
Sumario

-
- 3 Editorial**

 - 4 XIV Congreso de la FEPPEN y XVI de la SOCUENF**

 - 5 Comité Ejecutivo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) 2012 – 2016**

Entrevistas

-
- 7 Reflexiones en torno al desarrollo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. (FEPPEN)**

 - 8 Reflexiones en torno al desarrollo de la Sociedad Cubana de Enfermería. (SOCUENF)**

Artículos de investigación

-
- 10 Calidad del cuidado de enfermería: expectativas y percepciones del usuario de un hospital universitario uruguayo**
Figueroa S, Gorrasi M, Quintero V, Santana S, Pedernera , Rzepa A

 - 14 Morbimortalidad asociada con abordajes intravasculares en pacientes pediátricos graves**
Darelys Baños Sánchez, Aimara García Martínez, Isandra Prat Ribet, Anabel González Miranda

 - 17 Gestión del cuidado y calidad de la atención de enfermería al adulto mayor**
Carmen Vázquez Lazo, Dianelys González Zayas, Lázaro Véliz Cruz, Sandra Felicita Vázquez Mir, Marlenis Cabeza Moriche

 - 21 Incidencia de factores de riesgo aterogénicos en pacientes de tres consultorios del Policlínico “Héroes del Moncada”**
Ondina Gómez Nario, Alicia Gómez López, Maylin Alonso Martínez, Yadira Olivera Nodarse

 - 28 Medicina familiar y Enfermería comunitaria en Cuba**
Caridad Dandicourt Thomas, Milagros León Villafuertes

 - 32 Efectividad de intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores. Municipio Sibanicú – Camagüey. 2012.**
Ana Miriam Riera Villasuso, Martha Riera Villasuso

36 Formación del valor responsabilidad en estudiantes de la formación técnica de Enfermería

Tania de la Caridad Dinza Zuaznabar

Redes

40 VIII Reunión de Redes de Enfermería de las Américas

41 Encuentro en Cuba con la DraC. Silvia Cassiani en Reunión de las Redes de Enfermería

42 Alternativas de comunicación para la Cobertura Universal de Salud en las Redes Internacionales de Enfermería

Gestión FEPPEN

45 Celebración y reconocimientos por el día Internacional de la Enfermería en Cuba

46 Sesionó en Cuba el II Foro del Consejo Internacional de Enfermeras sobre los Recursos Humanos en América Latina y el Caribe

49 Inició Consejo General de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

50 Enfermeros latinoamericanos se preparan en Cuba para luchar contra el Ébola

51 Objetivos y Proyecciones de FEPPEN Siglo XXI

52 Símbolos de la Enfermería

53 Estatutos de FEPPEN

58 Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. Directorio 2012 – 2016

61 Política Editorial de la Revista Panamericana de Enfermería

EDITORIAL

EVENTOS

XIV Congreso de la FEPPEN y XVI de la SOCUENF

Del 5 al 9 de octubre del 2015 se efectuará en el Palacio de Convenciones de La Habana Cuba, el XIV Congreso de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería y el XVI Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería.

**Auspician:**

- Ministerio de Salud Pública (MINSAP).
- Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud (CNSCS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).
- Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN). España.
- Fundación de Enfermería de Castilla y León (FECYL). España.

El marco es propicio para desarrollar otros eventos como:

- XIV Congreso de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.
- XVI Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería.
- I Simposio Panamericano de Enfermería de la Alianza Neonatal.
- V Simposio de la Red de Enfermería en Salud Infantil.
- III Simposio de Docencia en Enfermería.
- III Reunión de Redes de Enfermería.
- II Simposio de Enfermería Comunitaria.

Convocatoria

Estimada(os) colegas:

La Enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función a través de la historia, como lo han hecho otras profesiones, por lo que hoy puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una ciencia humana práctica con múltiples paradigmas.

En la actualidad, experimenta importantes cambios que surgen de la propia dinámica de crecimiento y evolución dentro del sistema de salud altamente competente, posee una gran utilidad y reconocido prestigio social, al estar encaminada hacia la satisfacción de las demandas sociales de la salud.

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas, preocupada por las personas que se confían a su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento; es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva, sus fundamentos sustentan una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud.

Algunos de los factores que han contribuido a que la Enfermería sea considerada como un actor trascendente en el equipo de salud, lo constituyen la participación activa en el proceso salud-enfermedad, el fortalecimiento de la base teórica como fundamento de la práctica y una mejor y más precisa definición de su rol profesional.

La competencia y la calidad se han convertido en requerimientos esenciales de sus servicios, para garantizar la excelencia en los sistemas de de salud, que busca satisfacer las necesidades de atención que tiene la sociedad en su conjunto.

Por su continuo desarrollo como disciplina profesional, demanda nuevas investigaciones que permitan describir, identificar, comparar, predecir y controlar los problemas de su competencia, mediante la posesión de un sistema de conocimientos sustancial y teórico que avale la actuación con un carácter eminentemente intelectual.

Para lograr una cobertura universal de salud de calidad, es necesario consolidar nuestra presencia en un campo fuertemente profesionalizado. La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería y la Sociedad Cubana de Enfermería, convocan a todos sus asociados y otros profesionales de la salud interesados, a participar en el magno evento del 5 al 9 de Octubre 2015, que tiene como lema central:

“Contribución de la Enfermería a la excelencia en los servicios de salud”

MSc. Amada Izquierdo Hernández
Presidenta FEPPEN

MSc. Idalmis Infante Ochoa
Presidenta SOCUENF

Comité Organizador

Presidenta de Honor

MSc. Jovita Páez Armenteros.

Presidentas

MSc. Amada Izquierdo Hernández (FEPPEN).

MSc. Idalmis Infante Ochoa (SOCUENF).

Vicepresidentes

Dr.C. Carlos A. León Román.

MSc. Emma Hernández Valdés.

MSc. Magdalena Zubizarreta Estévez.

Lic. Álvaro Leonard Castillo.

Lic. Eneida Martínez Gutiérrez.

Lic Mariannelis Perdomo Cáceres.

Comisión Científica

Carlos A. León Román (Presidente).

MSc. Lázaro Hernández Vergel.

MSc. Félix E. Vento Iznaga.

Dra. Ángela María Álvarez.

Dra. Odette Chávez Morales.

MSc. José Venegas Leiva.

MSc. Ana María Arenas Angulo.

Comisión Libro Resumen

MSc. Armando Moret Montano.

Comisión Acreditación

MSc. Lídice Mederos Villalón.

MSc. Nilda Marcell Hechavarría.

MSc. Judith Caballero Báez.

Comisión Tesorería

MSc. Emma Hernández Valdés.

Lic. Econ. Natasha Quesada.

Comisión de Alojamiento

Lic. Álvaro Leonard Castillo.

Lic. Mariannelis Perdomo Cáceres.

Enf. Intensivista Eduardo Díaz Salmón.

Comisión Divulgación

Lic. Yosbel Hernández de Armas.

Lic. Grisel Álvarez Ortíz.

Comisión Cultura

Lic. José Mario Olivera Jeréz.

Lic. Greys Estopiñan Valencia.

Comisión Transporte

MSc. Alexander Cueto de Armas.

MSc. Wilder Menéndez Cruz.

III Simposio de Docencia en Enfermería

MSc. Magdalena Zubizarreta Estévez (coordinadora).

I Simposio Panamericano de Enfermería de la Alianza Neonatal

Lic. Esp. Lanimed Rodríguez González (presidenta Sección).

III Reunión de Redes de Enfermería

MSc. Niurka Vialart Vidal (coordinadora).

V Simposio de la Red de Enfermería en Salud Infantil

Dr C. Julia Maricela Torres Esperón (coordinadora).

II Simposio de Enfermería Comunitaria

MSc. Caridad Dandicourt Thomas.

Objetivo del evento

Socializar investigaciones que permitan analizar, debatir y reflexionar sobre la contribución de la Enfermería a la excelencia en los servicios de salud.

Temáticas

Relacionados con la formación de Recursos Humanos

- Formación de Recursos Humanos desde la perspectiva científico-técnica y humanista.
- Acreditación de los programas formativos de Enfermería.
- Proceso de certificación de competencias profesionales y laborales.
- Tendencias pedagógicas para la enseñanza del cuidado.

Relacionados con la administración

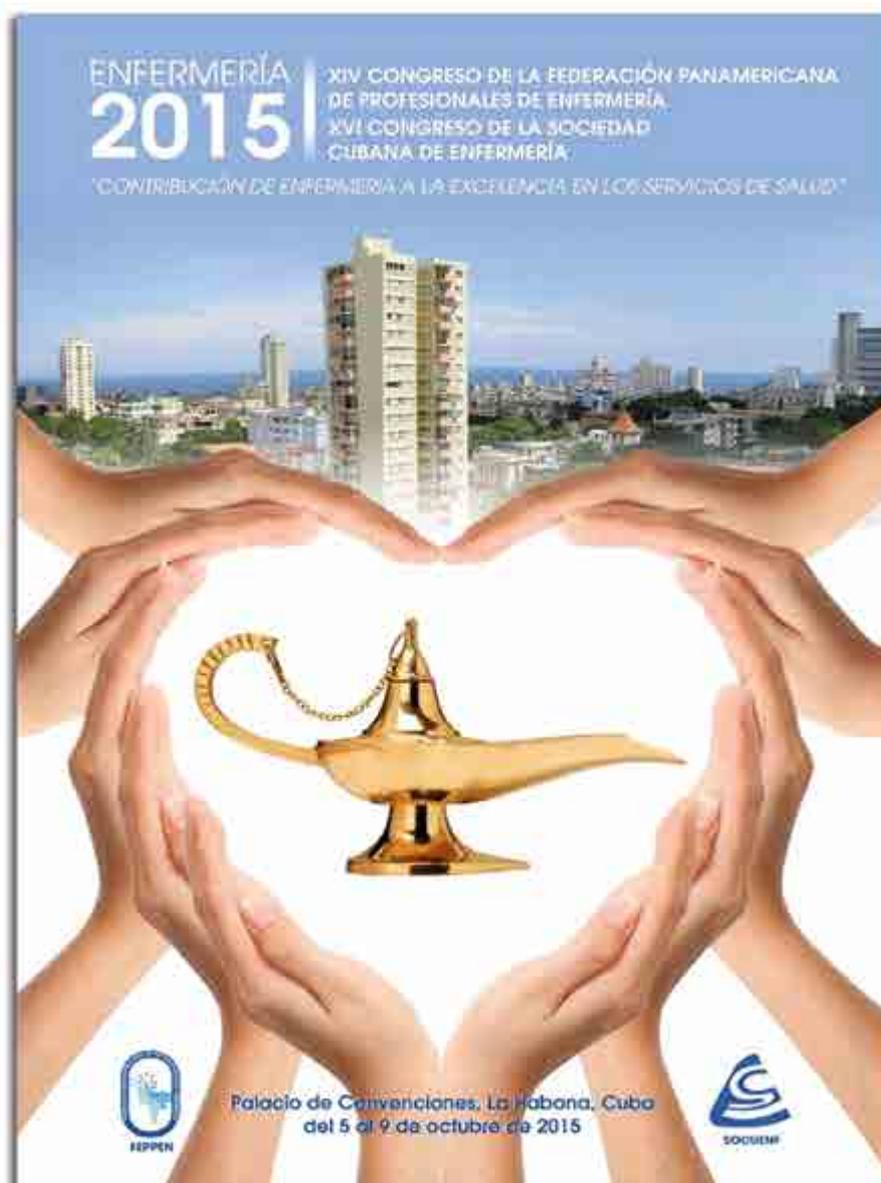
- Empoderamiento y liderazgo clínico en la gestión del cuidado.
- Participación de enfermería en las políticas de salud y en la gestión de capital humano, tecnológicos, de cuidado y los sistemas de salud.
- Sistema de gestión de la calidad, estándares definidos para una práctica profesional competente, responsable y segura, protocolización de la actividad de enfermería.

Relacionados con la asistencia

- Los valores morales pertenecientes a la filosofía de enfermería y el marco ético-legal que sustentan su práctica clínica.
- Habilidades de Enfermería para prescribir, asignar, manejar y mantener los sistemas y planes de cuidados terapéuticos, mediante el juicio clínico y el ejercicio de su método científico de actuación.
- La calidad de la vida y el fomento de un entorno seguro mediante el cuidado.

Relacionados con la investigación

- Las tecnologías de la información y las comunicaciones como herramientas para difundir los conocimientos de enfermería.
- Las perspectivas epistemológicas emergentes, la evidencia científica y los nuevos paradigmas, y sus implicaciones científico-metodológicas en el arte del cuidado.



Cartel del evento

Enfermería 2015 XIV Congreso de la Federación Panamericana de Enfermería

Normas para la presentación de los trabajos

El envío de los trabajos se realizará al Comité Científico del evento. La recepción de los resúmenes se realizará hasta el 30 de junio de 2015. Los temas que posteriormente se envíen al Comité Científico, no aparecerán en el Programa Científico ni en el Libro Resumen.

Pueden utilizar el correo electrónico de la Comisión Científica para el envío de los resúmenes de los trabajos: moret@infomed.sld.cu

Los resúmenes deben enviarse vía electrónica, en letra Arial 12, con un máximo de 250 palabras.

El resumen deberá recoger: título, nombre y apellidos del autor, país, institución, teléfono, fax y correo electrónico. Modalidad que propone para su presentación.

Posterior a su recepción, la Comisión le informará la aceptación y la modalidad de presentación antes del 1 de Septiembre 2015

• Exposición de carteles

Los carteles (póster), se expondrán de manera digital.

• Medios audiovisuales

Los medios audiovisuales que se requieran para la presentación deberán ser solicitados junto al resumen enviado.

Deben ajustarse a las especificaciones siguientes:

- Proyector de datos
- Computadora

Las memorias flash, diapositivas, DVD, CD, que acompañen los trabajos, serán entregadas por los propios ponentes en la Oficina de Recepción de Medios Audiovisuales que se habilitará en el Palacio de Convenciones, con 24 horas de antelación a su presentación en sala.

Las diapositivas podrán ser proyectadas al ponente antes de su presentación para que compruebe el orden y colocación adecuados. Los medios no se aceptarán en la sala de trabajo.

ENTREVISTA

Reflexiones en torno al desarrollo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)

Entrevista a Amada Izquierdo Hernández

¿Cuáles son los compromisos que establece la FEPPEN para el desarrollo del ejercicio profesional de enfermería de la región?

Los compromisos de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) para el desarrollo del ejercicio profesional de enfermería de la región están fundamentados en dedicar humanamente los conocimientos científico-técnicos, salvaguardando los principios éticos que prescribe la profesión, anteponiendo el interés colectivo al individual y defender el derecho a la salud y a la seguridad social en los países de la región.

- Promover el desarrollo científico, político, económico y social de la profesión y de los trabajadores de enfermería en la región.
- A través de sus comisiones permanentes de trabajo proponer acciones y estrategias que impulsen la reglamentación del ejercicio profesional en los países.
- Ayudar a las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANES) a mejorar las competencias.
- Apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de las organizaciones de profesionales de enfermería afiliadas.
- Representar a las enfermeras y enfermeros y la Enfermería de la región. Ser su voz. Los profesionales de Enfermería en el proceso de la práctica profesional tenemos el compromiso individual en nuestro desempeño de mantener los valores profesionales, las conductas éticas con las personas familias, grupos, comunidades y la sociedad.

¿Cuáles pueden ser los ejes que articulen la cooperación entre las diferentes organizaciones miembro?

Dentro del panorama nacional e internacional la Enfermería mantendrá y extenderá las redes de trabajo colaborativo con asociaciones, grupos especializados y organizaciones multidisciplinarias para favorecer el trabajo cooperativo y solidario a través del intercambio de experiencias. Considero que se debe establecer un dialogo entre las Asociaciones Naciones de Enfermería y los gestores de la profesión en los países donde existe trabajo de colaboración internacional, nivel de desarrollo más avanzado que les permita a la profesión aprovechar las capacidades de los profesionales de Enfermería de alta calificación y nivel de desarrollo más avanzado, que presta ayuda solidaria, lo que contribuye al fortalecimiento de la profesión y a mejorar la calidad de la atención a las personas.

¿Qué retos y desafíos tiene la FEPPEN?

La crucial importancia, para la gestión clínica del funcionario jefe de enfermería en la administración de la salud, de que se asesore ampliamente acerca de las políticas de salud y de los recursos humanos en los sectores de los cuidados de atención primaria de salud y en los cuidados especializados.

La necesidad de conseguir la disponibilidad continua y permanente de enfermeras generales y especializadas para asegurar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en toda la región.



Amada Izquierdo Hernández.

Foto entregada por la entrevistada

Amada Izquierdo Hernández es la Presidenta de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), licenciada en enfermería, máster en sexualidad, profesora auxiliar, miembro titular de la Junta de Gobierno Nacional de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF). La entrevistada dialoga acerca del desarrollo y perspectivas de la organización que preside.

La creación de puestos de enfermería para la prestación de servicios independientes con el fin de asegurar cuidados de calidad, en las zonas urbanas y rurales.

La necesidad de entornos positivos para la práctica, destinados a cumplir los servicios de enfermería, que salvaguarden la salud, la seguridad y el bienestar individual de los trabajadores.

Asegurar el empleo, la seguridad laboral y los índices salariales.

Que establezcan el puesto de Funcionario Principal de Enfermería en la administración de cada país y que incluyan a las enfermeras en el proceso de elaboración de las políticas y de adopción de decisiones en los campos de la salud, la seguridad social, la enfermería, la formación y el trabajo.

- Desarrollar aun más y extender las Redes.
- Incrementar el volumen de las investigaciones.
- Aumentar los espacios de actuación en el primer nivel de atención.
- Desarrollar, aplicar y promover tácticas de trabajo articuladas.
- Impulsar el desarrollo del liderazgo.
- Hacer frente a los desafíos de este mundo cambiante.
- Consolidar la integración interna y establecer alianzas.
- Estar preparada para ocupar importantes cargos de dirección.
- Asegurar el empleo, la seguridad laboral y los índices salariales.
- Hacer realidad los entornos positivos para la práctica profesional.

Para concluir quiero expresar que: Enfermería es la profesión más humanista de las ciencias de la Salud.

Es el tiempo de actuar ante las oportunidades que hoy se nos brindan y cumplir el compromiso que tenemos con la sociedad: "proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, responsable, autónoma y competente, que responda al tema del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) del año actual "Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos".

ENTREVISTA

Reflexiones en torno al desarrollo de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF)

Entrevista a Idalmis G. Infante Ochoa

¿Cuáles han sido los logros alcanzados por la SOCUENF?

