesitamos que los líderes adopten las siguientes medidas:

Trabajar juntos. La urgente priorización de la salud y la protección social debido a las repercusiones socioeconómicas de la COVID-19 derivadas de la pérdida de puestos de trabajo, el aumento de la pobreza, las alteraciones sufridas en el ámbito educativo y las amenazas a la alimentación son mayores que los efectos del virus en la salud pública.

Recoger datos fiables. Aumentar la disponibilidad de datos actualizados y de alta calidad, desglosados por sexo, riqueza, nivel educativo, origen étnico, género y lugar de residencia, es fundamental para determinar dónde hay desigualdades y cómo atajarlas.

Abordar las desigualdades. Invertir en atención primaria, siendo esencial a medida que el país se vaya recuperando de la crisis de la COVID-19 evitar todo recorte en el gasto público destinado a la salud y a otros servicios sociales. Esos recortes podrían aumentar las dificultades a que se enfrentan los grupos desfavorecidos, socavar el buen funcionamiento del sistema sanitario. Los gobiernos deberían cumplir el objetivo recomendado por la OMS de destinar un 1% adicional del PBI a la atención primaria de salud.

Actuar más allá de las fronteras. Solo cuando podamos proteger, hacer pruebas y tratar a toda la población mundial podremos acabar con la pandemia de COVID-19. Los gobiernos deben reducir el déficit mundial de profesionales sanitarios necesarios para alcanzar la cobertura sanitaria universal antes de 2030, crear al menos 10 millones de puestos de trabajo y redoblar los esfuerzos en materia de igualdad de género. Las mujeres prestan la

mayor parte de la asistencia sanitaria y social en todo el mundo, y representan hasta el 70% del personal sanitario y asistencial. Es preciso alcanzar una igualdad salarial que reduzca diferencias entre hombres y mujeres y el reconocimiento de las labores sanitarias no remuneradas que realizan las mujeres.

4.- La **falta de enfermeros** constituye una preocupación por la fuerza de trabajo, por la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

La **calidad de atención y la seguridad de los pacientes** no sólo requieren una **mayor cantidad de enfermeros**, sino que deben ir acompañadas de **una mayor formación**, en muchos casos de **enfermeros especialistas** (Smith, 2007), para responder efectivamente a las necesidades de los pacientes, a las demandas de la sociedad y a los desafíos del avance tecnológico (WFCCN, 2008b). Una **mayor proporción de horas de Enfermería** se asocia con una **menor estadía hospitalaria y menor tasa** de infección urinaria, sangrado gastrointestinal, neumonía, así como una menor falla en el rescate en pacientes quirúrgicos (Needleman et al, 2002).

La **falta de enfermeros** ocasiona un aumento de las estancias hospitalarias, de eventos adversos, lo que genera costos que pueden evitarse. Es esencial contar con personal de Enfermería calificado y con planteles adecuados para obtener buenos resultados en salud (Aiken & Cooper, 2008).

Las funciones actuales y posibles de la enfermera de atención directa deben potenciarse con la incorporación de **Enfermería de práctica avanzada**. Tal como se establece en la *Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada* (CIE, 2018), se trata de especialistas que han adquirido conocimientos expertos, capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, con alto grado de autonomía profesional y práctica independiente, capacidades avanzadas de evaluación de la salud y de explicación de diagnósticos.

5.- Todo enfermero tiene **derecho a desarrollarse profesionalmente** y la institución que lo contrata tiene la obligación de planificar acciones concretas para ese desarrollo (**Ley 24004, Cap. 3, Art. 9, Inc. D; Ley 298 Cap. 3, Art. 13, Inc. D**). Estas acciones incluyen el acompañamiento y orientación al ingresar a la institución cuando la persona que ingresa tiene poca experiencia o se graduó recientemente (Hardiman & Hickey: 2002; Ihlenfeld: 2005; Santucci: 2004). Asimismo, **a ejercer su práctica en un ambiente seguro y saludable**, con todos los medios necesarios para brindar el cuidado, y a ser reconocido con un salario competitivo (ICN: 2007).

