

MÓNICA SOTO VERCHER

Enfermería Comunitaria y Escolar



Enfermería Comunitaria y Escolar

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriñigo

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

Coordinación General:

Esp. Mariano Perez

Director Administrativo

Tec. Omar Quinteros

Administración:

Esp. Daniel Becerra

Dpto. de Impresiones:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

DG Nora Aguirre Reyes



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



Universidad
Nacional
de San Luis

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

MÓNICA SOTO VERCHER

Enfermería Comunitaria y Escolar



Universidad
Nacional
de San Luis

Soto Vercher, Mónica
Enfermería comunitaria y escolar / Mónica Soto Vercher - 1a ed
San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2024.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-413-5

1. Enfermería. 2. Formación Profesional. I. Título.
CDD 610.737

Colaboradores

Este trabajo fue construido con el compromiso y esfuerzo de:

Estudiantes de la asignatura:

ACOSTA Carolina Gladys,
ALBORNOZ María Carolina,
ANIÑIR Luis Patricio,
BECERRA Guadalupe Ayelén,
BALDERRAMA Roxana Edith,
BUENANUEVA Susana Beatriz,
GOMERO CHAVEZ Yamile Sthefaní,
GONZALEZ Daniel Emmanuel,
GURLINO Nayla Nerea,
INTHAMUSSU Marta Patricia,
MENDOZA VELAZQUEZ Ana Marina,
MONTAÑA LEITON Lourdes Natalia,
MORALES Ivana Ayelén,
OROS Érica Vanesa,
PEDERNERA DIAZ Milagros Anahí
PERES Jessica Paola.

Equipo docente:

Mgter. DI MENZA Luciana Natalia,
Lic. ORTIZ Natalia Lourdes,
Lic. ROMERO PAEZ Mayra Guadalupe.

Agradecimiento

Agradezco la cooperación para la realización de las PPE (Prácticas Pre-profesionales Específicas) de campo a:

Lic. Elizabeth Martínez, Coordinadora del Programa provincial APS (Dpto. Pueyrredón, San Luis).

En Localidad de Balde:

Enf. GATICA Brandon E., Director del CAPS N° 11 y personal.

CORREA María del Carmen, Directora de la Escuela N° 141 “Los Andes”, docentes, no docente y alumnos.

PAEZ Gladys E., Presidente Pta. de la Delegación municipal de Balde y vecinos.

En Hospital “Cerro de la Cruz”:

Farm. RAPISARDA Mónica, Directora del Hospital “Cerro de la Cruz”, profesionales, personal y vecinos del barrio homónimo.

SUÁREZ Santiago, Secretario a cargo de la dirección del Colegio N°35 “Camino del Peregrino 2”, docentes, no docentes y alumnos.

A todos los colegas que enseñan y ejercen
la Enfermería Comunitaria
Y a todos los que luchan para el reconocimiento nacional
de la Enfermería Escolar.
Un/a enfermero/a en cada escuela de Argentina.

Prólogo

En la curricula de la Formación profesional enfermera parece dominar el modelo medicalista que solo se enfoca en la salud humana y al cuidado de personas enfermas internadas en el sistema sanitario.

Sin embargo, como sostiene Martha Rogers, la Enfermería es una Ciencia Humanística más amplia y compleja. Su preocupación abarcar todo lo que afecta al ser humano unitario o a grupos humanos para bien o para mal, su foco no solo está puesto en su salud sino en aquella vivencia o situación por la que atraviesa un individuo, familia o comunidad en un momento de su vida y requiere de ayuda externa y terapéutica para superarla con éxito.

Por ello me he comprometido durante los últimos 25 años con la formación enfermera de pregrado, grado y posgrado en *Enfermería Comunitaria*. Esta rama de la Enfermería representa una oportunidad de ser *agente de cambio social*, un área de conocimiento específico y un ámbito de práctica profesional más amplio y complejo, basado en principios deontológicos propios y los del enfoque de Atención Primordial de la Salud (APS) a la cual adhiere nuestro país como política de Estado.

Por su parte, la *Enfermería Escolar* permite al profesional enfermero desarrollar mayor autonomía e impacto social que en un hospital. Por cuanto la institución educativa reúne en sí una comunidad formada por un grupo etario vulnerable (niñas/os y adolescentes) y un meristemo de hábitos saludables a promover con autocuidado y cuidado dependiente de los adultos a cargo (Estado, directivos, docentes, no docentes, padres o tutores, etc.).

En este trabajo se han sintetizado los temas contenidos en el programa de la asignatura que se dicta en la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de San Luis. No ha sido fácil, dada la inmensa disponibilidad de material relacionado con el tema. Por ello, se ha intentado compendiar la información relevante y ofrecerla como material didáctico básico para consulta de estudiantes, docentes y colegas. También se han elegido algunos ejemplos

aplicados este año en las Prácticas Pre-profesionales Específicas (PPE) de campo que se describen en el anexo.

Sin dejar de considerar que queda una asignatura pendiente y es seguir trabajando para que en nuestro país *haya una enfermera escolar en cada escuela*.

Esp. Mónica M. Soto Verchér, Agosto 2023

ÍNDICE

Agradecimiento	5
Prólogo	7
Capítulo 1	13
Enfermería Comunitaria (EC)	13
Antecedentes	13
Enfermería distrital (municipal) en Inglaterra s. XIX	13
Enfermeras visitadoras de EEUU	15
Antecedentes de la EC en Argentina.	16
Proceso de profesionalización de la Enfermería argentina	16
Enfermería Comunitaria (EC)	18
Definición	18
¿La EC es una especialidad dentro de la Enfermería argentina?	19
Funciones de la EC	21
Capítulo 2	29
Enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS)	29
Definición de Enfoque APS	29
Antecedentes del Enfoque APS.	29
Capítulo 3	39
Cuidado Progresivo del Enfoque APS.	39
Antecedentes	39
APS y PAEC-Proceso de Atención Enfermera con la Comunidad	49
Etapas del PAEC	50
Técnicas participativas para Valoración conjunta	51
Técnicas para Planificación comunitaria	53
Técnicas para Evaluación comunitaria	54
Marco Legal del Enfoque APS en Argentina	57
Atribuciones de profesionales enfermeros:	57
Marco Legal del Enfoque APS en San Luis	59

Capítulo 4.	65
Sistema de Salud Pública en Argentina.	65
Características del Sistema de Salud Argentino enfocado en APS.	67
A. Estructura de un Sistema sanitario	83
B. Dinámica o Proceso organizacional de un Sistema sanitario	84
Capítulo 5.	93
Enfermería Escolar.	93
Definición	93
Funciones generales	93
Funciones específicas:	94
Violeta Honnor Morfen.	95
Lillian Wald	96
Lina Rogers Struthers	96
El caso España	98
Contexto nacional de Enfermería Escolar	99
Marco legal de la Enfermería Escolar	99
Grado de escolaridad	101
Educación intercultural.	101
Tasas de mortalidad y causas	101
Problemas prevalentes	102
Ineficaz gestión-coordinación intersectorial del PROSANE en el 1°NAS	102
Condiciones de posibilidad para la Especialidad Enfermería Escolar	103
Importancia de la Enfermería Escolar mundial	104
Importancia de la Enfermería Escolar argentina	105
Experiencias de Enfermería Escolar en algunas provincias	108
Conclusión Final	114
Enfermería Comunitaria	117
A. Estructura del Sistema.	117
Enfermería Escolar	131
A. Estructura de una Institución educativa.	135
A2. Planta Física de una Institución educativa	136
A5c. Equipamiento e insumos del Consultorio de Enfermería Escolar.	137
B. Dinámica organizacional de una Institución educativa.	139
D. Retroalimentación al Sistema Escolar	142

Capítulo 1

Enfermería Comunitaria (EC)

Según lo expuesto por Soto (2023, p. 1)¹, la tendencia actual apunta a que sea de la Disciplina profesional Enfermería y se convierta en una especialidad basada en la formación enfermera de posgrado. Esta excelencia en la formación profesional tiene por fin estar capacitada para participar en la toma de decisiones y la determinación de políticas del cuidado de la Salud Pública nacional, provincial y local.

Antecedentes

La Enfermería Comunitaria, como dimensión del servicio y formación enfermera, tiene su origen en Inglaterra durante el siglo XIX.

Es importante saber que, previamente, Enrique VIII en 1534, persiguió y expulsó a las órdenes católicas, entrenadas para el cuidado de los pobres. Tal como relata Teresa Molina (Soto 2014, p.78)², estas funciones fueron asumidas por personas analfabetas, indigentes, marginados sociales que residían en los mismos asilos indeseables de la época, conocidos como casas de trabajo y hospicios para enfermos pobres (*Workhouses Infirmarys*). Las características de estos hospicios indignos y sus personajes siniestros fueron descriptos en las novelas de Charles Dickens durante la primera mitad del siglo XIX (Fig. 1).

La situación de poblaciones vulnerables urbanas se agravó con la Revolución Industrial a fines del siglo XVIII. En ese momento, el concepto de Salud Pública era desconocido, mucho menos la idea de que el financiamiento de la salud del pueblo estuviera a cargo del Estado.

1 SOTO VMM (2023). “Asignatura Enfermería en Salud Comunitaria 2”. Fundamentación. Programa N° 41957. Plan de Estudio (OCD 2/18). Carrera Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. http://cargaprogramas.unsl.edu.ar/public_view.php?p=41957

SOTO VMM y Cols. (2014). “Tesisaciones. Historia y Fundamentos de Enfermería”. 3^a ed. Libro Digital. Carrera Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis. <https://shorturl.at/IHRS1>

2 MOLINA TM (1973). “Historia de la Enfermería”. 2^a ed. Intermédica. Buenos Aires. [En SOTO VMM (2014)].



Fig. 1. Workhouse de huérfanos en Oliver Twist (Dickens).
[Alamy ERH3M6. Grabado de Mahoney (1838)]

Enfermería distrital (municipal) en Inglaterra s. XIX

Surgen con la formación técnica de mujeres a partir de 1860. Para ello, fue crucial el desempeño de la enfermera Mary Robinson y la difusión mundial que Nightingale dio al cambio operado en el papel de enfermería fuera de los hospitales (Rovere y Sacchetti 2011, p. 81)³

Según estos autores, el desempeño de Robinson, inspiró al filántropo William Rathbone quien reconoció su “experiencia técnica” para brindar “atención enfermera (domiciliaria) a los pobres del Distrito de Liverpool, aplicando sus conocimientos para aliviar el sufrimiento y enseñarles las reglas de salud” (Fig. 2).

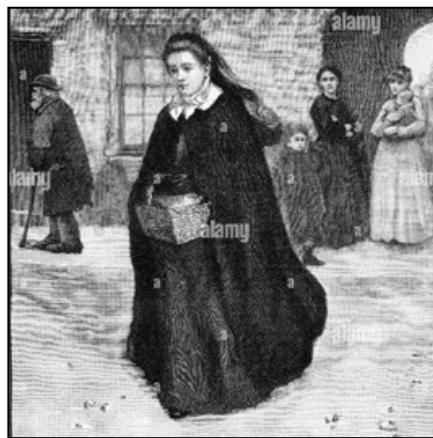


Fig. 2. Enfermera de distrito. Inglaterra 1880. (Alamy 2FN6WH)

³ ROVERE M y SACCHETTI L (2011). “Surgimiento de la Enfermería Moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género”. El Ágora. Córdoba. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec208.pdf>

Frente a la dificultad de conseguir mujeres que pudieran ayudar y ampliar las tareas de Robinson a todos los distritos que lo necesitaran, Rathbone contactó a Florence Nightingale, quien le convenció de abrir en 1863 la primera escuela de enfermería para formar mujeres con el mismo perfil que tenía la enfermera Robinson (p. 83).

Nightingale, inspirada en la labor filantrópica de las Diaconisas del Kaisserwerth en Alemania y los valores morales la Orden católica de las Hermanas de la Caridad en Francia, incorpora la formación de enfermeras distritales a la formación para la asistencia en el Hospital de Londres.

Al mismo tiempo, **Mary Jones**, encargada del personal de enfermería en el Hospital Kings Collage de Londres y **Agnes Jones**, una diaconisa del Kaisserwerth formada en Londres, acordaron establecer una “Escuela de entrenamiento y hogar de enfermeras” basada en el modelo de formación Nightingale en el distrito de Liverpool.

Esta escuela se centraría en el cuidado domiciliario y estuvo asociada al *Royal infirmary* (hospicio para pobres) de Liverpool. En sus inicios, recibió financiamiento de Rathbone, fue supervisada por Nightingale, contando con la participación de 12 enfermeras graduadas en Londres (Fig. 3 y 4).



Fig. 3. Enfermera distrital en orfanato de finales de s. XIX. (Manchester archives)

Fig. 4. Enfermeras distritales en ronda nocturna 1899. (Alamy HRNT96)

Este desarrollo llevó a la aparición de una nueva rama de la enfermería asistencial conocida como “Enfermería distrital”, que se expandió por toda Inglaterra y el resto del mundo.

Enfermeras visitadoras de EEUU

En Boston, Estados Unidos, Abie Howes, una graduada de la escuela de Liverpool en 1884, comenzó la formación de “enfermeras visitadoras”, y en 1893 Lilian Ward las denominó “enfermeras de salud pública” en Nueva York.

Antecedentes de la EC en Argentina.

Autores como Mariela Rubinzal et al. (2019)⁴ y Karina Ramacciotti et al (2020)⁵ coinciden en afirmar que la Enfermería Comunitaria tuvo su origen en la década de los años’20 y surge a raíz de diversas iniciativas médicas sanitarias para formar personal auxiliar y educadoras sobre higiene, puericultura y valioso enlace entre la sociedad y las nuevas políticas de salud pública.

Proceso de profesionalización de la Enfermería argentina

Karina Ramacciotti et al (2020) describen los primeros desarrollos del proceso de profesionalización de la Enfermería y de las enfermeras visitadoras durante la primera mitad del siglo XX. Asimismo, identifican los principales sujetos sociales que protagonizaron dichas transformaciones. Desde el punto de vista político, nuevas políticas públicas se orientaron a la atención de salud de niños con desnutrición y necesidades de las familias trabajadoras. Mediante la intervención sistemática del estado provincial, se trata de contribuir a las condiciones materiales de vida y trabajo, y sus efectos en los sectores populares. El proceso de profesionalización de la Enfermería en general y de la Enfermería Comunitaria en particular, más que una progresión, se trató de formas divergentes de ejercer el cuidado que coexistieron e intercambiaron el lugar de preponderancia de acuerdo a variables como las características del Estado y de las políticas públicas; las particularidades del sistema de salud local y los desafíos que presentó la cuestión social.

4 RUBINZAL M et al. (2019). “Orígenes de la profesionalización de la enfermería y de las visitadoras de higiene en la ciudad de Santa Fe”. Trabajos y comunicaciones, N° 49. Universidad Nacional de La Plata. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/76/7640015/7640015.pdf>

5 RAMACCIOTTI KI et al. (2020). “Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y presente de una profesión”. IES-CODE- Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades. Editorial Universitaria de Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires. <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/OMP/index.php/edunpaz/catalog/download/49/60/187-2?inline=1>

Etapa inicial como oficio

Los primeros cursos, organizados por médicos, fueron los de *Samaritana* o *auxiliar de sanidad*, consistieron en una instrucción formal financiada con fondos de los estados provinciales. El término *samaritana* denota la matriz católica y su carácter caritativo-gratuito *ad honorem*.

De esta manera, las mujeres funcionaban como auxiliares de los médicos con una extensión del trabajo doméstico y maternal, igual que la docencia (Fig. 5).



Fig. 5. Samaritanas de la Cruz Roja. S. del Estero 1928.
Carolina Echegaray de Helman, médicos y alumnas.
(Soto 2014)

Según Soto (2014, p. 123), el curso estaba dirigido a mujeres maestras o que, por sus vínculos de parentesco o filiación política, formaban parte de la élite médica o de la filial de la Cruz Roja. Tal fue el caso de Carolina Echegaray, esposa del médico Romualdo Helman.

La teoría trataba de “primeros auxilios, medicina preventiva e higiene hogareña y personal; puericultura; nutrición y técnicas culinarias” era impartida por médicos, duraba un año y tenía el propósito atender a pobres desvalidos o en zonas rurales donde no llegaban los médicos. Al egreso se integraban a centros de salud pública, donde realizaban actividades de prevención y educativas, visitas domiciliarias a familias y entrenamiento de nuevassamaritanas (Reyna 2019, p. 22)⁶. En años posteriores el curso duró 3 años con un certificado de *Samaritana* al año, *Enfermera/o* después del 2º año y *Visitadora de higiene social* al 3º año.

⁶ REYNA C. (2019). “La lucha anti-tracomatosa escolar en Santiago del Estero, Argentina (1920-1940)”. Revista CS, 27: 13-35. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/2703

Fueron también una estrategia de propaganda y penetración social del MMH (Modelo Medicalista Hegemónico) de los médicos sanitarios.

Etapa técnica

En nuestro país la profesionalización de las “enfermeras visitadoras”, a diferencia de otros casos latinoamericanos, estuvo impulsada por las Universidades estatales (UBA, UNL, UNT). En este espacio de formación bajo una matriz laica, constaba de tres años e incluía clases teóricas y prácticas en campañas sanitarias, visitas domiciliarias, ámbitos fabriles cumpliendo actividades de educación sanitaria, puericultura, higiene escolar y vacunación (Ramacciotti, 2009)⁷. Concatenaba tres títulos: 1) *Samaritana* (1º año), 2) *Enfermera* (2º año) habilitada para actuar con enfermos en hospitales o dispensarios y 3) *Visitadora* (3º año) con un rol por fuera del ámbito hospitalario.



Fig. 6. Curso de EC 1958 (Biblioteca de la Esc. Enfermería UNC)

A inicios de los años '60 las clases estuvieron a cargo de docentes visitadoras de salud pública formadas en universidades o en el extranjero, poseían un uniforme especial y su maletín contenía el equipo con la última tecnología para la época (Oliva 2022).⁸

7 RAMACCIOTTI K (2004). “Políticas públicas en el primer peronismo. Ideas y prácticas 1946-1955”. Rev. Ciclos, 14(27): 81-98. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ciclos/ciclos_v14_n27_04.pdf

8 OLIVA JM (2022). “Cuidados de enfermería a la comunidad”. Unidad N° 3. Asignatura Enfermería Comunitaria I. Esc. de Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. <file:///C:/Users/PC/Downloads/UNIDAD%20N%C2%B0%203-2022.pdf>

La labor desempeñada por estas enfermeras visitadoras marcó el comienzo de la Enfermería Comunitaria en Argentina (Fig. 6).

Enfermería Comunitaria (EC)

Definición

De acuerdo a Soto (2023, p. 2) es “una rama de la Disciplina profesional enfermera que se desempeña en el marco del Sistema de Salud de gestión pública con enfoque en la Atención Primaria de la Salud (APS) como derecho primordial humano y social”. Esta autora sostiene que se trata a una especialidad enfermera enfocada a la promoción del autocuidado y el cuidado de otros a cargo, según el modelo de cuidado progresivo de Orem y de forma culturalmente significativa según Leininger. Junto con el equipo de salud y la participación comunitaria colabora en la prevención de enfermedades y asegurando un entorno seguro y saludable.

¿La EC es una especialidad dentro de la Enfermería argentina?

La Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24004 (HCNA 1991) y su Decreto reglamentario N° 2497 (PEN 1993)⁹, establece:

Artículo 7º. Podrán emplear el título de especialista aquellos profesionales que acrediten alguna de las siguientes condiciones:

- a) Poseer certificación otorgada por Comisiones Especiales de Evaluación... que tendrán en cuenta: antigüedad no menor de CINCO (5) años de graduación y TRES (3) de ejercicio de la especialidad, títulos, trabajos y el resultado de una prueba de evaluación.
- b) Ser profesor universitario de la materia, en actividad obtenido por concurso.
- c) Poseer certificado de Residencia en la especialidad, de una duración no menor de TRES (3) años, reconocida por la autoridad sanitaria nacional.
- d) Poseer título de especialista universitario otorgado por Universidad reconocida.

⁹ HCNA-HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (1991). “Ley N° 24004. Ejercicio de la Enfermería”. BO 28/10/91, N° 27250, p.2. InfoLeg.

- PEN-PODER EJECUTIVO NACIONAL (1993). “Decreto Reglamentario. Ley N° 24004”. BO 16/12/93, N° 27787, p. 2. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/8989/norma.htm>

e) Poseer certificado otorgado por instituciones reconocidas para tal fin por la autoridad sanitaria nacional, acumulando no menos de CINCO (5) años de graduación como profesional y no menos de TRES (3) en ejercicio de la especialidad y un curso de no menos de OCHOCIENTAS (800) horas teórico-prácticas.

No obstante, la Resolución 199 (MSNA 2011)¹⁰, en su Artículo 1, solo reconoce las siguientes especialidades:

- Enfermería en salud del adulto.
- Enfermería en salud del anciano.
- Enfermería en salud materno-infantil y del adolescente.
- Enfermería en salud mental (antes denominada Enfermería psiquiátrica).
- Enfermería en la atención del paciente crítico: neonatal, pediátrico y adulto.
- Enfermería en cuidados paliativos.

Aunque, queda abierta la posibilidad de agregar nuevas especialidades enfermeras:

“Art. 2º. El listado aprobado... podrá ser actualizado periódicamente a través del mecanismo instituido por la Resolución Ministerial Nº 1105 (MSNA 2006).¹¹

Hasta el momento hay algunas universidades que ofrecen Programas de formación de posgrado y los Programas de Residencia de EC se desarrollan en provincias de Buenos Aires (Gómez s/f)¹², Tucumán (Tolaba 2017)¹³, La Pampa (Orueta y Blengini 2019)¹⁴, CABA (MS 2019)¹⁵.

10 MSNA-MINISTERIO DE SALUD NACION ARGENTINA (2011). “Resolución N° 199 Aprobación listado de especialidades de Licenciados en Enfermería”. Plan Federal de Salud. BO 03/03/11, N° 32104, p.19. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=179831>

11 MSNA (2006). “Resolución N° 1105. Creación y objetivos de la Comisión nacional asesora del ejercicio de las profesiones de grado universitario en salud”. BO 02/08/2006, N° 30960, p. 8. Página: 8. InfoLeg. <https://shorturl.at/drG29>

12 GOMEZ E et al. (s/f). “Programa de la Residencia de Enfermería Comunitaria”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/programas/Enfermeria_comunitaria.pdf

13 TOLABA G (2017). “Residencia en Enfermería Comunitaria”. Hospital Gral. Lamadrid. Sistema provincial de salud, Tucumán. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/tucspres70_2018anexo.pdf

14 ORUETA MC y BLENGINI DC (2019). “Programa Residencia de Enfermería Comunitaria”. Hospital Comunitario Generalista Evita. Santa Rosa, La Pampa. <https://shorturl.at/kmtV0>

15 MS-MINISTERIO DE SALUD (2019). “Programa de la Residencia de Enfermería General y Comunitaria. Atención Primaria de la Salud”. Anexo 1. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. InfoLeg. <https://shorturl.at/jEGPS>

Características de la EC

Soto (2023) y Rosa Villalba (2008)¹⁶ mencionan algunas:

- Sin desatender a individuos, se enfoca en el cuidado de grupos humanos.
- Su objetivo es reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida/salud de estos.
- Valora Factores de riesgo (Epidemiología) y Factores protectores (Resiliencia) presentes en el contexto de cuidado.
- Reconoce a los individuos de una familia o comunidad como “agentes culturales” (Orem y Leininger) y fomenta su participación directa y activa en las decisiones relacionadas con el autocuidado y el cuidado dependiente, de acuerdo con su contexto cultural, a lo largo de todo el ciclo de vida.
- Toma decisiones basadas en evidencia científica, fundamentos de su disciplina experiencia profesional en la asistencia clínica, la docencia, la investigación y la gestión de servicios.
- Reexamina su rol y sus intervenciones, cuestionando, analizando, reconstruyendo o creando nuevas formas de cuidado y reformas del sistema de salud.
- Basa su práctica en la consideración de la Salud como un valor y en el significado de curar a través del cuidado que respeta la diversidad sociocultural.
- Se centra en el Enfoque filosófico de la Atención Primaria de la Salud y en la mejora de la calidad de vida/salud aplicando el Modelo Conceptual de Autocuidado (Orem) y la Teoría del Cuidado Transcultural (Leininger).
- Su comportamiento moral se fundamenta en códigos deontológicos que guía la toma de sus decisiones profesionales.
- Pone énfasis en la interrelación intersectorial y transdisciplinar.
 - Evalúa la calidad de las intervenciones enfermeras (*Eficiencia* o costo-beneficio; *Eficacia* o resultados esperados logrados; *Efectividad* o relación entre ambas) y de las dimensiones de los Sistemas sanitarios: *Estructura*, *Dinámica* o procesos, *Resultados* y formas de *Retroalimentación* del sistema.

¹⁶ VILLALBA RD (2008). “Desarrollo de la Enfermería comunitaria en la República Argentina”. Rev. Enfermería Global, (13), junio. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/16111/15531>

Funciones de la EC

Aunque sus ámbitos de desempeño son cada vez más numerosos y complejos, sus principales funciones (Oliva 2022, p. 42) son:

- *Vinculación* entre equipo de salud y la comunidad.
- *Comunicación* terapéutica individual/grupal y enlace comunicativo entre servicios e intersectorial.
- *Educación* participativa para el autocuidado y cuidado de otros a cargo y de forma culturalmente congruente. Refuerza el aprendizaje y evalúa progresos.
- *Gestión* de la asistencia sanitaria de enfermería, del sistema de atención integral, coordinado a través del PAE familiar y comunitario, administrando los recursos y coordinando actividades, delegando tareas (a otros efectores y a usuarios) y supervisando su cumplimiento.
- *Investigación* de problemas comunitarios prevalentes o emergentes, de la práctica enfermera y de su impacto social.

Marco legal de las Intervenciones de la EC en Argentina

Los artículos 1º a 3º del Decreto reglamentario N° 2497/93 de la Ley del Ejercicio de la Enfermería, regula también las incumbencias profesionales de las/los enfermeras/os comunitarias/os

Estas se pueden clasificar en: a) Intervenciones Autónomas, b) Intervenciones intra-disciplinares delegadas y prescripciones enfermeras y c) Intervenciones de colaboración transdisciplinaria con otros profesionales y personal de salud.

a) Intervenciones Autónomas

Artículo 1º. El ejercicio autónomo de la Enfermería, queda reservado al nivel profesional (Lic. Enf.)... exigiéndose en todos los casos, habilitación de los lugares y autorización para ejercer (MP-Matrícula Provincial o MN-Matrícula Nacional).

Artículo 2º. ...comprenden funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias del título habilitante.

Artículo 3º. Es de competencia específica del nivel profesional lo establecido en las incumbencias del título habilitante de Licenciado/a en Enfermería.

A todos ellos les está permitido lo siguiente:

- 1) PAE. Planificar, implementar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería.
- 3) Llevar a cabo la consulta de enfermería y la prescripción de la atención (PAE).
- 4) Administrar servicios de enfermería en diversos niveles del sistema de salud.
- 5) Organizar/supervisar el sistema de informes o registros relacionados con la Enfermería.
- 6) Establecer normas para planificación y control de materiales y equipos necesarios para la atención de enfermería.
- 8) Planificar actividades de educación sanitaria (y de Autocuidado y Cuidado Dependiente de otros a cargo).
- 10) Involucrarse en el avance y desarrollo de la tecnología adecuada para la atención.
- 12) Contribuir en la formación y actualización de otros en áreas relacionadas (con el cuidado humano).
- 13) Llevar a cabo investigaciones relacionadas con Enfermería.
- 14) Asesorar la asistencia, la docencia, la administración y la investigación de enfermería.
- 15) Participar en comisiones examinadoras en áreas específicas de enfermería y en concursos para selección de personal.
- 16) Crear las normas (protocolos) de operación de los servicios de enfermería y realizar auditorías para asegurar su cumplimiento.
- 18) Proporcionar cuidados en todas las etapas del ciclo vital, siguiendo los siguientes aspectos:

- A) (PAE) Valorar necesidades de personas sanas o enfermas y diagnosticar sus problemas en el ámbito de su competencia, para luego implementar acciones destinadas a satisfacer esas necesidades.
- B) Supervisar las condiciones del entorno.
- C) Supervisar uso racional de recursos materiales y equipos utilizados en la prestación de cuidados.
- D) Supervisar y realizar acciones que favorezcan el bienestar.
- S) Realizar registros de las prestaciones enfermeras incluyendo información relevante como la fecha, firma y número de matrícula.

b) Intervenciones delegadas y Prescripciones enfermeras

Art. 3º. Es de competencia específica del nivel profesional... y les está permitido:

- 2) *Brindar cuidados más complejos, asignando acciones de enfermería al personal a su cargo según la situación de cada persona y el nivel de preparación y experiencia del equipo.*
- 3) *Prescripciones enfermeras a usuarios* (relacionadas con el PAE y la Educación enfermera para el Autocuidado y el Cuidado Dependiente de otros a cargo, de forma congruente con la cultura de los usuarios).

c) Intervenciones de Colaboración Transdisciplinaria

El Art. 3º contempla este tipo de actividades en los siguientes incisos:

- 7) Planificar, implementar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo interdisciplinario y en los niveles nacional y local.
- 9) Participar en programas de higiene y seguridad en el trabajo en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales.
- 13) Participar en investigaciones sobre temas de salud.
- 14) Asesorar sobre aspectos de su competencia en la asistencia, docencia, administración e investigación de salud.
- 16) Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios y auditar su cumplimiento.

- 17) Integrar los organismos de los Ministerio de Salud y el de Educación relacionados con la utilización del recurso humano de enfermería y los organismos técnico-administrativos del sector.
- 18) Proporcionan cuidados en todas las etapas del ciclo vital, siguiendo los siguientes aspectos:
- E) Insertar sondas y supervisar su correcto funcionamiento.
 - F) Controlar los drenajes.
 - G) Monitorizar signos vitales.
 - H) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas para tomar decisiones.
 - I) Colaborar en procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.
 - J) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.
 - K) Llevan a cabo curaciones simples y complejas que no requieren intervención quirúrgica.
 - L) Insertar catéteres en venas periféricas.
 - Ñ) Participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.
 - R) Participar en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.
 - Q) Participar con acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes.

Ámbitos de desempeño de la EC.

La Enfermería está transformando el enfoque tradicional de la salud comunitaria, que se centraba en la Epidemiología y la prevención de enfermedades a través del Modelo Medicinalista Hegemónico (MMH)¹⁷. Por ello, es relevante tener en cuenta que tanto la formación de grado, como los programas de posgrado están enfocados hacia la Asistencia, la Gestión, la Docencia y la Investigación enfermera en el ámbito familiar y comunitario.

¹⁷ BELMARTINO S (1987). "Modelo Médico Hegemónico". Ponencia. Jornadas de APS. CONAMER-ARHNRG. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>

Al contrario del MMH, algunos expertos como De Arco y Suarez (2018)¹⁸ sostienen que los ámbitos de la práctica enfermera familiar y comunitaria representan una valiosa oportunidad para que los profesionales de enfermería puedan mejorar su contribución a un servicio orientado en principios de APS, especialmente en relación con el principio de “cobertura universal de salud”. Tanto la participación en la elaboración de programas y planes de salud comunitarios como en la dirección y gestión de la Salud Pública local, regional, nacional e internacional (a través de congresos, el Ministerio de Salud y organizaciones internacionales como la OPS y la OMS), brinda la posibilidad de influir en las políticas y resaltar las capacidades de liderazgo (p. 178). Estos autores destacan que el ámbito más reconocido para la enfermera comunitaria es el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS).

El ejercicio de la Enfermería puede desarrollarse en gabinetes privados, domicilio de personas, locales, instituciones o establecimientos públicos o privados, y en todos aquellos ámbitos donde se autorice el desempeño de sus competencia (Ley 24004 Art. 1º). En el caso de la EC, se considera que son todos aquellos en los que los individuos de una familia o comunidad tengan requerimientos de cuidado y demandas de APS.

Dichos ámbitos incluyen el domicilio familiar/laboral, comedores comunitarios, servicios de salud, organizaciones de la sociedad civil, comunidades educativas, empresas, servicio penitenciario, redes comunitarias y los que pudieran surgir a futuro.

Al respecto del cuidado de la salud escolar, recientemente la OPS/OMS (2023)¹⁹ está recopilando historias, buenas prácticas, estudios de caso, experiencias de profesionales o programas de enfermería en la Región de las Américas que promuevan la Salud Escolar, especialmente en los contextos de:

- Promoción de la salud en las escuelas.
- Atención a la salud escolar en zonas rurales, remotas y desatendidas.
- Interacción entre los servicios de salud y las escuelas.

18 DE ARCO COC y SUAREZ CZK (2018). “Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Rev. Universidad y Salud, 20(2):171-182.

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

19 OPS/OMS (2023). “Contribuciones de los profesionales de enfermería a la salud escolar”. Noticias del 7/07/23. <https://www.paho.org/es/noticias/7-7-2023-contribuciones-profesionales-enfermeria-salud-escolar>

- Atención a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, en especial a las niñas y las adolescentes.
- Tecnologías de la información y la comunicación en salud escolar.
- Formación en salud escolar.

También puede desempeñarse como funcionario en programas de organismos de salud (OMS/OPS) gubernamentales, agencias de salud comunitaria y en estrecha colaboración con líderes comunitarios, grupos de apoyo y organizaciones locales, etc.

Esto se debe a que el cuidado comunitario se ha vuelto más complejo debido a nuevos problemas socio-económicos, ecológicos y culturales sumados a los epidemiológicos tradicionales, así como a la perspectiva de vulnerabilidad, que hoy abarca el cambio climático, los refugiados, situaciones de violencia, desempleo/subempleo, adicciones, inequidad en el acceso al sistema sanitario, entre otros.

Capítulo 2

Enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS)

Definición de Enfoque APS

La OMS (2021)²⁰ ha definido esta perspectiva filosófica como un “Modelo de abordaje de la Salud”, alternativo al MMH.

Al contrario este último, el enfoque filosófico-social o Modelo de APS tiene como objetivo garantizar el máximo nivel de bienestar y una “distribución equitativa” de la atención centrada en las necesidades primordiales de grupos humanos (persona, familia, comunidades). Además, tiene por fin acercar los servicios de salud lo más posible al entorno cotidiano de las personas (Accesibilidad).

Según Jonatán Rapaport (2005)²¹, se trata de una “estrategia para la organización y gestión del Sistema de Salud” propuesta por representantes de diversos países en Kazajstán, antigua URSS, a través de la Declaración de Alma-Ata. El objetivo principal de esta estrategia era lograr “Salud para todos y con la participación de todos en el año 2000”. Rapaport enfatiza que el término “Primaria” refiere a la atención primordial que debe ser proporcionada en el primer contacto de la persona con el sistema de salud. Esto significa que el enfoque de APS no se debe ser confundido con el 1º NAS (Nivel de Atención de Salud) dado que no siempre es la puerta de entrada al sistema.