La Sociedad Cubana de Enfermería, agrupación de carácter exclusivamente científica, que su órgano de relación es el Consejo Nacional de Sociedades Científicas del Ministerio de Salud Pública, desde su fundación el 17 de noviembre de 1976, ha tenido como misión promover el desarrollo científico técnico de los enfermero/as asociados, está organizada por capítulos provinciales y secciones científicas especializadas, en función de propiciar un intercambio científico entre profesionales con iguales intereses, que contribuya a la superación profesional y a la salud y calidad de vida de nuestro pueblo. Transcurridos treinta y nueve años de existencia, la Sociedad Cubana de Enfermería cuenta con una nutrida membrecía en todo el país, ha centrado todos sus esfuerzos al desarrollo científico de sus miembros, esto ha permitido potencializar las capacidades gerenciales, asistenciales, científicas y docentes que a su vez repercuten en la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud.

El objetivo primordial de nuestra asociación es continuar fomentando los logros alcanzados en el desarrollo de la profesión, consolidar dentro de la ética del trabajo profesional, la unión de todas las enfermeras y enfermeros de nivel técnico y/o universitario, con el propósito de discutir problemas técnicos, científicos y docentes, relacionados con la salud y mantenerlos informados sobre los avances de la especialidad, también se organizan eventos científicos nacionales e internacionales y se cuenta con la Revista Cubana de Enfermería, para la socialización de los nuevos conocimientos en este campo.

- Dentro de los disímiles logros alcanzados por la SOCUENF está el haber contado durante años con juntas directivas competentes y dedicadas al desarrollo de la profesión, como fue la conducción de la profesora Jovita Páez Armenteros y los miembros de los ejecutivos durante varias décadas, condición que se mantiene en nuestra organización.
- Nuestra organización es miembro de otras asociaciones científicas internacionales, como la Organización de Naciones Unidas (ONU), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANES) de América Latina, Europa, Asia y África, Grupo de Profesionales de Enfermería de Centroamérica y el Caribe, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) en España, esto permite un intercambio permanente de todos los aspectos relacionados el avance de la profesión.
- La SOCUENF ha contribuido a fortalecer la enseñanza de enfermería, la conducción de los procesos asistenciales, docentes y de investigación con la realización de jornadas científicas, talleres, cursos, seminarios, entrenamientos de acuerdo con las estrategias de salud.

**Idalmis G Infante. Ochoa.**

Fotografía tomada por Suárez R.

Idalmis Georgina Infante Ochoa es la Presidenta de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF), licenciada en enfermería, máster en enfermería, profesora e investigadora auxiliar y Jefa Nacional de Enfermería en Cuba, La entrevistada dialoga con la Revista de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería acerca del desarrollo y perspectivas de la organización que preside y de sus alianzas con la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).

- Participa activamente en las investigaciones sobre todo en las relacionadas con los servicios de salud que aseguren la contribución óptima de enfermería.
- Con sus diferentes acciones con los miembros ha reforzado la capacidad gerencial y el posicionamiento del personal de enfermería.
- Con su contribución reafirma el papel trascendental que juega la enfermería como profesión en las organizaciones científicas aspecto que permite satisfacer la autorrealización profesional y las necesidades de salud de las personas, de la familia y la comunidad, así mismo para apoyar eficazmente la gestión y el desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

¿Cuál ha sido la estrategia que ha empleado la SOCUENF durante todos estos años para alcanzar estos logros?

- La estrategia fundamental y de gran fortaleza para la sociedad ha sido la organización, disciplina y preparación de los juntas directivas a cada nivel, la incorporación a la sociedad de todo el personal de enfermería sea técnico o universitario, el trabajo mancomunado con la Dirección Nacional de Enfermería, el área de Docencia, la participación del Grupo Nacional de Enfermería y la asesoría permanente del Consejo de Sociedades Científicas, para trazar políticas y acciones que permiten la participación y compromisos de todos en el desarrollo de la profesión y de la Salud Pública .
- El trabajo de divulgación de la misión de la asociación, la visión, los estatutos, reglamentos que se socializan con los miembros en diferentes escenarios, así como el tra-

bajo sistemático con los estudiantes de enfermería para motivarlos a que se incorporen como pre miembros hasta que se gradúen como enfermeros.

- Otro aspecto decisivo en el resultado del trabajo ha sido el sistema de emulación inter capítulos basado en indicadores trazadores que evalúan el cumplimiento de los parámetros de la evaluación sistemática y que culmina con la selección de los destacados.

¿A su consideración, cuál ha sido el impacto de agrupar en una misma organización científica a los diferentes niveles profesionales de enfermería?

Nuestra valoración es que es uno de los aspectos que ha marcado pautas para otras asociaciones, ha sido agrupar en una organización científica tanto a enfermeros técnicos como profesionales, esto potencializa el desarrollo, hay un interés permanente por enseñar y aprender, mayor motivación por la superación constante y se trabaja en equipo, se mejora la calidad de los servicios en las instituciones de salud y se presentan trabajos científicos según intereses colectivos e individuales.

¿Cuál ha sido su compromiso y estrategia para la Formación de Recursos Humanos de enfermería?

La condición de profesión se logra cuando una actividad, indispensable para la sociedad, se realiza con elevado nivel técnico, profesional, intelectual y sus decisiones tiene alto alcance en los resultados con repercusión de lo que se hace en la sociedad.

El mayor compromiso es hacer cada día mejor utilización de los recursos humanos para lograr un Sistema de Salud próspero y sostenible, para ello se trabaja sistemáticamente de conjunto con las direcciones administrativa de las instituciones en la calidad del desempeño profesional, en la reorganización de los servicios de salud, ubicación en los servicios más complejos al personal con mayor experticia, es oportuno resaltar que las Asociaciones Científicas y los Grupos de diferentes especialidades son órganos asesores del Ministerio de Salud pública en Cuba, lo que permite un trabajo en equipo que facilita mejor gestión de la información y del conocimiento.

¿Cuál es la contribución de la SOCUENF al desarrollo del plan de la FEPPEN?

Es un compromiso de las asociaciones de enfermería que pertenecemos a la FEPPEN, trabajar de conjunto y de forma sistemática en la solución de los problemas de la región, una forma es cumplir con los objetivos de la organización, contribuir al funcionamiento de las comisiones de trabajo y lograr que los países se incorporen a tan valiosa asociación. Es necesario que nos unamos y hagamos fuerte la región. Contamos con personal altamente preparado en todos los países que pueden representar la profesión en cualquier escenario mundial. Para nuestra asociación ha sido un privilegio representar la FEPPEN en este periodo de mandato. Estamos seguros que juntos todos podemos tener mejores resultados.



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Calidad del cuidado de enfermería: expectativas y percepciones del usuario de un hospital universitario uruguayo

Figuroa S.¹, Gorrasi M.², Quintero V.³, Santana S.⁴, Pedernera A.⁵, Rzepa A.⁶

RESUMEN

Introducción: la diferencia que existe entre percepción y expectativas, es uno de los indicadores para la medición de calidad en los servicios de salud. **Objetivo:** conocer el nivel de satisfacción de los usuarios asistidos por Enfermería en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo entre octubre y diciembre de 2011, con participación voluntaria y tomando como criterio de inclusión aquellos usuarios con puntaje igual o mayor a 24 en el test Mini-mental state de Folstein. Se aplicó el modelo SERVQUAL para la medición de las expectativas (Fase 1) y las percepciones de la atención percibida (Fase 2). **Resultados:** se encontró equilibrio entre expectativas y percepción de calidad en las dimensiones confiabilidad y seguridad; satisfacción por encima de las expectativas en la dimensión empatía; satisfacción por debajo de las expectativas en las dimensiones responsabilidad y bienes tangibles. **Conclusión:** es posible evaluar la calidad percibida a través del instrumento seleccionado y, por tanto, identificar aspectos a mejorar en la gestión de los Servicios de Enfermería de Uruguay.

Palabras clave: atención percibida, calidad, enfermería, expectativas del paciente, satisfacción.

ABSTRACT

Introduction: the difference between perception and expectations is one of the indicators of quality health services. **Objective:** the level of satisfaction of the patients assisted by nurses from the Clinicals Hospital in Montevideo, Uruguay. **Methods:** a descriptive study was performed between October and December 2011, with voluntary participation and taking as inclusion criterion a score equal or over than 24 points on the Mini-mental state test of Folstein. The instrument applied was the SERVQUAL model for measuring expectations (phase 1) and perceptions of care (phase 2). **Results:** the results showed balance between expectations and perceived quality in reliability and safety dimensions; satisfaction above expectations in the empathy dimension and satisfaction below expectations in the dimensions responsibility and tangible goods. **Conclusion:** we conclude that it is possible to evaluate the quality perceived using the selected instrument and, therefore, identify areas for improvement in the management of Nursing Services of Uruguay.

Keywords: nursing, patient expectancy, perceived care, quality, satisfaction

Introducción

La percepción del cliente o usuario se refiere a como este estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a como él valora lo que recibe. Las expectativas del usuario están definidas por lo que este espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se construye esencialmente por sus experiencias anteriores, necesidades conscientes, comunicación de uno a otro e información del entorno. A partir de aquí

puede surgir una retroalimentación hacia la organización cuando el usuario califica o construye un juicio.

La diferencia que existe entre percepción y expectativas, establece según el modelo de SERVQUAL, la medición de calidad del servicio. Como las necesidades se comportan de forma dinámica y dependen de una combinación de factores internos y externos, es esta medición la que expone el déficit de calidad de la organización, indicando ciertas dimensiones en las cuales se debe trabajar.

El mencionado modelo incluye también las opiniones de los usuarios respecto de la importancia relativa de las cualidades del servicio y re-

¹ Profesor Adjunto. Facultad de Enfermería Universidad de la República. Jefe de Sector Enfermería, Hospital de Clínicas Universidad de la República. Maestrante en Gestión de Servicios de Salud, Especialista en Gestión Servicios de Salud, Especialista en Nefrología, Uruguay.

² Profesor Adjunto. Facultad de Enfermería Universidad de la República. Director Departamento de Educación, División Enfermería Hospital de Clínicas Universidad de la República. Maestrante en Gestión de Servicios de Salud. Especialista en Gestión Servicios de Salud, Licenciada en Educación, Uruguay.

³ Profesor Adjunto. Facultad de Enfermería Universidad de la República. Jefe de Sector Enfermería, Hospital de Clínicas Universidad de la República. Maestrante en Gestión de Servicios de Salud. Especialista en Gestión Servicios de Salud. Especialista en Nefrología, Uruguay.

⁴ Profesor Titular, Director Programa Internado en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Magister en Investigación. Especialista en Administración de Servicios de Salud, Licenciada en Educación, Uruguay.

⁵ Ayudante de Cátedra. Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Estudiante Interno de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay.

⁶ Estudiante Interno de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay

sulta útil para conocer la lectura global de la calidad de la organización, lo que desean los usuarios de la organización (Beneficios Ideales), lo que perciben encontrar los clientes (Beneficios Descriptivos) y las brechas de insatisfacción específicas. Zeithmal, Parasuraman y Berry lo definieron como “un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio”, identificando el término escala con una clasificación de preguntas. De las conclusiones obtenidas de sus investigaciones se apunta a identificar y trabajar sobre el punto crítico para lograr un nivel óptimo de calidad que pretende igualar o superar las expectativas del cliente.¹⁻³

Dentro de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Universidad de la República de Uruguay y específicamente en la asignatura Administración, correspondiente al último periodo de práctica clínica, se incorporan en los contenidos teóricos elementos de Gestión de Calidad, incluyendo Satisfacción del Usuario. El apoyo de los estudiantes a lo largo de la mencionada práctica, además de los docentes responsables, se realiza a través de la figura de Mentor. Esta figura es efectuada por el Estudiante Interno de Enfermería, cuya experiencia, situada en el último semestre de la carrera, es de carácter obligatorio, incluyendo la adquisición de competencias en la Dirección de un Programa Asistencial en un Servicio de Primer o Segundo Nivel de Atención, desarrollando las funciones de asistencia, docencia, investigación y gestión.⁴

Teniendo en cuenta este contexto se ha articulado la asignatura con el Departamento de Educación de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, en el marco del Programa de Mejora de la Calidad de Atención de Enfermería. El desarrollo de la función investigación del programa involucra estudiantes de enfermería desde la Fase de diseño hasta la de aplicación y análisis de los datos relevados, así como docentes de diferentes niveles de formación en el área disciplinar.

En acuerdo con la mirada estratégica de la División Enfermería y con la Dirección del Programa Internado de Enfermería se identificó que el camino hacia la ventaja competitiva implica fomentar a las organizaciones a prepararse de forma intensa para adquirir una oportunidad, pero esta ventaja es posible si se desarrolla la capacidad suficiente para satisfacer las necesidades del cliente - usuario. El conocimiento de las expectativas y percepción de los usuarios en relación a la atención de Enfermería y por tanto su satisfacción con los servicios, constituye una ventaja u oportunidad y es el objeto de este estudio.

Se tuvieron en cuenta los criterios definidos en la declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores así como los códigos éticos definidos en el ámbito universitario dentro del cual se enmarcó el estudio. Toda la información recolectada en este estudio cumple con los criterios de confidencialidad y ha sido utilizada exclusivamente para los fines definidos en el mismo.

Métodos

El estudio de tipo descriptivo, transversal se realizó en los servicios clínicos de segundo nivel del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay en los que estaban desarrollando simultáneamente su experiencia práctica clínica

los estudiantes internos de Enfermería y los estudiantes del curso de Administración de Facultad de Enfermería, en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2011. De un total de 338 camas habilitadas para cuidados moderados se seleccionaron los servicios de medicina y cirugía.

Para evaluar la calidad de atención de los servicios se seleccionó el instrumento SERVQUAL creado por Zeithmal, Parasuraman y Berry. La estructura básica de la herramienta consta de dos cuestionarios, uno para medir las expectativas y otro para medir las percepciones. El diseño de la escala permite el análisis de la experiencia en el uso del servicio o prestación, las necesidades y expectativas de los usuarios y la opinión de quienes proveen los servicios.

Las cinco dimensiones de calidad de servicio que establece la escala son Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Bienes Tangibles y Empatía, expresadas a través de indicadores medidos con una Escala de Lickert. Estas dimensiones se presentan como veintidós sentencias con las escalas respectivas.

Para interpretar los datos que se han generado a partir de los criterios definidos anteriormente se tienen en cuenta los siguientes factores: a) diferencias entre las expectativas del usuario y las que piensa el gestor que son dichas expectativas; b) diferencia entre lo percibido por la dirección y las especificaciones; c) diferencia entre las especificaciones de calidad y el servicio prestado y d) diferencia entre el servicio que se presta y la comunicación exterior. Se suprimieron algunos indicadores, manteniendo las dimensiones del instrumento original, luego de aplicar este a un grupo piloto y encontrar que la comprensión de algunos indicadores fue dificultosa.

Los valores de expectativas se clasificaron como alta expectativa a los puntajes 4 y 5 en la escala Lickert y como baja expectativa los puntajes 3, 2 y 1. Igual criterio se utilizó para las percepciones de calidad de atención. Se identifica la diferencia entre los resultados de las mediciones de las variables para cada dimensión. El nivel de satisfacción de los usuarios en relación a la calidad de atención de Enfermería, se clasificó en tres niveles, satisfecho cuando la diferencia a favor de la percepción superó en 3 puntos o más a la expectativa; en zona de riesgo cuando la percepción y la expectativa se mantuvieron en paridad o con diferencia menor a 3 puntos y nivel de insatisfacción cuando la diferencia a favor de la expectativa supera la diferencia en 3 puntos.^{1,5}

Para evaluar el funcionamiento cognitivo de los usuarios a encuestar se utilizó el test Mini-mental State de Folstein, que incluye treinta preguntas y tareas, con puntuación máxima de 30 puntos. Los pacientes con trastornos y/o déficit cognitivo presentan un puntaje menor a 24.

La muestra se seleccionó por conveniencia incluyéndose como criterio general los usuarios hospitalizados únicamente en servicios de Medicina y Cirugía del Hospital de Clínicas. Para la medición de expectativas se seleccionaron usuarios con 0 a 2 días de internación con un score de Mini-mental State de Folstein, igual o mayor a 24 puntos. Para las mediciones de percepciones se seleccionaron todos los usuarios con 7 días o más de internación con score Mini-mental State de Folstein, igual o mayor a 24. Se excluyeron todos aquellos usuarios internados en los servicios de Medicina y Cirugía pero que por cuestiones locativas pertenecían a otros servicios de internación especializados. En todos los casos la participación fue voluntaria e informada.

La recolección de datos fue realizada por estudiantes en dos Fases. Fase 1: evaluación de expectativas en los usuarios correspondientes. Fase 2: medición de percepciones de los usuarios seleccionados. Para reducir el sesgo de selección los estudiantes de Enfermería que aplicaron el SERVQUAL en Fase 2, no realizaron asistencia a los usuarios encuestados.

Se realizaron 55 encuestas en Fase 1 y 35 en la Fase 2, de las cuales finalmente se aceptaron 27 y 23 respectivamente.

Resultados

Los usuarios encuestados en Fase 1, tuvieron una edad promedio 53,08 años (84-19) y los encuestados en Fase 2, una edad promedio 55,09 años (78-15). El promedio de días de internación en Fase 2 fue de 32,4 días (104-7).

En la dimensión Empatía el 95,5 % de los usuarios se encontró satisfecho con la atención recibida por el equipo de Enfermería y el 44 % se ubicó muy por encima de las expectativas de ser atendidos individualmente (tabla y figura). El 57,6 % de los usuarios espera que el personal de Enfermería muestre preocupación por aquellas cosas que son importantes para ellos y el 73,9 % identifica este comportamiento. Ambos indicadores se clasifican dentro de población satisfecha.

Para la dimensión Seguridad, se encontró que el 69,0 % de los encuestados esperan que el personal de Enfermería tenga la capacidad de responder a sus preguntas y el 82,5 %

refiere que recibe respuestas a las mismas. Este indicador dentro de un comportamiento de satisfacción franco. En esta misma dimensión se encontró que la idea de que el personal debe inspirar confianza y seguridad se ubica en una expectativa alta (80,8 %) al igual que la percepción de este atributo, que es percibido como presente en un 81,7 % de los encuestados por lo que quedan prácticamente iguales expectativa y percepción, pudiendo leer este indicador en nivel de satisfacción. Para la dimensión Seguridad, el trato amable es esperado por el 80,7 % de los encuestados y es percibido presente solo en un 73,8 %, por lo que los usuarios se ubican como insatisfechos para este parámetro.

En la dimensión Confiabilidad el 72,0 % de los usuarios espera que se cumpla con lo prometido en el tiempo prometido y encuentran satisfecha la expectativa al percibir el 74,4 % que esto ocurre. Para el otro indicador de la misma dimensión que es el interés demostrado por Enfermería en resolver los problemas de los usuarios se encontró que las expectativas ubicadas en un 76,9 %, superan discretamente a la percepción de interés, que se coloca en un 73,9 %, configurando una lectura de nivel de riesgo para la satisfacción.