6.- Invitamos a todas las personas a ejercer y mantener el autocuidado responsable:

AL PERSONAL DE SALUD

- Realizar higiene de manos antes y después del contacto con todo paciente.
- Utilización correcta de los elementos de protección personal.
- Respetar las normas de bioseguridad y protocolos institucionales.
- Respetar los sectores asignados para refrigerio y descanso del personal.
- No circular fuera de las instituciones con el uniforme de trabajo.
- Interiorizarse acerca de los derechos del personal esencial que trabaja en pandemia, cómo proceder en caso de enfermarse, cómo gestionar licencias, asignaciones o pensiones por fallecimiento.

A LA COMUNIDAD

- Adecuada y frecuente higiene de manos: con agua y jabón (en sus casas) y alcohol en gel (reservar para cuando deba salir de la casa).
- Uso de barbijo (cubriendo nariz, boca y mentón) en ámbitos de circulación fuera del domicilio, o en su domicilio cuando tenga que compartir con personas ajenas al mismo (plomeros, gasistas, fumigadores, otros).
- Respetar el distanciamiento social de dos metros entre las personas.
- Resguardar a personas mayores de 60 años y a aquellas que cursen patologías vulnerables.
- Cumplir las medidas sanitarias que promulgue el gobierno nacional o autoridades de CABA.

"Los entornos positivos para la práctica profesional favorecen la excelencia y el trabajo honrado, porque aseguran la salud, la seguridad y el bienestar del personal, promueven cuidados de calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones".

Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2008)

En Argentina necesitamos el reconocimiento concreto hacia el personal de Enfermería como profesionales de la salud, ya que su exclusión constituye una discriminación hacia la profesión, a las mujeres, que mayoritariamente la conforman, y a quienes tienen la responsabilidad de cuidar uno de los bienes tutelados por el Estado: la salud y la vida de las personas, familias, grupos y comunidad.

Reconocer que los profesionales de Enfermería son esenciales en el equipo de salud y la necesidad de su inclusión con rango de profesionales de la salud es CUIDAR A LOS QUE CUIDAN.

Asociación de Enfermería de Capital Federal
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mayo de 2021

Rol del enfermero en la biopsia prostática transrectal dirigida por ecografía

Alan Villafañe*

MN: 82449. Urología CEMIC

1) DEFINICIÓN

Una **biopsia de próstata** es la extracción de muestras diminutas de tejido prostático para examinarlas en busca de signos de cáncer de próstata.

La próstata es una glándula pequeña del tamaño de una nuez que se encuentra justo debajo de la vejiga. La glándula rodea la uretra, el conducto que lleva la orina hasta el exterior del cuerpo. Además, la próstata produce semen, el líquido que transporta los espermatozoides.

2) OBJETIVO

La biopsia prostática tiene como finalidad la detección del cáncer de próstata, sumado a los análisis de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), ecografía y tacto rectal para cerciorar el diagnóstico presuntivo.

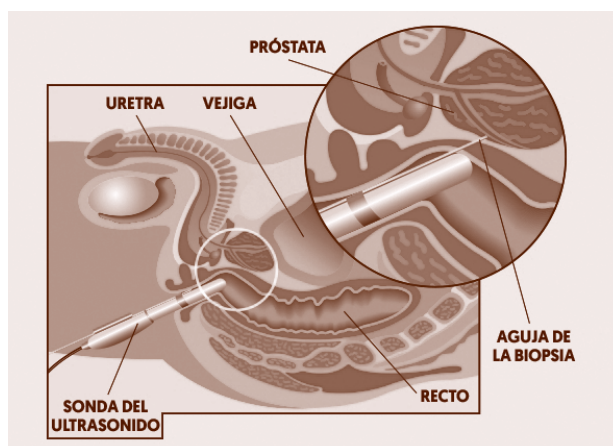
3) ROLES Y RESPONSABILIDADES

Este estudio puede realizarse de manera ambulatoria, con anestesia local, con un operador urólogo y un enfermero como asistente.