Antecedentes del Enfoque APS.

A fines de los años’70 surge una corriente de pensamiento opuesta al Modelo medicalista (MMH) centralizado y más democrática en salud.

20 OMS (2021). “Una visión para la Atención Primaria de la Salud en el siglo XXI. Hacia la cobertura universal de salud y los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible)”. Subido al Sitio Web el 1/04/21. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

21 RAPAPORT J (2005). “Atención Primaria de la Salud (APS)”. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Universidad del País Vasco. España. <https://lc.cx/UHw7gq>

A continuación, se presenta la evolución de algunos problemas, resoluciones y decisiones relacionados con APS el objeto de estudio de la ciencia Enfermería (Metaparadigma) en las propuestas publicadas al respecto (Cuadro 1).

Fuentes consultadas	Unidades de análisis (Elementos del Objeto de Estudio de la Disciplina profesional Enfermería)			
	Objetivo	Cuidado enfermero	Participación Familia/Comunidad	Contexto
“Salud para todos” Asamblea Mundial de la Salud (1977)	<p>La Salud / Bienestar como objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abastecimiento de agua potable y saneamiento para todos. - Prevención de enfermedades por agua (p. 16) y sustancias tóxicas en el aire, el agua, alimentos y lugares de trabajo (p. 26), viruela (p. 32). - Legislación sanitaria adecuada para asegurar APS a poblaciones rurales / desatendidas (p. 25) 	<p>Mejorar el personal auxiliar médico y su gestión (P. 17), bajo supervisión médica (p. 20), con desequilibrio en su producción y utilización (p. 28)</p> <p>Función APS (p. 28) reducida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado de higiene (p. 20) - PAI (p. 33) y 	<p>Pasiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso al agua potable para todos. - Educación en higiene, para potabilizar agua y eliminar desechos (p. 18). - Prevenir retraso mental por acción comunitaria no institucional (p. 21) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inequidad de acceso al agua potable. - Israel maltrata árabes e impide auditores de OMS. - Salud mental por tensiones psico-sociales (Dictaduras) en países en desarrollo (p. 26) - Viruela en África (p.32)
Enfoque APS “Para todos, con todos”  Fig. 7 Logotipo Alma-Ata (1978)	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger y promover salud para el desarrollo mundial, la calidad de vida y la paz mundial (III) - Nuevo enfoque económico, político y socio-sanitario conforme al espíritu de la justicia social (V y VII). 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia sanitaria esencial, accesible, metódica, científicamente fundada y socio-culturalmente aceptable, puesta al alcance de todos (VI). - Educación sobre problemas de salud prevalentes (VII) 	<p>Proactiva con Autodeterminación.</p> <p>El pueblo tiene derecho y el debe participar en la planificación y aplicación de la atención a su salud (IV y VI)</p>	Dictaduras cívico-militares en Sudamérica retrasarán al menos 20 años la adhesión al Enfoque de APS y liberar recursos para fines pacíficos y promover su desarrollo socio-económico (VIII - X)
Promoción de la Salud  Fig. 8 Logo Carta de Ottawa (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - La Salud como parte de la Calidad de vida cotidiana. - Enfoque APS de Alma Ata. - Salud Pública como política integrada hacia la Calidad de Vida. - Reorientación de servicios hacia la Promoción para alcanzar equidad sanitaria y la igualdad de oportunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo aptitudes profesionales para: dotar, mediar, empoderar y promover la Calidad de vida. - Promoción de la salud debe adaptarse a necesidad - posibilidad local. - Tener en cuenta la cultura de usuarios, apoyo recíproco y conservación de recursos naturales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la acción comunitaria y desarrollo de aptitudes personales. - Sistemas Sociales complejos están interrelacionados con el contexto socio-ecológico. - La Salud es resultado del Autocuidado y el Cuidado Dependiente de otros y el acceso a la información. 	La promoción de la salud no es exclusiva del sector sanitario. Requiere la Paz, educación, vivienda, alimentación, ecosistema estable y justicia social. Por ello, exige la acción coordinada gobierno, sectores socio-económicos, medios de comunicación.

Cuadro 1 Antecedentes del enfoque APS

Fuentes consultadas	Unidades de análisis			
	Objetivo	Cuidado enfermero	Participación Familia/Comunidad	Contexto
 <p>Fig. 9 Logo Declaración de Yakarta (1997)</p> <p>“Promoción de la salud. Nuevos actores para una nueva era en el siglo XXI”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salud, derecho humano indispensable para el desarrollo socio-económico mediado por Promoción (p.3). - Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la Promoción de salud (p.19). 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción con <i>nuevas formas</i> de actuación y <i>tecnología</i> de comunicación en el ámbito comunitario local: escuela, municipalidad, lugar de trabajo y CAPS. Basada en principios éticos y respeto mutuos (pp. 5 - 7 y 9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderar a individuo/grupos vulnerables para la toma de decisiones (pp. 8 y 9). - Crear redes de mutua colaboración y solidaridad en la acción (p. 11) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza y degradación del ambiente. - Cambio de valores, estilos y condiciones de vida (sedentarismo, auto-medicación). - Viejas enfermedades y emergentes, abuso de drogas, violencia civil. - Desigualdad demográfica (p. 5)
<p>“Nuevo enfoque APS en las Américas”</p> <p>Declaración de Montevideo (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Principios del Enfoque de APS: - Mejoran la calidad del servicio sanitario y resultados socio-económicos. - Objetivos cuantificables (Metas). - Estrategias integradas para el desarrollo social. - Fomento del trabajo intersectorial (pp. 1 y 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso para cuidar con: - Inclusión social y equidad (p. 2) - Atención de calidad (p. 3) - Personal óptimo (formación, condiciones de trabajo). - Investigación/evaluación continua de “buenas prácticas” y nuevas tecnologías (p. 4). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas sanitarios basados en Enfoque APS. - Fortalecer redes comunitarias. - Cooperar con asociaciones internacionales de apoyo a iniciativas de APS (pp. 2 y 4). 	<ul style="list-style-type: none"> Desigualdades y exclusión socio-económicas relacionadas con salud persistentes en las Américas (p. 1)
 <p>Fig. 10 Logo ODS-OMS (NU 2018)</p> <p>“Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS) 2030”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Salud, insumo clave para el desarrollo humano sostenible. Requiere: - Políticas de APS. - Asignación de recursos para APS. - Identificar indicadores de resultado. - CEPAL (UN) propone 17 ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) 	<ul style="list-style-type: none"> Intercambio de conocimientos multidisciplinario y trans-cultural. ODS3: Garantizar el bienestar de todos. ODS11: Lograr inclusión, seguridad, resiliencia y sostenibilidad. ODS16: Instituciones eficientes, inclusivas, que rinden cuentas. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo de APS en red intersectorial. ODS4: Educación inclusiva de calidad. ODS5: Igualdad de género ODS16: Sociedades inclusivas con acceso a la justicia. 	<ul style="list-style-type: none"> Brechas sociales, económicas y ambientales afectan la salud mundial. ODS 1: fin a la pobreza ODS 2: Seguridad alimentaria y agricultura sostenible ODS 6: Agua y saneamiento.
Conclusión	<p>Las propuestas del Enfoque APS han evolucionado con el tiempo. También los desafíos sociales que los países atraviesan. Al principio estaba basado en el MMH, el rol médico y las <i>enfermedades</i> prevalentes transmisibles (parasitos por agua, viruela, lepra) y no transmisibles (cáncer), con énfasis en su prevención y control.</p> <p>Paulatinamente se comprende la complejidad de las situaciones que determinan la <i>calidad de vida/salud</i> de la población y la necesidad del <i>trabajo transdisciplinar</i>, descentralizado a nivel local con la <i>participación activa de usuarios/familia/comunidad</i> en la toma de decisiones.</p> <p>Sigue siendo importante, en la línea de tiempo planteada en este cuadro, la concepción de la Salud Pública como un derecho humano que debe ser custodiado por el Estado y los principios éticos del Enfoque APS propuestos en Alma Ata. Estos principios se pueden abordar desde el Modelo de Cuidado holístico y progresivo de Orem (<i>Autocuidado</i> y <i>Cuidado Dependiente de otros</i> en la vida cotidiana, el acceso a la información mediante EPA (Educación enfermera para el AD-CD) y la Teoría de Leininger (<i>Calidad de Vida</i> y salud con asistencia culturalmente congruente con los valores, estilos y condiciones de vida de usuarios. Estas teóricas enfermeras brindan fundamento científico y orientación para las “buenas prácticas” de la profesión.</p>			

Continuación de Antecedentes del enfoque APS

Características del Enfoque APS

Motor de cambio del Modelo de Salud

Considera valioso el “primer contacto” como punto de entrada de individuos familia o comunidad y el Sistema de Salud. No debe confundirse con 1° NAS (Nivel de Atención de Salud).

Énfasis en Promoción de la Salud

El enfoque APS tiende a la educación como dispositivo eficiente para facilitar el acceso y cobertura universal de salud, el uso racional de los recursos disponibles, la disminución de internaciones y costes y para potenciar los demás elementos. Esto implica acciones de Educación enfermera para el AC-CD (Autocuidado – Cuidado dependiente de otros a cargo) y coordinar actividades con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Prevención de enfermedades

Destaca la importancia de intervenir lo más pronto posible, ya se trate de enfermedades trasmisibles o no transmisibles, zoonosis, amenazas ambientales, contexto ecológico, político y sociocultural desfavorable en el que se desarrollan. El enfoque de APS toma en consideración los conceptos de “Historia natural de la enfermedad”, Proceso de salud/enfermedad y “Triada Ecológica” de Leavell y Clarck (Soto 2014, p. 278). Determina los Niveles de Prevención (Fig. 11).

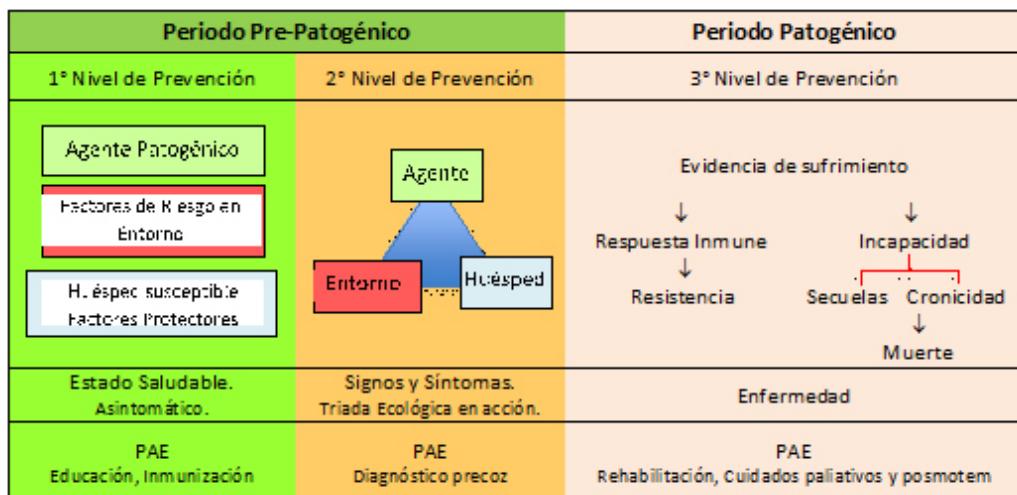


Fig. 11. Historia Natural de la Enfermedad. Niveles de Prevención de Enfermedades.

[Basado en el Modelo de Leavell y Clarck]

Enfermedades Transmisibles.

Para prevenirlas el Ministerio de Salud de Argentina plantea los siguientes programas:

Programa Nacional de Chagas

Programa Nacional de control de enfermedades transmitidas por animales

Programa Nacional de Epidemiología y control de infecciones Hospitalarias.

Enfermedades No Transmisibles (ENT)

En relación a estas, el Ministerio de Salud de Argentina también menciona programas existentes para la prevención de enfermedades, entre ellos:

Programa Nacional de control del Tabaco.

Programa Nacional de Celiaquía.

Programa de enfermedades poco frecuentes y anomalías congénitas.

Programa para celiacos

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable.

Programa Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial.

Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad.

Programa Nacional de Diabetes.

Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares.

Programa Nacional de cardiopatías congénitas (PNCC).

Principios y elementos esenciales del Enfoque APS (OPS 2008, p. 14)²²:

Longitudinalidad.

Atención en todo el proceso vital humano y gestión del “cuidado enfermero progresivo” propuesto por el *Modelo de Orem* en cuanto a la *Agencia o Sistema de atención de enfermería*, aplicado a individuo, familia y comunidad.

²² OPS (2008). “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Serie 1: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC. https://www3.paho.org/hq/dm/documents/2010/aps-estrategias_desarrollo_equipos_aps.pdf

Tiene como objetivo la continuidad de atención a usuarios, en función de la complejidad de su situación, la demanda de cuidado que presentan y su grado de autonomía para el *Autocuidado* (AC) y/o el *Cuidado Dependiente* (CD) de otros a su cargo. Esta característica del Enfoque APS debería ser implementada en los tres niveles de atención y en el cuidado domiciliario.

Cobertura Integral.

Significa el rango entre demanda comunitaria y oferta de servicios disponibles. Incluye la valoración del grupo usuario y su entorno físico y sociocultural, el diagnóstico de la situación problema y las intervenciones enfermeras autónomas de promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta intervenciones de colaboración transdisciplinaria con otras profesiones para el tratamiento y la rehabilitación o cuidados paliativos en el proceso de muerte. Esto implica considerar no solo los aspectos tecnológicos, físicos, sino también emocionales y sociales de la salud, datos y tecnologías para optimizar el cuidado humano.

Atención integrada.

Se refiere a la coordinación y conexión de diferentes servicios y proveedores de atención médica para brindar una atención coherente y continua. Esto implica que los servicios de salud deben trabajar juntos y compartir información de manera efectiva para garantizar una atención sin interrupciones y evitar la fragmentación en la atención al paciente.

Accesibilidad al Sistema de Salud.

Todo sistema de salud debe garantizar servicios sanitarios esenciales, de forma oportuna, gratuita y con disponibilidad geográfico-administrativa, de manera tal que todas las personas, sin discriminación, puedan usar los servicios de salud. Para ello, requiere de compromiso profesional, cooperación intersectorial y espíritu de solidaridad.

Puerta de entrada o 1º Contacto con el Sistema de Salud

Cualquier situación entre un agente de salud y una persona, familia o comunidad es una oportunidad para el acceso universal al derecho a la salud para todos. No importa en qué nivel de atención se produzca tal encuentro.

Equidad.

Se refiere al reparto justo de los recursos como alimentos, agua potable, saneamiento básico. Atendiendo con prioridad los requerimientos de las poblaciones vulnerables.

Orientación familiar y comunitaria.

El enfoque APS reconoce el papel crucial de la familia en la salud y el cuidado de sus miembros. Busca involucrar a las familias en la planificación, el seguimiento del cuidado de sí y de otros a cargo, reconociendo su experiencia y conocimiento sobre sus necesidades y preferencias determinadas culturalmente. Por otro lado, la orientación comunitaria reconoce que la vida/salud de las personas está influenciada por su entorno más amplio y busca promover la participación activa de individuos que expresen los requerimientos de su familia y comunidad.

Al respecto, la Resolución 544 (MS 2022)²³ crea el Programa Nacional de Salud Comunitaria que modifica o complementa otras resoluciones ministeriales relacionadas con programas previos de salud familiar. En su Art. 6º establece la partida presupuestaria, una parte está destinada para becas de capacitación del equipo en estos y otros ejes temáticos. También en dicho anexo, los objetivos relacionados son:

3) Fortalecer la búsqueda activa de las familias vulnerables o en situación de riesgo socio-sanitario y hacer seguimiento por parte del equipo de salud.

6) Revalorizar y garantizar la participación comunitaria como uno de los ejes de la APS.

Redes o Mecanismos activos de participación comunitaria

Refiere a la forma en que los individuos se involucran de manera consciente y proactiva en la toma de decisiones y en la búsqueda de cambios en la sociedad. Es una forma de empoderamiento ciudadano que promueve la democracia participativa y contribuye al desarrollo de comunidades más inclusivas y justas.

Considera que la comunidad debe participar en la toma de decisiones (autodeterminación) con observación de principios de la Ética y respeto de la cultura de los individuos y la comunidad. Esto incluye la conformación de

23 MSNA- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2022). "Resolución N°544. Programa Nacional de Salud Comunitaria". BO 27/04/22, N° 34908, p. 52. InfoLeg.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=363956>

“Redes comunitarias” trabajando con el equipo sanitario que respete su cultura en aspectos relacionados con Educación para el AC-CD (Autocuidado y Cuidado dependiente de otros), Prevención y control de enfermedades endémicas locales, Provisión de primeros auxilios durante situaciones de emergencia o catástrofes.

Calidad técnica

Se basa en la evaluación precisa de la situación problema, tanto actual como potencial, y en la implementación efectiva de acciones que logren un equilibrio (Efectividad) entre Eficiencia (Relación coste-beneficio) eficacia (Resultado logrado igual al esperado o mejor, satisfacción de usuarios). Es fundamental utilizar datos y TICs (Tecnologías de Información y Comunicación) para informar y respaldar la estrategia APS, permitiendo una toma de decisiones basada en evidencia y una atención más efectiva y personalizada.

Coordinación social y profesional

La implementación del enfoque APS, no depende solo de los profesionales de la salud, requiere del aporte integrado de muchas disciplinas, personal apropiado, recursos adecuados y sostenibles y, fundamentalmente, decisiones políticas firmes. Exige gestión óptima, compromiso y comunicación asertiva entre el equipo sanitario, los Niveles de atención (Referencia-Contrarreferencia) y otras instituciones no gubernamentales para disminuir hospitalizaciones y costes.

Ventajas de la Estrategia APS vs MMH-Modelo Medicalista Hegemónico

Las fuentes consultadas sobre este enfoque político-sanitario (Cuadro 1), Rapaport (2005) y OMS (2021), Alex Rosas et al. (2013)²⁴ describen las ventajas del cuidado de la salud comunitaria basado en estrategia de APS.

Igualmente advierten sobre las desventajas del MMH en un sistema de salud (Cuadro 2).

²⁴ ROSAS PAM et al. (2013). “Atributos de la APS. Una visión desde la Medicina Familiar”. Acta Médica Peruana, 30(1): 42-47. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7920369.pdf>

Ventajas del Enfoque APS	Desventajas del MMH
Atención centrada en comunidad, su acceso y la cobertura universal del Sistema de Salud (Promoción de salud, Pre-vención y atención de enfermedades).	Acceso y cobertura de salud reducida en áreas rurales y personas de bajos ingresos. Atención de enfermedades y urgencias en hospitales.
Objetivos transdisciplinarios, progresivos y culturalmente congruentes con la persona/comunidad beneficiaria.	Objetivo curativo monodisciplinario (Medicina).
Equipos capaces de manejar varios problemas socio-sani-tarios al mismo tiempo, contribuyen a mejorar las condi-ciones de vida/salud de la población.	Equipos especializados para atender enfermedades espe-cíficas a en profundidad, incluyendo las más raras.
Forma parte esencial del desarrollo de un país por el uso racional de los recursos disponibles. 80% Cobertura poblacional en 1°NAS.	Falta de financiamiento socio-sanitario para todos. 3% cobertura poblacional en el 3°NAS con mayor costes. Heterogénea distribución cuanti-cualitativa de profesionales y recursos. Medicamentos esenciales inaccesibles para todos.
Reducción de los índices de morbimortalidad y aumento de la esperanza de vida.	Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Fracaso en el uso racional de medicamentos (automedicación, resistencia ATB). Reaparición de enfermedades transmisibles erradicadas y mayor prevalencia de ETS.
A mayor participación de la población en las decisiones y acciones relacionadas con su propia vida/salud, más auto-determinación, comportamientos de Autocuidado más saludables y creación de un entorno seguro.	Participación pasiva de usuario/s, sin consideración de su opinión ni participación en la toma de decisiones. Inadecuada observancia del Proceso de Consentimiento informado.
Políticas de salud basadas en APS permiten un Sistema de Salud diseñado de acuerdo con la cultura, demandas y necesidades específicas de una población determinada.	Falta coordinación en c/NAS y entre estos y otros sectores no gubernamentales.
Acceso universal al sistema de salud en cualquier mo-mento y lugar.	Barreras geográficas, culturales, administrativas, económicas determinan inequidad en el acceso.
Es una estrategia inclusiva, equitativa, resiliente, rentable y efectiva para mejorar tanto la salud y el bienestar social.	Desconocimiento del Enfoque APS o resistencia cultural al cambio del MMH en efectores y usuarios.

Cuadro 2. APS vs MMH.

[Rapaport (2005) Rosas (2013) y OMS (2021)]

En el mismo sentido, Diego Belling (2017)²⁵ analiza ventajas y desventajas prevalentes en un caso específico del 1° Nivel de Atención que coincide con lo observado por estudiantes y docentes en las prácticas de campo de esta asignatura (Cuadro 3).

²⁵ BELLING SD (2017). "Ventajas y desventajas de APS en un establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención". Subido a Kupdf.net. <https://lc.cx/3sT06h>

Unidad de Análisis	Ventajas	Desventajas
Accesibilidad	Puerta de entrada o 1º contacto con sistema sanitario, preferiblemente en el 1º NAS.	Inaccesible, inadecuado y/o inoportuno para los todos todo el tiempo.
Longitudinalidad	Asistencia en todo el ciclo vital. Gestión del "Cuidado enfermero progresivo" (Modelo Orem) en domicilio y en NAS.	Insuficiente cobertura de servicios esenciales. No son atendidos por el mismo equipo a lo largo del tiempo.
Integralidad	Brinda servicios integral (Educación para AC-CD, preventivos y curativos de bajo riesgo) e integrado (1º, 2º y 3ºNAS).	<ul style="list-style-type: none"> - Sin de mutua confianza comunidad-profesional. - Insuficiente Educación para AC-CD. - Sin redes comunitarias participativas.
Coordinación	Gestión de casos en el CAPS o con otros NAS (Referencia/Contrarreferencia), seguimiento de casos.	Referencia/Contrarreferencia y seguimiento de casos sin coordinación eficiente.
Compromiso Profesional	PAE aplicación/registro en la Historia Clínica individual del usuario. Requerimiento de cuidado congruente con estilo de vida. Planificación y ejecución acordada. Evaluación mutua.	<ul style="list-style-type: none"> - PAE sin aplicación/registro, Diagnósticos enfermeros, intervenciones autónomas, delegadas, prescripciones al usuario. - Énfasis en demanda espontánea. - Historia Clínica solo con intervenciones de colaboración transdisciplinar.
Centralidad en grupos humanos	Cultura (creencias, valores, estilos de vida) influye en comportamientos de AC-CD. Historia Clínica Familiar c/Valoración diagnóstica de contexto, familia, c/miembro. Grado de autonomía para AC-CD. Factores de Riesgo y Protectores, recursos disponibles y toma de decisiones.	PAE sin aplicación/registro. Historia Clínica Digital (HCD) en 80 hospitales, solo se registran intervenciones enfermeras de colaboración transdisciplinar.
Marco legal e institucional.	El Ministerio de Salud nacional (2022) publicó un documento con un compilado de Leyes, decretos y resoluciones nacionales y provinciales" relacionadas con el Enfoque APS.	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales enfermeros e instituciones siguen aferrados al MMH, maquillado de Enfoque APS. - Algunos también desconocen el marco legal nacional para APS.

Cuadro 3. APS en 1ºNAS. Ventajas y desventajas en San Luis.

[Basado en Belling (2017)]

Capítulo 3

Cuidado Progresivo del Enfoque APS.

Antecedentes

Según Peve y Spinelli (2021, p. 9)²⁶ refieren al que este modelo de atención ya fue utilizado en 1853 por Nightingale durante la Guerra de Crimea cuando colocaba a los soldados heridos más graves en el área más cercana a su escritorio del hospital de campaña.

Según estos autores (p. 12), después de la 2^a Guerra Mundial, EEUU asume la idea de “progreso” y determina necesario ordenar los hospitales e inscribirlos en el Modelo Medicalista Hegemónico (MMH) y la cultura “hospitalocéntrica” y la normatización algorítmica que dominaba las ideas sanitarias de la época. Esperando con ello, aumentar la eficiencia (costo-beneficio). Sin embargo, el gran aumento del gasto en salud, puso en duda el hospitalocéntrico. Incluso, dudó de que guardara relación con indicadores de salud ya que esta perspectiva negaba toda posibilidad de desarrollo del Enfoque de APS y no preveía articulación con el 1º Nivel de atención. Esta propuesta, “más próxima a la gestión hospitalaria medicalizada fue exportada a otros países” como Argentina y es aplicado para clasificar cada Nivel de Atención de la salud (Soto 2014, p. 275), mediante triage o valoración/clasificación de la atención médica requerida fundada en el riesgo de vida en cada persona y en los recursos disponibles (Cuadro 4).

²⁶ PEVE A Y SPINELLI H (2021). “Los cuidados progresivos de pacientes como política hospitalaria. Su implementación en EEUU, 1953-1969”. Cuadernos Médicos Sociales 61(1): 7-16. <https://lc.cx/FN-Kay>

NAS	Definición	Características
1°	Subsistema más simple. Debería ser la puerta de entrada al Sistema de Salud (Ej. CAPS).	<ul style="list-style-type: none"> - No posee internación. - Personal enfermero debería poseer formación en EC. - Equipamiento básico e insumos de bajo costo. - Es el nivel más cercano a la comunidad. - Atiende al 85% de la población.
2°	Subsistema intermedio (Ej. Htal Distrital de Merlo)	<ul style="list-style-type: none"> - Internación de baja y mediana complejidad clínica-obstétrico-quirúrgica y servicios auxiliares como Rx y laboratorio. - Requiere enfermeras/os con formación profesional clínica. - Atiende al 12% de la población.
3° ²⁷	Subs. De máxima complejidad. (Ej. Htal. Central “R. Carrillo”)	<ul style="list-style-type: none"> - El más caro. Posee internación de alta complejidad y métodos de diagnóstico y tratamiento médico de punta. - Requiere formación especializada del personal enfermero. - Solo se atiende al 3% de la población.

Cuadro 4. Niveles de Atención de Salud basados en el MMH.
[Soto (2014)]

Modelos enfermeros de Cuidado acordes con Enfoque APS

Actualmente y cada vez más, la EC argentina debe basar su práctica profesional en evidencia científica, políticas del Estado y modelos teóricos propios, adecuados con Enfoque APS. Como se definió anteriormente en la característica de *Longitudinalidad* de este enfoque, la EC también aplica *cuidados progresivos* a individuos, familia y/o comunidad a fin de que logren su autonomía para el AC-CD.

Para ello, resulta estratégico el uso del *Modelo de cuidados progresivos* de Orem y complementarse con la *Teoría de la Enfermería Transcultural* de Leininger (Alligood 2015, cap. 14 y 22)²⁸. Ambas teóricas hacen énfasis en la Promoción de la Calidad de Vida/Salud, la Prevención de enfermedades o trastornos del desarrollo y el cuidado en cada ciclo vital, mediante la *Agencia o Sistema enfermero de atención* (Orem) y de forma *culturalmente congruente* con los valores, creencias y estilo de vida de los usuarios (Leininger).

27 Nota: Tercer Nivel de atención de Salud (3° NAS). Clasifica la atención según el tipo de riesgo para la vida y los recursos disponibles, en internación en Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios o Especiales, Cuidados Clínicos o en sala (Cuidado terapéutico y AC-CD dependiendo del grado de desarrollo del usuario).

28 ALLGOOD MR (2015). "Modelos y teorías en Enfermería". 8^a ed. Elsevier España.

<https://drive.google.com/file/d/1tXK7MzRRzaQsbZlnPGRkZfW9w9cAPHfS/view?usp=sharing>

Modelo de Cuidado progresivo (Orem)

Surge de las evidencias obtenidas en investigaciones enfermeras durante la segunda mitad del siglo XX y sigue vigente hasta la actualidad (Fig. 12).

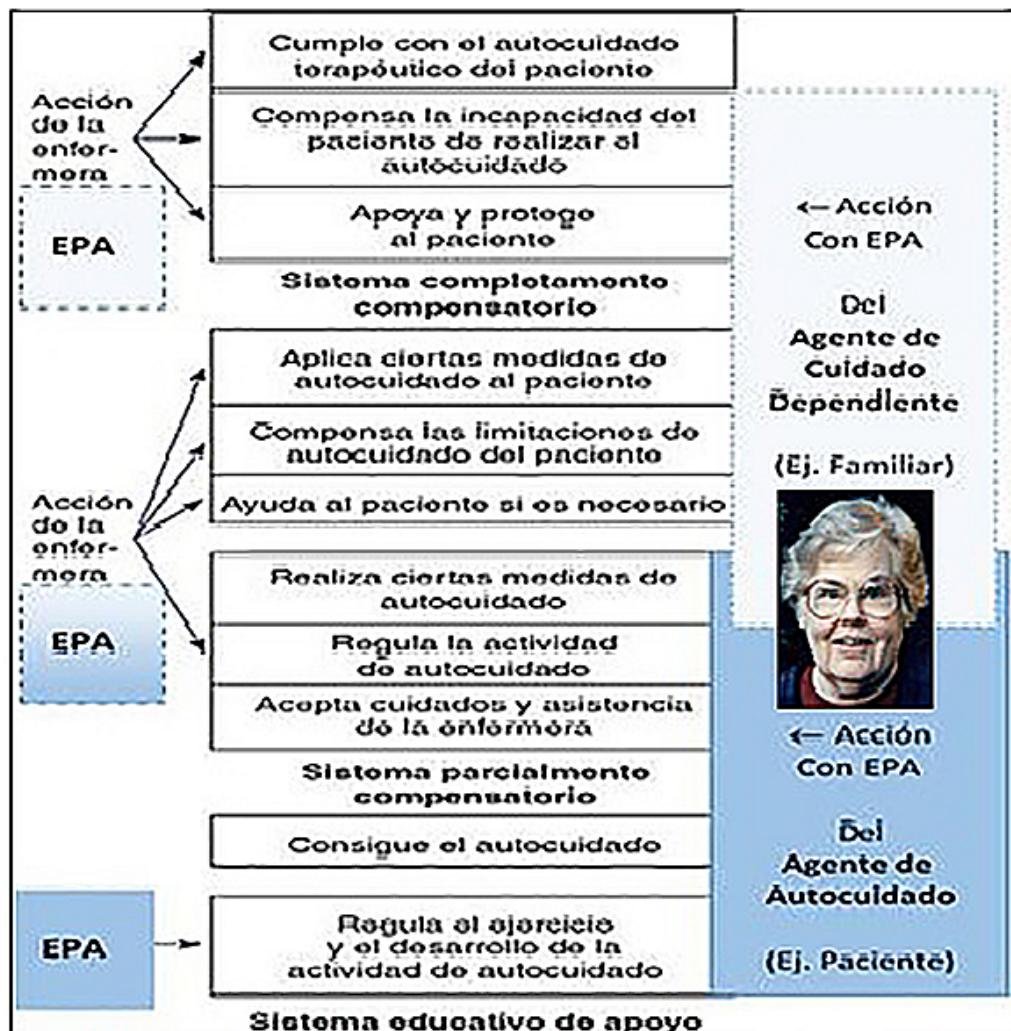


Fig. 12 Modelo de Cuidados enfermeros progresivos [Orem (1993)]

Es aplicable en los tres NAS y orienta la atención enfermera progresiva a individuos, familia (Cogollo 2019)²⁹ y comunidad (Navarro y Castro 2010)³⁰, según el grado de autonomía de los usuarios o *agentes* para el AC-CD.

Dorothea Orem (1993)³¹ propone en su modelo conceptual tres Grandes Teorías (GT) y tres Teorías de Rango Medio (TRM) para la atención enfermera progresiva:

GT del Autocuidado

El cuidado personal o de otras personas a cargo, es cualquier acción reguladora del funcionamiento humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, familia o comunidad, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

Orem plantea que durante su crecimiento y desarrollo, las personas adultas, maduras y sin discapacidad, adquieren habilidades para cuidar de sí mismas y de aquellos a su cargo que aún no son adultos o tienen limitaciones para cuidarse. Se centra en la importancia del cuidado de sí para mantenimiento de la salud. Según Orem, los individuos tienen la capacidad y la responsabilidad de cuidar de sí y satisfacer sus necesidades básicas. Esta teoría describe los diferentes componentes del AC y cómo los profesionales de enfermería pueden proporcionar el apoyo necesario a individuos familias y comunidades para desarrollar habilidades de Autocuidado (AC) y Cuidado dependiente (CD) de otros a cargo.

GT del Déficit de Autocuidado

Se basa en la premisa de que los individuos pueden tener limitaciones en su capacidad para realizar actividades de AC-CD, porque no saben, no quieren o no pueden hacerlo. Se trata de una situación en la que el individuo o “agente” de AC-CD no tiene el conocimiento, la voluntad o la capacidad para hacerlo y, por lo tanto, requiere de la atención o “Agencia” de enfermería.

29 COGOLLO JR et al (2019). “El cuidado de la salud de la familia”. Rev. *Duazary*, 16(2): 345-355.

<https://doi.org/10.21676/2389783X.3157>

30 NAVARRO PY y CASTRO SM (2010). “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Rev. *Enfermería global*, 19.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

31 OREM DE (1993) “Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica”. 4^a ed. Masson- Salvat. Barcelona. <https://drive.google.com/file/d/1KgKORO2tbPy6dTp5mIA4M11EctC64NOh/view?usp=sharing>

Orem identifica tres tipos de déficits: a) Déficit universal, b) Déficit del desarrollo y c) Déficit situacional. Se utilizan para identificar los requerimientos de cuidado de individuos, familias y/o comunidades, planificar objetivos, acciones del agente e intervenciones de enfermería acordadas y evaluación del proceso y de objetivos logrados.

GT de la Agencia o Sistema de Atención progresiva de Enfermería

También denominada *Agencia de enfermería*. Esta teoría se enfoca en la forma de organizar la provisión de cuidados según el grado de autonomía que tienen los individuos, familias y comunidades para cuidar de sí o de otros a su cargo y el tipo de requerimiento de asistencia enfermera en un momento y contexto dado.

Según Alligood (pp. 236, 238), Orem describe y explica las relaciones necesarias para llevar a cabo el *cuidado terapéutico enfermero* mediante el PAE. Estas relaciones se refieren a la secuencia de acciones deliberadas por parte de enfermera/o, como respuesta intencionada a los “requisitos” de AC/CD y/o por Déficits universales, del desarrollo, de desviación de salud o situacionales que presente/n los usuario/s en un lugar y momento dado. Con base en esta GT, Orem propone sus tres TRM relacionadas entre sí que permiten organizar la atención progresiva enfermera:

1. TRM del Sistema enfermero Compensador Total

El profesional enfermero hace todas las actividades de “cuidado terapéutico” del usuario, familia y/o comunidad, debido a incapacidad absoluta de usuario, familia y comunidad para realizar el AC/CD en un contexto dado. Además de la competencia profesional clínica, el/la profesional de enfermería debe integrar a ella la competencia de gestión del cuidado, investigación de la práctica asistencial y la docencia con el agente de AC-CD.