Para la dimensión Responsabilidad, los usuarios esperan que el personal de Enfermería se haga tiempo para atender sus demandas en el 53,8 % de los casos y perciben que esto sucede en un 54,5 % de las veces, lo que se determina como nivel de satisfacción. Otro indicador que compone esta dimensión se refiere a la disposición de Enfermería para

Tabla. Distribución porcentual de los valores de alta expectativa y percepción por dimensión

| Dimensión | Valores de Expectativa alta (opciones escala Lickert ≤ 4) en % | Valores de Percepción alta (opciones escala ≤ 4 Lickert) en % |
|--------------------------------------|---|--|
| Empatía | | |
| Preocupación por cosas Importantes | 57,6 | 73,9 |
| Atención Individual | 44,0 | 95,5 |
| Seguridad | | |
| Responder preguntar | 69,0 | 82,5 |
| Trato amable | 80,7 | 73,8 |
| Inspira confianza y seguridad | 80,8 | 81,7 |
| Responsabilidad | | |
| Hacer tiempo aunque este ocupado | 53,8 | 54,5 |
| Disposición a asistir | 76,0 | 69,5 |
| Atención rápida | 58,0 | 50,0 |
| Confianza | | |
| Cumplir tiempo | 72,0 | 74,4 |
| Interés en resolver problemas | 76,9 | 73,9 |
| Bienes tangibles | | |
| Apariencia Equipamiento Moderno | 56,0 | 26,0 |
| Instalaciones visualmente atractivas | 69,0 | 9,0 |
| Apariencia del personal Buena | 79,1 | 87,0 |
| Actividades a horarios razonables | 76,9 | 56,5 |

atender sus necesidades, la que es esperada por un 76,0 % de los usuarios y que es percibida como tal solo por un 69,5 % de los encuestados, posicionando este indicador en un nivel de insatisfacción. El último indicador de la dimensión Responsabilidad explora las expectativas en relación a la rapidez de la respuesta de Enfermería frente a la atención de los usuarios. Esta rapidez es esperada por un 57,6 % de los encuestados y es percibida como tal solo por un 49,9 %, posicionando a este indicador en un nivel de insatisfacción.

La dimensión Bienes Tangibles ostenta los niveles más altos de insatisfacción en conjunto, aún para expectativas moderadas o bajas como sucede con las instalaciones, donde el 69,0% espera que sean atractivas y solamente un 8,7 % las encuentra con esta característica. Lo mismo sucede con la apariencia de los equipos, las expectativas de que sean de aspecto moderno alcanza el 50,0 % de las opiniones en tanto que solo el 26,1 % las percibe de esa manera.

En relación a la realización de procedimientos, el 76,9 % espera que se realicen a horarios razonables y solo un 56,5 % opina que esto se cumple. Solamente en lo que refiere a la apariencia del personal se encuentra nivel de satisfacción en las opiniones, ya que el 79,1 % de los encuestados esperan que sea buena y el 87,0 % de los mismos la percibe de esa manera.

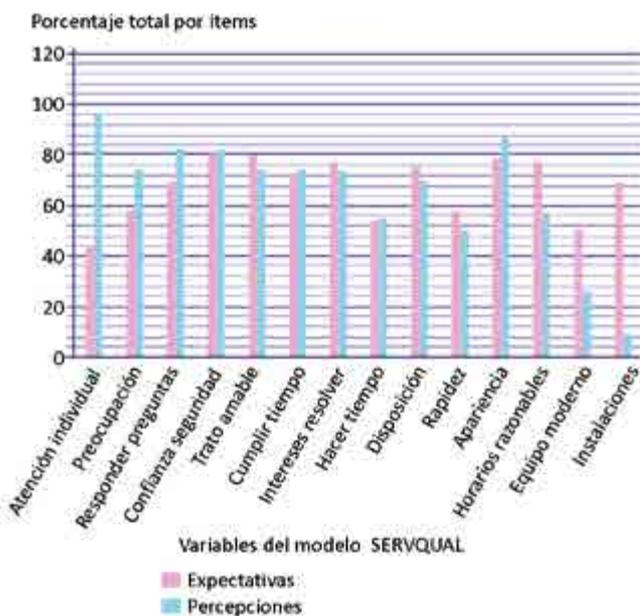


Fig. Distribución de las expectativas y percepciones globales.

Discusión

En el estudio realizado por Chou sobre 186 sujetos en Taiwan aplicando el modelo SERVQUAL fue identificada la Empatía como un factor predictor importante de la calidad de atención.⁶ Uzun aplicando el mismo modelo sobre 426 adultos en Turquía, identificó como desvíos negativos las variables relacionadas con los bienes tangibles, la seguridad, capacidad de respuesta y empatía.⁷

La utilidad de identificar brechas entre percepción y expectativas permite definir áreas de prioridad para ajustarse a las demandas de los pacientes. Si bien el análisis no incluye pruebas estadísticas, las brechas identificadas entre expectativas y percepciones en términos porcentuales orientan hacia algunas áreas a profundizar. La brecha positiva, es decir a favor de alcanzar o superar las expectativas

de los pacientes se hallan en la dimensión empatía en ambos indicadores valorados, siendo este indicador un predictor positivo de calidad según Chou.⁶

Las brechas que señalan alejamiento de las expectativas de los pacientes se hallan en las dimensiones de responsabilidad y bienes tangibles, siendo la última la que más distancia presenta. La dimensión bienes tangibles es de resorte institucional para su resolución, mientras que el de responsabilidad requiere de revisión de las formas de comunicación y conductas del equipo de enfermería para con el paciente. Los usuarios se encuentran satisfechos para las dimensiones Empatía y Seguridad, debiendo atender en este último, al aspecto trato amable que se encuentra en nivel de insatisfacción.

La dimensión Confiabilidad se encuentra en zona de riesgo de cobertura de las expectativas. En la revisión sistemática de estudios de satisfacción realizados en España hasta el 2001 por Barrasa revela que para ese país, los estudios generados no han aportado evidencia para la mejora de los procesos asistenciales, recursos involucrados o modelos organizativos sanitarios. Sin embargo, los modelos de gestión centrados en la mejora continua, no dejan de incluir al usuario su opinión y sus expectativas sobre los servicios, como parte del desarrollo de una cultura de calidad de cualquier organización.⁸

Conclusiones

Es posible evaluar la calidad percibida a través del instrumento seleccionado en la muestra seleccionada y los resultados permiten identificar aspectos a mejorar en la gestión de los Servicios de Enfermería. Se lograron identificar las principales limitaciones en la aplicación de los instrumentos lo que permite establecer estrategias de orientación a los estudiantes, que conduzcan a la validación de un porcentaje mayor de encuestas en futuras mediciones. La utilización del test Mini-mental State de Folstein y la definición del puntaje superior a 24 como criterio de inclusión, otorga mayor confiabilidad a las opiniones recogidas.

Con la utilización del SERVQUAL se pudo observar que posibilita realizar un análisis departamental y admite seguimientos periódicos, útiles para comparar todos los cambios que se producen en las expectativas y percepciones, hecho que proporcionara una línea de actuación a seguir.

Referencias bibliográficas

1. Zeithaml, Valerie A, Parasuraman, A and Berry, Leonard L. Delivery quality service. Balancing customer perceptions an expectations. Nueva York : The Free Press. Una división de Simon & Schuster Inc., 2010.
2. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. González-Valentín, MA, Padín López, S and Ramón Garrido, E. 3, s.l. : Enfermería Clínica, May-Jun 2005, Vol. 15.
3. Miranda, J, Chamorro, A and Lacoba, S. Introducción a la Gestión de la Calidad. Madrid : Delta Publicaciones, 2007.
4. Santana, Silvia y otros. Programa internado. Experiencia de Gestión Asistencial. Montevideo : Dorteau, 2012. Universidad de la República.
5. Calidad asistencial percibida por los padres en una unidad de Preescolares y Hemato-oncología Pediátrica. Flores Caraballo, J M, et al. 1, s.l. : Index Enfermería, ene-mar 2010, Vol. 19, pp. 34-36.
6. Research into care quality criteria for long term care institutions. Wang, WI and Chou, HJ. 4, s.l. : J Nurs. Res, Dic 2007, Vol. 15, pp. 255-264.
7. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. Uzun, O. 1, s.l. : J Nurs Care Qual, Oct 2001, Vol. 16, pp. 24-33.
8. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. Barrasa, JI and C, Aibar. 7, s.l. : Revista de Calidad Asistencial, 2003, Vol. 18, pp. 580-590.

ARTICULO CIENTÍFICO

Morbimortalidad asociada con abordajes intravasculares en pacientes pediátricos graves

Darelys Baños Sánchez; Aimara García Martínez; Isandra Prat Ribet; Anabel González Miranda. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río, La Habana.

RESUMEN

Introducción: la inserción de catéteres intravasculares se ha convertido en un procedimiento indispensable en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Objetivo:** caracterizar la morbimortalidad asociada con abordajes intravasculares en pacientes pediátricos graves. **Métodos:** estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, durante 2013, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico "Pepe Portilla", Pinar del Río. Se estudiaron 182 pacientes ingresados en el periodo de estudio y que requirieron abordaje intravascular. Las variables de estudio fueron edad, usos del abordaje, tiempo de duración, complicaciones y mortalidad. La información se obtuvo de las historias clínicas y el registro de morbilidad continua de la unidad. **Resultados:** se realizó abordaje intravascular al 51,12 % de los ingresados, al 31,46 % por vía femoral, el 60,83 % con menos de un año de edad. El principal uso fue la administración de medicamentos (100 %). El 56,59 % tuvo el abordaje más de 10 días. El 12,08 % de los pacientes presentó complicaciones, la infección fue la más frecuente. El 16,48 % falleció. **Conclusiones:** existe alta incidencia en la aplicación de abordajes intravasculares. La infección por catéter es la complicación asociada más frecuente, no encontrándose relación directa entre la aplicación del procedimiento y la causa de muerte.

Palabras clave: abordaje venoso profundo; catéteres venosos centrales, morbilidad, mortalidad, paciente grave.

Introducción

Desde la primera descripción de la canulación de la vena subclavia en 1952, se ha experimentado un gran desarrollo en las técnicas de acceso venoso profundo, dominio de las estructuras anatómicas y dispositivos usados, por lo que en la actualidad se ha experimentado un notable incremento en el uso de los catéteres intravasculares y no vasculares, debido fundamentalmente a la expansión de trabajo en los cuidados críticos.¹ Sin embargo, sigue considerándose un procedimiento muy invasivo cuya utilización debe ser cuidadosamente valorada y realizada por personal capacitado, con los cuidados que exigen las diferentes técnicas, así como el conocimiento de las complicaciones que pudieran surgir.^{2,3}

En el contexto de la medicina crítica hay interpretaciones diferentes en cuanto a su uso; esto, aparejado al auge en la necesidad del control cada vez más exhaustivo de los cambios del medio interno del paciente crítico, hacen que su utilización sea cada vez mayor, aunque para muchos autores, constituyen procedimientos altamente invasivos no exentos de complicaciones. Actualmente, la infección provocada por su uso, es la de mayor prevalencia en los hospitales, constituyendo del 11 %-12 % de todas las infecciones nosocomiales.^{3,4}

A nivel internacional se muestra la misma problemática, lo cual se refleja en datos estadísticos sólidos.⁵ En la institución, hasta la fecha, no existía una investigación sobre estos aspectos, por lo que después de haber revisado la temática, se realizó el presente estudio, por considerar un problema la necesidad de conocimientos del personal que labora en esta unidad, sobre estas técnicas y sus complicaciones, las que no siempre pueden evitarse, y los cuidados de enfermería específicos, pueden reducir su aparición y gravedad, así como disminuir de forma notable su incidencia.

La investigación sobre este tema tiene gran utilidad ya que constituye el primer estudio que se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la provincia de Pinar del Río, lo que elevó el conocimiento por parte del personal de enfermería sobre estas técnicas y sus implicaciones.

El estudio se realizó con el objetivo de caracterizar la morbimortalidad asociada al empleo de abordajes intravasculares y no vasculares.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río, durante el período comprendido desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2013. El universo quedó constituido por 182 pacientes ingresados en el período de estudio que requirieron abordajes intravasculares.

Para obtener la información, se revisaron las historias clínicas de los pacientes, y del registro de morbilidad continua de la unidad.

Las variables estudiadas fueron edad, usos del abordaje, tiempo de duración, complicaciones y mortalidad.

La información se procesó con el paquete estadístico SPSS para Windows. Se utilizó el test de hipótesis de proporciones y los porcentajes.

Los datos obtenidos en la investigación, se utilizaron con fines estrictamente científicos y sólo fueron divulgados en eventos o en publicaciones. Se salvaguardó en todo momento la confidencialidad de la información, teniendo en cuenta los requerimientos bioéticos establecidos.

Resultados

El procedimiento de abordaje intravascular se realizó a 182 pacientes que representa un 51,12% del total de ingresos en la unidad. La técnica más aplicada fue la vía femoral, representada por 112 pacientes (31,46 %). El grupo de edad donde más se aplicó fue en el menor de 1 año, con 73 casos (60,83 %). La vía femoral fue la más aplicada. El grupo de edad que menor incidencia presentó fue entre 15 y 18 años, con 10 pacientes para un 27,02 % (Tabla 1).

Los principales usos de los abordajes intravasculares fueron la administración de fármacos y líquidos en 182 pacientes que representa el 100 % de los que tuvieron algún abordaje. El tipo de técnica más aplicada con este propósito fue la vía femoral, representada por 112 pacientes para un 61,53 %. En menor medida fueron usados los abordajes para la toma de muestras y alimentación parenteral. Llama la atención que en ningún caso fueron usados para estudios imaginológicos y monitoreo invasivo. (Tabla 2).

En la mayoría de los pacientes se utilizó el abordaje intravascular por más de 10 días, 103 casos para un 56,59 %.

La vía más aplicada fue la femoral, representada por 65 pacientes, para un 35,71 %. No hubo ningún caso en el que se aplicara este procedimiento por menos de un día (Tabla 3).

El 12,08 % de los pacientes con abordaje intravascular presentó complicaciones. Se destacó la infección en 8 casos para un 4,39 %, de ellas 5 para un 2,74 % fueron con el uso de la vía femoral, la complicación "fallo en la canalización" se presentó en 4 casos, para un 2,19 %. (Tabla 4).

De los 182 pacientes estudiados 30 fallecieron, lo que representa un 16,48 %. De ellos el 11,53 % tenía un abordaje por vía femoral. En los pacientes que egresaron vivos también fue ese el tipo de abordaje más aplicado (50 %). (Tabla 5).

Discusión

Los resultados obtenidos en relación con los abordajes intravasculares, coinciden con la literatura internacional y nacional consultada, donde se reporta del (40-60 %) de su uso, pues la canalización intravenosa profunda es un método de acceso directo a la circulación venosa, que ha dejado de ser un recurso excepcional complicado, reservado a casos críticos.⁴⁻⁷

La técnica de abordaje venoso profundo más usada fue la vía femoral, resultado similar a lo revisado, porque la vena Femoral en U.C.I.P. es la de elección con respecto a otros tipos de canalización venosa profunda, tratándose de una vena de gran calibre y fácil localización, incluso en caso de shock.⁸⁻¹¹

Con respecto a la edad, resultado obtenido se explica por la alta incidencia de morbilidad grave en lactantes, además, permite: La administración de medicamentos incompatibles a través de un catéter periférico, la administración de soluciones irritantes, cáusticas o hipertónicas, el monitoreo hemodinámico, la inserción de un catéter de marcapaso transvenoso, el apoyo de infusiones rápidas de líquidos en la reanimación, es una vía que una vez instalada, evita la manipulación del paciente ante la incapacidad para canular venas periféricas.¹²⁻¹⁴ El grupo de edad que menos casos aportó fue el correspondiente a las edades entre 15 a 18 años. Es pertinente destacar que este es un grupo donde la morbilidad por patologías graves disminuye considerablemente.¹³

La mayor utilización que se le dio a los abordajes intravasculares fue la administración de fármacos y líquidos (cristaloides, coloides, irritantes), en este sentido Iraola Ferrer MD.¹⁴ coincide, con estos resultados, se debe tener en cuenta todas las ventajas del proceder y el tipo de terapia que se aplica en la U.C.I.P. tales como: Posibilidad de administrar grandes volúmenes de fluidos en poco tiempo.

En la literatura consultada se encontró que la vía intraósea (no utilizada en ninguno de los casos en esta investigación), tiene una alta incidencia en su uso en otros países, sobre todo en francas urgencias, para lograr la estabilización del paciente, siendo una técnica fácil de realizar.¹¹⁻¹⁴ Sin embargo, existe la evidencia del poco uso de esta técnica en esta unidad,

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes según edad y tipo de abordaje intravascular

| Edad (años) | Ingresos | Femoral | | Subclavia | | Yugular Interna | | Total | |
|-------------|----------|---------|-------|-----------|-------|-----------------|------|-------|-------|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| < 1 | 120 | 60 | 50,00 | 13 | 10,83 | 0 | 0,00 | 73 | 60,83 |
| 1 - 4 | 89 | 25 | 28,08 | 19 | 21,34 | 0 | 0,00 | 44 | 49,43 |
| 5 - 14 | 110 | 27 | 24,54 | 26 | 23,63 | 2 | 1,81 | 55 | 50,00 |
| 15 - 18 | 37 | 0 | 0,00 | 7 | 18,91 | 3 | 8,10 | 10 | 27,02 |
| Total | 356 | 112 | 31,46 | 65 | 18,25 | 5 | 1,40 | 182 | 51,12 |

Fuente: registro de morbilidad continua, historias clínicas p<0.05.

Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según usos del abordaje intravascular y tipo de abordaje

| Usos | Femoral | | Subclavia | | Yugular Interna | | Total | |
|---|---------|-------|-----------|-------|-----------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Administración de fármacos y líquidos | 112 | 61,53 | 65 | 35,71 | 5 | 2,74 | 182 | 100,0 |
| Toma de muestra para complementarios. | 95 | 52,19 | 10 | 5,49 | 1 | 0,54 | 106 | 58,24 |
| Administración de Nutrición parenteral. | 37 | 20,32 | 12 | 6,59 | 1 | 0,54 | 50 | 27,47 |

Fuente: Registro de morbilidad continua, historias clínicas. p<0.05

Tabla 3. Distribución porcentual de pacientes según tiempo de uso del Abordaje intravascular y tipo de abordaje

| Tiempo de uso (días) | Femoral | | Subclavia | | Yugular Interna | | Total | |
|----------------------|---------|-------|-----------|-------|-----------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 - 5 | 15 | 8,24 | 8 | 4,39 | 0 | 0,00 | 23 | 12,63 |
| 6 - 10 | 32 | 17,58 | 22 | 12,08 | 2 | 1,09 | 56 | 30,76 |
| > 10 | 65 | 35,71 | 35 | 19,23 | 3 | 1,64 | 103 | 56,59 |
| Total | 112 | 61,53 | 65 | 35,71 | 5 | 2,74 | 182 | 100,0 |

Fuente: Registro de morbilidad continua de la unidad, historias clínicas. p<0.05

Tabla 4. Distribución porcentual de pacientes según complicaciones y tipo de abordaje intravascular

| Complicaciones | Femoral | | Subclavia | | Yugular Interna | | Total | |
|---|---------|------|-----------|-------|-----------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Infección | 5 | 2,74 | 3 | 1,64 | 0 | 0,00 | 8 | 4,39 |
| Fallo en la canalización | 3 | 1,64 | 1 | 0,54 | 0 | 0,00 | 4 | 2,19 |
| Trombosis-Flebitis | 2 | 1,09 | 0 | 12,08 | 0 | 1,09 | 2 | 1,09 |
| Daños del Tcs, nervioso, arterial, venoso | 2 | 1,09 | 0 | 19,23 | 0 | 1,64 | 2 | 1,09 |
| Arritmias cardíacas | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 |
| Hemo-neumotórax, Quilotórax, | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 | 1 | 0,54 |
| Hemorragia | 1 | 0,54 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 |
| Trayectos Aberrantes | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 |
| Embolismo de la guía y del catéter | 1 | 0,54 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 |
| Embolismo aéreo | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 0,54 | 1 | 0,54 |
| Total | 14 | 7,69 | 6 | 3,29 | 2 | 1,09 | 22 | 12,08 |

Fuente: Registro de morbilidad continua de la unidad, historias clínicas. $p < 0.05$

Tabla 5. Distribución porcentual de pacientes según mortalidad y tipo de abordaje intravascular

| Estado al egreso | Femoral | | Subclavia | | Yugular Interna | | Total | |
|------------------|---------|-------|-----------|-------|-----------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Fallecido | 21 | 11,53 | 9 | 4,49 | 0 | 0,00 | 30 | 16,48 |
| Vivo | 91 | 50,00 | 56 | 30,76 | 5 | 2,74 | 152 | 83,51 |
| Total | 112 | 61,53 | 65 | 35,71 | 5 | 2,74 | 182 | 100,0 |

Fuente: Registro de morbilidad continua de la unidad, historias clínicas. $p < 0.05$

demostrado en el presente estudio. Las autoras coinciden con la literatura consultada donde se afirma la necesidad de conocimientos teóricos y prácticos con respecto a esta técnica tan importante en la atención al paciente crítico.

Se coincide con los autores consultados en que el tiempo del uso del abordaje intravascular > de 10 días, está en relación directa con la estadía del paciente en la U.C.I.P, los pacientes que ingresan en estos servicios son por enfermedades graves donde los tratamientos generalmente son prolongados.^{13,14}

La cifra total de complicaciones en U.C.I.P. coincide con los resultados consultados, donde la incidencia de complicaciones oscila entre 8 y 15 %.¹²⁻¹³ La incidencia de infección es muy variable, representada por 8 casos, siendo la complicación más importante. El resto de las complicaciones se hacen dependientes del no dominio de la técnica, empleo incorrecto de la misma y en menor medida de la casuística coincidiendo estos resultados con los consultados en la literatura internacional donde se reporta entre un 0 % y 25 %.¹²⁻¹⁴ Las autoras están de acuerdo con lo planteado en la literatura, que expresa que el fallo en la canalización es una que se presenta por el deficiente grado de conocimientos del personal de enfermería en el manejo de estas técnicas lo cual provoca mayor agresión al paciente con mayor invasividad y la infección como complicación derivada de ello lo que es evitables con el adiestramiento del personal, sobre todo los enfermeros de nueva incorporación en estas unidades.

Los resultados encontrados en la presente serie son coincidentes con los publicados por Rowin ME, Patel VV, Christenson JC.,¹⁵ quienes plantean que al momento de la muerte en una UCIP el paciente casi siempre tiene algún abordaje vascular, sobre todo por vía femoral, el uso de estas técnicas se relaciona con una mayor supervivencia pediátrica, es preciso señalar que con el diseño del estudio realizado no se demostró una relación directa entre el uso de estos procedimientos y la causa de fallecimiento de los pacientes.

Se concluye que la aplicación de abordajes intravasculares mantiene alta incidencia de uso en las UCIP. La infección por catéter es la complicación más frecuente en la unidad. No se demostró una relación directa entre la aplicación de estos procedimientos y la causa de fallecimiento de los pacientes. De la calidad del trabajo del personal que realiza estos procedimientos, depende que esta situación sea evitada, elevando la calidad de vida de los niños y su rápida incorporación a la sociedad.

Referencias bibliográficas

1. Brum- Buisson C. Suspected central venous catheter-associated infection: can the catheter be safely retained? *Intensive care Med* 2010; 30:1005-1007.
2. Rodríguez S. Complicaciones de la terapia intravenosa como causa de la prolongación de la estancia hospitalaria. *Enfermería científica* 2011; 126: 20-21.
3. Nursing Phrotobook. "Cuidados de Enfermería Pediátrica." Ed: Doyma; 2011.
4. Hasset J, Jiménez R. "Urgencias en Pediatría. Vía Intraósea." Disponible en: <http://www.spp.org.py.280206.htm>.
5. Martínez JA. "Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes". *Medicina Crítica* 2010;103:89-93.
6. Agee KR, Balk RA: Central venous catheterization in the critically ill patient. *Crit Care Clin* 2012; 8:677.
7. Intravenous techniques. In: *Textbook of Advanced Cardiac Life Support*. Dallas, American Heart Association; 2010, pp. 6-1.
8. Bone RC. The technique of subclavian and femoral vein cannulation. *J Crit Illness* 2012; 3:61.
9. Englestein ED, Zipes DP. Sudden cardiac death. En: Alexander RW, Schlant RC, Fuster, editores. *The heart arteries and veins*. Nueva York: Mc Graw-Hill, 2011; 1081-112.
10. Hohn Ar, Lambert Ec. Continuous venous catheterization in children. *Jama*. 2011; 197:658.
11. Rubinson I, Haponik EF, Wu AW, Diette GB. Internists' Adherence to Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter Infections. *JAMA* 2011; 290: 2802.
12. Díaz Aleris R. Adherencia a las guías clínicas sobre prevención de infecciones asociadas a catéter. 2010;(12):686
13. Rosen M, Latto I, Shang W. *Handbook of percutaneous central venous Catheterization*. Ed: Saunders Co. Philadelphia; 2011.
14. Didier Pittet D, Harbarth SJ. El control de la infección en terapia intensiva. *Medicina Intensiva*, Dr. Carlos Lovesio, Editorial El Ateneo, Buenos Aires; 2006.
15. Iraola Ferrer MD. Calidad en la medicina de emergencia. *Rev Electrónica Biomed / Electrónica J Biomed* 2011;1:24-39.
16. Rowin ME, Patel VV, Christenson JC. Pediatric intensive care unit nosocomial infections: epidemiology, sources and solutions. *Crit Care Clin* 2011; 19: 473-487.

ARTICULO CIENTÍFICO

Gestión del cuidado y calidad de la atención de enfermería al adulto mayor

MSc. Carmen Vázquez Lazo¹; MSc. Dianelys González Zayas²; MSc. Lázaro Véliz Cruz²; Lic. Sandra Felicita Vázquez Mir²; Lic. Marlenis Cabeza Moriche²

RESUMEN

Introducción: la Gestión del Cuidado es una forma de gestionar las unidades asistenciales basadas en la participación responsable de los profesionales de Enfermería. **Objetivo:** identificar aspectos relacionados con la gestión y calidad del cuidado en los servicios de enfermería en la institución. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, en el Hogar del Adulto Mayor "Fidel Labrador García" del municipio de Artemisa, de enero a marzo de 2011. El universo de estudio fue de 12 enfermeros/as que laboran en la institución y 36 ancianos institucionalizados. Las variables estudiadas fueron: Satisfacción de Ancianos. Se aplicó para la obtención de información instrumentos elaborados por la Escuela Nacional de Salud Pública, validada en estudio anterior. Para el análisis de las variables se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta y distribución porcentual. **Resultados:** se obtuvo que tanto los enfermeros/as como los ancianos de la institución están satisfechos, los primeros con la labor que realizan y los segundos con la atención de enfermería recibida en la institución. **Conclusión:** la gestión del cuidado en los servicios de enfermería que se brindan en el hogar se corresponde con la premisa de brindar atención especializada, con calidad y satisfacción de pacientes y prestadores en correspondencia con las actitudes y los cambios básicos y esenciales que precisa el Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: gestión del cuidado, servicios de enfermería, adulto mayor, cuidados.

Introducción

El envejecimiento demográfico es el símbolo de una de las más antiguas aspiraciones de la humanidad. "Vivir sino para siempre, por lo menos cuanto más". Las personas mayores de 60 años, constituyen el sector demográfico de más rápido crecimiento en el mundo. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, aún a pesar de la declinante tasa de crecimiento, en casi todos los países, la población mundial está envejeciendo. Se estima que para el año 2025, habrá un total de unos mil doscientos millones de personas de edad superior a 60 años; y en América Latina y el Caribe alrededor de 82 millones de personas, tendrán más de 60 años.¹

En Cuba la esperanza de vida al nacer según el último reporte de la Oficina Nacional de Estadística es de 77 años. El 14, 5 % de la población es mayor de 60 años y la población de 60 a 74 años representa el 69 % de los adultos mayores, además en el 41,5 % de los hogares cubanos hay al menos un adulto mayor. Estas cifras reflejan las características demográficas del envejecimiento. Como consecuencia, la Medicina se tie-

ne que enfrentar a nuevos retos a los que ha de dar una respuesta adecuada.²

La Gestión del Cuidado es una forma de gestionar las unidades asistenciales basadas fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales de Enfermería. Los Enfermeros/as han de asumir que la "Gestión del Cuidado" no es solo en la realización de la actividad, sino, la planificación, el diseño organizativo y la gestión de la actividad a desarrollar en términos oportunos, precisa, correcta, a un costo razonable y con óptima calidad propiciando la satisfacción del paciente o usuario, de su familia y la del conjunto de profesionales que prestan el servicio o facilitan su realización.

Los servicios de salud están trabajando en desarrollos organizativos basados en los modelos de Gestión del Cuidado, (GC) algo similar a lo que otros sectores de servicios están haciendo para mejorar la satisfacción de sus pacientes, fomentando la implicación de sus profesionales, potencian su creatividad y sus conocimientos y les hacen partícipes de los logros de la organización.³

La enfermera(o) por su formación Científica y Humanística unida a los conocimientos de

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Cuba. E-mail: cvlazo@infomed.sld.cu

² Licenciada en Enfermería. Máster en Medicina Bioenergética y Natural Profesor Instructor Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Cuba.

GC ocupa una posición estratégica en el Sistema de Salud. Asumiendo con criterios la Gestión de los Cuidados de Enfermería, asegurando la continuidad de estos desde la hospitalización, en mayor grado de complejidad, hasta la Atención Primaria de Salud, respondiendo con una eficiente administración de los recursos humanos, materiales y tecnológicos, con un plan de calidad que incluya todos los elementos asistenciales, no asistenciales y de implicación para los profesionales.⁴

El municipio Artemisa, constituye el municipio cabecera de la naciente provincia de igual nombre, Posee 82 141 habitantes, de ellos, 12 396 son ancianos, lo que representa el 15 % de la población.

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente desde las mejoras existentes con el triunfo de la revolución de las condiciones sanitarias, sociales y económicas. Todo esto ha llevado a un envejecimiento de la población y el municipio de Artemisa no escapa a tales efectos.

En el año 1982 fue inaugurado en la carretera central kilómetro 55 un Hogar del Adulto Mayor con el nombre de "Fidel Labrador García". La institución brinda cuidados a 48 ancianos, con una dispensarización de 19 válidos, 9 impedidos físicos, 5 impedidos auditivos, 8 impedidos visuales, y 7 impedidos mentales.

El concepto de calidad está implícito en la cultura del cuidado, por lo que es necesario construir sobre esa base. La calidad total debe dar respuesta a componentes como: Satisfacción del paciente, Excelencia de los profesionales, su práctica y la Organización de los servicios, además se hace necesario generar un escenario que posibilite la calidad y la mejora continúa, al tiempo que se potencia la identificación y el compromiso con la institución en aras de brindar una mejor y mayor calidad de vida a esta población.⁵

La implicación del personal de Enfermería en este proyecto significa un compromiso que requiere esfuerzos importantes para conseguir la organización de los cuidados respondiendo a las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud, demostrar a los ciudadanos cual es la contribución de los Enfermeros en los cuidados y el desarrollo de la profesión.⁶

Por tal motivo surge una interrogante:

¿La Gestión y la Calidad del Cuidado en los servicios de enfermería que se brindan en el Hogar del Adulto Mayor Fidel Labrador García se corresponden con la premisa del Sistema de Salud de brindar atención especializada, con calidad y satisfacción de pacientes y prestadores?

De ahí que esta investigación tenga por objetivo: identificar aspectos relacionados con la gestión y calidad del cuidado en los servicios de enfermería que se brindan en el Hogar del Adulto Mayor Fidel Labrador García.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Hogar del Adulto Mayor "Fidel Labrador García" del municipio Artemisa, provincia Artemisa, en el período comprendido de enero a marzo de 2011.

El universo de estudio quedó constituido por 36 ancianos institucionalizados en el hogar y 12 enfermeros/as que laboran en la institución.

VARIABLES

Satisfacción de Ancianos: Modo de aceptación, beneplácito, conformidad con la atención recibida por parte de los enfermeros(as) que laboran en la institución.

Satisfacción del Personal de Enfermería: Estado de aceptación, deseo, ánimo y motivación para el desempeño de la profesión.

Organización de los servicios de enfermería: Modo en que se estructuran u organizan las actividades a desarrollar por parte del personal de enfermería que repercuten en el desempeño de la actividad profesional.

Procedimientos

Se aplicó instrumento elaborado, validado y utilizado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) para la evaluación de la Satisfacción de los enfermeros/as.

Se aplicó instrumentos elaborados, validados y utilizados por la Escuela Nacional de Salud (ENSAP) para la evaluación de la Satisfacción de los Ancianos.

Encuesta a Ancianos

Guía de Observación.

Instrumento utilizado para evaluación de la Organización de los servicios de enfermería: Guía de Observación

Para el análisis y procesamiento de la información obtenida se utilizó métodos computarizados del sistema Operativo Windows XP con el paquete de office 2007 con sus programas Excel para el procesamiento de los datos y el Word para la confección del informe final de la investigación. Se empleó técnicas estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta y distribución porcentual.

Los resultados obtenidos del procesamiento de la información se presentaron en tablas para su mejor análisis y discusión, llegando a las conclusiones de la investigación.

Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta principios éticos y bioéticos enfatizando en el consentimiento informado a trabajadores, ancianos y la información confidencial.

Resultados

El 100 % de los enfermeros se identifican con la labor desempeñada, sienten el apoyo de los que dirigen el servicio, no existe diferencias en la comunicación que establecen con el resto del personal del equipo y con los ancianos, sienten que el trabajo es reconocido tanto por los ancianos como por los demás miembros del equipo, por lo que el indicador resumen obtuvo un estándar Óptimo, con una puntuación del 100 % que se resume en satisfacción de los enfermeros/as que laboran en la institución.

En el Hogar el 58,3 % del personal que labora en la institución es Licenciado, el 66% tiene una edad entre los 20 y 35 años de edad y la totalidad refiere haber recibido cursos de capacitación referente al adulto mayor.

El 94,4 % de los ancianos, valoran de aceptable la inmediatez con que se reciben los servicios de enfermería, la dedicación de los enfermeros del tiempo que se necesita de sus servicios, la satisfacción con la atención de enfermería y en sentido general con la atención de enfermería recibida y el 100 % de los ancianos valoran de óptimo el trato recibido por los enfermeros. Por lo que el indicador resumen obtuvo un estándar Aceptable, con una puntuación del 98 % que se resume en satisfacción de los ancianos con la atención de enfermería.

El personal de enfermería, seguido de las asistentes, son las personas que más se comunican con los ancianos, la Enfermera/o como comunicador por excelencia, le explica el tratamiento, la dieta y los exámenes que se le realizan, así como las reglas a cumplir en la institución, para la comunicación utilizan un lenguaje claro, cariñoso, entendible, a los ancianos se les llama por su nombre y en su mayoría,

Operacionalización de las variables

| Variable | Clasificación | Escala | Indicador |
|--|---------------------------------|--|--|
| Satisfacción de ancianos | Cualitativa nominal politómica. | Satisfechos: Indicador resumen mayor de 90%. Medianamente satisfechos: Indicador resumen entre 89% y 80%. No satisfechos: Indicador resumen menor del 80%. | Suficiencia de recursos materiales. Condiciones constructivas. Condiciones Higiénicas. Actividades de capacitación. Superación. Posibilidades de superación. Recibo de información. Relaciones entre los miembros del equipo. Apoyo de los que dirigen el servicio. Satisfacción con su trabajo. Reconocimiento de sus funciones en el equipo. Reconocimiento por los pacientes y familiares. |
| Satisfacción de los enfermeros(as). | Cualitativa Nominal Politómica. | Satisfechos: Indicador resumen mayor de 90%. Medianamente Satisfechos: Indicador resumen entre 89% y 80%. No Satisfechos: Indicador resumen menor del 80%. | Inmediatez con que se recibe los servicios de enfermería. Dedicación de los enfermeros del tiempo que se necesita de sus servicios. Trato de los enfermeros hacia los pacientes. Satisfacción con la atención de enfermería. Atención de enfermería. |
| Organización de los Servicios de Enfermería. | Cualitativa Nominal Dicotómica | Adecuada organización de los Servicios de Enfermería. No Adecuada organización de los Servicios de Enfermería. | 95% de cumplimiento de los criterios establecidos. Turno de trabajo. plantilla cubierta en relación a la plantilla aprobada. Entrega y recibo de turno. Higiene y confort de los ancianos. Cumplimiento de las indicaciones médicas. Cumplimiento de los cuidados de enfermería. |

valoran la relación de buena, además de que se sienten satisfechos y complacidos con la atención recibida por parte del personal de enfermería.

La entrega y recibo está presente en cada turno de trabajo, se cumplen con los parámetros establecidos en relación al control estricto de los materiales y recursos de que dispone la institución, la entrega de los pacientes se realiza correctamente con la identificación personalizada de cada uno, existiendo profundidad en el análisis de las acciones de enfermería individualizada para cada anciano, se constata por el observador, que existe una higiene y confort adecuados, ancianos rasurados y peinados, camas tendidas, ropa de cama, ropa de ancianos e institución con buenas condiciones higiénicas

Existe una adecuada organización de los servicios de enfermería, lo que garantiza la Atención con Calidad.