El enfermero que desempeña sus funciones en el área de urología tiene en sus tareas cotidianas un amplio abanico de procedimientos para realizar, ya sea en carácter de ejecutor o asistente de los mismos. Entre estos se encuentran los sondajes vesicales, estudios urodinámicos, frenulotomías, etc

4) CONSIDERACIONES GENERALES

- En la preparación previa al estudio el paciente debe suspender toda terapia anticoagulante o antiagregante plaquetaria, unos siete a diez días previos a la biopsia, presentar un examen de urocultivo con resultado negativo, que se haya efectuado en un plazo no mayor a un mes de anterioridad a la realización del estudio, análisis de coagulación sanguínea, profilaxis antibiótica y un enema evacuante dos horas previas.
- Es imprescindible que el personal de Enfermería que tenga participación en este estudio presente conocimientos básicos sobre anatomía genitourinaria y fisiopatología prostática. El enfermero debe saber clasificar el instrumental y la aparatología a utilizar sabiendo reconocer sus características y funciones concretas.



*Licenciado en Enfermería. M.N. n° 82449

5) EQUIPOS Y MATERIALES

- Ecógrafo con transductor rectal
- Guía de inserción para el transductor
- Pistola para biopsias de gatillo automático
- Funda protectora para sonda ecográfica
- Aguja chiva 20 x 20 g
- Aguja tru-cut 18 x 25 cm
- Lidocaína jalea
- Lidocaína inyectable al 2% sin epinefrina
- Jeringas de 10cc
- Tubos de ensayo para recolección de muestras
- Formol al 5%

6) PROCEDIMIENTO

- El paciente es posicionado en la camilla en decúbito lateral, las nalgas deben estar niveladas con el extremo de la mesa para permitir la manipulación del instrumental sin obstrucciones, el urólogo realiza un tacto rectal para verificar que la ampolla rectal se encuentre libre de materia fecal, lo cual define la posibilidad de comenzar el estudio previniendo riesgos de infección urinaria.
- Luego, se inserta el transductor ecográfico con una funda protectora y la guía insertada, lubricando el extremo con lidocaína jalea para facilitar la entrada por el canal anal y obteniendo así una mejor resolución en la imagen proyectada.
- En primera instancia se evalúan las características propias de la glándula (tamaño, aspecto, zonas sospechosas).
- A continuación se administra anestesia local utilizando la aguja chiva y posteriormente, con la aguja tru-cut a través de la pistola, se procede a tomar las muestras (14 aproximadamente) de tejido prostático, efectuando los disparos en distintas áreas de la glándula dividida en cuadrantes de referencia en cada hemilobulillo.
- Cada muestra es recolectada en un tubo de ensayo individual, con los datos correspondientes y conteniendo formol para su conservación. Por último, se acondiciona al paciente y se da por finalizado el estudio.

7) ACCIONES DE ENFERMERÍA

(ANTES Y DURANTE EL ESTUDIO):

- Anamnesis al paciente: corroborar el cumplimiento de las acciones preparatorias para el estudio (profilaxis antibiótica, suspensión de terapia anticoagulante, enema evacuante).
- Preparación del paciente, asistencia en la vestimenta (camisolín, cofia, botas descartables).
- Controlar los signos vitales y su estado general.
- Posicionarlo correctamente en la camilla.
- Preparar la mesa auxiliar con el instrumental a utilizar (pistola, medicación, agujas, transductor, funda protectora).
- Cargar tubos de ensayo con formol al 5% e identificar cada frasco con datos del paciente y zona anatómica de la muestra

ACCIONES DE ENFERMERÍA

(AL FINALIZAR EL ESTUDIO)

- Evaluar el estado de conciencia del paciente.
- Controlar los signos vitales.
- Higienizar la zona anal.
- Instruir sobre los posibles efectos adversos y pautas de alarma (hematuria, fiebre, hemorragia rectal profusa).
- Corroborar nuevamente los datos de las muestras tomadas.