2. TRM del Sistema enfermero Compensador Parcial

Individuo, su familia y/o su comunidad realizan algunas acciones de AC-CD.

Aquellas en las que se presentan limitaciones o dificultades para ser realizadas son hechas por el profesional enfermero. También requiere integrar las competencias profesionales de asistencia, gestión, investigación y docencia enfermera.

3. TRM del Sistema enfermero de Apoyo Educativo (EPA)

En esta teoría, Orem dice cómo se ayuda al individuo, familia y/o comunidad a autocuidarse o cuidar de otros a cargo de forma autónoma.

El individuo, su familia y/o comunidad realizan todas las acciones de AC-CD, pero requieren enseñanza y orientación proporcionadas por el profesional de enfermería. Implica reconocer la importancia de promover el *empoderamiento mutuo*.

Para Orem, la EPA (Educación enfermera para el AC-CD) va más allá de la promoción de la salud a usuarios. Pretende empoderarlos para que generen cambios personales y sociales, es decir, modificar hábitos, comportamientos, estilos y condiciones de vida/salud, además de la prevención de enfermedades y afrontamiento de situaciones problema que influyen en su calidad de vida de la población (Khademian 2020)³². Para esto, el profesional enfermero requiere principalmente de la competencia docente, dominio del Proceso de Enseñanza-Aprendizaje (PEA) con el objetivo de que el usuario, familia y/o comunidad adquiera o mejore sus habilidades de AC-CD y sea capaz de llevarlas a cabo manera autónoma en el futuro, promoviendo así su independencia y bienestar. Esto retroalimenta las competencias profesionales enfermeras y por ello también resulta empoderada y con mayor autoconfianza y experticia profesional.

Modelo de Cuidado Transcultural (Leininger).

Madeleine Leininger (1999, 2006, 2014)^{33 34 35}, y su GT basada en su *Modelo de Sol naciente* sostiene que el servicio que un profesional de enfermería brinda se debe centrar en los modos de vida humanos, holísticos y todo aquello una comunidad considera costumbre, creencia, valor, espiritualidad o religión,

32 KHADEMIAN Z et al. (2020) "Efecto de la Educación en Autocuidado basada en la Teoría de enfermería de Orem sobre la Calidad de Vida y Autoeficacia en pacientes con hipertensión. Un Estudio Cuasi-Experimental". Revista internacional de enfermería y obstetricia basadas en la comunidad, 8(2):140-149. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153422/>

33 LEININGER MM (1999). "Qué es la Enfermería Transcultural y la atención culturalmente congruente". Journal of Transcultural Nursing, 10 (1): 9 [Traducido al español por SOTO VMM (2023)].

https://drive.google.com/file/d/1T0F3l4Vo-zpysiAlq43g_V2Z7oI_a8Oo/view?usp=sharing.

34 LEININGER MM y McFARLAND MR (2006). "Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory". 2^a ed. Jones & Bartlett Learning. USA.

<https://books.google.com.ar/books?id=NmY43MysbxIC&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>

35 Madeleine Leininger (2014). Sitio Web en inglés. <http://www.madeleine-leininger.com/> Transcultural Nursing Society (2023). Sitio Web en inglés. <https://tncs.org/>

parentesco, política, justicia, educación, tecnología, lenguaje, contexto-ambiente y cosmovisión entre otros.

Para la EC resulta beneficioso y satisfactorio aplicar cuidados culturalmente significativos, pero también son especialmente gratificantes para los consumidores de cuidado. Leininger enfatiza la importancia de que el profesional enfermero en particular y el equipo sanitario en general, conozcan, comprendan y respeten la cultura del individuo, familia y/o comunidad al momento de planificar cuidados y terapéuticas. Esta perspectiva ética del cuidado enfermero también es un requisito indispensable del Enfoque APS.

Para Leininger, el cuidado cultural es:

“Una práctica legítima y un área formal de estudio, investigación y práctica, enfocada en creencias, valores y prácticas de cuidado con base cultural, para ayudar a mantener o recuperar bienestar y enfrentar discapacidades o la muerte en condiciones culturalmente congruentes y formas de cuidar beneficiosas”.

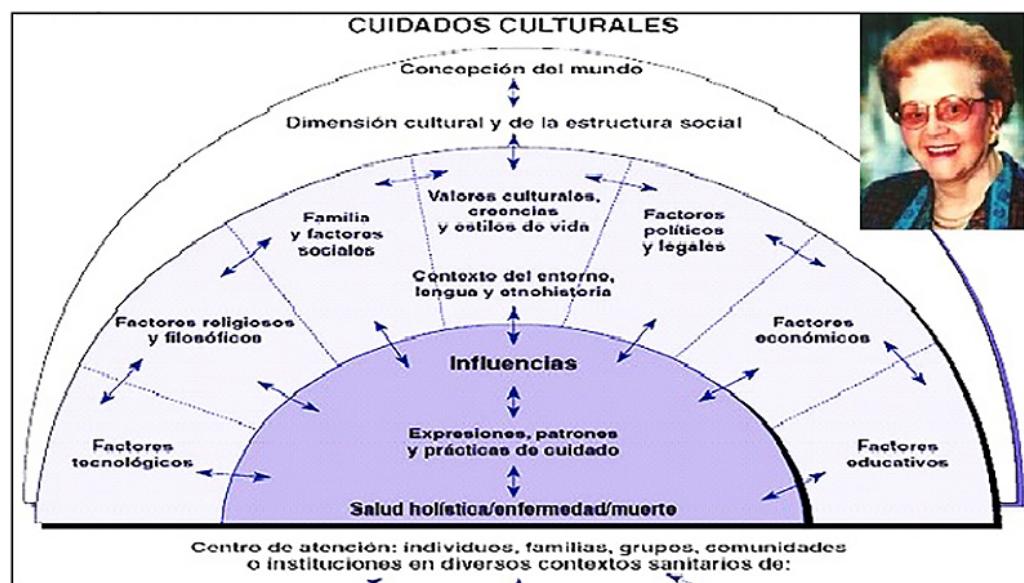


Fig. 13 Teoría de la Enfermería Transcultural. Modelo de Sol naciente [Leininger (1991)]

Su “Modelo de Sol naciente” ilustra su teoría y guía la práctica profesional para brindar un servicio humanístico y significativo que encaje con las creencias culturales y estilos de vida de las personas cuidadas (Fig. 13).

Aunque la teoría del cuidado culturalmente congruente tuvo su origen a mediados de la década de 1950, está más vigente que nunca con el auge del Enfoque APS. Lamentablemente, aún hoy existen enfermeras/os y otros profesionales de la salud que aún no respetan las creencias, valores y costumbres de los usuarios del sistema sanitario y planifican inútilmente investigaciones medicalistas o intervenciones y prescripciones terapéuticas a las que los usuarios no adhieren y que nadie aplica en su vida cotidiana. Esto evidencia la ignorancia o la incompetencia acerca de la relación existente entre cultura de los usuarios y adherencia a una propuesta terapéutica.

Para Leininger sigue siendo uno de los “desarrollos más desafiantes y revolucionarios en materia de cuidado a medida que nuestro mundo se vuelve globalmente multicultural”.

También ha transformado los sistemas sanitarios, las prácticas enfermeras y las de otras profesiones de salud. Al mismo tiempo, dice Leininger los Principios éticos universales de Beneficencia, Justicia, Autonomía y comportamiento moral profesional se hacen claramente evidentes a medida que se trabaja con usuarios de diversas culturas.

Leininger propone el uso significativo del *Émic* (conocimiento interno, diverso, cultural y estilos de vida local) enlazado con formas del *Étic* (conocimiento universal, externo, propio de los profesionales) para ayudar a individuos y grupos humanos enfermos, discapacitados, en proceso de muerte o enfrentando otras condiciones vitales.

Desde la perspectiva epistemológica de los *Patrones Fundamentales de conocimiento enfermero* de Bárbara Carper (1978)³⁶, Leininger apunta al “Patrón de conocimiento émico o personal” y lo complementa con el “Patrón de conocimiento ético-moral” usando para ello el “Patrón de conocimiento empírico o científico”, y lo hace siguiendo el “Patrón de conocimiento estético” de la Enfermería.

³⁶ CARPER BA (1978). “Fundamental Patterns of Knowing in Nursing”. *Advances in Nursing Science*, 1(1):13-24. [En SOTO VMM (2020) “Tesis de la Licenciatura en Enfermería. Historia de la Filosofía de la Ciencia y Epistemología”. Apunte. Curso Optativo Teorías de Enfermería. CLE. FCS. UNSL. Pp.105-109. https://drive.google.com/file/d/1GZK-Fm4liD9UYgZI6UeC6yBxIVEu_SFpx/view?usp=share_link

APS y mecanismos de participación comunitaria

Para que el Cuidado progresivos (AC/CD) sea culturalmente congruente, el PNSC “Programa Nacional de Salud Comunitaria” (MSNA 2022)³⁷ propone entre sus objetivos:

- Ser eje del Enfoque APS.
- Garantizar la participación comunitaria con perspectiva intercultural.
- Crear o aprovechar redes comunitarias ya existentes a través de la consulta previa, libre e informada.

Líneas de acción del PNSC:

- Capacitación a miembros del equipos que trabajan en 1°NAS y en terreno sobre:
 - Participación comunitaria (PNSC, Mod. 7)³⁸ .
 - Interculturalidad (PNSC, 2022)³⁹. Promueve un enfoque intercultural (Ver Leininger) para eliminar barreras de acceso y mejorar los resultados en diversas culturas.
- Estimular el AC/CD congruente con la cultura de usuarios, entornos y estilos de vida saludables.
- Identificación de la *red comunitaria* o CIC (Centro de Integración Comunitaria)⁴⁰ existente en el Sistema social de referencia (Dabas y Perrone 1999)⁴¹ en la comunidad, considerando sus peculiaridades socioculturales y sus canales de comunicación verbal y simbólica (Fig.14).

37 PNSC (2022). “Programa Nacional de Salud Comunitaria”. Res. 844. Ministerio de Salud nacional Sitio Web. <https://lc.ex/INOUrj>

38 PNSC (2022). “Salud y Participación comunitaria. Educación permanente en servicio para el Primer Nivel de Atención”. Módulo 7. Materiales educativos. Colección Salud social y comunitaria. Programa Nacional de Salud Comunitaria. <https://lc.ex/BBjwxW>

39 PNSC (2022) “Interculturalidad y Salud”. Educación permanente en servicio para el Primer Nivel de Atención. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf

40 Nota: CIC (Centro de Integración Comunitaria) edificio que apunta a un proyecto participativo colectivo e intersectorial (gobierno nacional, provincial, municipal y familias de vecinos de cada barrio) para dar APS, promover el desarrollo local, inclusión social y del mejoramiento de la calidad de vida. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/1.-M--s-info-CIC.pdf>

41 DABAS E. y PERRONE N (1999). “Redes en Salud”. FUNCER. Buenos Aires. http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura19.Red.pdf



Fig. 14 CIC o Red comunitaria en el Sistema social de referencia
[Dabas y Perrone, (1999)]

El abordaje conjunto EC-*Red comunitaria* involucra a todos los sectores socio-culturales de una comunidad. Por ello, la EC debe crear consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la

Enfermería científica y la valoración y rescate de las prácticas tradicionales de cuidado popular.

Por ello es relevante conocer la historia de la comunidad con la que trabaja, sus personajes, su cultura (prejuicios, valores, creencias, opinión sobre estilos de vida saludable, costumbres respecto de AC/CD de otros a cargo). La cultura de los usuarios puede o no coincidir con los de la EC, pero son igualmente importantes al momento de analizar la interacción enfermera-red comunitaria. Por lo tanto, la EC debe ser consciente de que la constitución colectiva de una *red comunitaria* para el AC/CD debe aplicar técnicas de comunicación terapéutica como la *escucha*

atenta y empatía para descubrir otros lenguajes y cosmovisiones y predisponerse a su propia *aculturación*. Esto significa hacer sobre sí un proceso de recepción de otra cultura y de adaptación a ella, en especial con pérdida de la propia cultura. Al mismo tiempo la EC debe comprender que su rol no debe ser el tradicional (central, desde afuera de la cultura comunitaria). Por el contrario, debe formar parte de su comunidad y acordar con ella las decisiones que se tomen de forma empática, respetuosa y democrática (Mod. 7, p.109).

Para lograr *participación comunitaria* la EC lo hace a través del PAE y estrategias del ABP –*Aprendizaje basado en Problemas* (Morales y Landa 2004)⁴², un método innovador en el que se utilizan las dificultades del mundo real para promover el desarrollo del pensamiento crítico, la capacidad de resolución de problemas, la empatía, la gestión de emociones y las habilidades de comunicación de sus miembros y del conjunto. A la vez, permiten hacer un ejercicio de respeto a la diversidad cultural y de participación ciudadana (Mod. 7, p. 123).

APS y PAEC-Proceso de Atención Enfermera con la Comunidad

Es el método científico de resolución de problemas aplicado al quehacer enfermero. Esencialmente se trata de pensar el PAE tradicional (Soto 2014, pp. 285-302) *con la participación de la red comunitaria*. Por cuanto la solución de problemas humanos no se puede hacer prescindiendo de la participación y toma de decisiones de su/s destinatario/s.

En este caso se debería decir PAEC, es decir, *Proceso de Atención de la Enfermería Comunitaria*. Los principios del Enfoque APS y de la EC basada en el *Cuidado progresivo e intercultural* son la guía, pero el profesional enfermero no decide solo, las decisiones son tomadas de forma informada, libre, y consensuada por usuario/ familia/comunidad. Entonces, el profesional enfermero debe revisar sus convicciones, para que no influyan negativamente en el PAEC construido con la red comunitaria.

Siguiendo las recomendaciones de Soto (2016)⁴³ se recomienda incluir el PAEC como protocolo escrito de la Historia clínica individual, familiar o escolar.

42 MORALES BP y VICTORIA LANDA FV (2004). “Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)”. Revisión. *Rev. Theoria*, 13: 145-157. <https://lc.cx/9-ifW->

43 SOTO VMM (2016). “Liderazgo para la Autonomía de la Enfermería”. Conferencia. Jornada de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad Nacional de San Luis. <https://shorturl.at/hxI35>

Etapas del PAEC

1. *Valoración diagnóstica conjunta.*

Esta etapa debe constituirse un proceso progresivo compartido de aprendizaje/análisis intersubjetivo enfermera-usuarios e identificar problema/s comunes de forma estratégica (Cuadro 5a).

Deben ser tenidos en cuenta aspectos históricos, comunicacionales, culturales intervinientes y hasta la historia personal de cada uno de sus integrantes. La reflexión conjunta en un primer momento, es primer paso, esencial para definir a la hora de programar estrategias, qué se hará y cómo se hará (Mod.7, p. 118). La EC estimula el debate argumentativo y la reflexión colectiva para que los integrantes de la red comunitaria compartan su conocimiento y la experiencia individual a fin de enriquecer y potenciar un proyecto, la tarea y el producto colectivo. También puede valorar el desarrollo del pensamiento crítico, la capacidad de resolución de problemas, la empatía mutua, la gestión de emociones y las habilidades de comunicación.

Fortalezas Personal-Grupal	Oportunidades del Contexto
Individual ¿Qué hice bien?	¿Qué están haciendo bien otros? ¿Podría copiar fortalezas de otros?
Grupal ¿Qué hicimos bien como grupo? ¿Qué podríamos mejorar?	¿Qué eventos podrían mejorar la situación actual? ¿Es probable que sucedan? ¿Cómo sacarle provecho?
Desafíos (Debilidad personal-Grupal)	Amenazas del Contexto
Individual ¿Qué hago mal? ¿Cómo podría mejorar? ¿Qué están haciendo bien los demás? ¿Qué podría imitarles?	¿Qué eventos podrían afectarme para mal? ¿Qué podría hacer para evitar que me afecte negativamente? ¿Qué amenazas puedo evitar? ¿Puedo minimizar su impacto? ¿Cómo?
Grupal ¿Qué debilidades podemos evitar? ¿Cómo evitarlas?	¿Qué debilidades no podemos evitar? ¿Podemos minimizar impacto de amenazas? ¿Cómo? ¿Cuáles podríamos copiar de otras profesiones de Salud? ¿Cuáles se podrían mejorar para que nos diferencien todavía más de otras profesiones?
Diagnósticos: (PROBLEMA+CAUSA +EVIDENCIA de ambas) - Situación problema identificada por la Red comunitaria: - Diagnóstico de enfermería: <input type="text"/>	

Cuadro 5a. Análisis estratégico tipo DAFO.
[Basado en Ossorio (2003)]

Esta etapa finaliza cuando EC y miembros de la Red comunitaria sintetizan la valoración realizada de forma estratégica (Ossorio 2003, p. 71 y 81)⁴⁴ y delimitan la Situación problema. Por su parte, la EC específica el Diagnóstico enfermero que determinará qué intervenciones autónomas integrarán la etapa de planificación, cuales delegará a usuarios y cuales hará en colaboración con el equipo sanitario u otro sector de la sociedad de referencia.

No existen fórmulas mágicas, la EC deberá apelar a su formación profesional y su competencia creativa personal, el conocimiento de los individuos y de la red comunitaria y adaptarse a sus particularidades de forma flexible. No obstante, las técnicas más utilizadas suelen ser las presentadas a continuación.

Técnicas participativas para Valoración conjunta

Técnica de Taller

Tiene por fin aprender a desarrollar habilidades, actitudes y comportamientos participativos. Posee una metodología superadora del aprendizaje tradicional basado en la respuesta y su división en teoría y práctica. El taller se basa en la pregunta e integra teoría-práctica a través de la realización de un *proyecto* en el cual se aplica un proceso de *reflexión/acción/reflexión de la acción* individual y grupal en la que *se aprende haciendo* (Mod. 7, p. 120). Parte siempre de la práctica, o sea de todo lo que la gente sabe, vive y siente.



Fig.15 Taller

⁴⁴ OSSORIO A (2003). "Planeamiento Estratégico". INAP-Instituto Nacional de la Administración Pública. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117042438/pdf_318.pdf

Otras técnicas participativas populares

Bustillos y Vargas (1987)⁴⁵ presentan el resultado de experiencias colectivas reunidas durante 20 años en Latinoamérica. Son la fuente más utilizada para el trabajo en terreno. Está basado en la concepción de la *Pedagogía de la Liberación* propuesta por Paulo Freire, pero también es la ideal para ser aplicada siguiendo el principio del enfoque APS de participación comunitaria sobre decisiones sobre su vida/salud. Algunas de las técnicas sugeridas para esta etapa son: Animación y presentación, Abstracción, Comunicación, Análisis general y análisis estructural, económico, político e ideológico.

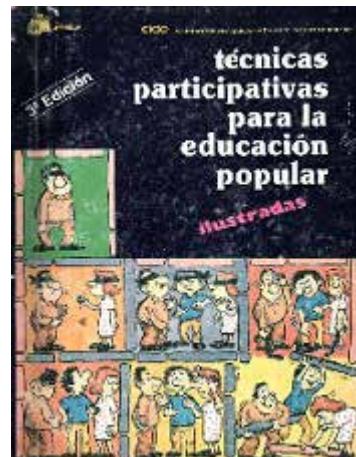


Fig. 16. TPEP.

2. Planificación conjunta.

La EC, apoyada en la valoración diagnóstica estratégica (DAFO, acordada con la comunidad, incentiva la elaboración de los objetivos, sus prioridades de resolución y las actividades necesarias para lograrlo. Dicha planificación también puede hacerse de forma estratégica siguiendo la sigla CAME (Cuadro 5b). Al mismo fin, la EC clasifica las intervenciones enfermeras *autónomas*, las *delegadas* a usuarios o nodos de la red y las de colaboración con otros miembros del equipo sanitario, expertos o sector.

DAFO	Respuestas de Cuadro 5a.	CAME	Objetivos Específicos y Acciones
Desafíos de la red comunitaria	Debilidades Individuales Debilidades Grupales	Corregirlas	
Amenazas del Contexto		Afrontarlas	Evitar que suceda o reducir su impacto.
Fortalezas de la red comunitaria	Debilidades Individuales Debilidades Grupales	Mantenerlas	Evitar perder fortalezas o fortalecerlas.
Oportunidad del Contexto		Explotarlas	Crear estrategias y planificar acciones

Cuadro 5b. Toma de decisiones estratégicas (CAME).
[Ossorio (2003); Soto (2023)]

⁴⁵ BUSTILLOS NG y VARGAS VL (1987). “Técnicas participativas para la educación popular”. Tomo I. 3^a ed. CIDE- Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Educación de Chile y Alforja (Programa coordinado de Educación popular) de Costa Rica. <https://www.neuquen.edu.ar/wp-content/uploads/2019/03/Tecnicas-Participativas-para-la-Educacion-Popular.pdf>

Es relevante que la guía enfermera en esta etapa ayude a la comunidad a elaborar un proyecto significativo, alcanzable y relevante, que la comunidad defina los pasos a seguir en base a la prioridad y los tiempos para lograr el/los objetivo/s.

Para concluir esta etapa, luego de la construcción del plan, la EC contribuye a que este se plasme en un **documento** (Proyecto) para compartir con los miembros de la red comunitaria y otros sectores que la comunidad crea conveniente.

Técnicas para Planificación comunitaria

- Proyecto

Es un conjunto ordenado de actividades con el fin de satisfacer ciertas necesidades o resolver problemas específicos. Es un plan de trabajo (UPM 2023)⁴⁶. El desarrollo de un proyecto empieza con una pregunta generadora. Esto debido a que esta técnica es una variante de la técnica de taller y del ABP modificado a *Aprendizaje Basado en Proyectos Comunitarios* (ABPC). Este enfoque combina el aprendizaje activo y práctico con la participación comunitaria y el servicio que debe ofrecer la EC.

- Proyecto comunitario

Consiste en una estrategia de planificación estratégica que implementa un conjunto de tareas basadas en la resolución de problemas, mediante investigación de evidencias y creación compartida de negociación entre los participantes y la EC, de manera relativamente autónoma, con alto nivel de implicación y cooperación y que culmina con un producto final o solucionando el problema original.



Fig. 17. Proyecto comunitario

⁴⁶ FUNDACIÓN UPM (2023). "Guía para la formulación de Proyectos". Uruguay. <https://www.upm.uy/siteassets/documents/guia-para-la-formulacion-de-proyectos.pdf>

Permite además el intercambio cultural y la resiliencia ante la incertidumbre. Genera además acciones tales como juzgar entre alternativas, buscar el camino más eficiente para realizar una tarea, sopesar la evidencia, revisar las ideas originales, o resumir los puntos más importantes de un argumento y elaborar un plan.

Todas estas actividades de toma de decisiones y manejo del tiempo permiten que los miembros de la red desarrollen *pensamiento crítico*.

- Otras técnicas participativas populares

Bustillo y Vargas también proponen técnicas como Organización y Planificación comunitaria.

3. Implementación del Plan conjunto.

Gestión de actividades de AC/CD y salud individual, familiar y comunitaria de forma solidaria y colaborativa y culturalmente significativa.

En esta etapa del PAEC la comunicación es vital para el éxito del Plan-Proyecto. Como circule el flujo relacional entre la EC y la red comunitaria, de los miembros de la red entre sí y de ambas con otros sectores, ya que supondrá la dinámica organizacional y la cultura que genere el cambio esperado si se maneja bien o puede ser un muro infranqueable que nadie esté dispuesto a saltar si se maneja mal.

4. Evaluación conjunta.

Se revisa el proceso aplicado y los resultados alcanzados. Se recomienda hacer un nuevo análisis estratégico tipo DAFO-CAME (Cuadro 5^a y 5b).

Técnicas para Evaluación comunitaria

- *Prueba Piloto (UNESCO 2010)*⁴⁷

Metodología de investigación cuanti-cualitativa (p. 53) que sirve para realizar aproximaciones reales de los proyectos.

⁴⁷ UNESCO (2010). "Guía para el seguimiento y la evaluación de proyectos comunitarios". <https://fudepa.com/wp-content/uploads/ONG-Guia-para-el-seguimiento-y-evaluacion-proyectos-comunitarios-UNESCO.pdf>

Consiste en un simulacro preliminar a pequeña escala que se aplica para detectar obstáculos y evaluar aspectos logísticos, viabilidad, duración, coste de un proyecto comunitario, con el fin de identificar errores de diseño, ajustar o mejorar el diseño de un proyecto y la coordinación intersectorial antes del desarrollo a gran escala. En ella se hacen mediciones que arrojen información para decidir cursos de acción.



Fig. 18. Prueba Piloto de un Proyecto.

- Rúbrica para evaluación de un proyecto

Son guías precisas que sirve para evaluar el proyecto realizado. Consiste en tablas que desglosan los niveles de desempeño de los actores sociales y/o profesionales en un aspecto determinado o unidad de análisis, con criterios específicos sobre rendimiento y una escala cuanti-cualitativa tipo Likert. Toma como referencia distintos criterios que van desde lo que se considere que se hizo excelente a lo que no se hizo (Cuadro 6).

Unidad de análisis	Excelente (5)	Bueno (4)	Regular (3)	Deficiente (2)	No lo hizo (0)
1. Establecer una idea.	Idea novedosa, clara, realizable.	Falta mejorar descripción.	No es novedosa, ni fácil de realizar.	Demasiado complicada o está fuera de alcance.	No hizo
2. Detalla el problema	Lo describe y sus causas de forma ordenada y clara.	Falta mejorar la descripción.	Tiene el problema, Le faltan las causas.	No describe las causas.	No hizo
3. Importancia del Proyecto	Posee mucha relación con los objetivos y el problema	Posee relación con objetivos, le falta mejorar un poco.	Relación con objetivos y problema, falta ordenar ideas.	No posee relación, está muy desordenado.	No hizo
4. Objetivo General	Es claro y posee relación con el problema.	Falta detallar destinatarios.	Falta detallar con-texto (lugar y momento).	No posee relación con el problema.	No hizo
5. Objetivos Específicos	Resuelven el general.	Alguno mal escritos, faltaron o desordenados.	Desordenados.	Mal redactados y/o faltan.	No hizo

Unidad de análisis	Excelente (5)	Bueno (4)	Regular (3)	Deficiente (2)	No lo hizo (0)
6. Análisis DAFO	Bien estructurado, textos explican.	Algún texto mal escrito.	Detalla de manera muy generalizada.	Varios criterios mal detallados.	No hizo
7. Análisis de costos.	Detalla Presupuesto e inventarios mano de obra, requeridos.	Algún error en los datos.	Detalla aunque debe mejorar la forma de presentar los datos.	Varios errores en los datos.	No hizo
8. Portada	Sin N° pág. Incluye logo, todos los datos están escritos correctamente.	Falto logo, fecha, algunos datos no son correctos.	No incluyo nombre del trabajo, algunos errores en portada.	Muchos errores en la portada, tamaño de letra se ve muy mal.	No hizo
9. Tabla de Contenido (Índice)	Sin N° pág. Correcto todas las páginas poseen numeración. Portada página sin número.	Algunas páginas no poseen numeración.	No posee los números de páginas correctos.	Incluyó solo el número de página sin agregar índice.	No hizo
10. Características del producto final	Detalle de manera correcta todas las características.	Algún error al detallar.	Falta más detalle.	Muy pocas características.	No hizo
11. Diagrama de Gantt o distribución de tiempo.	Bien estructurado.	Falta algún detalle, error en alguna fecha.	Posee estructura básica.	Varios errores en la distribución del tiempo o fases.	No hizo
12. Fuentes consultadas	Todas las citas poseen referencias correctas.	Alguna cita sin referencia o viceversa.	Varias citas sin referencia, desordenadas.	Muchas citas sin referencia y desordenadas.	No hizo

Cuadro 6. Rúbrica para evaluación de un proyecto comunitario.

5. Retroalimentación conjunta.

Se toman decisiones sobre nuevos cursos de acción, coherentes con la cultura de la comunidad, de forma estratégica tipo CAME (Cuadro 5).

En el PAEC, los profesionales enfermeros integran los “Patrones fundamentales de conocimiento enfermero”, propuestos por Carper. Organizar el trabajo comunitario mediante este método de resolución de problemas guía y mejora sustancialmente la competencia profesional comunicacional, asistencial, docente, gestora e investigativas de enfermería.

Al respecto, Alligood (pp. 236, 238), citando a Orem, proporciona una descripción de las acciones enfermeras que actúan en concordancia con los “requisitos” universales y específicos de AC/CD de la comunidad y el “cuidado terapéutico” de la EC relacionados con el desarrollo, la desviación de salud o una situación problema específica.

En relación con lo anterior, la calidad del servicio enfermero es fundamental, desafía a los profesionales de enfermería a revisar lo aprendido acerca del PAE en el hospital.

Marco Legal del Enfoque APS en Argentina

La reglamentación de la Estrategia APS para la Salud Pública nacional, es parte de la “estrategia sanitaria que fortalece el *derecho* a la salud, pretende disminuir la *inequidad* en el *acceso* a los servicios de salud y mejorar la *cobertura* sanitaria de nuestra población”.

Se destacan en un inicio, leyes y normas centradas en la hegemonía del rol médico y posterior cambio hacia el Equipo transdisciplinario y la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre su vida/salud.

A partir del año 2000, las resoluciones del Ministerio de Salud nacional, incorporaron elementos del Enfoque APS y se organizaron por programas de atención de la salud centrados en el Modelo medicalista dominante. Tanto es así que, a pesar de considerar la necesidad de la *activa participación* de los beneficiarios, consideraba al médico “como herramienta de fundamental importancia (para) cumplir con el objetivo sanitario y *puerta de entrada* al sistema” (Res.MS 436/00). Del mismo modo, en otras disposiciones reglamentarias consideraron “necesario superar la concepción que equipara la APS con el 1º Nivel de Atención” (Res.MS 22/003). Sin embargo, sigue legislando acerca del rol de liderazgo médico sobre el resto de “recursos humanos” en APS y el 1º NAS.

Recién en 2004 estableció el liderazgo compartido con un “equipo interdisciplinario” (Res. MSyAS 1077/04, Anexo B, eje c). Por ejemplo, el Programa de Salud Familiar (Res. MS 118/09) sigue con la línea del trabajo transdisciplinario, es decir, con “el aporte de conocimientos y habilidades desde las distintas disciplinas de cara a un objetivo común (y que) comparten la responsabilidad de los resultados”. Dentro del equipo de salud menciona a los profesionales enfermeros, cuyas actividades y atribuciones (Anexo I, cap.2. I y III.B.3) se detallan de la siguiente forma.

Atribuciones de profesionales enfermeros:

I – Realizar asistencia integral a las personas y familias en la Unidad de Salud Familiar (USF) y en domicilio y/o en los demás espacios comunitarios.

II – Realizar consultas de enfermería según disposiciones legales de la profesión (Ley 24004) y conforme los protocolos u otras normativas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud (PNGCAM- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica).

III- Planear, administrar, coordinar y evaluar las acciones desarrolladas por los CAPS.

IV – Supervisar, coordinar y realizar actividades de calificación y educación permanente de los CAPS, con vistas al desempeño de sus funciones.

V – Facilitar la relación entre los profesionales de la USF, contribuyendo para la organización de la demanda referenciada;

VI – Realizar consultas y procedimientos de enfermería en la USF y cuando sea necesario, en el domicilio y en la comunidad.

VIII – Organizar y coordinar grupos específicos de individuos y familias en situación de riesgo del área de actuación

IX- Participar de la gerencia de insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

En 2022 todas las normas anteriores se revisaron y dieron lugar al “Programa Nacional de Salud Comunitaria” a cargo de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria (Res 844/22). En la que el ministerio de salud nacional declara como propósito: “Contribuir a fortalecer la Estrategia de APS como política de estado garantizando un acceso universal, equitativo y de calidad durante todo el proceso de salud-enfermedad-cuidado de la población”.

También está enfocado al equipo de salud del 1°NAS con becas para a capacitaciones a fin de “consolidar el trabajo en el terreno como la base fundamental de las acciones en salud” (Anexo).

Al año siguiente se establecen como “política prioritaria” la necesidad de fortalecer la Estrategia de APS mediante el sistema de salud argentino, un modelo mixto, descentralizado, federal y sectorizado (público, privado, mutuales/obras sociales), que se propone garantizar de modo universal el derecho a la salud (Res. 924/23)⁴⁸. Propone tres ejes de APS nacional, cada uno con sus indicadores.

48 MS (2023). “Resolución N° 924. Ejes de gobernanza en APS”. BO 12/05/23, N° 35169, p. 28. InfoLeg. <http://servicios.infolleg.gob.ar/infollegInternet/anexos/380000-384999/383598/norma.htm>

Anexo: <http://servicios.infolleg.gob.ar/infollegInternet/anexos/380000-384999/383598/res924.pdf>

Ejes del Enfoque APS nacional

1) *Equidad* en el derecho a la salud integral a través de la Estrategia de APS (p. 13).

2) *Acceso universal* a los servicios de salud durante todo el ciclo vital, con priorización del 1° NAS, a través de centros de salud con población a cargo. En esta línea, las RISS (Redes integradas de servicios de salud) y los equipos asumen la responsabilidad del cuidado de grupos poblacionales definidos (p. 21).

3) *Calidad* en el desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud en concordancia con los estándares (p. 28).

Marco Legal del Enfoque APS en San Luis

La Ley de APS N° III-813/12 (PLSL 2012)⁴⁹ también posee resabios del Modelo Medicalista (MMH) en los términos usados y confunde el Enfoque de APS y el concepto de “atención de primer contacto” asociándolos exclusivamente al de 1° NAS.

Objetivos (Art. 2°):

- Generar un cambio cuali-cuantitativo en el 1° NAS.
- Promover el trabajo en equipo interdisciplinario.
- Integrar redes intra e intersectoriales.
- Estimular la participación comunitaria y comportamientos saludables.
- Planificar estrategias de promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades.
- Elevar la calidad de vida de la comunidad sanluiseña (cultura y capital social) y las condiciones favorables y esenciales de la salud pública.
- Brindar mejor accesibilidad al sistema de salud.

Principios y fundamento político (Art. 3°):

- a) La Salud es un derecho humano y responsabilidad indelegable del Estado.
- b) El gasto público en salud es una inversión social prioritaria.