Discusión

En el Hogar del Adulto Mayor "Fidel Labrador García" del municipio de Artemisa, se evidencia la gestión del cuidado, con la incorporación de los conceptos de calidad y eficiencia en la práctica clínica y del cuidado, maximizando la efectividad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios a un costo social razonable y sostenible, aceptando que la ética individual debe asumir la preocupación por el bien común.⁷

Recientemente se ha atribuido al trabajo en equipo una gran importancia para la continuidad de los cuidados dispensados. Los equipos pueden ser unidisciplinarios o interdisciplinarios. Los factores que facilitan el establecimiento del trabajo en equipo son de importancia crítica para dispensar cuidados de calidad.

En muchas partes del mundo, las limitaciones financieras y otras impiden la contratación y el despliegue de

grandes números de enfermeras profesionales. La combinación del personal y lo que constituye una dotación segura de personal varía en función de las circunstancias locales. Las enfermeras colaboran con diversos trabajadores de salud profesionales y no profesionales, en particular con los que trabajan en la comunidad.⁸

En los contextos hospitalarios, puede ser que las funciones y los puestos del personal de enfermería sean distintos de los de América del Norte y de Europa Occidental. Sin embargo, cualquiera que sea el tipo del equipo de enfermería e interdisciplinario, la calidad de las relaciones de equipo influirán probablemente en el bienestar de la enfermera y el paciente.⁹

También es importante la colaboración con otros profesionales de la salud. Se ha estudiado mucho la relación perjudicial y antagónica que frecuentemente se da entre los médicos y las enfermeras. En un entorno hostil o rígidamente jerarquizado puede ser que las enfermeras no se atrevan a cuestionar órdenes escritas o verbales que son erróneas o están mal comunicadas.¹⁰

Los resultados en relación a la percepción que tiene el personal de enfermería con la labor que realizan, se corresponden con la bibliografía consultada, que plantea dos claves esenciales para el éxito del desarrollo de los modelos de gestión del cuidado:

- Los profesionales: como el principal activo de toda la organización. La búsqueda de satisfacción de los profesionales a través de modelos de motivación y reconocimiento personal en organizaciones que le permita realizar su trabajo y desarrollarse profesionalmente con plena satisfacción.
- El liderazgo: Indispensable, tanto por parte de la dirección del centro, como de la Dirección de Enfermería, jefe de sala, como la jefa del equipo en la atención directa al paciente.¹²

La satisfacción en el trabajo guarda relación con lo que las enfermeras piensan de su vida laboral. En un estudio de Weisman y Nathanson¹¹ se comunicaba que el nivel de satisfacción en el trabajo del personal de enfermería era el más fuerte de los factores determinantes del nivel general de satisfacción de los pacientes.

En la satisfacción de las enfermeras influyen también factores generales como el apoyo de la administración, el apoyo de la infraestructura física y el compromiso del empleador para con los servicios de enfermería.^{12 13}

Acorde con la misión de los Departamentos de Enfermería de los Centros Asistenciales del País que indica trabajar en asistencia con los más altos estándares de calidad para alcanzar un óptimo grado de excelencia en los cuidados que se brindan, se hace necesario que los profesionales de Enfermería obtengan un nivel de conocimientos sólidos, actualizado y que responda a las políticas y a la dirección estratégica institucional, el tipo y complejidad de los servicios que ofrecen las necesidades y expectativas de los mismos, así como las responsabilidades y competencias de acuerdo con el perfil para cada uno de los cargos dentro del departamento.¹⁴

Se encontró estudios^{10,11,15} que publican sobre cómo la combinación de personal influye en los resultados conseguidos en el paciente. La mayoría de esos estudios sugieren que cuanto más elevada es la formación y la condición profesional de las enfermeras que dispensan los cuidados, mejores son los resultados conseguidos en los pacientes.

Schindul Rothschild J y colaboradores¹⁶ constataron que una combinación de enfermeras especialistas superiores se correspondía con una menor incidencia de errores de medicación, menos úlceras por presión y más satisfacción en los pacientes.

Los resultados obtenidos se encuentran en correspondencia con las estrategias para el desarrollo de entornos positivos para la práctica profesional, cuyo proceso para desarrollar entornos positivos tiene múltiples facetas, se da en múltiples niveles de organización e implica a diversas personas. Criterios similares publica Rowel P.¹⁷

En el Hogar existe una adecuada Organización de los servicios de Enfermería, se realizan turnos de trabajo de 12 horas, no existe déficit de personal pues la plantilla cubierta coincide con la plantilla aprobada y una estabilidad del personal, no existiendo bajas en los últimos seis meses.

Como punto de partida, para el desarrollo del entorno positivo cada organización debe elaborar un perfil de sus recursos humanos que incluya la medición de aspectos tales como el ausentismo y los coeficientes de puestos vacantes y de rotación del personal, además de datos demográficos como la edad y la experiencia. Este tipo de dato constituye una sólida base para la adopción de decisiones.¹⁷

Independientemente del tipo de práctica, del contexto de trabajo del país las enfermeras comparten un atributo que las define: son profesionales comprometidas que abrazan una filosofía global de los cuidados de salud.¹⁸

El Plan estratégico del Ministerio de Salud Pública, en sus recomendaciones ha señalado la necesidad de modernizar la organización y la gestión sanitaria mediante la implementación de nuevas formas, que de manera progresiva impliquen a toda la organización en la consecución de una mayor eficiencia y calidad de acuerdo con los planteamientos de la gestión clínica o del cuidado.¹⁹

Es importante que los equipos multiprofesionales orienten sus esfuerzos en la búsqueda de diversas estrategias para rescatar, ubicar y revalorar el potencial latente

que existen en los adultos mayores; otorgándoles una atención preferencial en los diferentes sectores de la sociedad.¹⁹

La gestión del cuidado forma parte de las reformas que se están realizando en las modernas Instituciones de Salud en un intento de unir la mejor práctica clínica y del cuidado con los Recursos Humanos y Materiales que se necesitan en busca del menor costo/beneficio. Está claro que la participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr mejoras significativas en la atención al paciente como eje central de la asistencia.¹⁹

Hay entornos que favorecen la excelencia y tienen poder para atraer y retener a las enfermeras. Estos han dado en llamarse entornos favorables para la práctica de la profesión. El efecto beneficioso que ejercen sobre todos los aspectos, desde la satisfacción de las enfermeras hasta los resultados en los pacientes y la innovación, está documentado por un importante acervo de pruebas. Sin embargo, aun queda mucho por hacer para que estos entornos favorables para el ejercicio de la profesión sean la norma.^{17,19}

Conclusiones

La gestión y la calidad del cuidado en los servicios de enfermería que se brindan en el Hogar del Adulto Mayor "Fidel Labrador García" se corresponden con la premisa de brindar atención especializada, con Calidad y Satisfacción de pacientes y prestadores en correspondencia con las actitudes y los cambios básicos y esenciales que precisa el Sistema Nacional de Salud en sus instituciones para conseguir mayores cuotas de eficacia y de calidad en la atención a los ciudadanos.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana: MINSAP; 2011.
2. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. 2ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2008: 12-21.
3. Pallares Neila, L., García Junquera, M. Guía Práctica para evaluación de la calidad en la Atención Enfermera. Madrid: Editorial Olalla, 2000: 24.
4. Higuera Mejías, Y. Acuerdos de Gestión 2004. Hospitalización de Agudos en Salud Mental. Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2008: 15.
5. Rivard, C. Modelo Conceptual en Cuidados de Enfermería. Barcelona. Escuela Enfermería - Universidad de Barcelona 2005.
6. Dochterman Bulechek, I. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ed. Madrid: Editorial Elsevier, 2010.
7. Maorhead Johnson, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ed. Madrid: Editorial Elsevier. 2010.
8. Marchín Mari, N., Rodríguez MC., Galindo, H., Barca, J., Sánchez, J. Alta de Enfermería. Rev. Científica. 1997; 25 (1) 60 - 63.
9. Luis, MT, Fernández CG. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2ed. Editorial Masson 2006
10. Sevilla Pérez, F. La gestión esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Rev Admon Sanet. 2008; 4(813): 8.
11. Weisman CS, Nathanson CA. Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. Medical Care, 23 (10), 1179-1192. 1985.
12. Martínez Alma J. ¿Qué puede aportar la Gestión Clínica al futuro de los servicios sanitarios. Rev Medicina de Familia 2009; 2(161): 8-10.
13. Agra, Y., García, S., Magrinya, P. Manual de garantía de Calidad en Atención Primaria. 2ed. Madrid: Editorial Consejería de Salud, 2010.
14. White JP. Health care, hospitals, and reengineering; D. Glenday, N. Pupo (Eds). Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century. Toronto, Ontario, Canada. 1997.
15. Tovey EJ, Adam AE. The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. Journal of Advanced Nursing, 2000; 30 (1):150-158.
16. Schindul Rothschild J, Berry D, Long Middleton E. Where have all the nurses gone?. American Journal of nursing, 2000; 96 (11): 25- 39.
17. Rowel P. The professional nursing association's role in patient safety. On line Journal of Issues in Nursing, 8(3). Disponible en: www.nursingworld.org/ojin/topic22/htm.
18. Marrón Galeardo, A. El Hospital como un servicio común. En: Manual de Gestión para jefes de servicios clínicos. Madrid. 2007; 2, 29-30.
19. Beltrán Jaramillo JM. Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la competitividad. 3ed Bogota. Colombia. 2006.

ARTÍCULO CIENTÍFICO

Incidencia de factores de riesgo aterogénicos en pacientes de tres consultorios del Policlínico "Héroes del Moncada"MSc. Ondina Gómez Nario¹, Dra. Alicia Gómez López², MSc. Maylin Alonso Martínez³, Dra. Yadira Olivera Nodarse⁴

RESUMEN

Introducción: procedimientos tan sencillos y de bajo costo como la medición de la circunferencia de la cintura y de la tensión arterial, son de fácil acceso y se hacen cada día más indispensable en el nivel primario de salud, para la prevención de factores de riesgo aterogénicos. **Objetivo:** identificar incidencia de factores de riesgo aterogénicos en pacientes de 40 a 70 años. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, en 386 pacientes de 40 a 70 años, en tres consultorios del Policlínico "Héroes del Moncada", de 2009 a 2012. Se aplicó el modelo de recolección del dato primario del Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana. Variables: edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial, circunferencia abdominal y triglicéridos. **Resultados:** el 56,99 % de la población presentaba hipertrigliceridemia, el 63,46 % índice de masa corporal aumentado, el 37,82 % sobrepesos, el 25,64 % obesos. El 55,44 % de la población sufría de hipertensión arterial y es significativo el índice de cintura, se observó que el 47,15 % de la población estaba en riesgo aumentado. **Conclusiones:** se identificaron en porcentajes apreciables factores de riesgo aterogénicos como la hipertrigliceridemia, el aumento de la circunferencia abdominal y la hipertensión arterial, que pueden ser modificados para tener una mejor salud y calidad de vida.

Palabras clave: hipertrigliceridemia, obesidad, hipertensión arterial, circunferencia abdominal.

Introducción

La epidemiología cardiovascular se inició en los años treinta como consecuencia de los cambios observados en las causas de mortalidad. En los años cincuenta se pusieron en marcha varios estudios epidemiológicos para aclarar las causas de la enfermedad cardiovascular. Cuatro años después del inicio del estudio Framingham, los investigadores identificaron que el colesterol elevado y la presión arterial alta eran factores importantes en cuanto a la aparición de la enfermedad cardiovascular. En los años siguientes, el estudio de Framingham y otros estudios epidemiológicos contribuyeron a identificar otros factores de riesgo, que ahora se consideran ya clásicos.¹

La aterosclerosis es la primera causa de muerte en el mundo moderno, también es la primera causa de incapacidad, de invalidez y de pér-

didada de la calidad de vida.² Esta enfermedad del metabolismo general tiene como órgano diana la pared arterial y comienza con la concepción en la etapa de embriogénesis. Es una enfermedad de origen multicausal. Existen muchos factores que se comportan como riesgo desde el instante de la concepción y a través de toda la vida, casi siempre con un curso asintomático.³ La hipertrigliceridemia es una forma de dislipidemia relativamente frecuente y se ha demostrado que está asociada con enfermedad aterosclerótica.

Según Martínez S y colaboradores³ la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 1998 ya anunciaba que en el mundo hay más de un billón de adultos con sobrepeso, de los cuales 300 millones tienen obesidad.

Es por tal motivo que se hace indispensable la detección precoz de los factores de riesgo, para ofrecer cambios de forma oportuna en su modificación, con vistas a evitar sus complicaciones y para mejorar la calidad de vida. Uno de los Factores de

¹ Lic. en Enfermería. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel". Investigador Agregado. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

² Especialista 1er. grado Medicina General Integral. Profesora Asistente Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo".

³ Especialista de 1er grado de Laboratorio clínico. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo".

⁴ Especialista 2do grado Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Asistente Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo".

riesgo más importantes en la aceleración del proceso aterosclerótico es la obesidad, enfermedad metabólica considerada la epidemia del siglo XXI.⁴

En Cuba la obesidad se caracteriza por acompañar a las enfermedades crónicas no transmisibles, y sus complicaciones son la primera causa de muerte en el país, además de tener implicaciones económicas, sociales y psicológicas. Nuestro sistema de atención de salud tiene como objetivo primordial la prevención de enfermedades y esto se puede llevar a cabo identificando los factores de riesgo más frecuentes, para actuar en la modificación de los mismos.⁵

La obesidad y el exceso de grasa visceral (grasa parda), predisponen a padecer de hipertensión arterial, de resistencia a la insulina, de diabetes mellitus (DM) tipo II y de trastornos en el colesterol, entre otros factores de riesgo, para desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica.^{4,5} La obesidad más dañina, es la localizada a nivel de la cintura donde se encuentra implicado el tejido adiposo disfuncionante y donde la célula fundamental es el adipocito, que es capaz de regular su propio metabolismo e influir en el manejo de la glucosa, la insulina y los lípidos. No es exactamente el exceso de tejido adiposo lo que contribuye a la aparición de los distintos factores de riesgo, sino la distribución de éste, al ser la grasa visceral abdominal la que se asocia con alteraciones importantes en el metabolismo de la glucosa y la insulina, provocando un aumento de la diabetes, la hipertrigliceridemia y de la cardiopatía isquémica.^{6,7,8} También se plantea este efecto provocado por la acumulación de grasa ectópica alrededor de los vasos sanguíneos, lo cual estimula la acción de la insulina y la acción local de las adipocinas favoreciendo la enfermedad vascular.

Generalmente se considera que la obesidad se presenta acompañada de alteraciones del metabolismo de los lípidos con su consecuente elevación en sangre. La obesidad abdominal o aumento de la circunferencia abdominal, constituye un factor de predisposición a la aterogénesis y se encuentra íntimamente relacionado con los desórdenes lipídicos (dislipidemias). Esta alteración metabólica también está relacionada con el desarrollo de la DM tipo 2, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular.^{3,8}

Las dislipidemias constituyen otro factor de riesgo aterogénico importante, caracterizado por alteraciones en la concentración plasmática de los lípidos que conforman el colesterol total: en el suero del colesterol se transportan tres lipoproteínas: lipoproteína de muy baja densidad (VLDL), lipoproteína de baja densidad (LDL), lipoproteína de alta densidad (HDL). El 70 por ciento del colesterol plasmático se sintetiza en el hígado y se transporta en las LDL. Estas lipoproteínas van a los terminos periféricos entre los que están las paredes arteriales, otro 25 por ciento del colesterol total circula en las HDL que son las que llevan el colesterol extrahepático al hígado y por tanto remueven el colesterol y lo sacan de los tejidos periféricos. Por esto se considera que las proteínas más aterogénicas son las LDL a diferencia de las HDL que son protectoras.^{9,10}

Los triglicéridos conforman la muestra mayor de grasa que transporta el organismo ingerida a partir de los alimentos y liberada a la sangre en forma de triglicéridos, los cuales se transportan a todo el organismo ofreciendo energía. Su función principal es comportarse como almacén de energía en el tejido muscular y en el tejido adiposo. La hipertrigliceridemia es una forma de dislipidemia relativamente frecuente y se demostró que está asociada con la enfermedad coronaria precoz.

Los triglicéridos aumentan por diferentes causas: Obesidad y sobrepeso, Hábito de fumar, Alcoholismo, Dieta rica en carbohidratos, Inactividad física, Diabetes mellitus tipo II IRC síndrome nefrótico, Fármacos (esteroides y betabloqueadores).

Por tanto, la hipertrigliceridemia es un buen marcador de resistencia a la insulina y uno de los criterios importantes para el diagnóstico del Síndrome metabólico.⁹

Es importante señalar que la relación entre las dislipidemias y los grandes eventos ateroscleróticos, es directamente proporcional, y que el efecto de los factores de riesgo es sinérgico. Algunos autores han llegado a la conclusión de que la cifra de triglicéridos y su relación con los eventos ateroscleróticos es controversial, sin embargo, si lo relacionan con la disminución en sangre del colesterol HDL.

Existen varias formas de clasificación de las dislipidemias y la más utilizada en el momento actual es la siguiente: Hipercolesterolemia aislada, Hipertrigliceridemia aislada y Dislipidemia mixta.

Actualmente, la orientación diagnóstica se basa en la interpretación del perfil lipídico junto con la valoración del componente genético de la entidad. Así, las dislipidemias primarias pueden ser:

- Monogénicas, producidas por la alteración de un solo gen responsable del metabolismo lipídico.
- Poligénicas, si están producidas por la suma de los efectos de diferentes genes. Éstas últimas son más frecuentes y menos severas que las monogénicas y su expresión fenotípica está influenciada por factores ambientales (dieta, ejercicio). La hipertrigliceridemia es un marcador de la insulinoresistencia que disminuye la concentración de la lipoproteína lipasa del tejido adiposo y muscular, impidiendo el aclaramiento de los triglicéridos de la circulación.

La insulinoresistencia puede favorecer esta hiperproducción de triglicéridos, ya que se conoce que en condiciones fisiológicas, la insulina inhibe la síntesis de VLDL al degradar a las apo B. Es de este modo uno de los criterios importantes para el diagnóstico del Síndrome metabólico. Otra alteración lipídica típica del Síndrome metabólico (SM) es la reducción de la concentración de HDL.