8) FINALIZACIÓN

- La asistencia por parte de enfermería permite la ejecución de los procedimientos con orden, asepsia y control del paciente, el equipamiento y procedimiento.
- Envío de las muestra tomadas al servicio de Anatomía Patológica
- Acondicionar la unidad y el equipo utilizado
- Realizar lavado de manos
- Registrar en la evolución de enfermería la fecha, hora, procedimiento y observaciones realizada durante el mismo
- Asentar firma, aclaración y matrícula del enfermero actuante.

Bibliografía

- Wein, A. Novick, A. Kavoussi, L. Partin, A. (2008) Campbell-Walsh Urología. Tomo 3. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires. Argentina.
- Brenes Bermudez, F. Cozar Olmo, J. Lara Jimenez, P. Miñana Lopez, B. Rodríguez Antolín, A. Rodríguez Melcón, J. Unda Urzáiz, M. Vázquez Alonzo, F. (2014) Pautas de actuación y seguimiento: Cáncer de próstata. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC). Asociación Española de Urología (AEU).
- American Cancer Society: Tests to Diagnose and Stage Prostate Cancer, disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/how-diagnosed.html#references>

Sobre el impacto emocional de la pandemia en los equipos de Enfermería

Patricia Fabiana Franco*

Departamento Enfermería del HUFF (Hospital Universitario Fundación Favaloro)

Muchos profesionales provenimos de un paradigma sin miramiento especial por las emociones, sin una asignación de nombres para los sentimientos. Esto explica la dificultad de su visualización y mucho más de su gestión.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia los equipos de Enfermería atraviesan a diario situaciones de gran impacto emocional. El escenario que hoy vemos, en particular en esta segunda ola, se trata de un suceso totalmente inédito, que excede a nuestro conocimiento científico y nuestras herramientas adquiridas para lidiar con situaciones tan complejas. Este artículo recoge algunas reflexiones y aportes sobre la importancia de contar con herramientas apropiadas para la gestión de emociones tanto a nivel personal como de los grupos de trabajo.

La pregunta urgente es: ¿cómo seguir adelante? ¿cómo recuperar fuerzas para continuar? La respuesta concreta no la tengo, pero sí muchas ganas de pedir que hagamos un alto, para que en ese acto de detenernos comience a surgir una pregunta diferente: ¿cómo reaccionamos a este presente? ¿Qué estamos sintiendo frente a los hechos que transcurren ante nuestros ojos?



*Licenciada en Enfermería. Integrante del cuerpo docente de la carrera Licenciatura en Enfermería (asistente de trabajos prácticos y miembro del equipo de tutorías), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro.

Coach ontológica profesional y Coach corporoemocional.

Pues bien, quiero empezar por señalar: no somos responsables de este contexto, de esta situación excepcional que es la pandemia. Pero sí somos conscientes de nuestros pensamientos, de nuestras palabras y de nuestro sentir. Aquí me gustaría que nos detengamos: en lo que sentimos, en las emociones, dado que vivimos en un mundo emocional.

LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR Y NOMBRAR LAS EMOCIONES

Como la mayoría de las personas y profesionales, fui criada en una realidad “a-emocional”, en la que no se permite decir “me siento angustiada por la muerte de un paciente”, o “me enojan las actitudes de mis jefes”, o “me duele la realidad presente”, o “siento alegría o gratitud por determinada situación”. Provengo de un paradigma sin un miramiento especial por las emociones, sin asignación de nombres cuidados a los sentimientos. Esta sencilla razón explica que se dificulte su visualización y mucho más su gestión.

¿Siento miedo de contagiarme coronavirus?

¿Siento angustia, tristeza?

¿Siento enojo, rabia?

¿Estoy ansiosa o ansioso y no descanso lo suficiente?

¿Me siento vulnerable?

¿Siento cansancio corporal?

¿Siento culpa por no poder realizar todas las tareas que me propongo?

Sostengo que antes de cada acto hay una emoción que lo define. Y es ahí donde se acaban las incumbencias profesionales y personales. Al iniciar el largo camino del autorreconocimiento, nos damos en cuenta de que las emociones siempre estuvieron allí, pero solapadas bajo un “me siento bien” o un “estoy muy bien”.