⁴⁹ PSL-PODER LEGISLATIVO DE SAN LUIS (2012). “Ley N° III-0813. Atención Primaria de la Salud”. <https://diputados.sanluis.gob.ar/diputadosasp/paginas/verNorma.asp?NormaID=883>

- c) Los medicamentos son un bien social básico y deben ser de fácil acceso.
- d) Preferencia en prevención de enfermedades transmisibles.
- e) Sistema de salud humanizado, solidario y de calidad (eficiente, efectivo y eficaz), gratuito.
- f) Construcción consensuada de un sistema de salud que satisfaga necesidades y brinde salud integral, fácil acceso y cobertura que compense desigualdades sociales, zonales.
- g) Participación de la población y trabajadores en los niveles de decisión, acción y control.
- h) Regionalización, entendida como práctica de la gestión pública racional y estratégica de intervenciones en un territorio determinado y cercano a la población involucrada.
- i) Descentralización entendida como estrategia de gestión de recursos de un territorio determinado mediante la atribución de competencias y capacidad de gestión a los actores regionales y locales.
- j) Acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva e individual.
- k) Fiscalización y control de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Características

Establece derechos/obligaciones de ciudadanos respecto del Sistema de Salud Pública (Cap. II).

Equipo sanitario multidisciplinario, dependiente del Ministerio de Salud (Cap. III):

Constitución mínima en el 1ºNAS debe incluir: médica/o, enfermera/o, trabajador/a social, agente sanitario, psicóloga/o, odontóloga/o, nutricionista, obstetra, administrativo y personal de limpieza de acuerdo a la población a cargo (Art. 8º).

Historia Clínica familiar e individual (Art. 11º), deben respetar lo que dispone la Ley Provincial Nº V-0779 (PLSL 2011)⁵⁰.

50 PLSL-PODER LEGISLATIVO DE SAN LUIS (2011). "Ley Nº V-0779. Acceso del Paciente a su Historia Clínica. Creación del Sistema de Historia Clínica Digital (HCD)". <https://diputados.sanluis.gob.ar/diputadosasp/paginas/verNorma.asp?NormaID=883>

Los profesionales deberán acreditar especialidad en salud familiar/comunitaria y experiencia en el campo de APS (Art. 12º).

Programa Nacional de Calidad Salud (PNCS)

Creado en 1992 con el nombre de Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica (PNGCAM), actualmente es de aplicación obligatoria (Res. PEN 178/17).

Desde un punto de vista general (MSNA 2023)⁵¹, establece las condiciones y normas de calidad que debe cumplir todo servicio de salud.

Sus líneas de acción para la generación de la calidad son:

Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud

Guías de práctica clínica

Otras herramientas de estandarización de los procesos asistenciales

Seguridad del paciente.

El “Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024” (Res. MSNA 2546/21)⁵² propuso desde la Secretaría de Calidad en Salud del Ministerio de Salud nacional, este documento que considera:

- El Sistema de Salud nacional se caracteriza por una gran segmentación y fragmentación que obstaculiza el acceso a servicios de atención de salud de calidad.
- El 1º NAS tiene poca capacidad resolutiva, lo que se traduce en ineficiencias.
- Uso ineficiente de recursos disponibles compromete los resultados.
- Los modelos de atención no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de las personas/comunidades.
- Tiene por fin aplicar Enfoque APS y:
- Romper las barreras del acceso universal a servicios integrales de salud y atención centrada en necesidades de individuos, familia y comunidad y sus preferencias culturales (en lugar de enfermedad y paciente).

51 MSNA (2023). “Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica”. Sitio Web. <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>

52 MSNA (2021). “Resolución N° 2546. Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024”. BO 22/09/202, N° 34754, p.38. InfoLeg. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/354386/norma.htm>

- Garantizar la calidad y seguridad de servicios provistos por el Sistema de Salud
- Definir de políticas para los registros.
- Orientado a la eficacia, efectividad, eficiencia.
- Coordinar acciones vinculadas a los recursos humanos en salud, mejora continua de la carrera profesional, residencias y equipos de salud.
- Promover el compromiso con valores éticos, la comunicación efectiva y la participación proactiva de todas las personas involucradas.
- Contiene la última modificación en las líneas de acción estratégicas (Anexo):
 - Línea 1: Disminuir las inequidades de calidad y seguridad en el Sistema de Salud.
 - Línea 2: Implementar procesos de mejora en la calidad de atención.
 - Línea 3: Promover la seguridad en la atención de la salud.
 - Línea 4: Establecer estrategias para la gestión del trabajo, la formación-educación permanente y la protección de la salud de trabajadores sanitarios.

Marco legal para la Calidad de la Enfermería

La *Dirección Nacional de Enfermería*, está bajo la órbita de la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud nacional. Fue creada en 2021. Recibe asesoramiento de la *Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería* (Res. MSNA 2621/21).

Promoción del Desarrollo de la Enfermería.

La Ley 27.712 (HCNA 2023, art. 13)⁵³ establece algunos objetivos relacionados con la EC mencionados a continuación:

- h) Desarrollar especializaciones de Enfermería Comunitaria basada en APS.
- i) Promover la participación enfermera en el Sistema Nacional de Residencias.
- j) Favorecer la capacitación continua y la investigación en enfermería con foco en las necesidades de familias, grupos y comunidades;

⁵³ HCNA-HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA (). “Ley N° 27712. Promoción de la formación y del desarrollo de la Enfermería”. BO 03/05/2023, N° 35162, p.8. InfoLeg. <https://lcex/jt3TtG>

k) Promover la creación de becas de postgrado, con el objeto de fortalecer los conocimientos y el trabajo de los profesionales de la enfermería en todo el territorio argentino.

l) Promover otras instancias de formación e intercambio profesional para fortalecer el trabajo conjunto.

Directrices para la calidad enfermera

La Res. 938 (MSNA 2023)⁵⁴ forma parte del PNGCAM y del PNCS 2021-2024 y actualiza el rol y la atención de calidad de la gestión enfermera argentina, “considerando los avances de la profesión como disciplina autónoma”.

En ese contexto propone los ejes fundamentales relacionados a la calidad de atención enfermera como “Directrices de Gestión de Enfermería en el marco del Cuidado progresivo” humanista, basado en el Modelo de Orem) y relacionados con a la estructura funcional (niveles de atención) de establecimientos sanitarios públicos y privados.

Considera además, que estas directrices impulsan el ejercicio de “buenas prácticas” integradas a fines transdisciplinares en beneficio de las personas, la familia y/o comunidad mediante cuidados integrales a lo largo del curso de vida.

En su anexo parte de tres premisas fundamentales (p. 5):

- 1) Calidad en la Gestión de los cuidados. Planificación Estratégica.
- 2) Calidad del Proceso enfermero en cada nivel de atención.
- 3) Calidad de la estructura y planta física de enfermería.

Se sugiere descargar y leer el texto completo de la norma.

⁵⁴ MSNA (2023). “Resolución N° 938. Directrices de organización y funcionamiento de gestión de enfermería y marco de los cuidados progresivos. BO 15/05/2023, N°35170, p. 36. InfoLeg. <https://lc.cx/11-jHO> Anexo: https://lc.cx/6O_0oh

Capítulo 4.

Sistema de Salud Pública en Argentina.

Federico Tobar (2017)⁵⁵ y Guido Arce (2020)⁵⁶ coinciden en definir la Salud Pública como la “respuesta y estatal organizada para resolver los problemas de salud social”.

En el caso de la República Argentina, está a cargo del Ministerio de Salud de la Nación (MSNA).

Se caracteriza por poseer tres funciones generales (Gestión política, Financiamiento económico, Asistencia técnica), un modelo mixto de gestión-financiamiento descentralizado, federal y sectorizado (público, privado, mutuales/obras sociales), que se propone garantizar el derecho a la salud. El Modelo Técnico es el que involucra las directivas para los profesionales y personal en la atención de la salud (Fig. 19).



Fig. 19 Sistema Nacional de Salud. [Tobar (2017) Arce (2020)]

55 TOBAR F (2017). “Sistema de salud”. Documento. OPS/OMS-Ministerio de Salud. <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/145>

56 ARCE G (2020). “Salud como derecho social”. Apunte de Curso de apoyo al ingreso. OCD-FCS N° 10/21. UNSL. <http://www.facultaddesalud.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2014/06/Salud-como-derecho-social.pdf>

Como cualquier sistema, involucra un conjunto de actores (usuarios, prestadores profesionales e institucionales) que desempeñan diferentes roles y asumen objetivos como propios. En la prosecución de esos objetivos se despliegan acciones que establecen flujos o redes de servicios de salud y recursos físicos, humanos y financieros.

Componentes del Sistema de Salud

Todo sistema puede ser pensado como la articulación de tres poderes:

- a) *Poder Político*. Determina el Modelo APS y la Gestión del Sistema.
- b) *Poder Económico*. Establece su forma de Financiamiento.
- c) *Poder Técnico*. Guía el Modelo de Asistencia a usuarios (Enfoque APS transdisciplinar).

Modelos de Gestión del Sistema

Los autores consultados destacan cuatro modelos para gestionar salud en un país, según la ideología predominante que influye en sus componentes. Tobar advierte que “ningún país tiene un modelo puro, pero en algunos se observa una gran hegemonía de uno en su forma de gestión y financiación de la salud”.

a) *Modelo Público o Universalista*.

Gestión estatal. Financiación con impuestos. Sigue el enfoque APS de “cobertura y acceso universal” a los servicios de salud. Trabajadores y profesionales dependen del Estado.

b) *Modelo de Seguro social*.

Menor protagonismo estatal. Gestión descentralizada. Financiado por aportes y aportes obligatorios de empresarios y trabajadores. Administrado por los propios interesados. Recursos administrados por entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o los brindan a instituciones públicas. Sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar. En comparación con los otros modelos, éste privilegia la función del Estado como financiador y regulador. Todas las mutuales y obras sociales de la Argentina son exponentes de este modelo.

c) *Modelos de Seguros Privados. Pre-pago*.

Ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador de asistencia, limita la acción del Estado solo a la regulación. Organización fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública.

d) *Modelo Asistencialista.*

Es una variante de gestión privada, Opuesta al Modelo Público-Universalista. Una concepción liberal que plantea a la salud como cuestión individual y considera que no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial.

Desde este enfoque, la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocupar de brindar asistencia a aquellas personas incapaces, grupos más vulnerables y carenciados. La atención de salud es limitada en su variedad y cantidad para ellos.

Características del Sistema de Salud Argentino enfocado en APS.

Tanto Tobar como Bettina Freidin et al (2020)⁵⁷ sostienen que si bien en marco jurídico y político nuestro país adhiere explícitamente al Enfoque de APS surgido en la década de los '70, un conjunto de diferentes tradiciones de la Salud Pública se han entrelazado debido a los disímiles modelos políticos que se sucedieron en Argentina antes y después de 1978.

1. Salud como derecho humano y social.

Tanto la Constitución Nacional (HCNA 1995, art. 42º)⁵⁸, como los principios del Enfoque APS consideran a la Salud como derecho fundamental del ser humano y la comunidad y señalan la responsabilidad del Estado para garantizarla.

2. Segmentado (Modelo mixto)

Si bien prevalece el *Modelo Público-universalista* en la gestión estatal, coexiste con modelos de otros subsistemas como el *Modelo de Seguro social* (Obras sociales/Mutuales) y diversos modelos privados como Prepagas, Asistencialista (Tobar 2017). Estos subsectores o formas de cobertura de salud presentan superposición en la utilización de los servicios, ya que quien solo cuenta con la cobertura pública también puede atenderse en el ámbito privado pagando de su bolsillo (Freidin 2020). Además, se evidencia insuficiente articulación entre el sector público con lo privado y las obra sociales. También hacia el interior de

57 FREIDIN B et al. (2020). “Atención Primaria de la Salud en tiempos de crisis. Experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires”. Tema: Características del Sistema de Salud en Argentina. Teseopress. <https://lc.cx/Zd4OQd>

58 HCNA (1995). “Ley Nº 24.430. Constitución de la Nación Argentina”. InfoLeg.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

la gestión pública entre los Niveles de Atención. En consecuencia, el sistema resulta desigual e inequitativo respecto de la cantidad, variedad y calidad de la atención ofrecida.

3. *Superposición*

La población utiliza los servicios de salud entre subsectores, ya que quien solo cuenta con la cobertura pública también puede atenderse.

4. Acceso a los servicios

El subsector de atención al que acude la población está fuertemente relacionado con el tipo de cobertura (pública, de la seguridad social o privada) que los individuos y los grupos familiares poseen, lo que, a la vez, depende de su inserción en el mercado de trabajo y su capacidad de pago.

5. Jurisdicciones

a) Nacional.

La Nación argentina tiene la función de la conducción del sector en su conjunto a partir de la implementación de normas, la elaboración de programas y la ejecución de acciones.

b) Provincial.

Los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, ya que los lineamientos del nivel nacional tienen solamente un valor indicativo y dependen en gran medida de las políticas, las decisiones y los recursos jurisdiccionales.

c) Municipal.

Dado que no existe una legislación que exija un monto mínimo del presupuesto nacional para destinar a salud, cada jurisdicción define con total libertad qué presupuesto se destina al sector, así como los servicios que cubre y sus competencias

Organigrama del Ministerio de Salud nacional y su Dirección de Enfermería

La estructura organizacional de esta jurisdicción del Poder ejecutivo nacional (DNDO 2023, pp. 1 y 7)⁵⁹, evidencia jerarquía y dependencia de las unidades organizativas que la componen. Y el lugar que ocupa Enfermería en el mismo.

59 DNDO-DIRECCIÓN NACIONAL DE DISEÑO ORGANIZACIONAL. (2023). “Organigrama del Ministerio de Salud”. Mapa del Estado. Jefatura de Gabinete de Ministros. <https://mapadelestado.jefatura.gob.ar/organigramas/014.pdf>

Dada su extensión, solo se muestran en página siguiente las secretarías y el de la Secretaría de Calidad en Salud porque de ella depende la Dirección de Enfermería (Fig. 20).

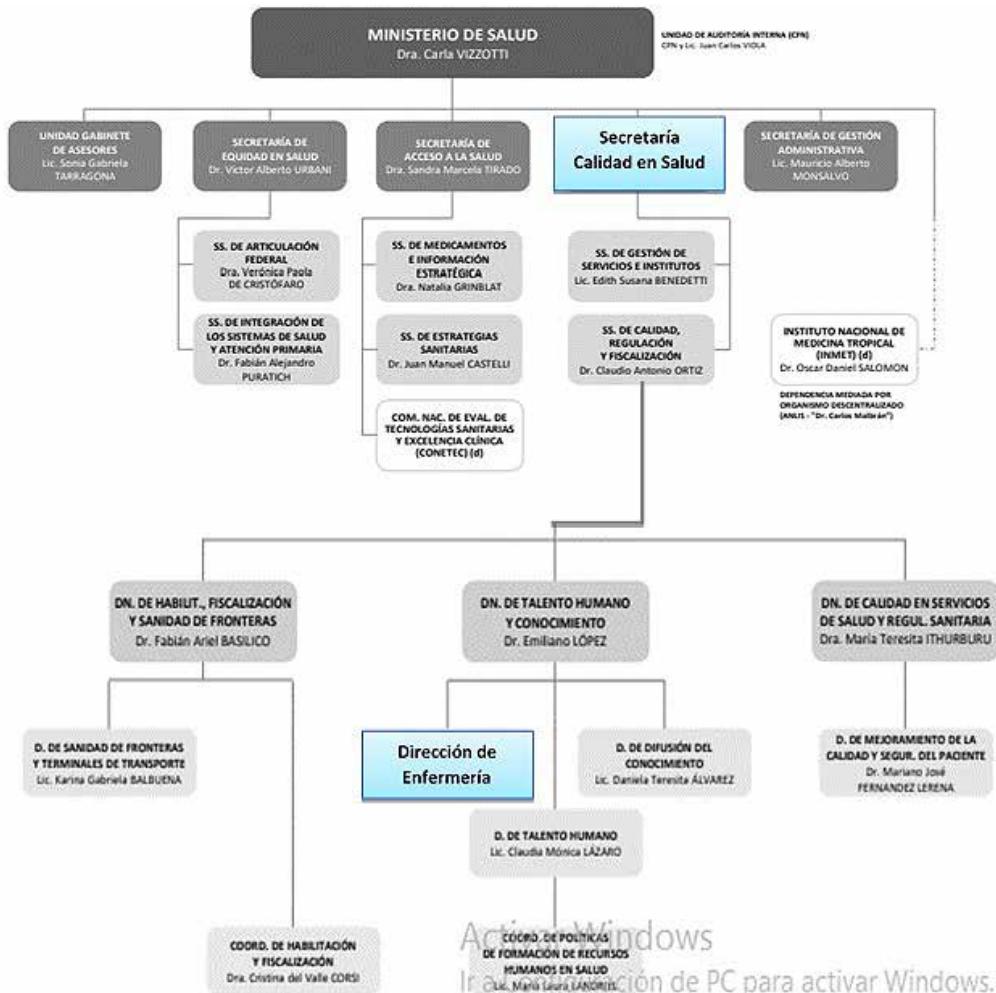


Fig. 20. Organigrama del Ministerio de Salud de la Nación argentina. Dirección de Enfermería.
[DNDO 2023]

Conceptos de la Salud que influyen en el Sistema sanitario argentino.

Como se dijo anteriormente al clasificar los modelos de gestión política y financiera del sistema sanitario, también los modelos de atención (componente

técnico) han sido influidos por un concepto de la Salud, un modelo ideológico dominante en distintos contextos de cada jurisdicción nacional, provincial y municipal. Además del Modelo basado en el Enfoque de APS, abordado al inicio de este trabajo, en el Sistema de Salud argentino se entrelazan otras formas de concebir la Salud humana. Soto (2014, p. 269), muestra la evolución histórica del concepto de la Salud basada en el paradigma cultural predominante en Occidente desde el siglo XVIII hasta la actualidad.

Modelo Medicalista Hegemónico (MMH)

Plantea la Salud como la “ausencia de enfermedad”. Al respecto de este modelo, Michel Foucault (1977)⁶⁰ lo ubica en la Historia de la *medicalización de la sociedad* (poder y control de la existencia, la conducta, el cuerpo humano) a partir del siglo XIX. Esto debido a una fuerte intervención de las asociaciones médicas en las tomas de decisiones políticas de los nacientes estados a fines de siglo XVIII en que la Medicina se constituye en una estrategia biopolítica.

En Argentina, la medicalización como trasfondo de la intervención social (Veronelli 2004)⁶¹, surge a fines del siglo XIX durante la epidemia de Fiebre amarilla y se consolidó con la creación del Ministerio de Salud durante el peronismo (Mines 2014, p. 3)⁶². En este periodo, los médicos intentaron afirmarse como los únicos proveedores de los servicios de salud por medio de la asistencia pública de los enfermos, aumentando en número, creando y fortaleciendo sus instituciones de representación académica y asociaciones profesionales y ganando la conciencia de la gente utilizando los modernos métodos de publicidad (Dahhur 2022)⁶³.

Al respecto, Eduardo Menéndez (1988, pp. 451-464)⁶⁴ define a este modelo de salud como:

60 FOUCAULT M (1977). “Historia de la Medicalización”. 2^a Conferencia dictada en el curso de Medicina Social. Instituto de Medicina Social. Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. <https://lc.cx/LwcK3z>

61 VERONELLI JC Y VERONELLI CM (2004). “Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina”. OPS/OMS. Tomo 1. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec181.pdf> y Tomo 2. https://lc.cx/WGCN_6

62 MINES CA (2014). “Medicalización ¿una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo de la salubridad en la Argentina?”. Rev. del Hospital Italiano de Buenos Aires, 34 (4): 130-136. <https://lc.cx/VoMBpQ>

63 DAHHUR A (2022). “La medicina popular bajo la lupa. Concepciones, discursos y prácticas de un arte de curar en la provincia de Buenos Aires (1870-1940)”. Tesis doctoral.

<https://www.teseopress.com/lamedicinapopularabajolalupa/>

64 MENENDEZ E (1988). “Modelo Hegemónico Médico y Atención Primaria”. Ponencia en 2as. Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. <https://lc.cx/fSGhn0>

“Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como *Medicina científica*, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas, hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la *única* forma de atender la enfermedad y legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (p. 1).

Características

- Hace énfasis en el hecho biológico (enfermedad/muerte).
- Menosprecia la dimensión histórica y socio-cultural que influye en la vida/salud.
- Se contrapone con las estrategias del Enfoque de APS como: autoritarismo, racionalidad tecnológico-científica que cosifica y rechaza la participación comunitaria en la solución de problemas de salud y otorga un rol subordinado y pasivo al usuario, denominado “paciente” o “enfermo”.
- Excluye también su conocimiento/cultura, y presenta tendencias inductivas al consumo de todo lo relacionado a lo médico (ej. Automedicación), la mercantilización de la enfermedad y su prevención, en detrimento de la Promoción del mantenimiento de la Salud y la Educación para el AC/CD que requiere recursos de menor coste económico y social.
- En América Latina el MMH hace aguas en la prevención de la morbimortalidad de enfermedades prevenibles con AC/CD, continúa el incremento la mortalidad por accidentes, suicidios y homicidios, drogadicción. Aparece aumento de casos de tuberculosis y ETS, basura y contaminación ambiental.
- Se sigue identificando con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el 2° y 3° Nivel de Atención de la Salud son cada vez más sofisticados y más caros que en el 1° NAS.

Al respecto, Darío Siani (2023, p. 41)⁶⁵ se refiere a este modelo y opina que “El MMH no es solamente un paradigma (dominante)... Es un modo de entender y diseñar las organizaciones sanitario-asistenciales, incidiendo en la formulación de la estructura orgánico-funcional y en la cultura organizacional”.

⁶⁵ SIANI D (2023). “Manifestaciones del Modelo Médico Hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales, según la percepción de licenciados en enfermería”. Rev. VEA (*Visión de Enfermería Actualizada*), 20(73): 41-45. <https://lc.cx/rxpm-1>

Siani investigó el impacto emocional del MMH en la percepción de los profesionales de enfermería (Lic. Enf) respecto de los modos en los que se manifiesta en organizaciones sanitario-asistenciales y encontró 4 vivencias fundamentales:

- Trabajar en un entorno de mala comunicación organizacional.
- Sentirse excluido de lo que le compete.
- Sentir falta de valoración adecuada de su aporte profesional.
- Sentirse interferido y desplazado de ciertas cuestiones que corresponden a la competencia profesional de la Enfermería.

Modelo Biopsicosocial, Integral u Holístico

La creación de la OMS surge luego de finalizar la 2^a Guerra Mundial. Define Salud (OMS 1948)⁶⁶ como:

“Estado de *completo bienestar* físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano cualquiera sea su raza, religión, opinión política, condición económica social. Es la condición fundamental de la paz del mundo y de la seguridad; depende de la colaboración estrecha entre individuos y los estados”.

Características

- Se basa en la idea de multicausalidad de la salud.
- Se diferencia del MMH al enfocarse en la salud y no solo en la ausencia de enfermedad física.
- Incluye aspectos psico-sociales que influyen en la salud humana.

Modelo Epidemiológico

Leavell y Clarck (1965)⁶⁷ toman el concepto de salud del MMH y se enfocan en la Prevención de enfermedades transmisibles. Actualmente se usa también para ENT.

66 OMS (1948). “Definición de la Salud”. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. <https://lc.cx/y0839S>

67 LEAVELL HG Y, CLARK F (1965). “Preventive medicine for the doctor in his community”. 3^a ed. McGraw Hill. Nueva York.

Este modelo establece que la salud de un individuo o grupo depende de las relaciones dinámicas entre agente causal de daño, huésped susceptible a daño, entorno favorecedor que relacione causa- efecto. Cuando estos elementos denominados “Triada epidemiológica” se relacionan entre sí, aparece la enfermedad.

Características

Muy utilizado en estudios de comunidad.

Describe la Historia Natural de la enfermedad (Fig. 1) o Proceso de salud-enfermedad (Pre-patogénico-Patogénico-Recuperación/Muerte).

Propone niveles de prevención para cada etapa.

Hace énfasis en los “Factores de Riesgo” en el entorno que aumentan la susceptibilidad del Huésped, la patogenicidad del Agente causal-Noxa.

Modelo de Resiliencia (1970)

Para Mabel Munist et al (1998, p.7)⁶⁸, se trata de un enfoque de la Salud que apunta a la persona en una situación de la vida, busca comprender qué “Factores Protectores” tienen las personas para afrontar situaciones adversas, superarlas y experimentar un empoderamiento como resultado de las mismas. Según la Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE 2023)⁶⁹, las primeras aproximaciones surgieron con los estudios realizados sobre niños internados en orfanatos durante la 2^a Guerra Mundial y que mostraron cómo el desarrollo de los niños tiende a cesar como resultado de la privación emocional.

Características

Busca solucionar cuestiones a las cuales el Modelo Epidemiológico no puede responder y complementarlo.

Orientado a la valoración de Factores Protectores individuales, familiares y socio-ambientales.

Contribuye al Enfoque APS en la promoción de la calidad de vida/salud y los factores de resiliencia de la persona y su comunidad. Tiene en cuenta

⁶⁸ MUNIST MM (1998). “Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes”. OPS/OMS. <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20OMS.pdf>

⁶⁹ BICE- OFICINA INTERNACIONAL CATÓLICA DE LA INFANCIA (2023). “Historia del concepto de resiliencia”. Francia. <https://lc.cx/S0FKhD>

elementos socioculturales y las intervenciones profesionales son más flexibles y participativas con la comunidad.

Exige referencia moral porque requiere de la interacción entre persona/s y de esta/s con el contexto:

Resiliencia del individuo. Reposiciona a la persona como protagonista, sujeto activo, agente que influye en su familia, su comunidad y viceversa y que posee:

Factores Protectores émicos o internos: Tengo, Soy, Estoy y Puedo.

Atributos personales: Introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, ideología personal, sentido del humor.

Resiliencia Comunitaria: Se refiere a factores externos (familia, contexto social, escuela) y a la capacidad del sistema social para responder a una situación de vulnerabilidad como por ejemplo el Covid19. El individuo construye la resiliencia pero el entorno no solo genera riesgos si existe una red de apoyo social.

El individuo construye la resiliencia. Es un proceso personal complejo y dinámico. Por momentos una persona demuestra resiliencia, en otros no puede hacerlo (Muñoz 2019)⁷⁰.

La adversidad debe ser significativa para que la resiliencia se desarrolle. No todos los factores estresantes tienen un impacto perjudicial. Algunas situaciones de estrés pueden ser benignas.

Modelo de Bienestar de Alto nivel

En 1959 Halbert Dunn (1972)⁷¹ introdujo el término “Wellness” en para definir Salud como *Calidad de vida*, es decir, “un estado integrado de funcionamiento, orientado a maximizar el potencial de que el individuo es capaz”. También definido como “proceso activo mediante el cual nos concienciamos y hacemos ciertas elecciones en vistas de una existencia más plena”. Pero, recién en la década del ’70 se generalizó este modelo de salud

⁷⁰ MUÑOZ GP (2023). “Que es la resiliencia y cómo podemos mejorarlala”. Subido a Blog Nascia. <https://www.nascia.com/que-es-la-resiliencia>

⁷¹ DUNN HL (1972). “High Level Wellness”. 7^a reimpresión. Beatty. Arlington, Virginia. <http://www.connectedandthriving.org/documents/DunnHLW.pdf>

Características

Supera al MMH que prevaleció en el siglo XX, en el cual la atención de la salud estaba exclusivamente en manos del equipo sanitario.

Enfoque no médico de la salud.

Salud equivale a *Estilo o Calidad de vida de alto nivel (Wellness)*.

Se determina por la cultura de usuario/comunidad.

Modelo de Opinión de Salud

Este modelo también tiene origen en las ciencias sociales de los '70. Uno de sus promotores fue Irwin Rosenstock (1974)⁷² que sostiene que las ideas, valores, creencias percepciones, opiniones de una persona o comunidad están vinculadas con su comportamiento.

Aplicado en la Enfermería por Nola Pender que “depende de la capacidad de adaptación de la persona a cambios internos y del entorno, con el objetivo de mantener el bienestar”.

Pender investigó las variables que influyen en la opinión y prácticas de salud:

Variables internas: Estadio del desarrollo, Nivel intelectual, Percepción del propio funcionamiento, Factores emocionales/espirituales.

Variables externas: Prácticas familiares, Factores socioeconómicos, Cultura.

Características

Se enfoca en la cultura de los usuarios y su comunidad en lugar de la del profesional en correlación con la Teoría de la Enfermería Transcultural (Leininger).

Constituye una base para estudiar el modo en que los individuos y comunidad toman decisiones sobre el cuidado de su salud.

Permite generar cambios en las conductas de las personas mediante la Promoción de la salud. y la Educación enfermera para el AC/CD.

⁷² ROSENSTOCK IM et al (1974). “Historical origins of the health belief model”. *Health Education Monographs*, 2 (4): 328-335 [En CABRERA A et al. (2001). “Creencias en salud. Historia, constructos y aportes al modelo”. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública, 19 (1), Universidad de Antioquia, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>].

Modelo Continuo Salud-Enfermedad

Propone una “relación de continuidad entre salud y enfermedad”, considerando una línea de tiempo cuyos extremos apuntan a la salud óptima por un lado y la muerte por el otro. Desde esta perspectiva teórica, la Salud es un estado dinámico.

Este modelo creado por Milton Terris (1980, p.3)⁷³ permite identificar el grado de salud de un individuo/grupo en un momento dado.

Características

- Hace énfasis en dos aspectos: “percepción del bienestar” (subjetivo) y “capacidad de funcionamiento” (objetivo).
- Establece una relación de “funcionalidad” individual o comunitaria según el lugar donde se ubica dentro de los extremos salud-enfermedad.
- También considera la capacidad del individuo o comunidad para adaptarse a cambios.
- *Continuo salud-enfermedad* es un elemento relevante para situar a las políticas públicas de salud. Hacia el extremo de salud con intervenciones de Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades/discapacidad y a la Asistencia Sanitaria hacia el extremo de la enfermedad con intervenciones de asistencia, rehabilitación o cuidados paliativos y posmortem.

Modelo de Sistema

Se fundamenta en la *Teoría General de Sistemas* que surge en la Lógica matemática (Teoría de Conjuntos), la Cibernética (Ciencia transdisciplinar de la comunicación) y es transpuesto a la Biología por Karl Bertalanffy (1968)⁷⁴, al campo de la administración sanitaria por Idalberto Chiavenato (2006, p. 360)⁷⁵, las Ciencias Sociales por Parsons y Luhmann y a la Enfermería por Hall y Redding⁷⁶ (Fig. 21).

73 TERRIS M (1980). “La revolución epidemiológica y la salud social”. Siglo XXI. México [En PIÉDROLA GIL et al (2016). “Medicina preventiva y salud pública”. 11^a ed. Elsevier España. <https://books.google.com.ec/books?id=hyeKCwAAQBAJ&printsec=frontcover&v=onepage&q=&f=false>].

74 BERTALANFFY KL (1968) “Teoría General de Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones”. Fondo de la cultura económica. 7^a reimpresión en español (1989). México. <https://fad.unsa.edu.pe/bancayseguros/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>

75 CHIAVENATO I (2006). “Introducción a la Teoría General de la Administración”. 17^a ed. (español). Mc Graw Hill-Interramericana. México. <https://lc.cx/qjt8Zx>

76 HALL JE, REDDING WB y cols. (1990). “Enfermería en Salud Comunitaria. Un enfoque de Sistemas”. 2^a ed. (1^a en español). OPS-OMS. <https://lc.cx/jV0SCA>

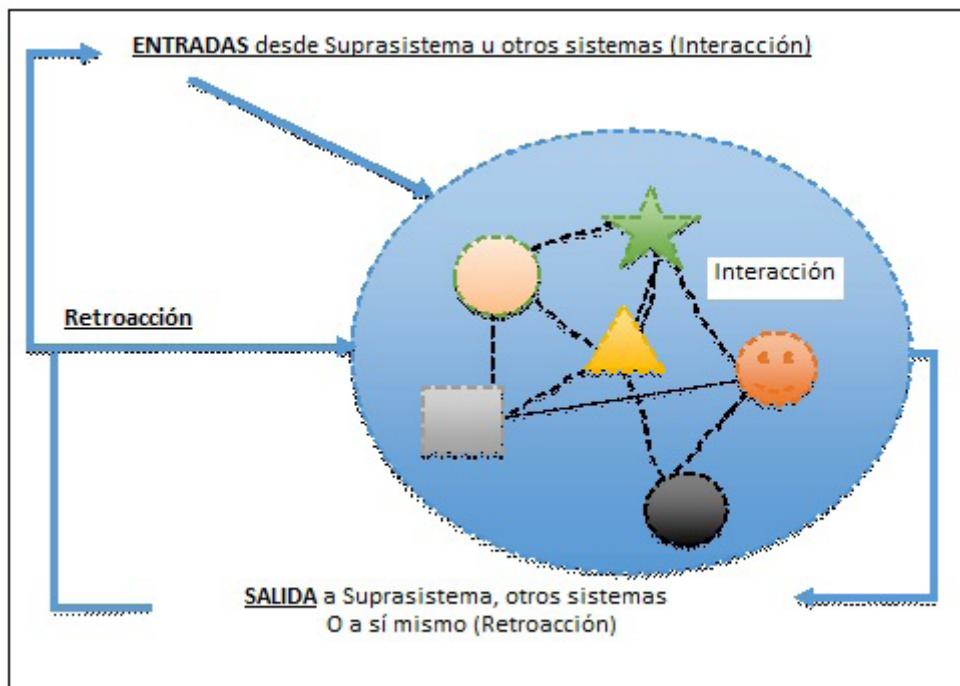


Fig. 21 Modelo de Sistema
[Basado en Chiavenato (2006)]

Conceptos comprendidos:

Sistema

Organización compleja de elementos (Estructura) comunicados-interrelacionados (Dinámica), para alcanzar un objetivo (Resultado) que permite retroacción sobre sí mismo e influye en otros sistemas (Retroalimentación).

Características:

- Los sistemas humanos son abiertos porque intercambian información con su entorno, un suprasistema más grande y complejo u otro sistema.
- Sus elementos son totalidades provistas de *sinergia* (interacción).
- Las dimensiones para analizar un sistema son *Estructura* (elementos), *Dinámica* (red de comunicaciones e interacciones entre elementos), *Resultado*

(Output, salida, objetivo logrado o no), *Retroalimentación* (input o reentrada, comunicación-retroacción al sistema u otro).

- No puede describirse en términos de sus elementos separados. Su comprensión sólo ocurre cuando se estudia en su totalidad, involucrando todas las interdependencias de sus partes y su relación con el entorno u otros sistemas circundantes.
- Las funciones (Dinámica) de un sistema dependen de su Estructura y ambos del objetivo a lograr (Resultados).

Entradas (input)

El sistema importa del suprasistema o de otros sistemas la información y los recursos financieros, materiales y humanos para poder operar.