Esta combinación de trastornos lipídicos, que se ha señalado como "dislipidemia aterogénica", típica del SM. Se ha demostrado que predispone, en los pacientes portadores del

síndrome, a un incremento en las lesiones calcificadas de las coronarias y la aorta.^{11,12}

El SM está teniendo un alto impacto por considerarse un problema creciente en la salud pública y la Federación Internacional de Diabetes (FID), plantea que se trata de un síndrome donde confluyen alteraciones clínicas y metabólicas, que una persona sea más susceptible de padecer diabetes, y aterosclerosis, con todas sus posibles complicaciones, y todos los autores coinciden en que es un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Las características más frecuentes del síndrome son: Hipertrigliceridemia, Disminución de colesterol HDL, Hipertensión arterial (HTA), Hiperglicemia en ayuna (DM) y/o Insulinorresistencia (IR) y Obesidad central.¹³⁻¹⁵

Hipertensión arterial: Ha sido reconocida como uno de los factores aterogénicos fundamentales. El efecto mecánico y la distensión pulsátil de la arteria es fundamentalmente lo que provoca proliferación de la íntima y aumento de la capa media arterial aunque también puede incrementar la permeabilidad para el paso de colesterol, donde produce degeneración fibrinoide y potencializa el desarrollo de microaneurismas. Tiene un efecto importante aditivo cuando se asocia a la hipercolesterolemia.¹⁶

La presencia de factores de riesgo aterogénicos se comporta como una realidad creciente y de fácil diagnóstico en la Atención Primaria de Salud, por lo que los autores se sintieron comprometidos por labor preventiva a pesquisar su comportamiento en el consultorio. A partir de la experiencia y de lo revisado en la literatura, tanto el criterio de obesidad abdominal (circunferencia abdominal), como de la tensión arterial son variables muy frecuentemente observadas en los casos diagnosticados, ya sea unido a la hipertrigliceridemia, a los niveles bajos de HDL, la glicemia elevada, o combinaciones de estos.

En Cuba la obesidad se caracteriza por acompañar a las enfermedades crónicas no transmisibles, y sus complicaciones son la primera causa de muerte en el país, además de tener implicaciones económicas, sociales y psicológicas. El Sistema Nacional de Salud en Cuba tiene como objetivo primordial la prevención de enfermedades.

La identificación de los factores de riesgo, permitirá entender mucho mejor la fisiopatología de la aterosclerosis y facilitar el desarrollo de medidas preventivas y conductas terapéuticas.

Por lo antes expuesto surgió la motivación para identificar el comportamiento de estos factores de riesgo en tres consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia de un Grupo Básico de Trabajo (GBT) del Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" en Plaza de la Revolución.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en tres consultorios del médico y enfermera de la familia

del Policlínico Universitario "Héroes del Moncada", de 2009 a 2012.

El universo de estudio quedó constituido por 386 pacientes entre 40 y 70 años de edad, que viven en el área de los tres consultorios estudiados y estuvieron dispuestos a participar en la investigación previo consentimiento informado.

Para obtener la información el médico y la enfermera titular de cada consultorio aplicó el Modelo de Recolección del Dato Primario (MRDP) confeccionado y validado en el Centro de Investigación y Referencia de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH), quienes además realizaron la medición de peso, talla, tensión arterial, circunferencia abdominal y se determinó el índice de masa corporal. La toma de muestra de sangre se realizó en el laboratorio del Policlínico por el personal calificado para ello.

Las variables de estudio fueron: Variable Antropométrica: IMC (peso/talla m²), Circunferencia abdominal, Tensión arterial, Determinación sanguínea de: Glucosa en ayuna, triglicéridos y HDLc.

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas utilizadas

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 13.0, en el análisis se utilizaron medidas de resumen (medias y porcentaje), así como medidas de dispersión (Desviación Estándar).

Los resultados fueron llevados a tablas y gráficos para su mejor análisis.

Consideraciones éticas

Se informó a los pacientes previamente del objetivo de esta investigación y si estarían de acuerdo en formar parte de ella, teniendo en cuenta que se les realizarían solamente los estudios antes mencionados, que habitualmente forman parte de su chequeo médico periódico.

Resultados

En la población hubo un predominio del sexo femenino con 273 (70,72 %) sobre el masculino con 113 para un 29,28 %.

Aunque se observó un ligero predominio en el grupo de edades entre 40 y 49 años, con 135 pacientes (35,97 %), los tres grupos se comportaron de manera similar. En el sexo masculino predominaron los pacientes entre 50 y 59 años con 46 (40,70 %) y en las féminas el grupo entre 40 y 49 con 110 (24,77 %).

La tabla 2 muestra la distribución de la población según los resultados del IMC y se observa de manera general que el 63,46 % de la población tenía el IMC aumentado, representados por 146 (37,82 %) de sobrepesos, de ellos 45 (39,82 %) hombres y 101 (36,99 %) mujeres y 99 (25,64 %) de obesos, 30 (26,54 %) y 69 (25,27 %) mujeres. Al analizarlos por sexo se encontró predominio de mujeres con IMC alterado por exceso.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

| Edad (Años) | Masculino | | | Femenino | | | Total | | | | | |
|-------------|-----------|-------|----------------|----------|-------|-----------------|-------|-------|-----|-----|-----|----|
| | No | % | Med/DS | No | % | Med/ DS | No | % | Min | Max | Med | DS |
| 40-49 | 28 | 24,77 | Med=56 DS=9 | 110 | 40,29 | Med=53 DS=10 | 135 | 35,97 | 40 | 89 | 55 | 10 |
| 50-59 | 46 | 40,70 | | 74 | 27,10 | | 120 | 31,08 | | | | |
| ≥ 60 | 39 | 34,51 | | 92 | 33,69 | | 131 | 33,93 | | | | |
| Total | 113 | 100,0 | - | 273 | 100,0 | - | 386 | 100,0 | - | - | - | - |

Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según el IMC

| IMC | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| Bajo Peso | 1 | 0,88 | 10 | 3,66 | 11 | 2,84 |
| Normal | 37 | 32,74 | 93 | 34,06 | 130 | 33,67 |
| Sobre peso | 45 | 39,82 | 101 | 36,99 | 146 | 37,82 |
| Obeso | 30 | 26,54 | 69 | 25,27 | 99 | 25,64 |
| Total | 113 | 100,0 | 273 | 100,0 | 386 | 100,0 |

En relación al índice de cintura, se observa que el 47,15 % de la población estaba en riesgo aumentado según los criterios del ATP III, predominando en el sexo femenino con un 55,95 %, que a su vez mostró medias de 90, correspondientes al riesgo alto, contra el masculino con un 44,05 % y valores medios de 90, que los clasifican en riesgo mediano.

Como se observa el 56,99 % de la población presentaba hipertrigliceridemia, comportándose similar en ambos sexos.

Con relación a la tensión arterial, se observa que el 55,44 % tenía valor aumentado, predominando los masculino con el 62,83 %.

Se puede apreciar que el 47,15 % tenía aumentada la Cintura Abdominal y el 56,99 % tenía aumento de los triglicéridos en sangre. Se trata de dos importante predictores de aterogenesis y a su vez de cardiopatía isquemia a largo plazo.

Discusión

Esta investigación muestra como a pesar de predominar ligeramente la población comprendida entre 40 y 49 años, los tres grupos se comportaron de manera similar, la edad media de la población fue superior a los 50 años, siendo superior en los hombres, también se encontró predominio de personas con IMC aumentado, con predominio en las mujeres, sobre todo por exceso, lo que se explica porque en la población estudiada hay más mujeres sobre todo en edad menopáusica. Estos resultados coinciden con los publicados por autores consultados^{8,11,17} que encontraron prevalencia entre el 50,00 % y 70,00 % de la población estudiada.

Tabla 3. Distribución porcentual de la población según hipertrigliceridemia

| Triglicéridos | Masculino | | Femenino | | Total | |
|---------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| Normal | 44 | 38,93 | 122 | 44,68 | 166 | 43,00 |
| Aumentado | 69 | 61,06 | 151 | 55,31 | 220 | 56,99 |
| Total | 113 | 100,0 | 273 | 100,0 | 386 | 100,0 |

Tabla 4. Distribución porcentual pacientes según cifras de tensión arterial

| Tensión arterial | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Normal | 42 | 37,16 | 130 | 47,61 | 172 | 44,55 |
| Aumentado | 71 | 62,83 | 143 | 52,38 | 214 | 55,44 |
| Total | 113 | 100,0 | 273 | 100,0 | 386 | 100,0 |

Tabla 5. Distribución porcentual de pacientes según Circunferencia Abdominal e hipertrigliceridemia

| Variables | No | % |
|----------------------|-----|-------|
| C. A aumentada | 182 | 47,15 |
| Hipertrigliceridemia | 220 | 56,99 |
| Población Total | 386 | 100,0 |

Los valores medios generales de la población fueron de 26, clasificando como sobrepeso, ligeramente superiores en los hombres con 27,3 %

En relación al índice de cintura, se observa que el 47,2 % de la población estaba en riesgo aumentado según los criterios del ATP III, predominando en el sexo femenino con un 56, %, que a su vez mostró medias de 90, correspondientes al riesgo alto, contra el masculino con un 25,7 % y valores medios de 90, que los clasifican en riesgo mediano. Otros estudios muestran cifras superiores tanto

en frecuencias como en medias, lo que se explica por el universo de estudio y características étnicas respectivamente.^{3,7,8,11}

El IMC tiene el inconveniente de no estimar la distribución de la grasa en el organismo. Cuando esta última predomina en la parte central del cuerpo (obesidad central o visceral) aumenta la frecuencia de las alteraciones metabólicas y de las consecuencias derivadas de estas. Es por eso que desde el punto de vista de evaluación de riesgos, la medida de la circunferencia de la cintura reemplaza al IMC. Una medida de la circunferencia de la cintura superior a 94 cm en el hombre y de 80 en la mujer, aumenta el riesgo de todas las complicaciones clínico metabólico de la obesidad, y en especial de la resistencia insulínica. La obesidad visceral, en unión a la hipertrigliceridemia y la resistencia a la insulina, conducen a un estado de hiperinsulinemia, que por diferentes vías aumenta la actividad del sistema nervioso simpático, la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la retención de sodio y la hipertrofia de fibras musculares lisas, que tiende como colofón a la hipertensión arterial. Fue llamativo que más del 50,00 % de la población total sufría de hipertensión arterial en altos porcentajes. Todo esto se resume en el Síndrome Metabólico.¹⁷

Ejemplo de estudios que avalan el papel de la circunferencia abdominal como importante factor de riesgo cardiovascular son: *Fernández-Britto J.E* y colaboradores⁵ que señalan que el diámetro de la cintura constituye uno de los indicadores de obesidad que mejor se correlaciona con el riesgo aterogénico. *Rodríguez L.*⁸ en su estudio realizado en la Facultad Julio Trigo, mostró que los valores de la circunferencia de la cintura tienen mayor sensibilidad y especificidad, fundamentalmente por encima del IMC.

La población presenta hipertrigliceridemia, comportándose similar en ambos sexos, frecuencias similares reportadas por numerosos autores,^{8,12} con media general de 1,8 mmol/l, superior en los hombres que fue de 1,9 vs 1,77 en las féminas, cifras que lo clasifican como límite bajo, según la clasificación del riesgo cardiovascular de niveles séricos deseables para la población adulta, determinados por el Tercer Reporte del NCEP¹⁷ sobre la detección, evaluación y tratamiento del colesterol sanguíneo elevado en adultos (ATP III), publicada en el año 2002, y el *Primer Consenso Nacional de Dislipoproteinemias de Cuba en el 2006.*¹⁷ *Diferentes autores en estudios*^{8,12,17} *con poblaciones similares concuerdan en lo notable de la alta prevalencia de dislipidemia, encontrándose la hipertrigliceridemia en el mayor número de los casos.*

La prevalencia en diferentes series consultadas^{8,12,15} que emplearon los criterios diagnósticos del NCEP-ATP III es variable oscilando entre el 9 % y el 39,9 %, lo que puede estar en relación con las diferencias demográficas de las poblaciones objetos de estudios. A diferencia de otros estudios^{11,13,16} que no encontraron diferencias entre sexo, en la presente serie fue más frecuente en el sexo femenino,

lo que pudiera explicarse por la mayor cantidad de mujeres en esta población.

En los últimos años se han desarrollado estudios encaminados a identificar pacientes con aumento del riesgo cardiovascular basados en la medición de la circunferencia de la cintura y algunos de los componentes lipídicos, así tenemos el trabajo realizado por *López M.*¹⁵ Prevalencia de dislipidemias en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la resistencia a la insulina, donde utilizando la medida de la circunferencia de la cintura en combinación con los niveles de triglicéridos en ayunas se identifica una tríada metabólica aterogénica no convencional (hiperinsulinemia, aumento de lipoproteína B y de LDL pequeña y densa) en hombres que determina un aumento del riesgo de eventos cardiovascular.

Otro estudio que combina circunferencia de la cintura (88 cm) niveles de triglicéridos (1,45 mmol/L) en ambos sexos, fue realizado por *Kahn Valdez*¹⁰ en la identificación de pacientes con riesgo metabólicos. Fue publicado el trabajo realizado por *Emilio Luengo Fernández* y colaboradores,¹³ donde demuestran que la circunferencia de la cintura de 88 cm y la concentración de triglicéridos en ayunas por encima de 1,45 mmol/L es un importante predictor de aterogénesis acelerada y de eventos cardiovascular en mujeres postmenopausica.

En este estudio para ambos sexos existió una fuerte correlación entre ambas variables con p: 0.00 tal como se plantean en numerosos criterios entre el aumento de los triglicéridos y aumento de la circunferencia abdominal estos demuestran una vez más que a la hora de realizar una valoración del paciente no se debe basar en la valoración del IMC pues es mas valioso para buscar riesgo aterogénicos la valoración de la circunferencia de la cintura, esto se explica fisiológicamente por los cambios de insulina resistencia que se producen en el abdomen (adipositos) por la distribución de tan dañina grasa.

En un trabajo realizado por la Profesora *Rodríguez L.*⁸ en el occidente de Cuba, plantea que la hipertrigliceridemia, la obesidad, la hipertensión arterial fueron los componentes más frecuentes encontrados en su estudio en ese orden.

Del universo estudiado, más del 55 % presentó aumento de triglicéridos en sangre y mas del 45 % aumento de la cintura abdominal esto da la medida de que se desconoce en paciente aparentemente sanos todos los riesgo que pueden estar presentes e invita a hacer una labor preventiva ya que se trata de factores predictores de riesgo de aterosclerosis y a su vez de cardiopatía isquémica a largo plazo. Todos estos pacientes desconocían que tenía este riesgo, pues como se dice en los criterios de inclusión no debían tener antecedentes previos de crisis aterosclerótica. De la muestra seleccionada a todos los pacientes que se le encontró riesgo, se les mantiene un seguimiento por un período de tiempo de cinco años, donde se complementa con estudios más especializados.

Conclusiones

En la población estudiada, se identificaron en porcentajes apreciables factores de riesgo aterogénicos como la hipertrigliceridemia, el aumento de la cintura abdominal y la hipertensión arterial, que pueden y deben ser modificados en aras de tener una mejor salud y calidad de vida. Un logro a destacar es el trabajo del Médico y Enfermera de la Familia en la Atención Primaria de Salud, además se debe señalar que proceder tan sencillos y de bajo costo como la medición de la circunferencia de la cintura y la medición de la tensión arterial, son de fácil acceso y se van haciendo cada día más indispensable en el nivel primario de salud.

Referencias bibliográficas

- O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(3):299-310.
- Díaz Lazo A. Sobrepeso y Síndrome metabólico en adultos de altura. *Rev. Cardiología v 32* pd- a03. pdf. 2011. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/cardiologia/v32_n3/pdf/a03.pdf
- Martínez S, Romero P, Ferril J, P Romero. Perímetro de la cintura y factores de riesgo cardiovascular. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. Centro de Salud de Picassent. Picassent (Valencia). 2011. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2008-n2-Inedito-Perimetro_de_cintura_y_factores_de_riesgo_cardiovascular.pdf
- Olimpo C, Sierra A, Mendivil A. Avances en obesidad. 2010. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en : <http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n4/v52n4pdf/v52n4ac1.pdf>
- Fernández-Brito Rodríguez JE, Wong Navarro R, Contreras Barriónuevo D. Aterosclerosis en la juventud: Patología y morfometría según edad y sexo, utilizando el sistema atermométrico. *Rev. Cubana Invest. Biomed agosto 1998; 17 (2): 128- 42.*
- Brunzell J D. Todo sobre hipertrigliceridemia. 2011. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: <http://www.intramed.net/actualidad/contenidover.asp?contenidoID=49005>
- Mendivil A. Obesidad y exceso de peso. El consejo europeo de información sobre la alimentación. 2010. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: <http://www.eufic.org>
- Rodríguez L. La Obesidad y sus consecuencias clínico-metabólicas. *Rev. Cubana Endocrinol*. 2010;15 (3):28- 32.
- Barthelemy O, Le Feuvre C, Timsit J. Silent myocardial ischemia screening in patients with diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2007; 51(2):285-93.
- Kahn Valdez. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome 2010. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: www.idf.org/webdata/docs/Metac_syndrome_def.pdf.
- Organización mundial de la Salud. La obesidad. 2011. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en : <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Barquera S, Flores M, Olaiz-Fernández G, Monterrubio E, Villalpando S, González C, Rivera J, Sepúlveda J. Dyslipidemias and obesity in Mexico. *Instituto Nacional de Salud Pública. México. Salud Publica Mex 2007;49 supl 3:S338-S347*. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s3/04.pdf>
- Luengo Fernández E, Ordóñez Rubio B, Bergua Martínez C, Martín Laclaustra G. Obesidad, dislipemia y síndrome metabólico. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 5(Supl D):21-9. DOI: 10.1157/13083445. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/ca/node/2043377>
- Cárdenas Quintana H, Sánchez Abanto J, Roldán Arbieta L, Mendoza Tasayco F. Prevalencia del síndrome metabólico en personas a partir de 20 años de edad. Perú, 2005. *Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 257-265*. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v83n2/original4.pdf>
- Munguía-Miranda C, Sánchez-Barrera RG, Hernández-Saavedra D, Cruz-López M. Prevalencia de dislipidemias en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la resistencia a la insulina. *Salud Publica Mex 2008;50:375-382*.
- Ho JS, Cannaday JJ, Barlow CE. Síndrome metabólico: mortalidad global y de causa cardiovascular *Am J Cardiol 2008;102:689 – 692*. [citado 14 de oct. 2012]. Disponible en : <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=56192>
- Grundy SM, Brewer HB, and Cleeman JI. Definition of metabolic syndrome: Report of the national Heart, Lung and Blood Institute / American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation 2011; 109:433-8*.

Anexo 1. Modelo de Recolección del Dato Primario (MRDP)

Determinar cómo se comporta la hipertrigliceridemia en pacientes de 40 a 70 años, de 3 consultorios del Policlínico “Héroes del Moncada”, en Plaza de la Revolución, La Habana.

Datos generales:

- Nombre y apellidos: _____
- Nombre y apellidos del entrevistador: _____
- Dirección particular: _____
- El entrevistado es: esposo (a) _____ hijo _____ Otros _____
- Consultorio del Médico de la Familia al que pertenece: _____

Datos personales:

- Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____.
- Sexo: _____ Masculino: 1 Femenino: 2.
- Color de la piel: _____ blanco 1, negro 2.
- APF. _____ ninguno 0, cardiopatía isquémica 1, accidente vascular encefálico 2, diabetes mellitus 3, HTA 4, dislipidemias 5.