Las emociones básicas son: miedo, enojo, angustia, ternura, alegría, amor.

- Miedo: invita a la protección, al retroceso cuando es requisito para la sobrevivencia.

• Enojo: prepara para atacar, avanzar, estimulado por un deseo de justicia desde la propia percepción; marca límites, estimula a decir basta.

• Angustia: conecta con las pérdidas y mueve al recogimiento, al silencio, a la aceptación para trascender.

• Ternura: se da junto con la empatía, aparece en el abrazo sincero y la disposición hacia al otro.

• Alegría: surge en la celebración por la vida, en el disfrute, el fluir, la libertad.

• Amor: fecunda las relaciones, es la aceptación propia y del otro sin juicios ni condicionamientos.

Es importante saber que a las emociones les precede un factor específico y que son reactivas. Disciplinas como la ontología, que se ocupa del estudio del ser, en combinación con el *coaching*, que es entrenamiento específico en observar la realidad, otorgan un lugar privilegiado a las emociones, dándoles entidad de verdaderas expresiones del alma, para de esta forma reconocerlas como merecedoras de brindarles un espacio, de modularlas o resignificarlas.

A MODO DE CIERRE: UNA INVITACIÓN

Cuando detenés tus pensamientos aparecen tus emociones; se abre así la posibilidad de autogestionarlas y trascenderlas. Una disciplina como el coaching ontológico, que es entrenamiento, propone estrategias para que estés en condiciones de *elegir* la emoción o emociones en las que querés estar.

¿Aceptás ese desafío?

En el próximo espacio mostraremos cómo funciona. Por lo pronto, te propongo comenzar a contactarnos para establecer una red de contención e inclusión en esta grande y maravillosa comunidad de enfermeros.

¡Muchas gracias!

* alejandrafuente@adecra.org.ar

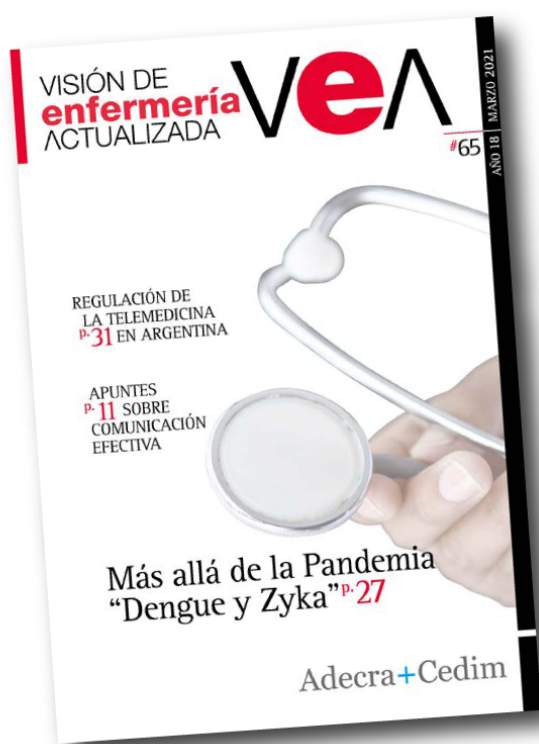
LECTURAS RECOMENDADAS

–Boch, S. (2007) “De las emociones básicas mixtas”. En: *Al alba de las emociones. Respiración y manejo de las emociones*. Santiago de Chile: Uqbar Editores.

–Echeverría, R. (2017) *Ontología del Lenguaje*. CABA: Granica. Capítulo VIII, Emociones y estados de ánimo.

–Krynski, M. (2005). *Ver para crear*. CABA: Crear contexto.

–Olalla, J. (2014) *Del conocimiento a la sabiduría*. Santiago de Chile: Colección Araucaria. Capítulo 4: La transición del discurso científico.



vea
VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

¡TU TRABAJO PUEDE SER PARTE DE NUESTRA REVISTA!

Envíanos tus trabajos de investigación o artículos de enfermería para que sean publicados

SOLICITÁ LAS BASES A:
alejandrafuente@adecra.org.ar



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022