Salidas (output)

Resultado de un sistema que surge de evaluar el proceso y producto o servicio. Todo sistema exporta información y servicios al suprasistema o a otros sistemas.

Retroalimentación o Retroacción (feedback)

La información de salida también regresa a la entrada. El efecto (salida) retroactúa sobre la causa (entrada) y la modifica de forma positiva o negativa. Además, permite realizar ajustes y mejoras con el fin de mantener un funcionamiento óptimo del sistema.

Totalidad o conglomerado.

Resultado de la agrupación o suma de elementos o partes de la Estructura o de los Resultados de un sistema.

Recursividad:

Propiedad de los sistemas a repetir su estructura. Esta característica permite la jerarquización o clasificación de los sistemas:

Suprasistema: Sistema general y complejo que contiene a otros sistemas más simples con los que interactúa, retroactúa y se retroalimenta de forma constante.

Subsistema o Infrasistema: Sistema particular más pequeño que se constituye como elemento de un Suprasistema.

Sinergia:

Se refiere al efecto que se produce cuando los elementos de un sistema interactúan de manera que el resultado obtenido es mayor que la simple suma de las partes individuales. En otras palabras, la sinergia implica que el sistema en su conjunto tiene un rendimiento o comportamiento que va más allá de lo que se podría esperar basándose únicamente en el análisis de las partes por separado. En un sistema sinérgico, el estudio o examen de una de las partes del sistema puede proporcionar información valiosa para comprender o predecir el comportamiento del sistema completo.

Entropía:

Proceso en el cual disminuye la energía de un sistema, falta interrelación o desorganización entre elementos de un sistema.

Negentropía:

Capacidad del sistema para contrarrestar la tendencia natural hacia la entropía para mantenerse en un estado ordenado y organizado.

Homeostasis:

Capacidad de un sistema para mantener un equilibrio a pesar de las fluctuaciones entre sinergia, entropía, negentropía y entre sí y su entorno o suprasistema.

La Enfermería se puede considerar un Sistema en sí
o subsistema dentro de otro

Modelo de Sistema aplicado al Sistema Social

Basado en las ideas de Weber (2002, p. 5)⁷⁷ de *acción social*, es decir, “cualquier tipo de proceder humano (o su omisión), orientado por las acciones de otro, las cuales pueden ser presentes o esperadas como futuras”. Propone la noción de *Sistema Social* en términos de formas de acción y destaca la importancia de la

⁷⁷ WEBER M (2002). “Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva”. 2^a ed. y reimp. (español). Fondo de la cultura económica. España. <https://lc.cx/8SgNP->

función del Estado y en la relación entre los gobernantes y los gobernados que forman parte de este sistema. Dichas acciones están orientada a objetivos y basadas en principios éticos.

Partiendo de lo anterior, los sociólogos Parsons y Luhmann (*Homo Académicus 2023*)⁷⁸ ofrecen dos perspectivas teóricas para comprender un sistema social (Cuadro 7).

Unidad de análisis	Parsons	Luhmann
Enfoque Perspectiva	Estudia la sociedad como un sistema.	Estudia la sociedad como un sistema complejo de comunicación.
Enfoque	Humano con estatus y funciones (roles).	Comunicación a través de códigos semánticos y su entorno.
Sociedad	Es un conjunto de sistemas ordenados (AGIL)	Es pura comunicación, el individuo es un sistema más.
Sistemas	Biológico, Personalidad, Socio-Cultural	Orgánico, Psicológico, Social.
Tipos de sistemas	<p>Sistema General de Acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación: Se adecúa a su entorno. • Metas: Tiene como función cumplir fines • Integración: Función reguladora y de interrelación. • Latencia: proporciona valores y normas. 	<p>Sistema Autopoiético⁷⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adaptación: Lenguaje, significado-significación. <input type="checkbox"/> Comunicabilidad: Los 3 sistemas son independientes y van a poder interactuar entre ellos siempre y cuando se tenga un sistema de comunicación. <input type="checkbox"/> Red: Todo sistema comienza con una diferenciación y se convierte en tejido de interrelaciones.

Cuadro 7. Teoría Social según Parsons y Luhmann.
[*Homo Académicus 2023*]

Niklas Luhmann, sociólogo alemán reconocido por su formulación de la Teoría General de los Sistemas Sociales (Urteaga, 2010)⁸⁰, sostiene que en la estructura de la sociedad actual, las unidades constituyentes y reproductoras de los sistemas sociales no son los individuos, sino las comunicaciones. Según

78 HOMO ACADÉMICUS (2023). “Teoría del Sistema Social Talcott Parsons y Niklas Luhmann”. Subido el 29/03. https://www.youtube.com/watch?v=5-8f_YX4xyE

79 Sistema Autopoiético. Red de procesos particulares que sirven para diferenciar un sistema de otro.

80 URTEAGA U (2010). “La teoría de sistemas de Niklas Luhmann”. Rev. Internacional de Filosofía Contrastes, (XV): 301-317. Departamento de Filosofía, Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Málaga. <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/contrastesxv-16.pdf>

Corsi (1996)⁸¹, el concepto de Sistema Social utilizado por Luhmann solo puede comprenderse en relación con su entorno, ya que ambos se constituyen a medida que el sistema, a través de sus operaciones, establece un límite que lo distingue de lo que no está incluido en él. De este modo, el sistema no puede operar más allá de sus límites, pero puede “traspasarlos” para relacionarse con su entorno, generando una interdependencia entre el sistema y su entorno. La diferencia entre sistema y entorno es el punto de partida del planteamiento de la teoría de los sistemas de Luhmann.

Por otro lado, Talcott Parsons, sociólogo estadounidense influenciado por las ideas de Max Weber.

Según Parsons, un sistema social debe contar con el apoyo de otros sistemas, satisfacer las necesidades importantes de los actores, fomentar la participación adecuada de sus miembros y desarrollar un lenguaje compartido para su supervivencia. Asimismo, el sistema debe ejercer control sobre conductas potencialmente desintegradoras y, en caso de surgir conflictos, ser capaz de gestionarlos de manera efectiva.

Examina las interacciones entre los valores culturales y las estructuras sociales que influyen en las elecciones individuales. Reconoce la importancia de la dimensión subjetiva de la acción humana, incluyendo los motivos culturales para analizar los fines y propósitos e ideales. Los elementos fundamentales del Sistema social en la teoría de Parsons son:

Presencia de un actor o agente, es decir, un individuo/comunidad que forma parte de un sistema social y tiene un estatus (posición en la sociedad) y un rol (función que desempeña dentro del sistema).

Objetivo hacia el cual se orienta la acción del actor.

Acción en una situación específica, que implica la interacción de elementos.

Modelo de Sistema aplicado al Sistema de Salud

Es un subsistema del Sistema Social. Sus elementos que están organizados y se interrelacionan a través de un proceso administrativo-tecnológico. El propósito fundamental de este sistema es proporcionar los satisfactores necesarios para cubrir las necesidades de salud de la sociedad.

⁸¹ CORSI G et al. (1996). “Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann”. Universidad Iberoamericana. <https://ceducativa.weebly.com/uploads/1/5/0/9/15091428/glosario-sobre-teoria-social-de-luhmann.pdf>

Características

El Sistema de Salud es un subsistema del Sistema Social e interactúa con él y con otros subsistemas (Fig. 22).

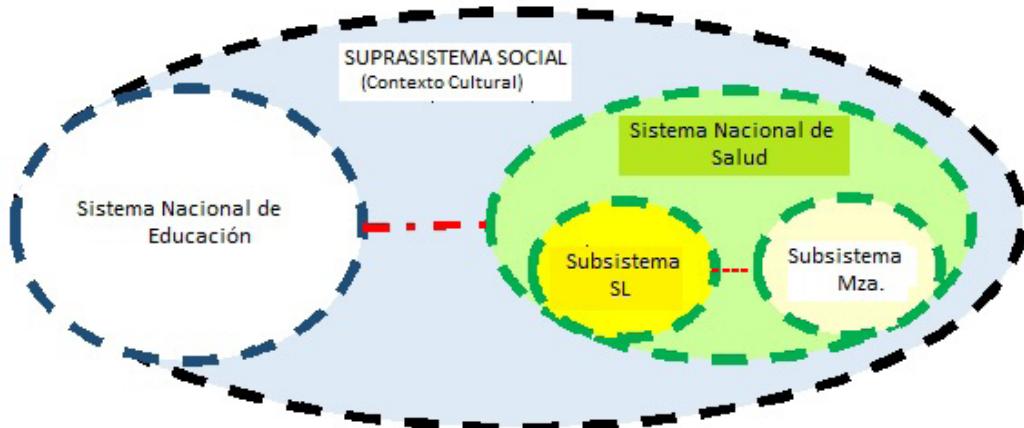


Fig. 22. Sistemas sociales abiertos.
[Soto (2023)]

- Tipo de sistema abierto (Soto, 2014, p. 274). Mantiene un equilibrio dinámico y tiene fronteras permeables, permitiendo el flujo de energía e información y facilitando la retroalimentación mutua.
- Necesario para comprender fenómenos complejos de salud y su asistencia a nivel nacional, provincial y local.
- Sirve para comprender que la salud pública y el bienestar de los habitantes se alcanzan cuando todas las partes del sistema interactúan de manera armoniosa.
- También contiene tres subsistemas 1) Gestión Pública, 2) Obras Sociales/Mutuales y 3) Privado (Ver ítem 1.3 de este trabajo).

Dimensiones para analizar la calidad de un Sistema sanitario

Soto (2014, p. 275) menciona 4 dimensiones de análisis:

A. Estructura: Elementos que lo conforman.

B. Dinámica: Forma particular de gestionar la interacción de sus elementos.

C. Resultados: Intervenciones realizadas y objetivos logrados expresados de forma estadística.

D. Retroalimentación: La información surgida de la dimensión anterior es usada para realizar propuestas de mejora al sistema.

A. Estructura de un Sistema sanitario

Es la disposición estática, fija de las partes que constituyen el sistema. Están agrupadas de lo general a lo particular e incluye la jurisdicción, infraestructura física, financiamiento, equipamiento, insumos y personal (Cuadro 8).

A. Estructura del Sistema sanitario Ordenamiento estático de las partes que componen el sistema. Recursos con que cuenta el sistema.		
Elemento	Definición	Datos de campo (Métodos)
1. Zona sanitaria	Jurisdicción del Sistema de salud nacional o provincial. Espacio geográfico que indica su alcance territorial, área de influencia, responsabilidad y población comprendida.	Mapa* (Miranda 2017) ⁸²
2. Área Programática	Jurisdicción de un Subsistema de salud municipal, establecimiento sanitario o NAS (Nivel de Atención de Salud) que la integran.	Mapa* MSSL (2023) ⁸³
3. Planta Física	Esquema o croquis del espacio físico de la entidad y la distribución de servicios en ella.	Plano*
4. Personal	Personas que integran el plantel de empleados del sistema. Cantidad y función de c/u (Profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares de mantenimiento, etc.).	Relevamiento* documental
5. Recursos materiales		
a. Presupuesto Financiación	Herramienta para calcular costo de programa/s de salud. Describe recursos económicos y financieros necesarios para la ejecución de procesos y actividades en el largo plazo.	Monto y origen
b. Equipamiento	Provisión o disposición de una colección de utensilios, instrumentos y aparatos especiales para un fin determinado.	Inventario
c. Insumos	Materiales usados para dar un servicio de salud (descartables, medicamentos).	Inventario
d. Documentación	Sistema para registro en papel o digital de Historia clínica, Historia Familiar, recetas, turnos, prestaciones, seguimiento, pedidos a proveedores, etc.	Relevamiento* documental
(*) Ejemplos en Anexo de este documento.		

Cuadro 8. Lista de chequeo de la Estructura de un Sistema sanitario.
[Guía para práctica de campo basada en Soto (2014)]

82 MIRANDA FG (2017). "Informe general de medición y Monitoreo". Programa de RRH. Ministerio de Salud. Gobierno de San Luis. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-05-12-informe-tallerm-sanluis.pdf>

83 MSSL-MINISTERIO DE SALUD DE SAN LUIS (2023). "Mapa". <https://salud.sanluis.gov.ar/mapa/>

B. Dinámica o Proceso organizacional de un Sistema sanitario

Implica el intercambio de materia, energía e información entre los diferentes elementos del sistema, así como entre el sistema y su entorno o suprasistema, asegurando un funcionamiento eficiente. Esta reciprocidad se lleva a cabo a través de diversos mecanismos de interacción, comunicación y flujo de información dentro de la organización de un sistema. Según Chiavenato (p. 148), en todo sistema social se dan simultáneamente dos tipos de dinámica organizacional, una formal y otra informal.

Dinámica organizacional Formal

Requiere aplicación del Proceso Administrativo tradicional (planificación, organización, dirección y control) y estratégico (DAFO-CAME) de los elementos que componen su estructura (Cuadro 7). Este tipo de dinámica es vertical y jerárquica en tanto la autoridad y el estilo para ejercer la administración influyen en la cultura organizacional.

Ya se trate de la autoridad nacional/provincial o de el/la director/a de una institución sanitaria o NAS es quien propone la visión, misión y políticas, formas de comunicación, normas generales, sistemas de referencia/contrarreferencia, etc. Además debe crear y mantener una cultura organizacional basada en la confianza mutua para cumplir las normas/protocolos y dar calidad al servicio ofrecido a la comunidad. También delega algunas responsabilidades y funciones en equipos operativos que se pueden percibir en cada organigrama institucional (Cuadro 9).

Dinámica organizacional Informal

Según Chiavenato (p. 148) es más difícil de visibilizar que la organización formal. En este tipo de sistema social, la estructura del personal, comunidad y sus emociones son quienes regulan la práctica y la forma de trabajar dentro de una organización. Está representada por el conjunto de comportamientos, interacciones, relaciones personales y profesionales a través del cual el trabajo se hace, cómo se construyen relaciones entre las personas que comparten una organización común.

Este tipo de dinámica organizacional es más democrática que la formal. Se compone de redes comunitarias con un interés común que se desarrolla orgánicamente y de manera espontánea en respuesta a cambios en el entorno de trabajo, el flujo de personas, y la compleja dinámica social de sus miembros y evoluciona constantemente. Si bien suele presentar desafíos y problemas

potenciales para la gestión formal (resistencia a cambios culturales, violencia horizontal o con la organización), una vez visibilizada existe la oportunidad de que ofrezcan nuevas formas de cooperación con el sistema formal y una probable mejora en el rendimiento general de la gestión.

La organización informal complementa las estructuras más explícitas, los planes y procesos de la organización formal, acelera y mejora las respuestas a acontecimientos imprevistos, fomenta la innovación, permite a las personas resolver problemas que requieren colaboración.

<p style="text-align: center;">B. Dinámica o Proceso de Gestión Institucional. Intercambio de materia, energía e información entre elementos de la estructura de un sistema y de este con el suprasistema y subsistemas que lo constituyen.</p>		
Indicador	Definición	Datos de campo (Métodos)
1. Cultura organizacional (Dinámica Informal)	Conjunto creencias, tradiciones y relaciones compartidas, informales, tácitas (no escritas) que guían pensamiento y comportamiento de sus miembros y que le dan sentido a sus acciones para la realización de la misión (p. 319).	Entrevistas semiestructuradas
2. Clima organizacional	Constituye la atmósfera psicológica característica de cada organización. Se relaciona con la satisfacción de los participantes (p. 321).	Entrevistas semiestructuradas
3. Organigrama	Representación gráfica de estructura organizacional que describe la cadena de mando y funciones de cada unidad (p. 296). Actualmente se sustituye por redes de equipos dirigidas hacia los procesos y usuarios (p. 510).	Organigramas * Formal (PESL 2020) ⁸⁴ Informal
4. Sistema de seguimiento (Referencia/Contrarreferencia)	Referencia: Interconsulta o derivación consentida con usuario (Ley N° 26.529, cap. III). Contrarreferencia: respuesta del especialista, dirigida al profesional o establecimiento de origen de la persona derivada. Retroalimenta el sistema y da cuidado a todos mediante redes intersectoriales integradas para el seguimiento de cada caso en el nivel de complejidad que se adecúe a sus requerimientos.	Protocolos
5. Comunicación	Se considera a todas las formas verbales (oral o escrita), gestuales, simbólicas y los canales formales e informales (redes informáticas, telefónicos, carteles, medios sonoros, etc) que posibiliten la información (Res. MS 41/21).	Flujo y Canales Formales e Informales
a. Institucional	Comunicación relacionada con la publicidad y las relaciones públicas. Su objetivo es comunicar la identidad de una institución, sus valores y el modo de comunicarlos.	Publicidad publicada
b. Intra-institucional	Comunicación interna básica para la construcción y consolidación de la cultura institucional. Depende del contexto, el clima laboral y la cantidad de personas involucradas. Los silencios son otra forma de comunicarse.	Lista de chequeo
c. Digitalizada	Historia clínica, Historia Familiar, recetas, turnos, prestaciones, seguimiento, pedidos a proveedores, etc.	Relevamiento Digital

⁸⁴ PESL- PODER EJECUTIVO DE SAN LUIS (2020). “Decreto N° 4.172. Estructura orgánica- funcional del Ministerio de Salud”. BO 14/12/2020. Id SAIJ: D20200004172. <https://shorturl.at/opuyB>

d. Al público usuario Lois et al (2015) ⁸⁵	Arte y técnicas para informar y promocionar la salud. Incluye Comunicación terapéutica y Educación enfermera para el AC/CD de usuarios.	Lista de chequeo
6. Programas en ejecución (MSNA)	La OMS y las políticas públicas nacionales, desde el siglo XX, organizan el financiamiento de la acción social y del sistema de salud en base a programas verticales y campañas masivas.	Lista de Programas
7. Normas/reglamentos de funcionamiento (Ver PNCS en este documento) (Directrices MSNA 2023) ⁸⁶	Legislación propia. Permiten estandarizar por escrito ciertas situaciones y orientar cómo actuar para controlar la eficacia del sistema (pp. 145 y 226). Es ideal que sean acordadas por el personal, basadas en evidencia y revisadas periódicamente para su eficiencia y efectividad, tratando de vencer los Principios de Peter y la Ley de Murphy (p. 266). Permite evitar demandas por Mala praxis. Las normas de funcionamiento de Enfermería son de aplicación nacional (Res. MS 938/23)	Relevamiento documental Observación Lista de chequeo
a. Horarios de atención al público	Son relevantes para dar cobertura de salud y medir el grado de satisfacción de usuarios.	Observación Lista de chequeo Encuesta
b. Sistema de turnos	Forma de publicar los servicios ofrecidos mediante cartelería en papel o digital, con trámite presencial, telefónico o presencial. Permite conocer la demanda, tiempos de espera y mejoras.	Observación Lista de chequeo
c. Medidas de seguridad	- Mantenimiento, Evacuación, Incendio, Violencia, Desastres naturales, Control de Infecciones. - En el Trabajo (Ley 19.587/72), Norma ISO 45001 (2018). - De usuarios (DNCSSyRS 2021) ⁸⁷	Observación Lista de chequeo
8. Protocolos de Enfermería	Antes denominadas "técnicas de enfermería". Son guías de acción y recursos para dar cuidado (terapéutica y educación enfermera para AC/CD) basadas en el compromiso profesional, la evidencia y contexto cultural. Acordadas, clasificadas y publicadas, permiten el registro rápido y un aporte profesional enfermero a los problemas prevalentes de cuidado (PAE).	Forma de registro* (Documento-digital)
Intervenciones autónomas	Usualmente se hacen sin registrar. Ver Marco legal de las Intervenciones de la EC en Argentina de este documento (Ley 24004).	Observación Lista de chequeo Relevamiento (Documento-digital)
Intervenciones delegadas.		
Prescripciones de AC/CD		
Intervenciones de colaboración transdisciplinaria	Son las más registradas, Reafirma el MMH y la subordinación enfermera al diagnóstico-tratamiento médico, invisibilizando la acción profesional enfermera.	Observación Lista de chequeo Relevamiento (Documento-digital)
Participación comunitaria	Se canaliza mediante la incorporación de la EC en la Red Comunitaria existente en el Sistema social de referencia (Dabas y Perrone 1999) mostrado en este documento.	Observación Lista de chequeo Relevamiento (Documento-digital)

(*) Ejemplos en Anexo de este documento.

Cuadro 9. Lista de Chequeo de la Dinámica organizacional de un Sistema sanitario.
[Guía para práctica de campo basada en Chiavenato (2006)]

85 LOIS et al. (2015). "Guía de comunicación para equipos de salud". 2^a ed. Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Ministerio de Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000217cnt-guia-comunicacion-y-salud.pdf>

86 MSNA (2023). "Directrices de Organización y Funcionamiento de Servicios de Salud". <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices>

87 DNCSSyRS- DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y REGULACIÓN SANITARIA (2021). "Seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria". <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/acciones-seg-paciente-feb-2021.pdf>

C. Resultado de un Sistema sanitario

Permite evaluar la calidad del servicio que ofrece el sistema (Eficiencia + Eficacia = Efectividad). Implica la revisión cuanti-cualitativa de la Estructura disponible, la forma de organizarla (Dinámica) y de los objetivos logrados o no en un momento dado y expresados en forma de indicadores (Cuadro 10).

C. Resultados Logrados Estadísticas generadas por cada sistema.		
Indicadores	Fuentes a consultar	Datos de campo (cuanti-cualitativos)
1. Cobertura	De Área programática. Sistema de Turnos, tiempo de espera.	
2. Accesibilidad	Geográfica, económica, administrativa, cultural.	
3. Calidad	- PNCS (Programa Nacional de Calidad en la Atención de Salud). - Directrices de Organización y Funcionamiento de Gestión de Enfermería y Marco de los Cuidados Progresivos.	
4. Participación Comunitaria	Existencia de redes, integración de profesionales enfermeros en ellas.	
5. Programas ejecutados	Programas específicos verticalizados que se multiplican al infinito dificultan la atención con enfoque APS y la identificación del funcionario o profesional de referencia. Los resultados siguen siendo asimétricos e inequitativos, se carece de asesoramiento técnico, de personal capacitado para implementarlos y la comunidad no participa.	
6. Diag. Médicos	Prevalentes del Área programática. Registrados en Historia Clínica individual y familiar, en papel o digital	
a. Enfermedades Transmisibles		
b. ENT		
7. Diag. Enfermeros		
a. Reales		
b. Potenciales		
8. Competencias de Enfermería	Prevalentes del Área programática. Registradas en Historia Clínica y otros formularios.	
Asistencia		
a. Intervenciones Autónomas	Ley 24004 (Ver Marco legal en este documento).	
b. Intervenciones Delegadas	Incluye tareas delegadas a otros miembros del equipo sanitario y Prescripciones a usuarios. Ambas por escrito.	
c. Intervenciones de Colaboración Transdisciplinaria.	Formularios que contienen dichas actividades hechas por el personal de enfermería.	
Docencia		
d. En servicio.	Al equipos sanitario	
e. A usuarios	Al agente de AC-CD, Flia., red comunitaria.	
Gestión de recursos y la atención.		
Investigación de problemas que la Enfermería puede resolver, de la asistencia y de la gestión enfermera.		

Cuadro 10. Lista de Chequeo de Resultados de un Sistema sanitario.

[Guía para práctica de campo basada en Soto (2014)]

D. Retroalimentación-Retroacción al mismo Sistema sanitario

Se fundamenta la información recopilada y compendiada (conglomerado) de los Resultados cuanti-cualitativos y retroactúa sobre el sistema proponiendo ajustes y mejoras mediante un proyecto tradicional o estratégico tipo DAFO-CAME (Cuadros 5a y 5b).

Modelo de Sistema aplicado a la EC

Hall y Redding (1990) proponen aplicar el Modelo de Sistemas a la Enfermería comunitaria a la que denominan Enfermería distributiva en alusión al principio participativo del Enfoque APS. Estas autoras definen los elementos del Objeto de estudio de la Disciplina profesional Enfermería.

Elementos del Objeto de Estudio de la Enfermería:

Se representan con los colores asignados por Soto (2014, prólogo) a los elementos del Metaparadigma Enfermería, definidos por Hall y Redding:

Enfermería Comunitaria:

Provisión de servicios de enfermería a sistemas sociales de manera culturalmente aceptable para optimizar estilos de vida saludables". También como una orientación filosófica, un sistema de creencias (APS).

Enfermera/o Comunitaria/o

Son también sistemas humanos que necesitan desarrollar características personales y profesionales que mejoren su función como persona-enfermera-ciudadana. Esto dependerá de su nivel de formación académica: Profesional y Especialista (pp. 4 y 8).

Identifica con la comunidad requerimiento de cuidado utilizando criterios epidemiológicos, de resiliencia y otros modelos complementarios del Enfoque APS.

El PAE, desde esta perspectiva, es el PAEC que organiza los pasos a seguir y fomenta la participación proactiva de los destinatarios. Se trata de una intersubjetividad compartida, que surge del auténtico compromiso de

enfermera/o para “estar con” y “actuar con” la comunidad, dirigido a metas mutuas que son medibles. El cuidado profesional procura el desarrollo del potencial propio y de los usuarios y la toma de decisiones sea mutua, respetuosa y responsable (p. 7). Exige determinar las necesidades de poblaciones, fijación de prioridades en los más vulnerables y desarrollar proyectos que representen el mejor uso posible de los recursos disponibles.

Grupos humanos

Los Seres humanos constituyen en sí mismos un sistema. Poseen una estructura bio-psico-social organizada como totalidad respecto de cada una de sus partes y partes respecto de otros sistemas más complejos. La cultura de pertenencia determina la dinámica grupal y las formas de AC/CD de otros a cargo. Cada persona/comunidad tiene derecho al cuidado de fácil acceso y cobertura universal. Sin embargo, a veces requiere de nuevos aprendizajes, estilos de vida y bienestar para sí mismos y para otros (p. 6). Los usuarios son considerados en términos de “redes sociales” en lugar de individuos aislados.

Contexto

Toda situación en la cual los grupos humanos tengan un problema que la Enfermería puede resolver. Los lugares de práctica incluyen “Agencias de atención enfermera” (Orem), atención ambulatoria y en la comunidad, además de los servicios hospitalarios tradicionales.

Objetivo del cuidado enfermero

Debe apuntar a la Calidad de Vida que implica armonía cuerpo-mente-contexto, aceptar la incertidumbre, asumir compromiso con hábitos saludables y tener autonomía para el AC/CD, manejar el estrés y buscar relaciones humanas satisfactorias, así como encontrar un propósito. Se enfoca en la salud más que en la enfermedad pero, no solo en la salud que, si bien es un derecho, no debe ser una imposición (p. 5).

Expectativas para un/a enfermero/a comunitario/a

Bárbara Redding aclara que difieren según el nivel académico alcanzado (p. 9):

Profesional

Licenciada/o de enfermería (Argentina) aplica conocimientos básicos y actitudes éticas y competencias clínicas, docentes, gestoras e investigativas en beneficio de los sistemas humanos. Necesita un marco conceptual de referencia que incorpore en forma significativa una gran variedad de teorías (Orem, Leininger) y conceptos apropiados del Enfoque APS, Modelo de Sistemas. Este marco de referencia es la base para la intervención en el Sistema social.

Especialista

Profesional enfermero experto con experiencia clínica y educación de posgrado (Especialidad, Maestría y/o Residencias en EC). Posee base científica, conocimiento específico y experticia para generar cambio social. Hall (p. 95) refiere a la naturaleza del PAEC como un “conjunto de acciones en un orden especial que muestra un cambio constante”. Evalúa eficazmente y “modifica el proceso para alcanzar fines”. Menciona las destrezas de la EC requeridas. Aplica además, procesos de comunicación, educación-aprendizaje, administrativo e investigativo. Maneja simultáneamente destrezas cognoscitivas, interpersonales y técnicas para brindar servicio; desarrolla su rol como facilitador/a del desarrollo potencial para autocuidarse y cuidar de otros de forma culturalmente aceptable en colaboración con usuarios y colegas (Cuadro 11).

Proceso	Definición	Meta	Etapas	Datos Complementarios
Percepción	Formulación de percepciones.	Concientizar	1 Advertencia 2 Análisis 3 Síntesis 4 Reconocimiento	Impresiones cognoscitivas captadas por los sentidos.
Comunicación	Compartir el significado para influir el comportamiento	Cambio de sí y de los demás.	1 Internacionalidad 2 Codificación 3 Selección de Canal 4 Trasmisión 5 Decodificación 6 Interpretación 7 Retroalimentación 8 Circularidad	Relacionada con percepción. Lograr el entendimiento o el cambio en el comportamiento de uno mismo o los demás.
Cuidado	Responsabilidad por las necesidades de los demás.	Recuperar la salud.	1 Reconocimiento 2 Respuesta 3 Recursos 4 Reciprocidad	Relacionada con comunicación. Necesario empatía, comprensión y aceptación mutua.

Proceso	Definición	Meta	Etapas	Datos Complementarios
Conocimiento	Metamorfosis de ideas.	Búsqueda de conocimientos.	1 Percepción 2 Incorporación 3 Reconfiguración 4 Percepción Modificada	Es corporativo no aditivo. Sirve para el juicio clínico e intervención de enfermería.
Solución de Problemas	Búsqueda de soluciones a dilemas.	Logro de objetivos.	1 Identificación del Problema 2 Prioridades 3 Objetivos, metas. 4 Compromiso 5 Enfoques Alternativos 6 Selección de medios 7 Identificación de criterios 8 Implementación 9 Evaluación	La meta es la solución o mejora de problema identificado y ayudar a entrar al Sistema de Salud.
Normación	Sistematización de complejidades.	Organizar.	1 Pre-normación: Ideas 2 Análisis/Síntesis 3 Evaluación. Nuevas normas.	Compromiso con clasificación de información para hacerla comprensible
Creatividad	Involucración en actividades para alcanzar resultados.	Innovar.	1 Impresiones 2 Involucración 3 Incubación 4 Discernimiento 5 Innovación	Permite realizar un plan.
Evaluación	Actuación en armonía con un conjunto de principios interrelacionados	Conducta lograda. Toma ética de decisiones.	1 Elección 2 Premiación 3 Actuación	Basada en la cultura de la comunidad permite su autonomía.

Cuadro 11. PAEC-Proceso de Atención Enfermera Comunitario.

[Hall (1990)]

Capítulo 5.

Enfermería Escolar.

Se necesita un pueblo para criar a un niño.
(Proverbio africano).

Definición

Rama especializada de la Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud mental y Enfermería Comunitaria. Es nexo entre el Sistema sanitario y el Sistema social local y una oportunidad de cambio asistencial basado en APS.

Su ámbito de desempeño específico es un consultorio ubicado en un establecimiento escolar. Su usuario es la Comunidad educativa adulta (Directivos, docentes, personal auxiliar, padres o tutores) y alumnos.

Sus intervenciones están basadas en principios del Enfoque APS, científicos, humanísticos y éticos que fundamentan su respeto a la vida. Y en el caso de los alumnos, sanos o enfermos, acompaña en su proceso vital de crecimiento/ desarrollo saludable acorde a su situación y cultura; en acuerdo con los adultos o *agentes de cuidado dependiente* a cargo y desde el abordaje integral.

Funciones generales

Promoción de comportamientos saludables, educación para el AC/CD.

Control y mantenimiento de la salud.

Prevención de situaciones de riesgo para la vida/salud.

Derivación al NAS en casos de urgencia-emergencia.



Fig. 23 Enfermería Escolar

Seguimiento de situaciones especiales en terapéuticas prescriptas y niñas/os y adolescentes con capacidades diferentes.

Funciones específicas:

Comunicación, Asistencia, Gestión, Docencia e Investigación adaptadas a:

Programas de APS escolar vigentes.

Coordinación entre Sistema Educativo, Sanitario y Social local.

La cultura institucional, comunitaria y familiar de la comunidad educativa.

El nivel educativo de la institución escolar y sus métodos didácticos prevalentes.

Los requerimientos de cuidado universal, del desarrollo y situacionales propios de esa comunidad.

**Niños y adolescentes aprenden mejor
cuando están bien cuidados.
Los enfermeros escolares lo hacen posible**

Antecedentes

Ahmed Nasser (2011, p. 10)⁸⁸ ubica esta denominación en 1891, durante el Congreso de Higiene, realizado en Londres, cuando en parte del discurso del prestigioso médico higienista Malcolm Moris, miembro de la Asociación Médica Británica, reconoció “la necesidad de esta figura y los beneficios de que el personal de enfermería esté regularmente en los colegios públicos del estado para revisar la salud de los escolares y sus enfermedades infectocontagiosas”. Sin embargo, Engracia Soler (p. 4)⁸⁹ menciona a las pioneras de la enfermería escolar:

88 NASSER LAO (2011). “La Enfermería Escolar. Una necesidad sentida”. Tesis de Maestría en Ciencias de la Enfermería. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. <https://lc.cx/08-Rlm>

89 SOLER PEM (2022). “Marco contextual de la Enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional”. Consejo General de Enfermería. ACISE-Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar y ACEESE- Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar. <https://lc.cx/2JxmOf>

Violeta Honnor Morfen.

Enfermera comunitaria inglesa, formada en Higienismo científico, luchadora del sufragio femenino y editora de libros para enfermeras (*Cómo convertirse en enfermera y cómo tener éxito*, 1890); emprendió las campañas de reconocimiento de la Enfermera Escolar, originó y puso en práctica el *Sistema de enfermería escolar* y fundó *Sociedad de Enfermería Escolar de Londres* durante 1897.

Pero, al igual que sucede hoy en nuestro país, la enfermera distrital de los *workhouses enfermeries* debía salir a las escuelas para realizar sus intervenciones. Por ello, Sociedad de Enfermería Escolar de Londres, sostenía:

Las enfermeras distritales deben ir a las escuelas más pobres y atender las pequeñas dolencias del alumnado a contra reloj, pues en un solo día tienen que ver una media de cuatro centros escolares y a más de cien alumnos por centro, uno por uno. Si con la ratio existente, la enfermera está mejorando la salud de la comunidad escolar, es más que probable que mejorase más si se progresaba en esta especialidad y se dotase a los centros con enfermeras a tiempo completo.

En 1899, dicha asociación profesional estableció las principales funciones y responsabilidades de la Enfermería escolar:

- Asistir dolencias menores y la higiene de escolares.
- Supervisar hogares e instruir a madres en cómo cuidar a su hijo/a.
- Prevenir la propagación de enfermedades contagiosas.
- Detectar precozmente síntomas de cualquier enfermedad.
- Proteger a alumnos enfermos.
- Prevenir que alumnos sanos enfermen.
- Combatir la ignorancia de las madres.