10. Antecedentes patológicos personales:

11. Diabetes mellitus. _____ no 0, insulino dependiente 1, no insulino dependiente 2.
 12. Obesidad. _____ no 0, IMC mayor 30 1
 13. HTA. _____
 14. Neuropatía _____ no 0, si 1.
 15. Dislipidemias. _____ no 0, hipercolesterolemia 1, hipertrigliceridemia 2 , mixta 3.
 16. Antecedente de enfermedades ateroscleróticas

Examen físico y antropométrico:

21. Peso: _____ (valor en kg)
 22. Talla: _____ (valor en cm)
 23. IMC: _____ peso kg /talla m2
 24. TAS: _____
 25. TAD: _____
 26. Pulso radial: _____
 27. FC: _____
 28. FR: _____

Aspectos humorales.

29. Glicemia en ayunas: _____
 30. CT: _____
 31. C-HDL: _____

Paciente: _____

Nombre y apellidos del entrevistador: _____

Dirección particular: _____

El entrevistado es: Esposo (a) _____ hijo _____ Otros _____

Consultorio del Médico de la Familia al que pertenece: _____

Datos personales:

6. Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____.
 7. Sexo: ____ Masculino: 1 Femenino: 2.
 8. Color de la piel: _____ blanco 1, negro 2, ni blanco ni negro 3.
 9. APF. ____ ninguno 0, cardiopatía isquémica 1, accidente vascular encefálico 2, diabetes mellitus 3, HTA 4, dislipidemias

Antecedentes patológicos personales:

11. Diabetes mellitus. _____ no 0, insulino dependiente 1, no insulino dependiente 2.
 12. Obesidad. _____ no 0, IMC mayor 30 1
 13. HTA. _____
 14. Neuropatía _____ no 0, si 1.
 15. Dislipidemias. _____ no 0, hipercolesterolemia 1, hipertrigliceridemia 2 , mixta 3.
 16. Antecedente de enfermedades ateroscleróticas

Examen físico y antropométrico:

21. Peso: _____ (valor en kg)
 22. Talla: _____ (valor en cm)
 23. IMC: _____ peso kg /talla m2
 24. TAS: _____
 25. TAD: _____
 26. Pulso radial: _____
 27. FC: _____
 28. FR: _____

Aspectos humorales.

29. Glicemia en ayunas: _____
 30. CT: _____
 31. C-HDL: _____

ARTÍCULO CIENTÍFICO

Medicina familiar y Enfermería comunitaria en CubaCaridad Dandicourt Thomas¹; Milagros León Villafuertes.²

RESUMEN

Introducción: la concepción del modelo de medicina familiar trajo cambios en la organización de la salud pública Cubana, situó al médico y enfermera en contacto directo con las personas, familias y comunidad. La unión del médico y enfermera a la comunidad y la participación de las masas en la solución de sus problemas de salud han determinado cambios positivos en el estado de salud de la población y logros en los indicadores de salud. **Objetivo:** sistematizar la actualidad de la organización y desarrollo del nivel primario de salud y enfermería comunitaria en Cuba. **Métodos:** revisión bibliográfica que aborda la organización del nivel primario de atención de salud y enfermería comunitaria en Cuba, en el periodo 2000-2012, en las bases de datos SciELO, PubMed, Redalyc, LILACS y Google Académico. Los descriptores fueron: "Medicina familiar" y "Enfermería comunitaria". Se seleccionaron 11 publicaciones con variables de interés, como herramientas de análisis se utilizaron: lectura crítica, nota teórica en el margen izquierdo del artículo y subrayado. **Conclusiones:** el modelo de medicina familiar en Cuba tiene como unidad básica al policlínico y al equipo básico de salud como unidad organizativa, que está cerca de las personas, en su entorno familiar y ecosistema donde viven. Su trabajo parte del análisis de la situación de salud, dispensarización, participación comunitaria e intersectorialidad, como elementos esenciales en el desarrollo del cuidado integral a la salud, sobre la base del espacio social en que los mismos se desarrollan, lo que permite mayor integralidad en la atención con enfoque preventivo.

Palabras clave: medicina familiar, enfermería comunitaria, organización de la atención de salud.

Introducción

La concepción del modelo de medicina familiar trajo consigo un cambio en la organización de la salud pública en Cuba, ya que situó al médico y la enfermera en contacto directo con las personas, familias y la comunidad. La estrecha unión del médico y la enfermera a la comunidad y la participación de las masas en la solución de sus problemas de salud han determinado cambios positivos en el estado de salud de la población y posibilita el logro de los indicadores de salud.

En esta modalidad de atención las actividades se programan a partir de las familias, pero sin olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y al anciano de forma integral.¹

Existe un programa guía, para el trabajo del médico y enfermera de la familia, donde se integran las acciones de salud, lo que garantiza una sistematicidad, uniformidad y control de las acciones.

El programa evidencia el pensamiento médico en propósitos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como la

rehabilitación, se incluyeron los aspectos sociales e higiénico-sanitarios.¹

Aún cuando la práctica demostró lo adecuado de estos programas, su aplicación ha estado en correspondencia con los cambios producidos en el sistema de salud y las condiciones objetivas y subjetivas que los han acompañado, por lo que se hizo necesario enriquecerlos y convertirlos en algo propio incorporado en el quehacer diario del médico y enfermera de la familia.¹

En estos momentos el nivel primario de atención, se están reorganizando y regulando sus propias funciones para redimensionar su rol en el trabajo con la comunidad, con esta nueva tarea se inicia un proceso, aún no concluido, que repercute en el actuar del equipo de salud y por consiguiente en las funciones que realiza.

En este contexto la enfermería comunitaria ha tenido un actuar consecuente con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distinguen como promotor del desarrollo humano, produciendo no sólo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

La enfermera comunitaria a diario en el ámbito asistencial, ha de enfrentar y dedicar su tiempo a analizar, definir situaciones, valorar características,

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Presidente de la Sección de Enfermería comunitaria. Email. caridad.dandicourt@infomed.sld.cu

² Licenciada en Enfermería. Máster en Comunicación Social. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

observar el entorno del paciente y su familia, proponer soluciones, estudiar las medidas preventivas que garanticen salud, estos elementos son los que conforman su actuar profesional, con todo el contenido científico y técnico, pero muy ético y humano.²

La Enfermería en Salud Comunitaria es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas encaminadas a identificar necesidades de salud y estimula la participación de todos en la ejecución de programas relacionados con la salud.

Este trabajo tiene como propósito sistematizar la actualidad de la organización y desarrollo del nivel primario de salud y enfermería comunitaria en Cuba.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica que aborda la organización del nivel primario de atención de salud y de enfermería comunitaria en Cuba, en el período de tiempo comprendido de 2000 a 2012, publicados en español.

Se realizó búsqueda en las bases de datos SciELO, PubMed, Redalyc y LILACS, adicionalmente se recurrió al buscador web Google Académico. Los descriptores fueron: "Medicina familiar" y "Enfermería comunitaria", se incluyeron los documentos primarios y artículos completos, relacionados con el tema, se revisaron además documentos oficiales que norman el trabajo del primer nivel de atención de salud en Cuba, con lo cual se identificaron 208 000 resultados entre todas las bases de datos, posteriormente se procedió a leer los títulos y resúmenes para seleccionar los artículos. Se seleccionaron 11 publicaciones que incluían las variables de interés,

Como herramientas de análisis se utilizaron: la lectura crítica, la nota teórica en el margen izquierdo del artículo y el subrayado, lo que fundamentó y enriqueció los criterios que sustentaron el propósito a alcanzar.

Desarrollo

Partiendo del concepto de salud como derecho humano fundamental que necesita para su consecución la colaboración y coordinación de distintos sectores, en Cuba la política de salud tiene una dimensión social, orientada a mejorar la salud, prolongar la vida y elevar la calidad de vida de las personas, mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cualidades que caracterizan al nivel primario de atención de salud.

Desde 1984 se concibe en Cuba, el modelo de medicina familiar a partir de la experiencia sanitaria nacional e internacional en el campo de la atención primaria, sustentando en un enfoque clínico, epidemiológico y social al abordar los problemas de salud de personas, familia y comunidad. Trasciende de nivel de asistencia sanitaria a estrategia global, que concibe integralmente los problemas de salud enfermedad de las personas y del conjunto social con eje en la participación comunitaria, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, la integración de la asistencia y la rehabilitación.

Este modelo se extendió rápidamente en el país, impulsado por el surgimiento de una nueva especialidad, la Medicina General Integral, que sitúa a los profesionales de la salud en contacto directo con la población.

Para el desarrollo de este modelo se elaboró un programa de trabajo (Programa del médico y enfermera de la familia),¹ que integra las acciones de salud y garantiza una sistematicidad, uniformidad, planificación y control de las mismas, bajo la premisas del trabajo en equipo y siendo vital para su desarrollo la integración de salud con todos los factores políticos y sociales de la comunidad.

El modelo de medicina familiar, considera la promoción de salud como su actividad rectora, aplica el enfoque biopsicosocial, sanológico y familiar al atender a las personas, no ve la dispensarización como un registro, sino como un proceso de atención, que permite el control sistemático de personas y familia. Organiza a una población entre 15 000 y 60 000 habitantes, que resida en un espacio territorial, con límites geográficos bien definidos, para que reciba atención médica integral a través del Policlínico, unidad básica donde se fusionan la asistencia médica, docencia, higiene, epidemiología, microbiología y la investigación, como elementos indisolubles de un mismo proceso y al que se le subordinan otras instituciones de salud.¹

Cuenta el policlínico con servicios directos como: Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia (CMF), consultas de especialidades básicas y no básicas en función de su situación de salud, medios diagnósticos, rehabilitación Integral, vacunatorio y servicios de Urgencia. Entre los servicios indirectos encuentran docencia (aulas y biblioteca), servicios generales (Esterilización, Lavandería, mantenimiento, almacenes, Pantry-comedor y socio administrativa a partir de su estructura organizacional. Podrá contar con otros servicios que dependerán de la población, la organización de los mismos, y de la situación de salud de su población.¹

Una unidad organizativa del policlínico es el Grupo Básico de Trabajo (GBT), conformado por un número de equipos básicos de salud (EBS), con funciones asistenciales, docentes investigativas y administrativas. El GBT estará integrado además por especialista de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Psicología, licenciado en enfermería (supervisor), Estomatólogo, técnico(s) en estadística, técnicos de higiene y epidemiología y trabajador social.

El Consultorio del Médico y la Enfermera la Familia es la máxima expresión del alto nivel de desarrollo alcanzado por este modelo de atención en Cuba. Tiene como eje garantizar la atención integral de las necesidades de salud de cada comunidad además de incrementar la participación de la misma y de todos los sectores La célula básica para garantizar la atención integral, planificada a una población que no exceda los 1500 habitantes, lo conforman un médico y una enfermera/o de la familia (EBS), ambos responsabilizados con la labor que realizan. Se suman a las labores del consultorio y como un miembro más del

equipo de trabajo, los estudiantes de medicina y enfermería y otros técnicos de la salud.

Los consultorios con población menor de 300 habitantes, son atendidos por una especialista en enfermería comunitaria o licenciada/o en enfermería y recibirá atención del médico del consultorio más cercano y de los profesores del Grupo Básico de Trabajo con la frecuencia necesaria según necesidad de la población.¹

Las actividades se programan a partir de las familias, pero sin olvidar las acciones individuales y específicas, con enfoque de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como la rehabilitación, se incluyen los aspectos sociales e higiénico-sanitario, utilizando el análisis de la situación de salud en la identificación y búsqueda de solución de las necesidades de salud.

El Análisis de la Situación de Salud es la herramienta fundamental con que cuenta el EBS para alcanzar su misión. Es un proceso continuo mediante el cual se obtiene, interrelaciona y analiza información sobre los determinantes de la situación de salud de la comunidad, a partir de la aplicación de métodos científico, epidemiológico y social. Desde su concepción debe realizarse con participación comprometida de toda la comunidad, para favorecer el desarrollo constante de la autoresponsabilidad de la población en la producción de salud.³

La dispensarización es otra de las habilidades esenciales para el desarrollo de acciones de atención médica integral, es un proceso organizado, continuo y dinámico, liderado y coordinado por el equipo básico de salud que permite la evaluación e intervención planificada, programada sobre la situación de salud de personas y familias, el cual se desarrolla a través del registro, de la presentación espontánea de los mismos, de visitas programadas a las viviendas y actualización sistemática.⁴

Otra manera de dispensarizar es mediante la evaluación de forma periódica de la salud de personas y familias, basado en la más rigurosa aplicación de los métodos clínico y epidemiológico con la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo, la percepción del funcionamiento familiar y la situación de salud familiar, lo que permite un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno encaminado a reducir los problemas de salud y los factores de riesgo además de proteger a personas y grupos vulnerables de la comunidad.

La comunidad y sus grupos son el centro del desarrollo comunitario y deben participar de forma consciente y efectiva en el diseño, análisis, planificación y evaluación de la puesta en marcha de los programas, acciones y actividades relativas a la salud comunitaria, además debe identificar los recursos con que cuenta, lo que favorece la autoresponsabilidad de la misma en la producción de salud.⁵

La estrecha unión del médico y la enfermera a la comunidad y la participación de las masas en la solución de sus problemas de salud determinan los cambios positivos en el estado de salud de ésta y posibilita alcanzar nuevas metas en el propósito de continuar mejorando los indicadores de

salud. El trabajo con la comunidad es una de las funciones sustantivas del equipo básico de salud, que les permite desarrollar diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud de personas familias y comunidad.⁶

La participación comunitaria permite a las personas y la familia asumir responsabilidad con su salud, la salud de los otros y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario, es un proceso que permite elevar más la calidad de vida de las personas y dependerá de las posibilidades que tengan los mismos de satisfacer sus necesidades.

Otro elemento que permite exhibir resultados en salud en la comunidad, es derivado en gran medida de la acción intersectorial, vínculo dinámico y bidireccional entre sectores. La intersectorialidad es necesaria para la identificación y solución de problemas que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida de la comunidad. La realización de acciones requiere de la concertación entre sectores sociales y económicos, sobre la base del entendimiento y conocimiento de las limitaciones que tienen las intervenciones disponibles.⁷

Enfermería comunitaria

En el contexto de la Atención Primaria de salud, los profesionales de enfermería como miembros del equipo básico de trabajo juegan un papel relevante dentro del equipo, abordando los problemas de cuidados a persona, familia y la comunidad donde se desarrollan con un enfoque holístico, teniendo en cuenta las barreras organizacionales, económicas y culturales, basado en el método científico de la profesión y en los principios éticos que le permiten brindar un cuidado seguro que garanticen un determinado nivel de salud.

Sus funciones dentro del equipo tienen un enfoque integral sustentado en la regulación de la práctica, que permite una combinación de capacidades entre enfermeras y médicos en correspondencia con las necesidades de salud de personas, familia y comunidad, lo que fortalece el desarrollo de estos profesionales dentro del equipo de salud.⁸

El personal de enfermería que labora en la comunidad trabaja con una perspectiva sistémica, en la que integran lo conceptual y lo práctico en la atención que brindan a nivel individual y colectivo, en este sentido, sus funciones propias están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance de personas, familia y comunidad, para satisfacer las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

En 2004, surge en Cuba la especialidad de Enfermería Comunitaria con el objetivo de elevar el desempeño profesional.⁹ El especialista en enfermería comunitaria está capacitado para llevar complejas funciones, su campo de acción es mucho más amplio que el representado por la imagen tradicional de enfermería, ella queda amparada en

la Resolución Ministerial 396/07 (Regulación de la práctica de enfermería), utilizar en forma más independiente su capacidad de juicio. El grado de habilidad alcanzado le permite tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo de salud. El reglamento de la práctica de enfermería, es el primer esbozo que propone la combinación de capacidades y funciones dentro del propio equipo de enfermería y entre este y el resto del equipo de salud.¹⁰

La Enfermería en Salud Comunitaria en Cuba ha estado en un constante ascenso, continua evolucionando según las políticas de salud adoptadas, pero siempre con un enfoque centrado en la comunidad, basando su actuar en la propia naturaleza del problema y en los medios disponibles para solucionarlo y produciendo no sólo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

En este sentido, sus funciones propias están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance de la persona, familia y comunidad. Es así que hoy se cuenta con 44 725 enfermeras y enfermeros que posibilitan como miembros del equipo de salud, llevar a cabo un modelo de atención integral y dar cobertura a toda la población.¹¹

Consideraciones finales

El modelo de medicina familiar en Cuba tiene como unidad básica al policlínico y este a su vez al equipo básico de salud como unidad organizativa, que está cerca de las personas, en su entorno familiar y en el ecosistema directo donde viven. Su trabajo parte de la utilización del análisis

de la situación de salud, la dispensarización, la participación comunitaria y la intersectorialidad como elementos esenciales en el desarrollo de un cuidado integral a la salud, sobre la base del espacio social en que los mismos se desarrollan, lo que permite una mayor integralidad en su atención con un enfoque preventivo.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana; 2011.
2. Ancheta Niebla E, Eduarda. Historia de la Enfermería en Cuba. EC-IMED. La Habana; 2004.
3. Dandicourt Thomas C; Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2009;35(1):12-16.
4. Batista Moliner R; Sansó Soberats FJ; Feal Cañizares P; Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana; 2000.
5. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Revista Cubana Salud Pública. 2004; 30(3):198-211.
6. Louro Bernall IL. Fortalecimiento del Enfoque Familiar en el Sistema Nacional de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana; 2007.
7. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad, una tecnología que despegó con fuerza. Revista Cubana de Salud Pública. 2010;36(2):52-59.
8. Dandicourt Thomas C; Martínez M; Torres Esperón M. Funciones del especialista de Enfermería Comunitaria en correspondencia con su formación. Libro Investigación en Servicios de Salud en el Sistema Sanitario Cubano. ECIMED. La Habana; 2011.
9. Plan de Estudios de la Especialidad en Enfermería Comunitaria. EC-IMED. La Habana: Cuba; 2004.
10. Regulación de la Práctica de Enfermería. Resolución Ministerial 396/2007. MINSAP. La Habana; 2007.
11. Ministerio de Salud Pública. Informe estadístico anual de la Dirección Nacional de enfermería. MINSAP. La Habana; 2010.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores

MSc. Ana Miriam Riera Villasuso¹, MSc. Martha Riera Villasuso²

RESUMEN

Introducción: no siempre los adultos mayores conocen los cambios físicos y sexuales que se producen durante el envejecimiento por lo que presentan perturbaciones relacionadas con la sexualidad. **Objetivo:** evaluar efectividad de estrategia de intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores. **Métodos:** estudio de intervención educativa, en Consejo popular Sibanicú, Septiembre 2011 Enero 2012. La muestra quedó constituida por 50 adultos mayores, a los que se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención, confeccionado por los investigadores y validado por expertos, que permitió identificar nivel de conocimientos necesidades de aprendizaje de los adultos mayores. El procesamiento de la información, incluyó cálculo de medidas de resumen, como frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados:** el 54,0 % tenía entre 70 y 79 años, el 66,0 % sexo femenino, el 54,0 % nivel escolar primario, el 32,0 % estado civil casado, el 68,0 % inadecuado nivel de conocimientos antes de la intervención y el 8,0 % después de intervenir. **Conclusiones:** la estrategia de intervención educativa fue efectiva al modificar el nivel de conocimientos sobre sexualidad de los adultos mayores estudiados.