En el mismo año el Reino Unido reguló la Enfermería escolar. Los miembros de dicha asociación profesional trabajaban en establecimientos educativos de nivel primario con permiso oficial para ingresar a las escuelas. En 1918 aparece en la Ley de Educación inglesa y la figura de la enfermera escolar se extiende por el mundo. A principios del siglo XX, en la ciudad de Nueva York un centenar de médicos higienistas revisaron miles de los alumnos en un centro público

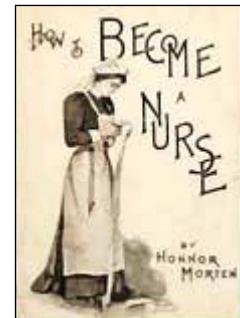


Fig. 24 Libro (Honnor 1890)

de la ciudad para lograr controlar la propagación de diversas enfermedades contagiosas que afectaban a los menores en ese momento. Tras enviarlos a sus casas junto a un comunicado dirigido a sus padres o tutores para que los aislaran en su domicilio y seguir un tratamiento, las indicaciones no eran cumplidas y los escolares seguían teniendo contacto con otros niños y acudiendo a las aulas.

Lillian Wald

Pionera de la Enfermería Comunitaria, laboral y escolar. También activista del sufragio femenino y apoyo en la lucha de su colega Margaret Sanger por el derecho femenino al control de la natalidad. Acuño el término “Salud Pública”. En 1895 fundó el Establecimiento enfermero de la calle Henry, donde con Lina Rogers y otras enfermeras proveían cuidado holístico progresivo en los hogares de inmigrantes sin recursos al suroeste de Manhattan. Para el año 1905, la enfermería de la calle Henry, tenía a cargo 18 distritos e incluyó a los residentes de color.

En el año 1902, Wald fundó la primera Carrera de Enfermería en Salud Pública y en 1912, funda la Organización Nacional de Enfermería Pública y fue su primera presidenta. Wald creía en la importancia de la salud comunitaria y sus beneficios, y que el resultado obtenido en los hogares podría conseguir mayores logros si se aplicaba en las escuelas (p. 5).



Fig. 25 Wald (1895)

Lina Rogers Struthers

En 1902, atendió a 10.000 escolares en cuatro escuelas de Nueva York, realizando intervenciones de educación en higiene, prevención de enfermedades contagiosas y asistencia, sobre todo en problemas de audición y aprendizaje de los escolares. Estas intervenciones disminuyeron el ausentismo escolar de manera notable en ese año. En 1917, publicó el primer libro de Enfermería Escolar, titulado *La Enfermera Escolar, un estudio de los deberes y responsabilidades de*



Fig. 26 Rogers (1902)

la Enfermera en el Mantenimiento de la Salud, la perfección física y la prevención de enfermedades de los escolares" (Schumacher 2002)⁹⁰.

En 1909, el experimento de Rogers inspiró nuevos estudios en Detroit, Estado de Míchigan y en Boston, Estado de Massachusetts). Ambos experimentos consistieron en introducir a jornada completa y durante un año, a dos enfermeras en una escuela para controlar el ausentismo escolar por enfermedades físicas y contagiosas, con tal éxito que incorporaron una tercera para cubrir mejor todas sus funciones.

En 1926, otra investigación demostró que la cooperación de alumnos, padres y profesores, agregaba mayor eficacia de la educación sanitaria cuando la enfermera escolar enseñaba a las docentes pautas de conducta saludable que, a su vez, debían usar para instruir a sus alumnos. Luego la enfermera instruía a los alumnos sobre aspectos específicos y puntuales según las necesidades de estos. El estudio destacó el papel de la enfermera escolar en controlar el ausentismo por enfermedad, valorando la situación de salud. La información recolectada en registros individuales (Historia Escolar) por la enfermera era compendiada y compartida con el equipo sanitario, docente y padres, alcanzando un abordaje completo en la salud infantil y la educación sanitaria de los adultos responsables.

En los '80 se constituye la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares (NASN)⁹¹ y se crearon programas de posgrado en la especialidad.

Contexto internacional de Enfermería Escolar

Ya se ha mencionado la experiencia de Inglaterra y EEUU. A ello se agregan países que formaron parte del Imperio británico: Irlanda, India, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, EEUU y Canadá. Asimismo en países como Japón, Francia, Alemania, Finlandia y Suecia el rol enfermero en comunidades educativas está



Fig. 27 Rogers (1895)

90 SCHUMACHER C (2002). "Lina Rogers. Pionera en Enfermería Escolar. National Association of School Nurses, 18(5): 247-249. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10598405020180050101>

91 Nota: NASN-National Association of School Nurses. <https://www.nasn.org/home>
Journals <https://www.nasn.org/membership/benefits/members-journal-subscriptions>

consolidado. Soler describe la evolución de la Enfermería escolar en algunos de ellos (p.6).

El caso España

Soler describe en forma detallada el contexto español (pp. 10 y 21) y sostiene que la lucha organizada por asociaciones científico-profesionales de Enfermería escolar viene de una trayectoria histórica relativamente tardía y lenta, para el reconocimiento nacional. Es uno de los países europeos con menos enfermeras escolares, aprox.1000 para 8 millones de alumnos, Relación 1Enf. /8.000 alumnos, cuando lo recomendado es 1/800. Informa que, por el momento, solo existen profesionales enfermeros en algunos colegios públicos de educación especial y colegios privados, pero no existen normativas ni ley estatal que regule qué colegios han de contar con un/a enfermero ni de qué organismo deben depender. Desprotegiendo así los derechos laborales de estos profesionales y el derecho a la salud de la comunidad desde la infancia. Esto se debe a la falta de voluntad política y desconocimiento de la importancia de contar con enfermeras en los colegios para el desarrollo general del país.

En Latinoamérica, Soler (p. 8) refiere a *países* cómo: Panamá, Puerto Rico, Cuba, Colombia, Chile y Perú donde existen programas de Enfermería Escolar dependientes de ámbitos gubernamentales de educación basados en EPA (Educación enfermera Para el Autocuidado).

El caso Colombia. No tiene enfermeras en los colegios, pero ha creado en 2021 la SCIENCEE (Sociedad Científica Colombiana de Enfermería Escolar).

El caso Chile. Desde 1985 existe la SOCHIESE (Sociedad Chilena de Enfermería y Salud Escolar).

El caso Perú. El Colegio de Enfermeros del Perú, elaboró un censo de enfermeras escolares e impulsó la Enfermería Escolar desde el 2019, derivándose en la Ley Nº 31317/21 que incorpora al profesional en enfermería en la comunidad educativa.

El caso Brasil. Rasche y Dos Santos (2013)⁹² marcan que ya en 1936, la prestigiosa enfermera comunitaria formada en EEUU, Edith de Magalhães Fraenkel publica La Enfermería escolar y su objetivo, donde la define como una especialidad de la Enfermería, detalla sus funciones, actividades principales y

92 RASCHE AS y DOS SANTOS MSS (2013). “Enfermagem escolar e sua especialização. Uma nova ou antiga atividade”. Rev. Brasileira De Enfermagem, 66(4), 607–610. <https://www.scielo.br/j/reben/a/3fJ8zrSXSFdJP77s6yw6yyS/?lang=pt#>

requisitos necesarios para el ejercicio de esta. Fraenkel también presentó un programa para el curso de especialización en Enfermería Escolar. Pero recién con el Decreto N° 6.286/07, los Ministerios de Educación y Salud brasileños implementan el Programa Salud en la Escuela (PSE) en el que incluye a enfermera/o en el ámbito escolar.

Contexto nacional de Enfermería Escolar

Representa un nuevo campo de conocimiento y práctica avanzada profesional en construcción, en nuestro país muy pocas instituciones escolares cuentan dentro de su planta con una enfermera/o. Para la población general y de las comunidades educativas en particular el rol de un/a enfermero/a escolares una prolongación de las tareas que hace en un hospital, es decir, cuidar alumnos enfermos y resolver accidentes o imprevistos en materia de salud. Desconociendo las competencias profesionales de gestión, docencia e investigación profesional y las funciones de promoción y prevención.

Marco legal de la Enfermería Escolar

Ley N° 26.061/05 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (HCNA 2005)⁹³.

PPyCAE-Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo o Pedagogía del Cuidado del Ministerio de Educación de la Nación argentina (MENA 2023)⁹⁴. Marco normativo y recursos educativos que promueven la participación estudiantil en su autocuidado con perspectiva integral (Orem, Leininger). Aborda problemáticas de salud mental (violencia, suicidio, consumos problemáticos).

PROSANE ex Programa Nacional de Sanidad Escolar, re-denominado como Programa Nacional de Salud Escolar en 2015 desde el Ministerio de Salud nacional (Res. MSNA 439/08 y Res. 11/15, art. 1)^{95 96} Determina una política integrada de cuidado y educación, dirigida a infancias y adolescencias de nivel

93 HCNA (2005). "Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes". BO 26/10/05, N° 30767, p. 1. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778>

94 MENA-MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA (2023). "PPyCAE-Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo o Pedagogía del Cuidado". <https://lc.cx/P3K8F1>

95 MENA (2008). "Resolución N° 439. Programa Nacional de Sanidad Escolar". BO 21/05/08, N° 31409, p. 26. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=97EB0272BEF2C99EEF43D8DF-891768B2?id=140793>

96MSNA (2021). "CIS-Control Integral de Salud destinado a niñas, niños y adolescentes en edad escolar. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/Planilla_de_Control_Integral_de_Salud_11-2021.pdf

inicial, primario y secundario. Depende de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

En 2018 estaban adheridos por convenio 18 provincias y 20 municipios de la Provincia de Buenos Aires. Las restantes 5 provincias y CABA desarrollaban acciones sin convenio directo con el Ministerio.

El Programa Nacional de Salud Escolar se enmarca dentro de la estrategia de APS en el 1º NAS con articulación a los demás niveles de atención. Contempla el CIS-Control Integral de Salud (MSNA 2021)⁹⁷ que incluye datos sobre evaluación clínica mediante entrevista y examen físico, antropométrica, odontológica, oftalmológica, fonoaudiológica, control del carné de vacunas- aplicación de dosis pendientes, repitencia-sobreedad. Actividades que el profesional enfermero puede valorar en su consultorio escolar de forma clínica y derivar los alumnos con problemas al especialista correspondiente (PROSANE 2021, Mod. 1)⁹⁸.

**Si bien pretende el fortalecimiento del vínculo entre escuela y centro de salud,
No prevé la importancia de contar con enfermeras/os en cada institución educativa**

El censo poblacional INDEC (2010, CP1) vivían en el país aprox. 40.117.096 personas, de las cuales 10.426.732 (26%) tenían edad escolar y cuya proporción entre varones y mujeres era similar.

Años	Nº	%
5-9	3.381.219	8
10-14	3.503.446	9
15-19	3.542.067	9
Total	10.426.732	26

Fig. 28 Población de edad escolar
(INDEC 2010, Cuadro P5)

97 PROSANE- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR (2021). "CIS-Control Integral de Salud". Manual de Implementación. Módulo 1. Ministerio de Salud. file:///C:/Users/PC/Downloads/Manual_de_implementacion_Modulo_1_11-2021.pdf

98 LUCONI GVM et al. (2015). "Situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la república argentina". Programa Nacional de Salud Escolar PROSANE. Dirección Nacional de Medicina Comunitaria. Secretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación. https://lc.cx/kj_fIA

Verónica Lucconi et al. (2015, p. 4)⁹⁹ informan la situación de salud según PROSANE 2013. Algunos datos publicados fueron:

Cobertura de salud

Solo se informa niños/as y adolescentes de 5 a 14 años, 46% de los cuales tienen cobertura estatal. Están distribuidos de forma heterogénea. Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes, Salta, Misiones, Jujuy, San Juan y San Luis superan la media nacional el resto tiene menor cobertura estatal.

Estructura del Sistema educativo nacional

Según datos del Ministerio de Educación de 2013, el Sistema Educativo argentino contaba con 23.637 escuelas primarias en su mayoría de gestión pública y poco menos de la mitad de las escuelas primarias plurigrados se encuentra en zonas rurales (<2.000 habitantes) y Santiago del Estero y Catamarca son las que tienen la mayor proporción de estas.

Grado de escolaridad

Solo informa de niños de 6 a 11 años, el **99% (4.062,968) asiste a un establecimiento educativo** y es un indicador homogéneo comparando provincias.

Educación intercultural.

La misma fuente dice que en 2012 había **743 unidades educativas abiertamente interculturales bilingües de nivel primario**, principalmente en las regiones NOA y NOE, pero no consideran las escuelas rurales que reciben alumnos procedentes de pueblos originarios en el resto de las provincias.

Tasas de mortalidad y causas

Los datos sobre mortalidad en los niños, niñas y adolescentes en edad escolar son bajas (0,3%) en relación con los 15 años cuya tasa de mortalidad comienza a sufrir aumento. No obstante, sí **tendrán un efecto en el mediano a largo plazo** problemas tales como el sobrepeso/obesidad, odontológicos u oftalmológicos que tendrán una consecuencia negativa en el aprendizaje y el transcurrir de su vida. Las principales causas de muerte de 5 a 14 años fueron en orden a la frecuencia los **accidentes, suicidios, tumores malignos, malformaciones congénitas e infecciones respiratorias agudas bajas**. En el caso de los **accidentes**

⁹⁹ SISSA-Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050210/prosane_intro.jsp

es la principal causa de muerte en este grupo de edad, en el cual el riesgo de morir **en varones es un 70% mayor**.

Problemas prevalentes

En el PROSANE de **2013** y **2017** fueron los odontológicos, sobrepeso/obesidad y visuales.

Ineficaz gestión-coordinación intersectorial del PROSANE en el 1°NAS

Cada jurisdicción adherida al PROSANE presentó un informe de gestión de CIS-Control Integral de Salud. En 2013 fue aplicado a 184.700 (3%) niños/as y adolescentes en 19 provincias. En 2017 fueron 159.810. Cifra mucho menor teniendo en cuenta el aumento poblacional operado en 4 años. Tampoco brinda certeza de la aplicación, eficacia para desarrollar promoción de la salud ni guarda relación costo-eficiencia y cuya evaluación evidencia sesgos producidos por inconsistencias en el llenado de las planillas en provincias excluidas del análisis por mala calidad del dato

El PROSANE termina así, contradiciendo los principios del Enfoque APS, impidiendo evaluar las dimensiones del Sistema de Salud y del Educativo, desviando la mirada hacia el viejo y tradicional modelo medicalista, fragmentado en la interdisciplina, simplificado a la suma de partes sin conseguir la compleja integralidad humano-contexto, produciendo superposición de programas y de registros-documentación (Formulario CIS nacional vs Libreta de salud¹⁰⁰ e Historia Clínica Digital provincial (Ver Fig. 44 y 45 de Anexo).

Y en definitiva, reduciendo el control de salud escolar a un trámite burocrático, mediante acciones transversales, inconexas entre sí que impiden evaluar diacrónicamente el cuidado progresivo y seguimiento posterior.

Si bien el discurso de las políticas argentina, mencionan la articulación ministerial entre Salud y Educación, en el terreno, dicha coordinación brilla por su ausencia.

En base a lo anterior, cabe preguntar al PROSANE:

100 Nota: Algunas provincias usan Libreta de Salud en poder del usuario. La de San Luis registra datos desde la concepción hasta muerte. Es requerida por el Registro Civil para inscripción del Recién Nacido. Es obligatorio presentarla en cada control de salud. Fuente: MSSL (1984-2023). "Ley N° III-0066. Libreta de Salud" BO 19/11/84 de Id SAII: LPD0004583 <http://www.saij.gob.ar/LPD0004583>

¿Es más barato y eficiente coordinar con la Dirección de Enfermería del Ministerio y reemplazar la actual dinámica de trabajo en el 1º NAS por la Valoración clínica integral y progresiva realizada por profesionales enfermeros que se desempeñen a tiempo completo en establecimientos educativos, que realicen el CIS y deriven casos a otros profesionales mediante el Portal Puntano 4.0 conectado con el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA)¹⁰¹ y ejerzan de nexo comunicacional en la red comunitaria intersectorial, interdisciplinaria y entre ministerios?

Condiciones de posibilidad para la Especialidad Enfermería Escolar

Las enfermeras juntas. Una fuerza para la salud mundial es el lema 2023 del CIE- Consejo Internacional de Enfermería. Esta idea sintetiza la visión que debe prevalecer para lograr salud para todos y con todos, empezando en la escuela. Esta asociación internacional reconoce la especialidad en Enfermería Escolar y Educación Escolar. Sin embargo, no existe una definición de competencias universales ni su presencia está en todos los países ni escuelas (Soler 2022, p.77). Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a todos los países del mundo a aplicar Enfermería escolar en las escuelas de cada país.

También, la posición de la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares (NASN, por sus siglas en inglés)¹⁰² es que todos los niños en edad escolar deben tener en la escuela el acceso a un/a profesional enfermero/a (Licenciado/a), graduado de una universidad acreditada y matriculado/a. Estos requisitos constituyen la preparación mínima necesaria para ejercer la Enfermería Escolar en EEUU.

En los últimos años se ha percibido que el Sistema de Salud argentino es burocrático, ineficiente e ineficaz en la aplicación del Enfoque APS desde el 1º NAS y poco participativo con comunidades educativas. Al mismo tiempo, se desaprovechan las competencias técnico-profesionales enfermeras debido a

101 NAS-NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES (2021). “Educación, licencia y certificación de enfermeras escolares”. Revisado en enero. <https://www.nasn.org/nasn-resources/professional-practice-documents/position-statements/ps-education>

102 OMS/OPS y UNESCO (2022). “Directrices sobre los servicios de salud escolar”. Versión oficial en español. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=

que es humanamente imposible responder a la demanda espontánea del 1°NAS en un CIC o CAPS y al mismo tiempo estar en la/s escuela/s a cargo.

Están frustradas/os por la ausencia de calidad del cuidado, la imposibilidad de prevenir situaciones prevenibles y la falta de tiempo para brindar educación a personas en edad escolar en particular y de la comunidad educativa en general.

**Sin olvidar que un/a enfermero/ trabaja
para los dos ministerios (Salud y Educación)
...por la misma remuneración laboral**

Importancia de la Enfermería Escolar mundial

La OMS sostiene que existen muchas razones por las que los servicios de salud escolar ocupen una posición única para contribuir a la salud y el bienestar de niñas, niños y adolescentes en edad escolar; sin embargo no reciben el cuidado de sus requerimientos primordiales que merecen. En este sentido ha publicado las primeras Directrices sobre los servicios de salud escolar (OMS/OPS, UNESCO 2022)¹⁰³ que contribuyen y expresan la recomendación sin reservas de implementar servicios de cuidado escolar.

Su objetivo es ayudar a crear un lenguaje común en torno a este tipo de servicios, promover la atención basada en la evidencia a través de su catálogo de intervenciones, fortalecer las profesiones de enfermería escolar y las referentes a la salud escolar en todo el mundo y, en última instancia, servir para mejorar la salud de los niños.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS 2023)¹⁰⁴ también ha demostrado interés en esta nueva competencia de la Enfermería, invitando a compartir las vivencias relacionadas para una publicación acerca de las contribuciones de los profesionales de la Enfermería a la salud escolar. Debido a que las experiencias extranjeras y nacionales publicadas son escasas, aisladas,

¹⁰³ OMS/OPS y UNESCO (2022). "Directrices sobre los servicios de salud escolar". Versión oficial en español. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁰⁴ OPS/OMS (2023). "Contribuciones de los profesionales de enfermería a la salud escolar". <https://www.paho.org/es/noticias/7-7-2023-contribuciones-profesionales-enfermeria-salud-escolar>

heterogéneas e inconexas. Sin embargo, sirven como evidencias que apuntan a un proceso de especialización, lenta pero progresiva de concientización social acerca de la importancia del rol enfermero en el cuidado de personas en edad escolar.

Importancia de la Enfermería Escolar argentina

Al respecto de lo anterior, la Enfermería argentina está tomando conciencia de su potencial profesional para realizar prácticas efectivas e innovadoras que pueden mejorar la cantidad y calidad asistencial, tales como trabajar a tiempo completo con instituciones educativas.

Cada vez es más frecuente ver a colegas siendo agentes de cambio, participando en la mejora de políticas de salud, aportando evidencias para que políticos y funcionarios entiendan dónde la Enfermería puede tener mayor impacto y cómo abordar obstáculos a fin de mejorar la economía nacional mediante la EPA (Educación enfermera para el AC/CD) y la detección temprana de factores de riesgo para evitar situaciones que requieran hospitalización o tratamientos especiales ya que conoce el contexto socio-cultural y sus necesidades.

Un punto de partida para el reconocimiento de la figura de la Enfermería Escolar son las leyes y resoluciones que ya se han logrado:

- 1) Ley del Ejercicio de la Enfermería (24004/91) reglamenta la matriculación para ejercer (Art.12º) y las especialidades de la profesión, creadas (Art. 7º y Res. 199/11) y a crearse.
- 2) Ley 27.712/23 de Promoción del desarrollo de la Enfermería brinda la oportunidad de aumentar la masa crítica para compensar el déficit cuantitativo actual y cubrir la demanda de profesionales enfermeros a tiempo completo en cada escuela.
- 3) Creación de la Dirección Nacional de Enfermería en el Ministerio de Salud Nacional (Res. MS 2621/21).
- 4) Varios proyectos de ley instituyentes de la figura *Enfermera Escolar a tiempo completo en intuiciones educativas* (Cuadro 12).

Año	Presenta	Distritos	Expte. Trámite	Nombre	Observaciones
2022	Diputados Frente de Todos SANTORO L, CASARETTO MP, MOYANO N, CAPARROS ML, LEIVA AA, PEREZ PLAZA EA, YUTROVIC C. Diputados UCR ASCARATE LI, MANES F. Diputado Frente de la Concordia SARTORI DH	Pcia.Bs.As. CABA, Chaco Entre Ríos Mendoza Misiones Santiago d. E. Tierra d. F. Tucumán	2293-D T 55	Programa de Enfermería y Salud Escolar.	Comisiones: EDUCACION (1 ^a Competencia) ACCION SOCIAL SALUD PUBLICA PRESUPUESTO Y HACIENDA Fuente: https://lc.cx/7-E5EN Texto: https://lc.cx/oPsY6w
2021	Diputados Frente de Todos BARROETA VÉÑA M, ROBERTO SL, MONTENEGRO V, FERREÑO CA y VELAZCO GONZÁLEZ L.	CABA	1358-D (En archivo)	Programa de Enfermería y Salud Escolar.	Fuente: https://lc.cx/z3mjnC Texto: https://lc.cx/8PvhJi
2020	Diputados Frente Renovador RODRÍGUEZ NR Asesores: MSP, UNM, Colegio de Profesionales de Enf.	Misiones	P. 53657 Cód. 471392	Programa de Enfermería Escolar	Texto: https://lc.cx/XMv61x
2020	Diputado Frente de Todos ALUME SBODIO KA Asesores UNSL: Esp. SOTO VERCHÉR MM (Prof. CLE-UNSL) Lic. PÁEZ RR (Sec. Bienestar Est.-UNSL)	San Luis	-	Programa Federal de Enfermería Escolar	Texto: https://lc.cx/mDcc1Q
2023 2017	Mov. Popular Fueguino VILLEGAS P y LÖFFLER D Asesores: Mgter. SEGUÍ CA (Direcc. prov. Enf.) Lic. SALOMÓN JM (Enf. Escolar) Enf. VALLS C (Enf. Escolar y maestra)	Tierra del Fuego, A e IAS.	49/23 55/21 66/19 489/17	Programa de Enfermería Escolar	Texto 55/21 https://lc.cx/3LUqul Texto 489/17 https://lc.cx/bBua5s

Cuadro 12. Proyectos legislativos sobre Enfermería Escolar en Argentina.
[Investigación de la Autora (2023)]

Ofertas Académicas de Enfermería Escolar

Lentamente, se ven avances en la formación técnica y profesional de enfermería, en la que aparecen contenidos relacionados con *Enfermería Comunitaria y Educación en Enfermería*. Aunque escasamente, aluden a comunidades educativas (Cuadro 13).

Sin embargo, los campos para las prácticas pre-profesionales suelen realizarse en escuelas o CAPS que brindan servicio a escuelas (UNSL, IESVU). También aparece el tema en algunos trabajos finales de grado (UNCu) y se presentan ofertas académicas de posgrado apenas relacionadas con la Enfermería Escolar.

Posgrado	Institución	Director/a	Dura	Ubicación
Especialización Enfermería Familiar y Comunitaria	UNC	Esp. CEVILÁN Sandra Roxana E. enfermeriaespecializacion@gmail.com	2 años	https://lc.cx/kDpVf4
Maestría Enfermería Familiar y Comunitaria	UNSE	Dra. ZÓTTOLA Lía liazot@yahoo.com.ar	2 años	https://lc.cx/HJ0udc
Especialización en Salud Pública y Ambiente	UNSL FCS	Dr. MACÍAS Guillermo Raúl Dra. CORREALuján posfcs@unsl.edu.ar	2 años	http://posgrado.unsl.edu.ar/?page_id=1763
Especialización en Primeras Infancias	UNSL FCH	Dra. IBACETA Débora Lorena Dra. DE PAUW Clotilde espprimerasinfaciasunsl@gmail.com	1 año	https://lc.cx/o0dZwh

Cuadro 13. Oferta de posgrado apenas relacionada con Enfermería Escolar.
[Investigación de autora (2023)]

Por el momento, solo se ofrecen posgrados de Enfermería Escolar online (Cuadro 14), con programas y duración muy diversa. Ninguno acreditado por la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria).

Posgrado	Institución	Dura	Ubicación
Curso postítulo de grado y posgrado de Enfermería Escolar	Mgter. BERNUCHI Jorge Alberto y Lic. LEIVA Norma (Profesores UBA- Universidad de Buenos Aires)	60hs	https://lc.cx/rFMlb6
Diplomatura universitaria de Enfermería en Salud Escolar	UCES- Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Argentina) cursosispec@uces.edu.ar Esp. Lic. José Manuel Anile (UNLa, Dpto. Salud Comunitaria) y Esp. Norma Rivarola Martínez (UNLa)	300hs	https://lc.cx/loHsmN
Maestría de Enfermería Escolar	TECH-Universidad Tecnológica. ACISE-Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar y ACEESE- Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar.	1.500hs	https://lc.cx/SCbGTM
Experto universitario en Salud Escolar	FUDEN Fundación para Desarrollo de Enfermería UCA- Universidad Católica de Ávila, España.	1.125 hs	https://lc.cx/XkBMD9

Cuadro 14. Oferta de posgrados online en Enfermería Escolar.
[Investigación de autora (2023)]

Experiencias de Enfermería Escolar en algunas provincias

El caso Santa FE

La Lic. Stella Maris García, del Colegio de profesionales de enfermería del sur santafesino fue una de las pioneras del Proyecto en 2008. Actualmente es Directora de Enfermera de la Municipalidad de Rosario, y desde 2019 arma legalmente la estructura como prestación de servicio de “Enfermería Escolar Rosario”. Está comprometidas con su concreción en Argentina.

El caso Río Negro

El decreto N° 764/84 que aprobó el Programa de Atención Escolar provincial y la Resolución N°390/92 del Ministro de Asuntos Sociales. El último decreto N° 204/1999 adecua la organización y normas vigentes en el ámbito educativo y de la salud pública nacional y provincial.

Confirma el uso de la Libreta de Sanidad Escolar para registrar un examen a niños de preescolar (5 años), cuarto y séptimo grado por un equipo sanitario y destinar carga horaria al personal de Salud Pública y del Consejo Provincial de Educación. La función de enfermería en el equipo se reduce a tareas de colaboración para el diagnóstico y tratamiento médico.

El caso Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Por el momento, la provincia solo dispone formación de Tecnicatura en Enfermería (N°11 Ushuaia y N° 35 Rio Grande). En este sentido, el Colegio Público de Profesionales de Enfermería está trabajando para incorporar el Ciclo Licenciatura desde 2019 con UNTF y Fundación Barceló.

El proyecto provincial de Ley de Enfermería Escolar es el primero en el país. Desde 2017 los diputados provinciales Villegas y Löffler fueron asesorados por el

Mgter. **Cristian Alejandro Seguí**, a cargo de la Dirección provincial de Enfermería local; el Lic. **Jorge Miguel Salomón** a cargo del Servicio de Enfermería Escolar de la Escuela Especial N° 1 “Kayú Chenén” y la Enf. **Carolina Valls** a cargo del Departamento de Enfermera escolar de la Escuela Eva Perón.

Esta última, ha creado el Proyecto “Hora Libre a la carta” que combina Literatura, música y salud dentro de las horas libres que tienen los distintos cursos. Se trabaja con promoción de la salud en modalidad taller y con las propuestas e intereses de los chicos. También tienen cultivo en cajón de plantas silvestres con propiedades medicinales.

El caso Mendoza

El IES-Instituto de Educación Superior 9-015 Valle de Uco-San Carlos posee un Proyecto denominado “Enfermería Escolar: un abordaje desde la investigación-acción” a cargo de **Rubén Pérez**, Jefe del área (El Cuco 2022)¹⁰⁵, y es llevado adelante por un equipo de profesionales de la salud y de áreas afines con participación de estudiantes de la Tecnicatura en Enfermería. Los



Fig. 29 Mgter. Cristian Seguí
Dirección de Enfermería (Pcia. TdF 2017)



Fig. 30 IES Valle de UCO
(Pcia. Mendoza 2022)

¹⁰⁵ EL CUCO DIGITAL (2022). ““Enfermería escolar. Un proyecto del IE- Valle de Uco comprometido con la salud de niños y trabajadores de las escuelas”. Subido al Diario Regional el 15/12/22. Valle de Uco, Mendoza. <https://lc.cx/DoM1T9>

destinatarios son alumnos, maestras, celadores, directivos y demás trabajadores de la comunidad educativa. Las actividades fueron aplicación del CIS, revisión de la Libreta de Salud, talleres de Salud Bucal, Primeros auxilios, ESL, Cuidado de animales y actividades recreativas. Incluye a los adultos de la institución, enfermedades relacionadas al trabajo, antecedentes clínicos, etc. Después se envía un informe con resultados obtenidos.

Los resultados preliminares señalan:

- Retraso en los controles de salud de un porcentaje considerable de niños.
- Problemas prevalentes: caries, sobrepeso, insuficiente visión y no poseen sin anteojos.

Y el equipo concluye que “sería útil la figura de la enfermera escolar en cada escuela como otros países”, aportando EPA (Educación enfermera Para el Autocuidado), previniendo problemas a mediano y corto plazo y disminuyendo el costo de la atención de las enfermedades que provocan.

El caso Misiones

La diputada provincial Natalia Rodríguez presentó en 2020 un proyecto de ley sobre Enfermería escolar con asesoramiento de enfermeras del Ministerio de Salud Pública, la UNM y el Colegio de Profesionales de Enfermería de la provincia.

Desde la Escuela de Enfermería de la UNAM se propone la Carrera de “Especialización en Promoción de Salud Integrativa” (Res. CS Nº 109/2017), dirigida por Mgter. Nora Jacquier (Dir. de Posgrado y Docente de Enfermería Comunitaria) y Mgter. Luisa Dos Santos como coordinadora, destinado a profesionales con título de grado. Esta carrera toca tangencialmente el abordaje comunitario en las “Prácticas saludables del niño y adolescente” (Mód. 4). La Lic. **Sandra Inés Sanabria** del NENI 2081 “Madre T. de Calcuta” y la Lic. **Carolina Ramírez** del Instituto Esperanza 0913 de educación especial y rehabilitación en Puerto Iguazú. Son enfermeras escolares que apoyan el Proyecto de ley “Programa Nacional de Enfermería escolar” y están comprometidas con su concreción en Argentina.

El caso San Luis

Desde 2001 la Carrera de Enfermería Universitaria de la UNSL y luego de incorporar el Ciclo de Licenciatura en 2012 ha conservado la tradición de

realizar las prácticas pre-profesionales de campo en instituciones educativas de la provincia. En la asignatura Introducción a la Gestión de enfermería la práctica de campo de 2011 se hizo en Escuela “Granadero J. M. Alcaraz” del paraje Balcarce, localidad de Cortaderas y en 2023 la práctica en terreno fue en la Escuela “Los Andes” de la localidad de Balde y el Colegio “Camino del Peregrino 2” de la Ciudad de San Luis.

Desde 2000 y durante diez años la Esp. Mónica Soto Verchér constituyó con otros docentes el PEPAC (Programa de extensión universitaria de Enfermería para la Promoción del Autocuidado con la Comunidad)¹⁰⁶, compuesto por cuatro proyectos aplicados en escuelas provinciales:

1. PCR-Proyecto Curso de Rescatadores. Seguridad del contexto y RCP básico.
2. PEHTA (Proyecto Pesquisa en Hipertensión Arterial en niños y adolescentes).
3. PECEs (Proyecto de Enfermería para Promoción del Autocuidado con Comunidades Educativas).

Nuevos campos de Enfermería, nuevas prácticas en Consultorios improvisados de Enfermería escolar como 1º Nivel de Atención de Salud. Se aplicó en Escuela “Maestros Puntanos”, Colegio “Fray L. Beltrán”, Escuela Normal “J.P. Pringles” y Centro Educativo “Maestras Lucio Lucero” en la Ciudad de San Luis. Incluía las siguientes intervenciones:

- a. EPA-Educación enfermera para el Autocuidado.
- b. 2003. “Campaña Manos a la obra. Manos limpias en ambientes saludables para los niños”. Destinado a Escuelas de Barrios: AMEP y Comedor Infantil “Sagrada Familia”, 9 de Julio, 1º de Mayo, Tibiletti, Rawson, Esc. Normal Mixta “J. P. Pringles”, Colegio “Don Bosco”.
- c. 2003. Curso “Higiene de Sectores. Prevención de la Hepatitis A y adecuada utilización de artículos de limpieza” destinado a personal



Fig. 31 EPA para AC.
(Soto 2009)

¹⁰⁶ SOTO VMM (2009). “PEPAC. Programa de Extensión de Enfermería para la Promoción del Autocuidado con la Comunidad”. Sitio Web. Teselaciones. <http://sotovercher.blogspot.com/p/pepac-programa-de-extension-de.html>

Nodocente de Servicios Generales y Jefes/as de Hogar, Esc. "J. P. Pringles", Comedor Universitario y Jardín Maternal UNSL.

- d. Valoración de Crecimiento, Pulso y TA, PAI, Higiene personal.
 - e. Valoración del Autocuidado Personal: Pediculosis, higiene de manos y bucal.
 - f. Valoración del Autocuidado Institucional: Higiene y seguridad edilicia.
 - g. Prevención de enfermedades o emergencias y solución de problemas emergentes.
 - h. EPA-Educación enfermera para Autocuidado y cuidado dependiente de los adultos a cargo de niños/adolescentes a cargo, manejo de emergencias, simulacros de evacuación.
4. PAHTA (Proyecto de Autocuidado en Hipertensión Arterial):
- a. EPA-Educación enfermera para el Autocuidado.
 - b. Curso de Medición de Tensión Arterial para la comunidad.
 - c. JCCET-Jornadas Cuyanas de Cardiología para Enfermeros, Técnicos y Comunidad. Consejo de Enfermería en Cardiología. SAC.

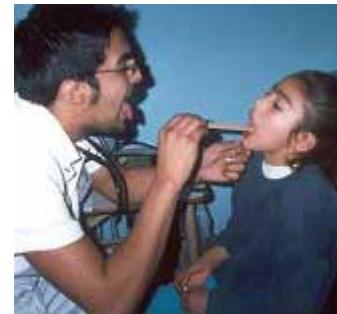


Fig. 32 Valoración Bucal
(Soto 2009)

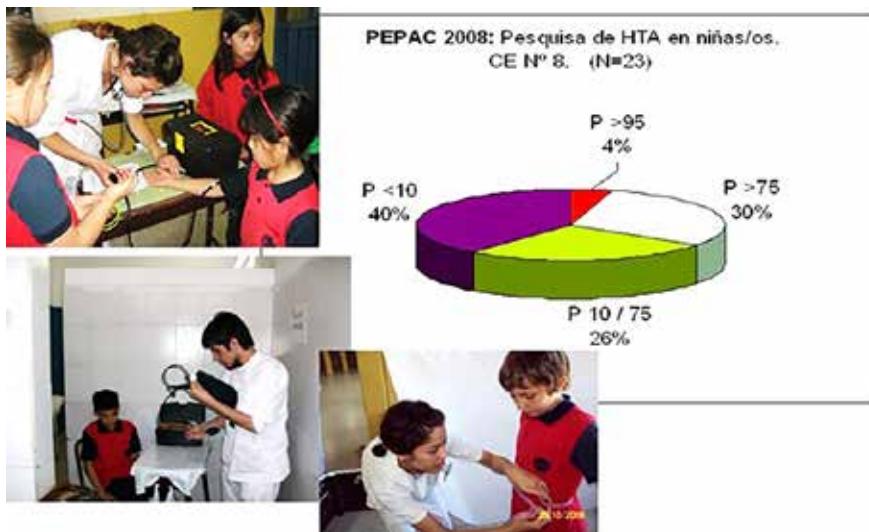


Fig. 33 PEHTA Proyecto Pesquisa en Hipertensión Arterial en niños y adolescentes.
(Soto 2009)

En 2018 la Carrera Licenciatura en Enfermería (FCS) colaboró con el Proyecto de Extensión de Interés Social “La Pedagogía Hospitalaria y las prácticas inclusivas con niños en situación de enfermedad”, dirigido por la Prof. Virginia Mariojouls (FCH) y destinado a dar continuidad educativa a niñas/os y adolescentes internados por medio de maestros voluntarios. La colaboración consistió en un Taller de formación para voluntarios relacionado con la prevención de infecciones intrahospitalarias, autocuidado personal y cuidado de familia y alumna/o.

Como ejemplo de la demanda de Enfermería a tiempo completo en cada escuela, La Lic. Mayra Romero Páez (Jefa de Enfermería del Htal del Bº Cerro de la Cruz) tiene que brindar servicio en el 1ºNAS a la demanda espontánea y a seis escuelas. En la Localidad de Balde, el CAPS, a 30km de la Ciudad de San Luis, cabecera del Área programática que cubre 80 kilómetros del Corredor Internacional argentino-chileno (Tramo Balde-Desaguadero) y dispone de una enfermera o licenciada un día a la semana para atender ocho escuelas rurales de nivel inicial, primario y secundario. Una de ellas es la “J.E Vacca” de Alto Pencoso a la que asisten miembros de la Cultura Huarpe.

En 2020 la Prof. Soto Verchér y el Lic. Raúl Páez (Secretario de Bienestar Estudiantil), asesoraron al diputado nacional por San Luis Karim Alume con un borrador del Proyecto que nunca presentó formalmente.

El caso Buenos Aires

Se ha creado la AEEA (Asociación de Enfermería Escolar Argentina)¹⁰⁷ con el fin de generar conciencia pública sobre la importancia de tratar el Proyecto de Ley de Enfermería Escolar. Para ello, usan formas digitales de comunicación y han creado una campaña publicitaria con el lema “Una Enfermera en cada escuela” y una petición mediante Change.org.

¿quién cuida a tu hijo/a en la escuela?

Fig. 34 Campaña de Enfermería Escolar (AEEA 2023)

Gladys Chávez dicta desde 2019 un curso de Enfermería Escolar en ISO (Instituto Superior Octubre, CABA) que se corresponde con el 3º año de la

107 AEEA- ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA ESCOLAR ARGENTINA (2023). https://lc.cx/li_dzW

Petición Change.org. <https://lc.cx/17mgGC>

Campaña https://www.youtube.com/watch?v=OpIbV_Ndafa

Tecnicatura Superior en Enfermería, desde un enfoque de Promoción, Prevención y Educación para la salud en el abordaje de las problemáticas juveniles situadas en el contexto escolar.

El proyecto de Ley fue presentado en la Legislatura de CABA durante 2021 por los diputados Barroetaveña, Montenegro, Roberto, Ferreño y Velazco González sigue en espera de tratamiento.

En 2022 los diputados Santoro, Casaretto, Moyano, Caparros, Leiva, Pérez Plaza, Yutrovic (Frente de Todos), Manes, Azcarate (UCR) y Sartori (Frente de la Concordia); representando a Pcia. Bs.As., CABA, Chaco, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. Con insistencia de colegas como de AEEA, Lic. Marcelo Adrián Tolosa (SITRE Enfermería, CABA-Bs.As., Tecnicatura Enfermería Cruz Roja filial Va. Dominico) y Christian Acosta (SITRE Enfermería, Vocal AECAF).

La Enf. Natalia Gallardo del Colegio Belgrano Day's School y Lic. Adriana Arancibia del Liceo franco-argentino "Jean Mermoz" en CABA, la Lic. Elvira Núñez del Saint George's College Quilmes son enfermeras escolares están comprometidas con su concreción en Argentina.

Conclusión Final

Por lo anterior, se concluye que la lucha por el reconocimiento de la Enfermería Escolar ha consistido en esfuerzos aislados, descoordinados e incompletos, como una idea del inconsciente colectivo en gestación. Lamentablemente, en Argentina no se percibe aun su importancia e impacto económico en la reducción de costo en tratamientos en el 2° y 3°NAS. Tanto los adultos como los alumnos son agentes de cambio social y, si se cuidan durante toda su escolarización, se obtienen resultados más eficientes, eficaces y efectivos que desde un CIC, CAPS o con campañas masivas.

Además, nuevos problemas emergentes de género, salud mental y social (violencia, adicciones, ESI) empiezan a identificarse en la escuela. Al mismo tiempo, estas preocupaciones conviven con problemas tan viejos como la pediculosis.

La hipertensión en adultos es una epidemia silenciosa pero médicos y pediatras no se miden TA en la consulta de niñas/os y adolescentes. No se pregunta por los alimentos que se dan en la copa de leche o en el quiosco

escolar ni la violencia física o emocional que se observa en clases y recreos. Esto solo lo saben los adultos de la comunidad educativa y lo podrían percibir los profesionales enfermeros que se desempeñaran a tiempo completo en las instituciones educativas.

En la crisis socio-económica en la que se encuentra sumergido el país, la educación sanitaria es nula o esporádica, inútil por sus características informativas, fruto de improvisación más que de desarrollo de un programa de educación para el AC/CD sostenido en el tiempo y correctamente evaluado para conseguir realmente educar a los niños y adolescente en hábitos saludables.

La incorporación de un/a enfermero/a escolar de manera permanente crea sentimientos de tranquilidad, seguridad y confianza en padres y maestros. Esta presencia, se hace aún más importante, cuando se trata de niños con problemas de salud que necesitan cuidados especiales, medicación o rehabilitación y puede ser un factor de exclusión y autoexclusión de diferentes actividades que se desarrollan en el colegio o en excursiones. La niñez y adolescencia son etapas en las cuales es muy importante tener características comunes, el ser diferente puede generar problemas emocionales agregados.

Esto requiere de nuevos roles del profesional enfermero, donde su escucha atenta facilita la adaptación a cambios físico-emocionales y sociales por los que atraviesan persona en edad escolar. Educar para el AC les otorga libertad y responsabilidad para la propia toma de decisiones saludables conforme vaya adquiriendo la madurez necesaria.

ANEXO

**Material para Prácticas Pre-profesionales
Específicas (PPE) de campo**

Enfermería Comunitaria

Dimensiones del Sistema Sanitario en el 1º Nivel de Atención de Salud.

A. Estructura del Sistema.

A.1. Zona sanitaria



Fig. 35. A1. Zonas Sanitarias de San Luis.
[Miranda (2017)]

A2. Área Programática

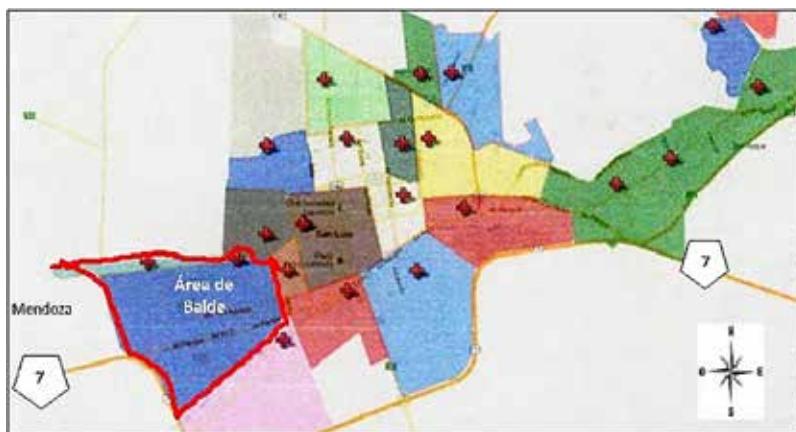


Fig. 36. A2. Zona III Dpto. Pueyrredón. Área Programática de Cobertura Sanitaria de Balde.
[Miranda (2017)]



Fig. 37. A2. Zona III 1º NAS CAPS de Balde y Centros periféricos dependientes.
[MSSL (2023)]

A3. Planta Física

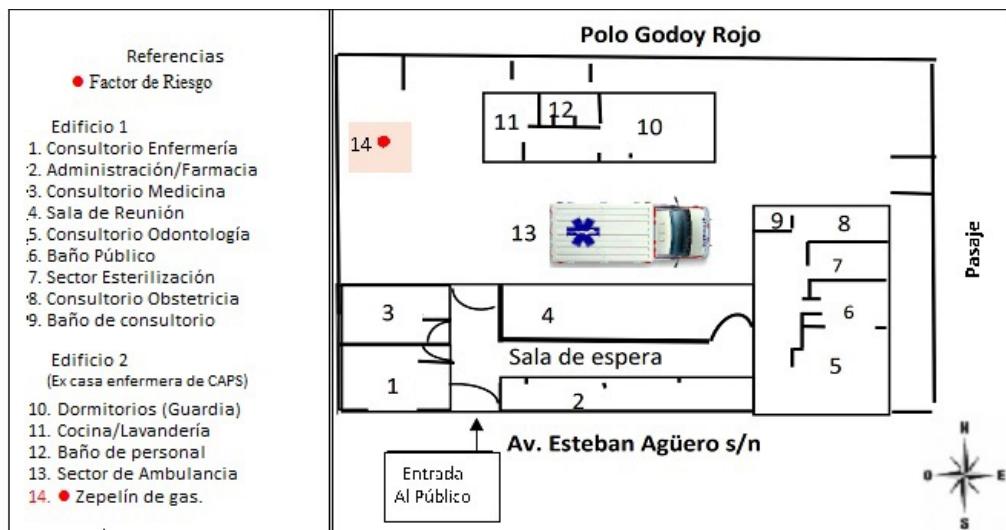


Fig. 38. A3. CAPS 11. Planta Física y servicios.
[Estudiantes de Asignatura Enfermería en Salud Comunitaria2-UNSL (2023)]

A4. Personal (Información obtenida de fuentes confiables verificadas)

Cuadro 15. A4. 1° NAS. Estructura del Sistema de Enfermería. Características del Personal.

[Oficina de Personal y Cronogramas de la Institución (año)]

(*)Referencias: CS: Carrera Sanitaria (Contrato con Estado provincial); M: Monotributo; Hs/sem; Hs/guardia.

A5. Recursos Materiales

A5d. Documentación para enfermería.

Fig. 39. A5d. Formulario MAE-Movimiento Asistencial diario de Enfermería. [Programa APS-MSSL (2023)].

Fig. 40. A5d. Formulario para Visita domiciliaria Transdisciplinar de CAPS Balde. [Programa APS (2023)]

Programa Nacional de Salud Escolar		Ministerio de Salud Argentina	Planilla N°: _____																																																																																																					
EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD			Nº efectivo del centro de salud: _____																																																																																																					
<p>A continuación les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación completa. Los datos brindados serán tratados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.</p> <p>Tomo conocimiento que el equipo de salud realizará a (nombre y apellido del niño/a o adolescente) _____ un examen clínico y odontológico, y aplicará las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuese necesario.</p> <p>Nombre y apellido del padres/madre o adulto responsable: _____</p> <p>Tipo de documento del padres/madre o adulto responsable: _____ N° de documento: _____ Firma: _____</p> <p><i>A partir de los 13 años cumplidos no es necesario la firma de un adulto responsable.</i></p>																																																																																																								
<p> PARA SER COMPLETADO POR LA FAMILIA</p> <p>DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE</p> <p>Nombre y apellido del niño/a o adolescente: _____</p> <table border="0"> <tr> <td>Domicilio: Calle _____ N° _____</td> <td>Piso _____</td> <td>Dpto. _____</td> <td>Manzana _____</td> <td>Casa _____</td> <td>N° _____</td> <td>Pieza _____</td> </tr> <tr> <td>Provincia: _____</td> <td colspan="2">Departamento: _____</td> <td colspan="4">Localidad: _____</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo: _____</td> <td colspan="2">Celular: _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Tipo de documento: _____</td> <td colspan="2">N° de documento: _____</td> <td>Sexo: F _____ M _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento: / /</td> <td colspan="2">Edad (en años): _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>Cobertura de salud</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obra Social (incluye PAMI)</td> <td>Nivel educativo del niño/a o adolescente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> Inicial</td> <td>Sala: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plan privado o Prepaga</td> <td><input type="checkbox"/> Primario</td> <td>Grado: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal</td> <td><input type="checkbox"/> Secundario</td> <td>Año: _____</td> </tr> </table> <p>Antecedentes de salud del niño/a o adolescente</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</td> <td>Peso de nacimiento (kg.): _____</td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>No sabe <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitations o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le han diagnosticado diabetes?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Presenta o ha presentado presión arterial alta?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Domicilio: Calle _____ N° _____	Piso _____	Dpto. _____	Manzana _____	Casa _____	N° _____	Pieza _____	Provincia: _____	Departamento: _____		Localidad: _____				Teléfono fijo: _____	Celular: _____						Tipo de documento: _____	N° de documento: _____		Sexo: F _____ M _____				Fecha de nacimiento: / /	Edad (en años): _____						<input type="checkbox"/> Obra Social (incluye PAMI)	Nivel educativo del niño/a o adolescente	<input type="checkbox"/> Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)	<input type="checkbox"/> Inicial	Sala: _____	<input type="checkbox"/> Plan privado o Prepaga	<input type="checkbox"/> Primario	Grado: _____	<input type="checkbox"/> No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal	<input type="checkbox"/> Secundario	Año: _____	<input type="checkbox"/> Nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Peso de nacimiento (kg.): _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitations o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Le han diagnosticado diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presenta o ha presentado presión arterial alta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicilio: Calle _____ N° _____	Piso _____	Dpto. _____	Manzana _____	Casa _____	N° _____	Pieza _____																																																																																																		
Provincia: _____	Departamento: _____		Localidad: _____																																																																																																					
Teléfono fijo: _____	Celular: _____																																																																																																							
Tipo de documento: _____	N° de documento: _____		Sexo: F _____ M _____																																																																																																					
Fecha de nacimiento: / /	Edad (en años): _____																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Obra Social (incluye PAMI)	Nivel educativo del niño/a o adolescente																																																																																																							
<input type="checkbox"/> Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)	<input type="checkbox"/> Inicial	Sala: _____																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Plan privado o Prepaga	<input type="checkbox"/> Primario	Grado: _____																																																																																																						
<input type="checkbox"/> No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal	<input type="checkbox"/> Secundario	Año: _____																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Nació prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Peso de nacimiento (kg.): _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitations o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Le han diagnosticado diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Presenta o ha presentado presión arterial alta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																				

Fig. 41. A5d. Formulario CIS-Control Integral de Salud de niñas/os y adolescentes en edad escolar. [MSNA (2021)]

CONSULTORIO DE ENFERMERIA PIE DIABETICO											
HOSPITAL CERRO DE LA CRUZ - SAN LUIS - ARGENTINA											
FECHA...../...../.....	NOMBRE Y APELLIDO _____										
DNI: _____	FECHA NACIMIENTO: _____			Edad			TE: _____				
DOMICILIO: _____	MEDICO TRATANTE: _____										
1) INSPECCION DE PIEL y FANERAS											
<p>Hiperqueratosis</p> <p>Helomas</p> <p>Piel seca/fisuras</p> <p>Dermatitis</p> <p>Micosis Interdigital</p> <p>Ulceras</p> <p>Amputaciones</p> <p>Presencia de vello</p> <p>Cambios de coloración</p> <p>Sospecha de Onicomicosis</p> <p>Se solicita Cultivo</p>	SI		NO								
	D	I	D	I							
							<p>Fuma? Cantidad de años que Fuma:.....: Cigarrillos diarios:.....</p> <p>Peso?..... Ha aumentado de peso el ultimo año?..... Cuantos kg?.....</p>				
	INDICE TOBILLO/BAZO				DERECHO/.....=		IZQUIERDO/.....=				
	3) Examen Basico Ortopedico										
	<p>Deformidades</p> <p>Pie en Garra</p> <p>Metatarso caido</p>	D		I							
		D	I	D	I						
								<p>Detallar:</p>			

Fig. 42. A5d. Formulario para el Autocuidado de pie diabético.
[Servicio Enfermería-HCC (2023)]

ABP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																																																																					
Days	Actual	Target	Coordinates	Estimates	Curves					Days	Actual	Target	Coordinates	Estimates	Curves					Days	Actual	Target	Coordinates	Estimates	Curves					Days	Actual	Target	Coordinates	Estimates	Curves																																																																
1	-	-	20	31	21					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
2	-	-	43	61	29					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
3	56	-	125	161	44					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
4	31	2	94	98	24					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
5	41	4	99	95	22					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
6	-	-	54	74	24					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
7	-	-	38	89	14					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
8	-	-	43	64	8					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
9	-	-	50	65	19					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
10	51	2	121	102	24					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
11	46	4	95	104	26					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
12	61	-	60	91	21					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
13	57	-	67	81	23					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
14	42	2	68	96	37					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
15	5	-	36	50	4					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
16	-	-	28	80	24					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
17	59	1	94	93	42					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
18	60	-	86	105	32					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
19	54	-	100	88	35					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				
20	-	-	126	84	33					22	-	-	82	71	26					23	-	-	105	12	21					24	-	-	126	114	21					25	50	2	112	94	16					26	84	21	104	107	21					27	63	-	93	74	21					28	45	-	217	123	4					29	-	-	71	58	1					30	-	-	64	61	1				

Fig. 43. A5d. Registro y Estadísticas de Cuidado enfermero.
[Servicio Enfermería-HCC (2023)]



Fig. 44. A5d. Sistema de Registros Médicos. Historia Clínica Digital y recetario.
[Portal Puntano 4.0 (2012-2023)]



Fig. 45. A5d. Libreta de Salud. Promoción y control de la salud.
[MSSL (1984-2023)]

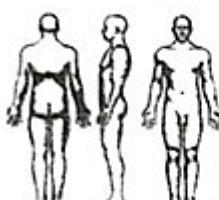
HOJA DE TRASLADO CAPS BALDE					
HORA DE AVISO	MOTIVO DE LLAMADO				
HORA DE ARIBO	DIRECCION	SEMPRO		POUCA	OTRO
FECHA	HORA	NOMBRE Y APELLIDO		DNI	EDAD
LUGAR DE LA LESIÓN		EL PACIENTE MANIFESTA			
 NOTA:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> INCONSCIENTE CONSCIENTE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> SÍGNOS VITALES TA FC FR T° </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y MEDICAMENTOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> DIAGNÓSTICO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> HORA DE ARIBO AL NOSOCOMIO : HORA DE REGRESO : </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> HORA DE RESEPCIÓN : NOVEDADES: </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> FIRMA SELLO Profesional </div>			
MOTIVO DE TRASLADO					
LUGAR DE TRASLADO					

Fig. 46. A5d. Formulario Referencia-Traslado Interinstitucional.
[CAPS N°11-Balde (2023)]

ANEXO II COMPROBANTE DE ATENCION DE BENEFICIARIOS DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD				Nº:	
Denominación de HPdOD				Fecha: / /202	
				Código HPdOD-REFES	
Datos del Beneficiario					
Apellido y Nombre		Tipo Doc		Nº Documento	
Tipo de Beneficiario		Parentesco		Sexo	
Titular/Padrón/Alfabetizado		Cónyuge/Hijo/Uña		F M	
Tipo de Atención					Fecha
Consulta	Especialidad				/ /202
	Diagnóstico				
Práctica	Códigos				
	NHPdOD				
Internación	Diagnóstico de Egresos CIE 10	Código Principal	Otros Códigos		Último Recibo de Salida: (Mes/Año) / /202
Cód RHNOS: Código de Registro Nacional de Hospital Público de Género Descentralizado - CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades					
Firma del Beneficiario y sellado con número de matrícula					
NOMBRE DE AGENTE DEL SEGURO DE SALUD: Nombre Completo				Código RHNOS	
Firma Responsable Administrativo / Contable		Aclaración de Firma		Firma del Beneficiario	

Fig. 47. A5d. Formulario Intersectorial. Cabo para facturar a Obra social.
[MS-SL (2023)]

B. Dinámica del Sistema de Salud en 1º NAS.

B.3. Organigrama

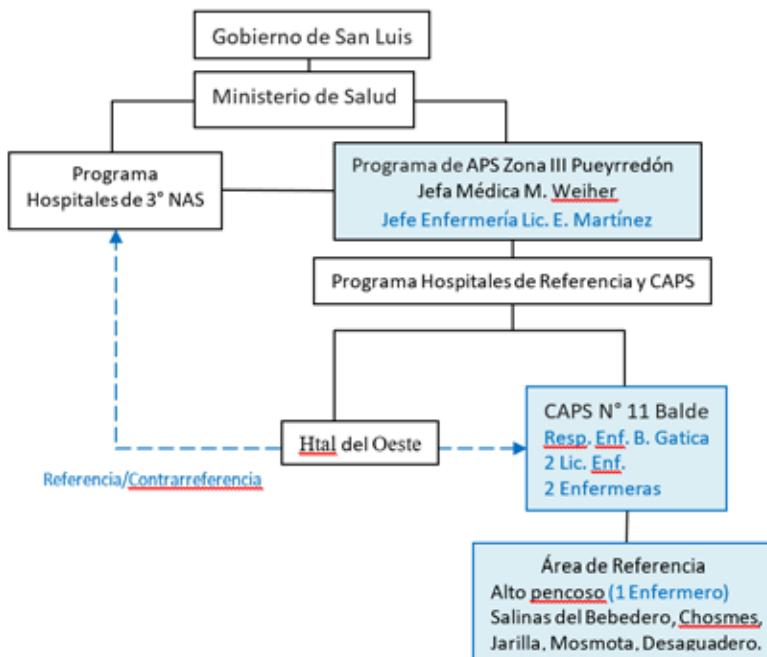


Fig. 48. B3. Organigrama de CAPS de Balde. [PESL 2020]

B8. Protocolos de Enfermería

Caso de la práctica de campo de Est. BUENANUEVA SB, Reg. UNSL 10048123)

Hoja 1. Historia Clínica Individual.									
Datos de Usuario y Diagnóstico Enfermero.									
INSTITUCIÓN	CAPS N° 11 de Balde					Fecha	17	05 23	
SERVICIO	Enfermería								
Usuario	A. E.	DNI Nº	XX.XXX.630	Fecha Nacimiento	09	10	88	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Domicilio	Av. Cnel. Pringles (s/n), Balde					Tel.	2664-9237XX		
Obra social	-		Afiliado N°	-					
Agente de CD	Asiste solo			Parentesco			-		
Tel.	-								
Otros datos relevantes									
Nº	Diagnóstico enfermero							Hora	Firma
I	Déficit de Autocuidado, <i>relacionado con accidente de moto en la vía pública, evidenciado por dolor (Escala NRS 8/10)* en MSD, disminución motora fina, lesión abrasiva superficial de antebrazo, enrojecimiento y tumor en articulación del codo.</i>							09:00 a.m.	<i>Firma</i> BUENANUEVA SB Enf. MP 1012 CAPS Balde
II									

Cuadro 16. B8. Proceso de Atención Enfermera con la Comunidad (PAEC).

[Basado en Orem y Leininger (Alligood 2015) y Soto (2016)]

(*) Escala numérica de dolor (NRS-Numerical Rating Scale). No dolor: 0; Leve: 1,2; Moderado: 3-5; Intenso: 6-8; Insoportable: 9-10. Fuente: MALOUF J y BAÑOS JE (2006). "La evaluación clínica del dolor". Rev. Clínica Electrónica en Atención Primaria, 9 (10): Universidad Autónoma de Barcelona. <https://shorturl.at/ctu19>

Hoja 2. Historia Clínica Individual.								
Objetivos y Resultados.								
Nº	Objetivo (Resultado Esperado)			Fecha		Resultado Logrado		Fecha
1)	Reférir a Htal del Oeste para Diagnóstico y Tratamiento médico.			17	05	23	Contragreferencia al CAPS con diagnóstico médico y Tto..	
2)	Prevenir infecciones.			17	05	23	Ausencia de signos de inflamación local (Calor, color, tumor).	
3)	Disminuir el dolor (NRS 8/10) inmovilizando MSD.			17	05	23	Dolor NRS 1/10.	

Hoja 3. Historia Clínica Individual.					
Plan de Intervenciones/Prescripciones enfermeras.					
Diag. Enf. I.	Objetivo: 1) Derivación a Htal de Referencia del Oeste para Diagnóstico y Tto. médico.				
Intervención Autónoma	1. Referencia-Contrarreferencia.				
	Referencia (Datos, material)		Contrarreferencia (Datos, material)		
	Formulario de Traslado. Teléfono de Htal. del Oeste: ☺ Nombre completo de receptor de mensaje: ☺ Datos del Usuario a referir: A.E Fecha/hora de llamada: 17/05/23 Respuesta: ☺		Informe de 2º o 3º NAS firmado por responsable. Formulario de Seguimiento en 1ºNAS.		
	Etapas		Etapas		
	1. Consentimiento informado del usuario. 2. Llamar a 107 o 911. Pedir nombre de operador. 3. Informar situación y derivación para revisión médica. 4. Entregar la información por escrito al usuario.		1. Informar situación y terapéutica enfermera requerida. 2. Pedir Consentimiento del usuario por escrito. 3. Registro de: a. Fecha/hora de visitas domiciliarias. b. Intervenciones realizadas en c/visita. c. Prescripciones y EPA (Educación Para AC/CD).		
	Otro tipo de Intervenciones enfermeras		Fecha	Firma	
Intervención Enf. Delegada	a) Receptor de la Referencia (Responsable de aceptar la derivación). b) Agente de CD: ☺		17 05 23	<u>Firma</u> Enf. BUENANUEVA SB MP 1012 CAPS Balde	
Prescripción	a) Recomendar al usuario traer copia de Diag. /Tto. Médico al CAPS. b) ☺		17 05 23		

Diag. Enf. I	Objetivo: 2) Prevenir infecciones.				
Intervención Transdisciplinaria	2. Curación plana para cicatrización seca/húmeda (CMUC 2018)*.				
	Material Necesario	Método-Etapas			
	1 Bandeja estéril o campo estéril 1 Riñonera estéril 1 Par de guantes estériles 2 Paquetes de gasa estéril (3 de 4x4cm) 1 Sachet (500 ml) de Agua o sol. Fisiológica estéril 1 Jeringa 20cc o 50cc 10 ml Yodopovidona solución jabonosa al 11% 1 Apósito (tamaño según solución de continuidad epidérmica) y 30cm Cinta adhesiva hipoalergena <u>Opcional para Cicatrización húmeda:</u> AATE (Apósito Autoadhesivo Transparente Estéril).	1. Pedir consentimiento del usuario por escrito. 2. Abrir paquetes y volcar en bandeja o campo estéril. 3. Abrir sachet de agua o Sol. Fis. c/Técnica Aséptica. 4. Cargar jeringa con agua o Sol. Fis. 5. Lavado de manos c/antiséptico jabonoso. 6. Colocación de guantes c/técnica estéril. 7. Lavar la zona (del centro a la periferia) con antiséptico jabonoso. Frotar 2-5 minutos hasta obtener espuma. 8. Enjuagar con abundante agua/Sol. Fis. 9. Secar con gasa del centro a la periferia. 10. Cubrir con gasa o apósito estéril o AATE Fijar con cinta adhesiva antialérgica (). 11. Registrar intervención autónoma. 12. Dejar consultorio en condiciones y reponer insumos.			

(*) CMUC-CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES DE ÚLCERAS CRÓNICAS (2018). "Curas en Ambiente Húmedo vs. Cura Ambiente Seco". <https://www.centroulceraschronicas.com/noticias/cura-humeda-vs-cura-seca/>

Cuadro 16. BS. Hoja 3, continuación...

Diag. Enf. I	Objetivo 3) Disminuir el dolor (8/10) inmovilizando MSD.
Intervención Transdisciplinar	3. Fijación de MSD con férula acolchada y cabestrillo ¹ .
Material Necesario (Insumos-Equipo)	
1 Férula o Cartón corrugado (largo adecuado y 3 veces el ancho). 3 Venda de gasa tipo Cambridge (10 x 300cm). C/n Algodón o papel suave (acolchado).	
Etapas	
1. Pedir consentimiento escrito. 2. Armar férula de cartón doblando el cartón y acolcharla c/algodón o papel. 3. Forrar la férula con venda. 4. Colocar la férula acolchada debajo del miembro lesionado y vendar suavemente miembro y férula. 5. Rodear el bazo al tórax con venda y sostener antebrazo a la altura del abdomen vendando este alrededor del cuello para sostenerlo en el lugar. 6. Verificar mejora del dolor (NRS). 7. Registrar intervención, dejar consultorio en condiciones y reponer insumos.	

(*) STONE C y HUMPHRIES RL (2015). "Diagnóstico y tratamiento en Medicina de urgencia". 7^a ed. McGraw-Hill.

Técnica de Proyecto



Partes	Descripción
Título	
Fundamentación	¿Qué problema quiere solucionar? ¿Por qué es importante este proyecto?
Objetivos	Objetivo General OE 1. OE2 OE3
Descripción	Explique brevemente de que trata el proyecto
Lugar de implementación	
Beneficiarios	Nº de padres, Nº de maestros, Nº de otro personal de la escuela.
Características de beneficiarios	

Fig. 49. Preguntas a un Proyecto.
[Fundación UPM (2023)]

Objetivo General	Objetivos Específicos	Resultados (Metas)
Promover empoderamiento de padres, capacitándolos a fin de que desarrollen auto-cuidado para sí y el de su familia.	OE 1 Brindar capacitación (Taller) para hábitos de higiene personal.	R1. 40 padres desarrollan habilidades de higiene y aprenden técnica de lavado de manos.
	OE 2 Brindar capacitación (Taller) para controlar y prevenir Pediculosis en niñas/os.	R2. 40 padres desarrollan habilidades de higiene bucal.
	OE 3 Taller con docentes para reforzar hábitos higiénicos y acordar uso oportuno y adecuado de elementos de higiene (bolsa personal) de sus alumnos y detección de Pediculosis.	R3. 50% de los asistentes desarrollan habilidades de higiene y aprenden técnica de uso de peine fino y lavado de material. R4. 20 maestras proponen un protocolo de promoción de higiene personal y prevención/ control de pediculosis.

Cuadro 17. Presentación sintética del Proyecto.
[Fundación UPM (2023)]

Cuadro 18. Planificación de un Proyecto de Enfermería Comunitaria y Escolar.

OE	Actividades del Proyecto	Resp.	Dura (Días)	Recursos	Mes										
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Planificación de talleres para padres y maestros.	Enfermera/o Escolar	10	20 Papel A4 20 Lapiceras 20 Jabones 20 Jaboneras 20 Cepillo dental 20 Peine fino 20 Frascos 200ml 1litro Vinagre	X										
1.1	Compra de recursos	Director/a Escolar	3			X									
1.2	Reuniones de coordinación con padres y maestros	Enf. Esc. Director/a	3				X								
1.3															
2															
2.1															

[Basado en Fundación UPM (2023)]

OE	Rubro	Monto	Descripción Justificación	Fuentes de Financiamiento		
				Cooperadora de la Escuela	Ministerio de Educación	Ministerio de Salud
1	Personal					
1.1						
1.2						
1.3						
Subtotal						
1	Equipos e insumos					
1.1						
1.2						
1.3						
Subtotal						
1						
1.2						
1.3						
Subtotal						
Total						

Cuadro 19. Cronograma de Actividades de un Proyecto. (Diagrama de Gantt).
[Basado en Fundación UPM (2023)]

Cuadro 20. Cálculo de costos y fuentes de financiamiento del Proyecto.

[Basado en Fundación UPM (2023)]

Enfermería Escolar

Ámbito o Contexto	Escuela Rural N° 141 "Los Andes"	Fecha	17 y 18	05	23
Domicilio	San Martín (s/n) esq. Camino Real, Balde.	Tel.	4452000	Int.	6003
Director/a	María del Carmen Correa	Email			
Coord. Esc.	Esp. Mónica Soto Verchér				msotovercher@gmail.com

A. Estructura de la Institución Educativa

(Ordenamiento de las partes que componen el sistema. Recursos con que cuenta).

Elemento	Datos recolectados
1. Presupuesto y Fuentes de Financiación	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PROSANE- Programa Nacional de Salud Escolar. <input type="checkbox"/> Presupuesto provincial (OPPSL-ME 2023)¹ <p>Jurisdicción 15: Ministerio de Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unidad Ejecutora 14: Programa Comunidad Educativa. Programa 23: Alimentación Escolar Saludable (p. 44) Subsidio para copa de leche, otorgado a cooperadoras establecimientos educativos públicos en los niveles: inicial, primario y secundario para 190 días de clase. <input type="checkbox"/> Unidad Ejecutora N° 16: Programa recursos eficientes Programa N° 29: Administración de Insumos de limpieza, informáticos y mobiliarios (p. 6). <input type="checkbox"/> Unidad Ejecutora N° 13: Dirección Provincial de Innovación Programa N° 19: Apoyo Escolar inclusivo (p. 33). Elementos de librería, libros; mobiliario, equipamiento pedagógico y tecnológico con capacitación. <input type="checkbox"/> Municipalidad de Balde: Donaciones o subsidios para estudiantes, a requerimiento de Directora.
2. Planta Física (Planos)	Cuenta con una hectárea y media de terreno. El edificio, posee 1 galería techada. 1 cocina y comedor (10 personas), 1 depósito. Oficina para la Dirección, 9 aulas (3 de CBS), 1 sala para docentes, 2 SUM (1 Nivel Inicial), 6 baños (2 NI). En el patio de cemento está el mástil aros de mini-básquet. En patio de tierra hay 1 cancha de futbol, el tanque de agua y 1 zepelín de gas cerca de la cocina.
a. Espacio para Consultorio de Enf. Escolar.	Directora dice: "Sería de gran utilidad". Se identifican 2 espacios posibles: <input checked="" type="checkbox"/> TM: Aula Capacitación de adultos c/baño, cerca del edificio destinado al Nivel Inicial. <input checked="" type="checkbox"/> TT: Aulas disponibles.
3. Personal	Total: 29 personas. 1 directorio 19 docentes: 2 Nivel inicial, 6 y 4 en 2°, 1 Especial Nivel 1° 9 maestranza (2F, 7M), 2 de ellos del PIS (Plan de inclusión Social).
4. Alumnado	Total: 129 alumnos Turno Mañana (TM): <input type="checkbox"/> Nivel Inicial, <input type="checkbox"/> N. 1°; <input type="checkbox"/> N. 2° Básico (CSB) 1° a 3° año. Turno Tarde (TT): <input type="checkbox"/> N. 2° (Presencial y a distancia) de 4° a 6° año. Turno Noche (TN): <input type="checkbox"/> Adultos (Depende de Esc. Digital ULP N°5).
5. Recursos para Educación Enfermera para AC/CD	Equipo de audio (micrófono, parlantes), Cañón-proyector. Computadoras, impresora.
a. Insumos para AC-CD	Jabón y papel higiénico en baños.
b. Para emergencias	Instalación eléctrica con disyuntor y llave térmica. 16 matafuegos 2 Botiquines de primeros auxilios.
c. Consultorio de Enfermería	Proyecto de Ley (SANTORO. Expte.2293-D-2022), Anexo I: Listado básico de equipamiento e insumos que deberán estar disponibles.

Dimensiones de un Subsistema de salud de 1°NAS (Institución Educativa).

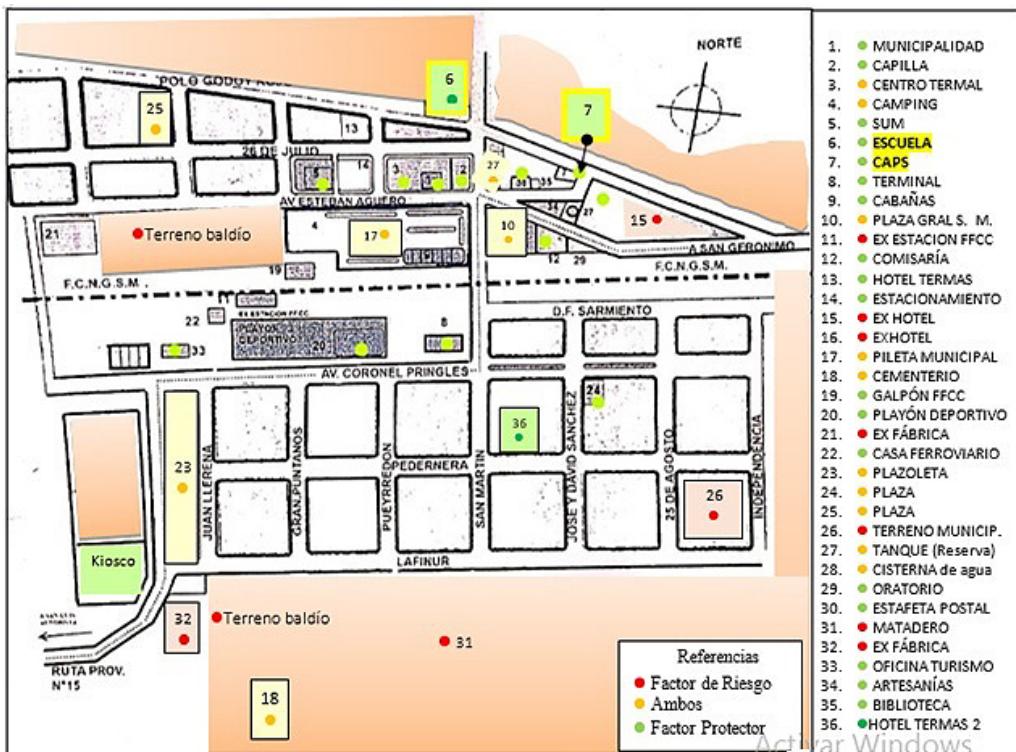
Cuadro 21. Lista de Chequeo de un Subsistema de Salud en 1°NAS (Comunidad Educativa).

<p style="text-align: center;">B. Dinámica de la Institución Educativa. (Intercambio de materia, energía e información entre elementos del Sistema Educativo y de Salud).</p>	
Indicador	Datos recolectados
1. Cultura institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Directora manifiesta "adherencia a protocolos de Contención-Inclusión... (Pero) hay poco compromiso de los padres con la educación de sus hijos y la escuela... (Debido a inconvenientes surgidos en el pasado) los padres tienen el acceso restringido en horas de clase". - Ingreso restringido en horas de clase, salvo citación o autorización de Directora/docente. - Un hombre de maestranza cumple el rol de portero para control de ingreso y egreso. - No docente que sirve comida no coincide con el que higieniza planta física. - Docentes se distribuyen en la planta física durante recreos. <ul style="list-style-type: none"> - A veces, se usan horas libres para tratar problemas emergentes (ESI, Violencia, Bulling) basándose en la Ley 26.892 (HCNA 2013)² de Promoción de la convivencia en las instituciones educativas".
2. Organigrama	Gráfico
3. Formas de Comunicación	<p>Verbal-oral y escrita, simbólica: Conmemoración de la semana de mayo.</p> <p>Verbal-oral y simbólica. Reuniones presenciales con personal y/o padres.</p> <p>Verbal-escrita y digital. Docente-alumnos/filia: WhatsApp, Email (escuela141losandes@gmail.com) Facebook (https://www.facebook.com/escuela141losandes)</p>
4. Normas de funcionamiento:	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperadora integrada por personal (Sin padres). - Recreos en diferente horario para N 1º y N 2º. - Copa de Leche 10hs (Leche chocolatada con sándwich de fiambre el 17/05/23). - Se implementó libro de actas para casos de Violencia Familiar-Bulling. - Sin datos relacionados con Educación basada en códigos de convivencia y valores.
α. Horarios	<p>TM: N1º y N2º (CBS) lunes a viernes de 08 a 12hs.</p> <p>TT: lunes a viernes de 13 a 17hs.</p> <p>TN: ☰</p> <p>Biblioteca abierta TM y TT.</p>
β. Reuniones de padres	Se citan en la puerta de ingreso o por el grupo de watsapp, a pedido de la directora o docente.
γ. Manejo de emergencias	Se comunica a la directora quien llama al CAPS, o acudiendo personalmente "porque no siempre contestan". En dicho caso, triangula con el 911 (107) y ellos con el CAPS.
δ. Manejo de Enfermedades.	Enfermera/o con padres o tutores, directora y docentes.
ε. Controles de Salud	<p>No hay Historia Clínica Escolar. Documentación en Historia Académica de c/alumno.</p> <p>Al inicio escolar se pide certificado de Control de salud y copia de Libreta sanitaria, "pero no todos los alumnos lo presentan".</p> <p>Ausentismo sin traer certificado.</p> <p>Visitas aisladas del equipo sanitario del CAPS (PROSANE) "pero sin derivación o seguimiento posterior".</p>
5. Programas de Salud Escolar	<p>Programa provincial Escuela y Comunidad (Copa de leche).</p> <p>PROSANE. Desde CAPS solo CIS y PAI.</p> <p>PPyCAE-Programa de Prevención y Cuidados en el Ámbito Educativo.</p> <p>Líneas de acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia técnica y acompañamiento. 2. Producción de publicaciones y materiales educativos. 3. Formación docente. 4. Trabajo con los diseños curriculares. 5. Convocatorias a comunidades educativas, en particular a estudiantes para producir campañas de promoción de salud y autocuidado con acompañamiento docente. 6. Articulación intersectorial (Estado y organizaciones sociales) que trabajan estas temáticas.

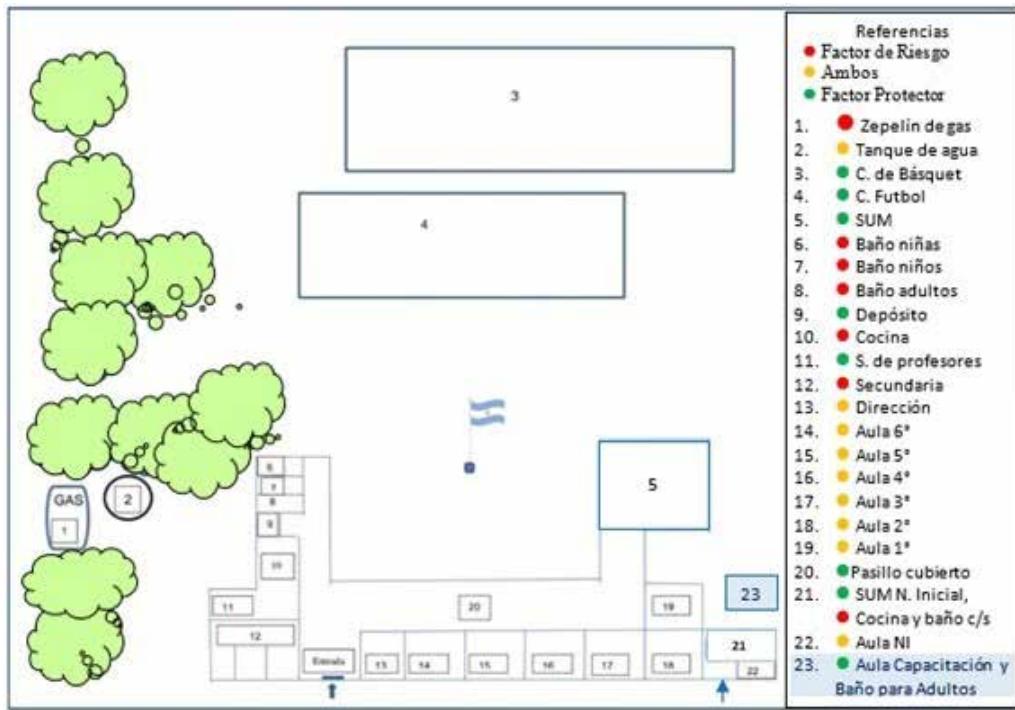
6. Situaciones Prevalentes	<p>Se identificaron en TM en todas las aulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit de AC (higiene corporal) relacionado con falta de hábitos saludables, evidenciados por olor corporal fuerte en aulas, ropa, aspecto de manos y cuero cabelludo con liendres, integridad de jabones disponibles en baños. ▪ Déficit del CD (higiene bucal) de familia, relacionado con falta de hábito familiar y educación escolar, evidenciado por halitosis y caries en la mayoría de los niños de nivel primario. ▪ Déficit de CD de los adultos a cargo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Visión disminuida, relacionada con inaccesibilidad a oftalmólogo infantil por motivos socio-económicos y evidenciados por esfuerzo lector y bajo rendimiento académico. ◦ Nutricionales relacionados con la cultura y recursos económicos disponibles y evidenciado por aspecto corporal asténico o sobrepeso-obeso. ◦ Psico-Sociales relacionadas con adiciones, violencia familiar y Bulling) y evidenciado por comportamientos de adolescentes consistentes con burlas, amenazas hostiles, físicas o verbales en recreos y Taller de RCP realizado por Prof. y estudiantes de CLE-UNSL.
7. Situaciones Emergentes	Violencia Familiar, Bulling, Adicciones.
8. Sistema de Documentación y Registros	<p>Historia Académica y de Salud (Carpeta soporte papel). Actas de reuniones. Registros digitales para Ministerio de Educación.</p>
α. Relacionados con AC-CD	No existen en la escuela ni en CAPS.
β. Con problemas emergentes	La Directora refiere "casos identificados de Violencia familiar".
C. Resultados de la Institución Educativa. (Datos cualitativos y estadísticas generadas).	
Indicadores	Datos recolectados
1. APS. Cobertura de Salud	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. <u>Detectados por Est. Enf.-UNSL:</u> A la observación es ínfima. Solo para urgencias debido a que en CAPS hay 1 enfermera por día. No hay una enfermera que asista diariamente a la escuela. Esporádica y aleatoria de otros servicios.</p>
2. APS. Accesibilidad al Sistema de Salud	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. <u>Detectados por Est. Enf.-UNSL:</u> TM Total a Servicio de Enfermería del CAPS. TT y TN Parcial si hay derivaciones de urgencia a San Luis. Medios de transporte público con 2 frecuencias semanales.</p>
3. APS. Participación Comunitaria	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. <u>Detectados por Est. Enf.-UNSL:</u> Se advierte relación Escuela-Delegación municipal, escasa con familia de alumnado. No se identifica existencia de Red Comunitaria Participativa entre Comunidad educativa y CAPS.</p>
4. Programas de Salud ejecutados en Esc.	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. Las personas entrevistadas solo refieren al CIS ni al Programa de Inmunizaciones.</p>
α. Calidad en la implementación	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. Directora: "El proceso es lento porque cuesta la comunicación con padres para el Consentimiento".</p>
I. Eficiencia	
II. Eficacia	
III. Efectividad	
5. Diagnósticos Médicos Prevalentes	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
α. Enfermedades Transmisibles	<p>Sin estadísticas disponibles. <u>Detectados por Est. Enf.-UNSL:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Encuesta: Influenza, Varicela, Covid, Difteria, Tétano, Hepatitis. - Observación: Pediculosis. </p>

β. Enfermedades No Transmisibles	<p>Sin estadísticas disponibles. Detectados por Est. Enf.-UNSL: Diabetes, Obesidad-Desnutrición, Caries, Miopía, astigmatismo, estrabismo. 8 niños c/dificultad de aprendizaje y de ellos, 7 tienen CUD (Certificado Único de Discapacidad).</p>
6. Diag. Enfermeros Prevalentes	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
α. Reales	
β. Potenciales	
7. Competencia Enf. Asistencial en Esc.	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
α. Prestaciones Autónomas Prevalentes	
β. Prestaciones Delegadas a usuarios	
γ. Colaboración Transdisciplinaria	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. Detectados por Est. Enf.-UNSL: Violencia, Bulling. Derivar emergencias-urgencias al 3° NAS por falta de médico. Pedir interconsultas a otros profesionales del CAPS u Hospitales de la Ciudad de San Luis. Seguimiento de afecciones y enfermedades de alumnos desde el CAPS.</p>
8. Competencia Enf. Docente	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
α. Con Agentes de CD (Directivos, docentes, no docentes.)	
β. Con Flia -Tutor	
γ. Con Alumnos	
9. Competencias Enf. de Gestión del Cuidado	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
α. Base de datos de la Escuela	<p>Sin estadísticas disponibles. Detectados por Est. Enf.-UNSL: Legajo de Alumno: Copia de Libreta de salud coe vacunación incompleta, sobre todo en adolescentes. Ausencia de Control de niño sano, datos incompletos de patología/s y certificados por enfermedad.</p>
β. Actividades del CAPS en la escuela.	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles. PAI (Enfermería).</p>
10. Competencias Enf. Investigativas	<p>Sin estadísticas ni registros disponibles.</p>
D. Retroacción/Retroalimentación con Institución Educativa. (Proceso de reflexión estratégica)	
Indicadores	Síntesis
1. Análisis DAFO	No se hace.
2. Planificación CAME	No se hace.

[Estudiantes Asig. ESC2 (2023)]



[Basado en mapa cedido por Delegación Municipal (2013)]



A2. Planta Física de una Institución educativa

Fig. 51. A2. Plano de Escuela N°141 "Los Andes".

[Estudiantes de Asig. ESC2 -UNSL (2023)]

A5c. Equipamiento e insumos del Consultorio de Enfermería Escolar.

Rubro	Características	Cant.
MUEBLES		
Escritorio	Con alzada (repisas) 1.20 x 0.60 x 0.75m.	1
Asiento para escritorio	Ergonómico con ruedas.	1
Silla	Apilable. Armazón de Acero, asiento/respaldo de polipropileno a	5
Computadora	Tipo Notebook con micrófono, parlantes y conexión WiFi.	1
Impresora	Con escáner	1
EQUIPOS		
Multi-mesa	Cubierta regulable (altura, inclinación). Base c/3 ruedas pivotables, de 50mm. Estructura de acero c/columna deslizante.	
Mesa de exploración	Dimensiones: 75(alto) x 56(ancho) x 1.20 (largo sin extender el descansa-pies con fijación a perilla). Estructura con lámina calibre 22 de acero esmaltado, c/ puertas/cajones e instalación eléctrica múltiple.	1
Lámpara	Pantalla de 320mm, 5 ruedas. Portalámparas de porcelana resistente a altas temperaturas c/roscá común.	1
Báscula con Tallómetro	Báscula mecánica (Grado Medico) de brazo basculante. Barra de pesaje rotatoria para lectura en capacidad: 180 kg. Plataforma: 267 mm (ancho) x 356 mm (prof.) X 83 mm (alto), con ruedas. Tallómetro: 60-213 cm, llave de arme-desarme, manual de usuario.	1
DEA	Desfibrilador externo automático.	1
Maletín para emergencias	Caja de polipropileno (de pesca) c/3 estantes.	1
Camilla de Rescate para transferencia-transporte.	Plegable, de lona reforzada impermeable	1
Collarín cervical rígido	Uno para adulto, otro para niño	2
Collarín cervical blando	Uno para adulto, otro para niño	2
Oxímetro de pulso	Para dedo, adultos/niños, recargable c/cable USB.	1
Esfigomanómetro	Digital o aneroide.	1
Brazal para medir TA	Adulto 13 cm ancho/23-33cm largo. Pediátrico: a) 7cm ancho/13-18cm largo. b) 10cm x18-23cm.	1 c/u
Estetoscopio		1
Termómetro	Que no sea a base de mercurio.	2
Linterna (Otoscopio opcional)	Led aluminio recargable c/ USB, 200 lúmenes.	1
Cinta antropométrica	Material lavable, flexible x 150cm	1
INTERVENCIONES ESTÉRILES		
Caja de instrumental	Acero 20x10x4cm	1
Contenedor	Para material punzo-cortante. Capacidad 2 litros.	5

Cuadro 22. A5c. Inventario de equipamiento e insumos de Consultorio de Enfermería Escolar
[Basado en Proyecto de Ley Santoro (2022)]

Mango para bisturí	Material tamaño	1
Papel madera (Kraft)	Para torundas de algodón. 60gr, 100 X 70. Resma x 50u	1
Pinza de disección	Material tamaño con dientes y sin dientes	1 c/u
Pinza tipo mosquito	Material tamaño	1
Recipiente para residuos.	De polipropileno con tapa accionable a pie. Capacidad 10 litros.	2
Riñonera	Material tamaño	2
Tijera	Material tamaño	1
Torundero con capa	Material tamaño	1
INSUMOS		
Agua destilada estéril	Sachet x 500ml	2
Aguja descartable estéril	Material tamaño	10c/u
Agujas de canalización EV	Tipo Butterfly N° 25, 23 y 21 o Tipo Abbocath N°24G, 22G, 20G	5c/u
Alcohol	90° x 1 litro	2
Algodón	Hidrófilo, x 300gs	1
Apósito protector adhesivo	(Curitas)Caja de 10 unidades	1
Bolsa de plástico negro	x 10unidades (basura común)	1
Bolsa de plástico rojo	x 10unidades (residuos peligrosos biológicos-infecciosos).	1
Bolsa de plástico verde	x 10 unidades (reciclables)	1
Cinta Adhesiva	Material tamaño	2
Cinta hipoalergénica	Material tamaño	2
Gasas Estériles	Hidrófila 10x10cm, caja por 10 unidades	1
Gluconato de Clorhexidina	Gel jabonoso al 4% c/válvula dosificadora y repuesto x500ml	1c/u
Guantes descartables	Ambidiestros, de látex c/polvo x100unidades	1
Guantes estériles	tamaño pares	4
Hoja de bisturí	Material tamaño	2
Jabón	Tipo hotel, pH neutro, envuelto, en barra de 15gs. Caja por 100 u	1
Jeringa descartable estéril	de 1cc, 2cc, 5cc, 10cc,20cc	10c/u
Perfus	Con microgotero y macrogotero	1c/u
Solución Dextrosa	Sachet x 500ml al 5% y al 10%	1c/u
Solución fisiológica	Sachet x 500ml	2
Vendas tipo Cambridge	Algodón, 10cm x 3m	5

B. Dinámica organizacional de una Institución educativa.

B2. Organigrama institucional

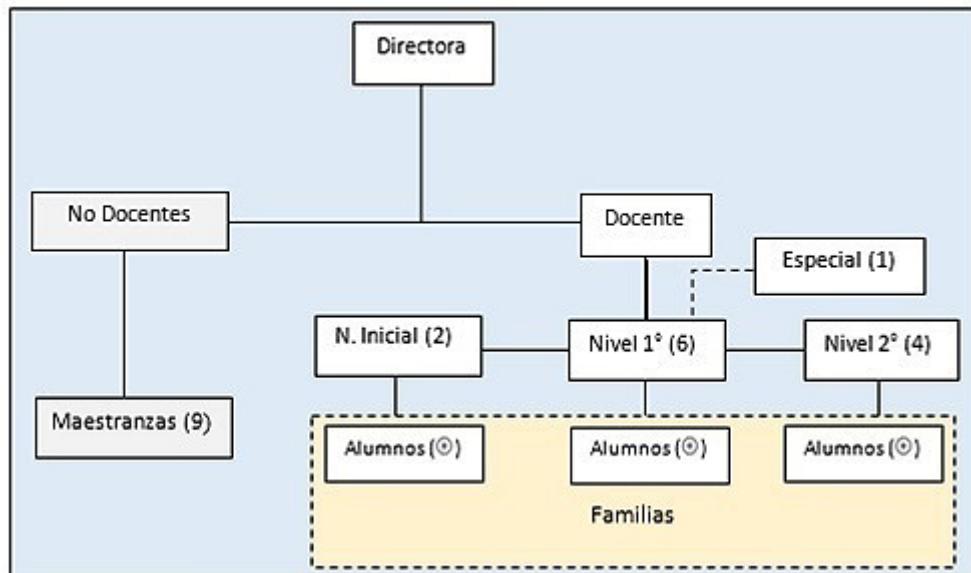


Fig. 52. B2. Organigrama de la Comunidad Educativa de Balde.
[Estudiantes de Asig. ESC2-UNSL (2023)]

B8. Sistema de Documentación y Registros del Proceso Enfermero Escolar.

Hoja 1. Historia de Salud Escolar Individual. Datos de Usuario y Diagnósticos enfermeros													
INSTITUCIÓN	Colegio N° 35 "Camino del Peregrino 2".												
Domicilio	Av. Fuerte constitucional y Rey del Bosque, B° Puertas del Sol				Tel.	2664-45200		Int. TM 6923					
SERVICIO	Consultorio de Enfermería Escolar												
Usuario	Alumno <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No doc. APELLIDOS: PANZA Nombres: Dolores	DNI N°	11.111.111	Fecha Nacim.	dd	mm	aa	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro					
Domicilio	Doblándola Esquina 230, B° N	Tel Wpp	2664-111100	Email	@								
Obra social	No tiene	Afiliado N°	----	Otros datos relevantes: 24/05/23: 5 Entrevistas y Revisión de 40 Libretas Salud									
Agentes de CD Cuidado Dependiente	Santiago Suárez Fulana de Tal Mengano Sultana	Director Preceptora Padre	Tel.										

Cuadro 23. B8bis. Proceso de Atención Enfermera Escolar.
[Basado en Orem y Leininger y Soto (2016)]

Nº	Diagnósticos enfermeros	Fecha		Hora	Firma
I	Déficit de CD <u>relacionado con</u> desconocimiento y falta de hábito, <u>evidenciado por</u> datos de libretas de salud que presentan: carencia de inmunidad prevenible por vacunas, ausencia de datos de controles de salud general-bucal en el último año.	24	05	23	09:00. Firma Lic. BALDERRAMA RE MP. 13584 Col. N° 35. TM
II	Déficit de AC <u>relacionado con</u> desconocimiento y falta de hábito <u>evidenciado por</u> datos recolectados en entrevista: - "No concurro a controles periódicos de salud". - "No tengo vacunas al día". - "No voy al dentista desde hace 6 años".	24	05	23	14:00 Firma Lic.. MENDOZA VAM MP 13073 Col. N° 35. TT
III	Déficit de CD <u>relacionado con</u> escasa cobertura de Programas según Libreta de Salud: PPyCAE (P. de Prevención/Cuidados en el Ámbito Educativo). PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) PPPSB (Programa Preventivo Provincial de Salud Bucal) PROSANE	24	05	23	14:00 Firma Lic.. MENDOZA VAM MP 13073 Col. N° 35. TT

AC: Autocuidado.

CD: Cuidado Dependiente de los Adultos a cargo del menor.

Hoja 2. Historia Escolar Individual.						
Objetivos y Resultados.						
DE	Nº	Resultado Esperado (Objetivo)	Fecha		Resultado Logrado	Fecha
I	1)	Organizar una Red de participación comunitaria escolar y comenzar EPA con Adultos.	24	05	23	1º Taller: Adultos TM 09 06 23 Asistentes totales: <input type="checkbox"/> < 25 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> > 25 Director: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Docentes: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> > 5 No docentes: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> > 5 Padres/tutores: <input type="checkbox"/> < 10 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> > 10 SC: <input type="checkbox"/> < 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> > 4
II	2)	Organizar una Red de participación comunitaria escolar y comenzar EPA con Estudiantes.				1º Taller Estudiantes en Horas Libres del 5 al 8/06 TM y TT. Asistentes Totales: <input checked="" type="checkbox"/> Asistentes por año: <input checked="" type="checkbox"/> Contrarreferencia y recomendaciones para seguimiento en Consultorio de Enfermería Esc.
III	3)	Referencia a Servicio Odontología y a Servicio Enfermería de HCC para CIS y completar esquema de vacunas. Eventual derivación a otro/s Servicio/s.	24	05	23	dd mm aa

EPA: Educación enfermera para el AC en estudiantes y CD de adultos a cargo de ellos.

Hoja 3. Historia de Salud Escolar Individual. Plan de Intervenciones/Prescripciones enfermeras.	
Diagnóstico Enfermero I y II.	Objetivo: 1) y 2) Organizar Red de participación comunitaria escolar comenzando con Taller EPA para adultos y estudiantes.
Intervención Autónoma	Taller EPA. AC/CD de Salud Bucal.
Material necesario	<p style="text-align: center;">Método-Etapas</p> <p>1 Cañón proyector 1 Notebook 1 Pizarra, borrador, tiza o fibra lavable. 1 Maqueta de mandíbulas 1 Maqueta de Cepillo dental 3 Botellas de agua x2 litros 30 Vasos descartables x 50ml 30 Cepillos dentales 30 dentífricos x 4gs 3 Tacho de residuos □ Elementos lúdicos según Técnicas Participativas de Educación Popular.</p> <p>1. Presentación del Taller. 2. Animación lúdica y presentación de asistentes. 3. Presentación del tema. 4. Anatomofisiología bucal según etapa del desarrollo. 5. Etiología y Fisiopatología de las Caries. 6. Repercusión de caries en los órganos corporales. 7. Formas de prevenir caries. 8. Con qué reemplazar la crema dental. 9. Reflexión lúdica de lo aprendido. 10. Demostración de Higiene correcta con maquetas. 11. Práctica de Higiene Bucal en espejo por pareja. 12. Reflexión final y determinación de cursos de acción.</p> 

Diag. Enf. I.	Objetivo: 1) y 2) Reforzar la Red de participación comunitaria escolar con adultos y estudiantes.
Intervención Autónoma	Taller EPA. AC/CD en Prevención de Enfermedades inmunoprevenibles (Para adultos y estudiantes).
Material	<p style="text-align: center;">Método</p> <p>1 Cañón proyector 1 Notebook 1 Pizarra, borrador, tiza o fibra lavable. 1 Libreta de Salud de alumno. 30 Calendarios de PAI. 30 Lápices c/goma □ Elementos lúdicos según Técnicas Participativas de Educación Popular.</p> <p>1. Presentación del Taller. 2. Animación lúdica y presentación de asistentes. 3. Presentación del tema. 4. Etiología y Fisiopatología de las Enfermedades inmunoprevenibles. 5. Morbimortalidad de las Enfermedades inmunoprevenibles. 6. Mecanismo de Inmunidad natural y artificial. 7. Comprensión lúdica del Calendario de Vacunas. 8. Reflexión lúdica de lo aprendido. 9. Práctica de Demostración de evaluación de vacunas faltantes. 10. Autocorrección grupal y prescripciones de vacunas en c/Libreta de Salud. 11. Reflexión final y determinación de cursos de acción.</p>

D. Retroalimentación al Sistema Escolar

D1. Análisis estratégico de Resultados tipo DAFO

D2. Re-planificación estratégica tipo CAME

DAFO	D1. Análisis estratégico	CAME	D2. Planificación estratégica
Desafíos (Debilidades de Enfermería Escolar)	1. Sin estadísticas para tomar decisiones y evaluar resultados.	Corregirlos	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Generar Sistema documental de registros basado en programas de salud escolar financiados por nación o provincia (PPyCAE, PAI, PPPSB y PROSANE). 1.2. Control clínico y registro de datos en documentos escolares, Historia de Salud Escolar y Libreta de Salud de c/ alumno. 1.3. Compendiar los datos para obtener estadísticas confiables. 1.4. Retroactuar en base a resultados.
	2. Escaso protagonismo comunitario para promover AC de estudiantes y CD de los adultos a cargo.		<ul style="list-style-type: none"> 2. 1. Elaborar un Proyecto estratégico para crear una Red Participativa Comunitaria en la Institución educativa. 2.2. Prueba piloto. Talleres EPA para adultos y estudiantes por separado. 2.3. Identificar Factores de resistencia al cambio y resiliencia. 2.4. Ajustar proyecto en base a: <ul style="list-style-type: none"> 2.4. a. Resultados logrados. 2.4. b. Problemas emergentes en la Prueba.
Amenazas del Contexto Social	1. Relación asimétrica entre densidad poblacional, demanda y dotación de Enfermería en 1°NAS.	Afrontarlas	<ul style="list-style-type: none"> 3. 1. Ampliar la Red de Participación Comunitaria de la institución educativa. 3. 2. Elaborar un Proyecto de Participación intersectorial para la creación del Consultorio de Enfermería Escolar. 3.2. a. Determinar el periodo de prueba. 3.2. b. Calcular Licenciadas/os en Enfermería, recursos materiales y financiamiento de la inversión inicial. 3.2. c. Diseñar Normas y Documentación necesarias. 3.3. Establecer convenios para implementar la Prueba Piloto con Organismos Internacionales, Ministerios de Salud, Educación y Acción Social, Municipalidad, ONG, y Comunidad Educativa. 3.4. Difundir la Prueba Piloto en la comunidad y medios de comunicación masiva. 3.5. Implementar la Prueba. 3.6. Medir impacto en la Salud escolar con estadísticas. 3.7. Informar y difundir resultados-impacto en la comunidad.

DAFO	D1. Análisis estratégico	CAME	D2. Planificación estratégica
Fortalezas de Enfermería	1. Compromiso social y con Enfoque APS, Experticia Clínica, PAEC cultural-mente congruente para Promoción de Salud y Prevención de enfermedades con EPA.	Mantenerlas	<p>4.1. Acordar una base epistemológica (Orem y Leininger)</p> <p>4.2. Instituir la Historia Clínica Escolar.</p> <p>4.3. Crear Documentación para registro de PAEC.</p> <p>4.4. Elaborar Protocolos de Intervención enfermera autónomas, delegadas y transdisciplinares.</p> <p>4.5. Determinar variables-indicadores para medir resultados.</p>
Oportunidades del Contexto	1. Programas internacionales, nacionales, provinciales y municipales de APS.	Explotarlas	<p>5.1. Investigar:</p> <p>5.1.a. Experiencias similares en el extranjero y país.</p> <p>5.1.b. Todos los programas disponibles, montos y formas de financiamiento.</p> <p>5.1.c. Estadísticas y censos poblacionales, del PROSANE, PPyCAE OMS/OPS, etc.</p> <p>5.2. Aplicar la información obtenida a:</p> <p>5.2.a. Proyecto de Consultoría de Enfermería Escolar.</p> <p>5.2.b. A la toma de decisiones político-sanitarias basadas en estadísticas sanitarias publicadas.</p> <p>5.3. Establecer líneas de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica y acompañamiento. - Producir publicaciones/materiales educativos. - Formación docente. - Asesorar diseños curriculares. - Convocar a estudiantes y docentes para campañas de promoción AC-CD. - Articulación con otros profesionales y áreas del Estado y Organizaciones civiles.

Cuadro 24. Valoración, Evaluación, Retroacción estratégica del Sistema de Salud Escolar.
[Estudiantes de Asig. ESC2-UNSL (2023)]



Fig. 53. Plenario estudiantes en práctica de campo de Balde.
[Estudiantes de Asig. ESC2-UNSL (2023)]



Fig. 54. Equipo docente y estudiantes en la cabaña cedida por la Municipalidad de Balde.
[Asig. ESC2-UNSL (2023)]



Fig. 55. Equipo docente y estudiantes en práctica de campo en Zona Noroeste de la Ciudad de San Luis.
[Asig. ESC2- UNSL (22-24/05/23)]

En este trabajo se han sintetizado los temas contenidos en el programa de la asignatura que se dicta en la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de San Luis. No ha sido fácil, dada la inmensa disponibilidad de material relacionado con el tema. Por ello, se ha intentado compendiar la información relevante y ofrecerla como material didáctico básico para consulta de estudiantes, docentes y colegas. También se han elegido algunos ejemplos aplicados este año en las Prácticas Pre-profesionales Específicas (PPE) de campo que se describen en el anexo.

Sin dejar de considerar que queda una asignatura pendiente y es seguir trabajando para que en nuestro país haya una enfermera escolar en cada escuela.

Extracto del Prólogo de Mónica M. Soto Verchér
Agosto 2023

ISBN 978-987-733-413-5



A standard 1D barcode representing the ISBN 978-987-733-413-5.

9 789877 334135



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES

neu
NUEVA EDITORIAL
UNIVERSITARIA



Universidad
Nacional
de San Luis