Palabras clave: adulto mayor, sexualidad, programa educativo, intervención educativa.

Introducción

En Cuba es conocido, que la población ha envejecido, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado hasta 77 años, lo que requiere una estrategia de trabajo con el adulto mayor. Se considera que para el 2025 la mayoría de la población cubana pertenezca a la tercera edad. Actualmente este grupo humano representa el 16,4 % de la población y existen municipios en que es la mayoría. La provincia de Camagüey alcanza el 15,1 % de la población y en el municipio Sibanicú tiene similares resultados (15 %) considerándose una población vieja según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).^{1,2}

El proceso de envejecimiento es una etapa por la cual todos los seres humanos tienen que pasar, sin embargo, también es muy cierto que no todas las personas la transitarán con satisfacción. Es un fenómeno que se produce de forma paulatina y para el cual se han generado diversas teorías, en las cuales intervienen factores tan diversos como la nutrición, las enfermedades, el desgaste, la propia desvinculación y el mismo ambiente. Sin embargo, en el abordaje de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas que tienden a rechazar, burlarse o, en el mejor de los casos, ignorar la existencia de actividad sexual en las personas mayores de 55 años.³

La sexualidad, se concibe esencialmente como una forma de comunicación, de intercambio afectivo, de expresión de ternura y de necesidad del otro. Como una energía vital que está presente en todo el proceso de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, y expresada de diferentes maneras según la edad.³

La OMS considera el placer sexual como un derecho humano básico, y la "salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Presenta decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer. Al hablar de sexualidad se refiere a una dimensión de la personalidad y no, exclusivamente a la actitud del individuo para generar una respuesta erótica."^{4,5}

El fenómeno del envejecimiento ha apasionado a los hombres desde siempre, en la comunidad primitiva los ancianos eran venerados, conformaban la fuente de transmisión de culturas y conocimientos. En la Biblia en el libro de Eclesiastés se da una descripción bella de este proceso en forma metafórica. Hay culturas como la esquimal y de algunos indios norteamericanos, en que la llamada "tierra del olvido", dejándoles morir. Lo importante para los seres humanos civilizados, no es solo añadir más años a la vida, sino vida a los años.^{6,7}

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Logopedia satisfactoria. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

² Licenciada en Enfermería. Máster en Educación superior. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

Si se conocieran y comprendieran los cambios físicos y sexuales que se producen durante el envejecimiento no se presentarían tantas perturbaciones relacionadas con la sexualidad en los adultos mayores y cuando aparecieran alteraciones importantes estos acudirían a los especialistas para consejería, estudios y tratamiento de disfunciones sexuales, que ellos confunden con cambios normales durante esta etapa de la vida. Se comprende entonces el impacto, importancia y magnitud de realizar esta investigación con el objetivo de evaluar la efectividad de una estrategia de intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores del Municipio Sibanicú en Camagüey.

Métodos

Se realizó un estudio de intervención educativa comunitaria, con los adultos mayores pertenecientes al municipio Sibanicú en el periodo comprendido entre septiembre 2011 a enero de 2012.

El universo de estudio lo formaron 50 Adultos mayores perteneciente al policlínico “Manuel Antonio de Varona Miranda”, que dieron su consentimiento para formar parte de la investigación, se aplicó un cuestionario estructurado el cual constituyó la fuente primaria de obtención de los datos.

Para obtener la información se utilizaron métodos empíricos como la observación y la aplicación de un cuestionario el cual fue elaborado por el equipo de investigación y validado según criterios de expertos, el mismo incluyó las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, y nivel de conocimientos sobre sexualidad.

Por ser una investigación de intervención educativa, la misma contó de tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación.

Etapa Diagnóstica

Se les explicaron a los adultos mayores las características del estudio con el objetivo de motivarlos con el tema, se confeccionó un cuestionario, fue aplicado a los adultos mayores que conformaron la muestra de estudio, lo que permitió realizar el diagnóstico del nivel de conocimientos sobre sexualidad.

1. Se precisaron las necesidades de aprendizaje en cuanto a:
2. La sexualidad en el adulto mayor.
3. Factores de riesgo que afectan la sexualidad en la práctica sexual.
4. Enfermedades crónicas más frecuentes y su relación con la práctica de la sexual en los adultos mayores.
5. Cambios normales del envejecimiento.

6. Mitos sobre la sexualidad en la tercera edad.

7. Medidas para mejorar la sexualidad en la tercera edad.

Etapa de Intervención

La segunda etapa correspondió a la elaboración del programa educativo de intervención. Se elaboraron 8 encuentros de capacitación que incluyeron diferentes clases de 1 hora de duración y una frecuencia semanal, por un periodo de dos meses: los módulos fueron diseñados a partir de los resultados obtenidos.

Se propuso la sala de estar de la casa de abuelos, para impartir las clases, en el horario de la tarde. La muestra se dividió en cuatro grupos (Dos grupos con 12 integrantes y Dos con 13 adultos mayores), con apoyo de los médicos, enfermeras de la familia y organizaciones de masas para la implementación de los diferentes encuentros.

Etapa de Evaluación

En esta etapa, se aplicó por segunda vez el cuestionario, el procedimiento de aplicación fue igual al del primer cuestionario, con un intervalo de dos meses con respecto a este. En el programa de capacitación fueron insertados los siguientes temas. Posteriormente se procedió a evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de la intervención, El resultado final de esta evaluación permitió medir la efectividad de la actividad educativa sobre el conocimiento de los adultos mayores.

Se realizó el procesamiento estadístico de los datos con las bases de datos elaboradas y mediante una microcomputadora personal con sistema operativo Windows XP y con ayuda del paquete SPSS para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 13.0. El procesamiento de la información, incluyó el cálculo de medidas de resumen, como frecuencias absolutas y porcentajes.

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes en el estudio, se les explicó que los resultados serán utilizados sólo por el equipo de salud para mejorar su calidad de vida y su participación es voluntaria y de abandonar el estudio no tendrá repercusión en la atención que se le brinda.

Resultados

Al analizar la distribución de los adultos mayores según edad (Tabla 1). Se obtuvo un predominio del sexo femenino con un 66,0 % y del grupo de edades de 70-79 años con un 54,0 %

Con relación al nivel de escolaridad se puede apreciar que predominó el nivel primario con 27 adultos mayores para un 54,0 %, seguido por el nivel secundario (30,0 %).

Tabla 1. Distribución porcentual de adultos mayores según edad y sexo

| Edad (Años) | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 60 - 69 | 6 | 12,0 | 9 | 18,0 | 15 | 30,0 |
| 70 - 79 | 10 | 20,0 | 17 | 34,0 | 27 | 54,0 |
| 80 y más | 1 | 2,0 | 7 | 14,0 | 8 | 16,0 |
| Total | 17 | 34,0 | 33 | 66,0 | 50 | 100 |

En el análisis del estado civil y el sexo, se pudo apreciar que el 32,0 % de los adultos mayores que participaron en la intervención tenían un estado civil de casados, predominando en el sexo femenino con 64 %.

El nivel de conocimientos sobre la sexualidad de los estudiados antes de la intervención (Tabla 2), muestra que 34 de los adultos mayores encuestados, respondieron de forma inadecuada, lo cual representa el 68,0 % seguido por los evaluados de Regular con 10 adultos mayores, representando un 20,0%. También se pudo constatar en el sexo femenino predominó las evaluadas de mal con 44,0%, por lo que se hace necesario aplicar un programa educativo.

La distribución de adultos mayores por el nivel de conocimientos después de realizada la intervención, se muestra en la tabla 3 donde se expone que el 86,0% de los adultos mayores obtuvo calificación de Bien demostrando que el programa educativo desarrollado fue eficaz ya que adultos mayores fueron capaces de interiorizar los aspectos de la sexualidad propuestos en la intervención. En los resultados se evidencio que el sexo femenino obtuvo mayor número de adultos mayores con calificación de bien con 29 (58,0%).

Discusión

La salud de los adultos mayores es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países, sin embargo, con frecuencia, las necesidades y los

derechos de estos no figuran en las políticas públicas del sector salud. La sexualidad es todo un mundo de posibilidades, es algo muy amplio que incluye la comunicación, la afectividad, la reproducción y el placer, conocerla, vivirla, libre y responsablemente es saludable y necesario por el equilibrio personal, por ese motivo es importante que se conozca bien.

Los resultados sobre el predominio del sexo femenino guarda relación con que las adultas mayores mostraron mayor disposición para participar en proyecto.

En un estudio realizado por Delis Giro,¹ en la ciudad de Santiago de Cuba en el año 2005, demostró un predominio del sexo femenino del total de adultos mayores estudiados, apoyando los resultados obtenido en esta investigación, no así el grupo de edades entre 60-69 años. Otros autores^{8,9} encontraron predominio del sexo masculino y el grupo de edades coincidió con la presente investigación al encontrarse más de la mitad de los casos entre 70 y 79 años.

Los adultos mayores del consejo popular mantienen mayor estabilidad de pareja. Es de destacar que en el adulto mayor el apoyo de pareja es de vital importancia para su desenvolvimiento social, juega un rol fundamental para la sobre vivencia del anciano. Estos resultados discrepan con lo reportado por Diego LC² en un estudio realizado en Santi Spíritus donde se reporta que la muestra estudiada se correspondía con adultos mayores que viven solo sin vínculos matrimoniales, con mayor por ciento entre los hombres.

Tabla 2. Distribución porcentual de adultos mayores según el nivel de conocimientos sobre sexualidad antes de la intervención educativa y sexo

| Nivel de conocimientos | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Bien | 2 | 4,0 | 4 | 8,0 | 6 | 12,0 |
| Regular | 3 | 6,0 | 7 | 14,0 | 10 | 20,0 |
| Mal | 12 | 24,0 | 22 | 44,0 | 34 | 68,0 |
| Total | 17 | 34,0 | 33 | 66,0 | 50 | 100 |

Tabla 3. Distribución porcentual de adultos mayores según nivel de conocimientos sobre sexualidad después de la intervención educativa y sexo

| Nivel de conocimientos | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Bien | 14 | 28,0 | 29 | 58,0 | 43 | 86,0 |
| Regular | 1 | 2,0 | 2 | 4,0 | 3 | 6,0 |
| Mal | 2 | 4,0 | 2 | 4,0 | 4 | 8,0 |
| Total | 17 | 34,0 | 33 | 66,0 | 50 | 100 |

En cuanto al bajo nivel de información de los adultos mayores sobre el tema de la sexualidad, que han adquirido desde el nivel familiar y el educacional hasta la labor educativa de los profesionales de la salud, es aún insuficiente.

Espinosa M.¹⁰ y Peña M.¹¹ reportan bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad en adultos mayores entrevistados que coinciden con los resultados del presente estudio, relacionados con escasas acciones de capacitación realizadas por personal sanitario. Después de realizado un programa de capacitación sobre temas de la sexualidad informa mas del 60 % de adultos mayores con respuestas correctas.

Otros autores consultados¹²⁻¹³ también reportan un valor significativo de la intervención educativa sobre temas de la sexualidad, con alta calificación después de impartir la educación sexual a adultos mayores.

En un estudio realizado en Guatemala en el año 2006,¹³ se demostró que la aparición de una entidad, así como su prevención, tiene relación con el nivel cultural del individuo y el medio, es decir, que a mayor nivel educacional mejor estilo de vida.

García López R⁴, González Domínguez RA,⁸ y Espinosa M.¹⁰ también obtuvieron altos porcentos de adultos mayores con evaluación de bien después de aplicar un programa educativo.

Peña M y colaboradores,⁶ obtuvieron resultados similares en un grupo de adultos mayores que al inicio mostraron estar muy influenciados por los mitos y leyendas sobre la sexualidad, después de aplicar un programa de capacitación en la muestra estudiada reportó un significativo aumento de los conocimientos sobre riesgo en la tercera edad relacionados con la sexualidad.

Según García Clavijo J¹³, en reporte de la OPS realizado en los Estados Unidos de América en el año 2004, se demostró que los conocimientos sobre la sexualidad en la senectud se relacionaban estrechamente con las políticas públicas de educación sanitaria que se aplicaban en algunos países, en ese reporte se evidenció que la forma de enfrentar su sexualidad también es diferente según sea en nivel de escolarización de cada persona, los conocimientos

sobre la sexualidad en ancianos hoy en día, son insuficientes no solo en este grupo etáreo sino también entre el personal sanitario.

Conclusiones

El tema sobre educación sexual, no se tiene como prioridad en ámbito de información individual, y no es de dominio de forma general, en los adultos mayores, por lo que la intervención educativa en la comunidad permitió brindar consejos de salud a todos las personas para prevenir, detectar factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

1. Delis Giro, y. Modificación de conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores. (Trabajo para optar por el título de especialidad en medicina General Integral); 2005.
2. Diego LC. La sexualidad en la tercera edad. Centro Universitario José Martí Pérez. Santic Spiritus. Cuba; 2003.
3. Amaro Soto R. Intervención educativa sobre sexualidad en adultos mayores. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer Grado en Medicina General); 2003.
4. García López R. Sexualidad en los mayores, tabú y retos. ed. Balzac. España; 2003:34.
5. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias de la salud atribuible al género. Escuela Nacional de Salud Pública; 2007;33(2): 1126-132.
6. Peña M, Torres JM, Pérez F. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual. Revista cubana de enfermería; 2005, 21.
7. Jiménez Vásquez AL. Conocimientos sobre sexualidad en la población de más de 60 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco. México; 2005.
8. González Domínguez RA. «Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades». Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni Argilagos", Camagüey. Archivo Médico de Camagüey; 2005; 4(2): 86-93.
9. Moll L. Modificación de conocimientos sobre sexualidad en adultos mayores. (Trabajos para optar por el título de especialista de primer grado en Medicina General Integral). Carabobo. Venezuela; 2004.
10. Espinosa M. Sexualidad, manejo de crisis en la tercera edad; 2005 [en línea] [Citado 2006 jul 18]. Disponible en: http://www.teenwire.com/español/article/es_p001.asp.
11. Peña M, Torres JM, Pérez F. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual. Revista Cubana de Enfermería; 2005, 21(1): 16-21.
12. Estudios y datos sobre población cubana y sus territorios. ed one. Ciudad de la Habana; 2007:X-XIII.11-56
13. García Clavijo J. Apuntes sobre sexualidad en los adultos mayores. Ed. Univ. San Carlos, Guatemala; 2006:6-8.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Formación del valor responsabilidad en estudiantes de la formación técnica de Enfermería

MSc. Tania de la Caridad Dinza Zuaznabar¹

RESUMEN

Introducción: en la actualidad constituye una tarea esencial para la Universidad de Ciencias Médica, desarrollar y mantener los valores en los futuros profesionales de la Enfermería, siendo imprescindible trabajarlos a partir de la aplicación de estrategias educativas que permitan a los estudiantes incorporarlos en su actuar profesional y personal. **Objetivo:** identificar los fundamentos teóricos elaborados sobre la formación del valor responsabilidad en los estudiantes de enfermería. **Métodos:** revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y The Cochranre Library Plus, sin restricción de fecha, en los idiomas español e inglés. Se incluyó literatura gris mediante búsqueda manual. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente todos los artículos que incluían formación de valores y eliminando el resto. **Conclusiones:** la responsabilidad, constituye un valore esencial regulador de la actuación de un profesional de enfermería competente. La formación de valores constituye un problema pedagógico complejo solamente comprensible a partir de un análisis psicológico de la naturaleza del valor en su función reguladora de la actuación humana.

Palabras clave: valores, responsabilidad, enfermería.

Introducción

El tema de los valores ha estado permanentemente presente en el pensamiento filosófico tradicional. Desde los tiempos antiguos los filósofos se interesaron por los valores, dentro de la “filosofía práctica”. Filósofos griegos como Sócrates, Platón y Aristóteles identificaron la sabiduría, la verdad, la justicia y el amor como valores necesarios para vivir honestamente como personas y para el buen funcionamiento de la sociedad.¹

A pesar de esta larga historia, no es hasta la segunda mitad del siglo XIX que el estudio de los valores pasa a ocupar un lugar propio e independiente dentro de la filosofía burguesa. La Axiología como rama del saber que aborda el estudio de los valores solo aparece a inicios del siglo XX.¹

El desarrollo de una axiología marxista adquiere carácter independiente a mediados de la década del 50 del pasado siglo, sobre la base de postulados esenciales en los trabajos de Marx y Engels. En los años 60 del Siglo XX se produce una amplia polémica sobre la necesidad o no de desarrollar una axiología fundamentada en la filosofía marxista.²

En los años 90 del Siglo XX se desarrolló el vínculo de los valores con otras disciplinas, como la Pedagogía, la

Psicología Social y la Comunicación Social, se trabajan las relaciones de la moral con la política, con la ideología, la ciencia y el humanismo, el profesionalismo, la educación.³

En esos años en Cuba se presentó un éxodo importante porque el personal de enfermería además de sus labores asistenciales habituales, pasó a cumplir otros roles, lo que recargó sus actividades y se generó un déficit de más de 3000 enfermeros en la capital.⁴

Las vivencias acumuladas por la autora en el ejercicio de la profesión como docente en la formación de enfermeros, permitió identificar la siguiente **Situación problemática**

- La profesión de enfermería se ve diezmada por el éxodo de personal hacia otras esferas de la economía, provocando un déficit en la cantidad de profesionales en los diferentes niveles de atención.
- Debilitamiento de valores en las nuevas generaciones que acceden a los estudios de enfermería.
- Insuficiente desarrollo de los intereses y motivos profesionales de los estudiantes hacia la profesión.

La situación problemática planteada genera la siguiente contradicción, entre la responsabilidad de los estudiantes de enfermería técnica y los modos de actuación necesarios para la profesión vinculada con este valor y lo que espera la sociedad de estos profesionales.

¹ Facultad de Enfermería “Lidia Doce”. La Habana, Cuba.

La contradicción descrita y antecedentes identificados en el proceso de acercamiento al tema de investigación permitieron identificar el siguiente problema científico:

¿Cuál es el estado del arte del desarrollo del valor responsabilidad en los estudiantes de Enfermería?

Objeto de estudio

El **campo de la investigación**: el desarrollo del valor responsabilidad en la formación de estudiantes de enfermería técnica.

Para dar solución al problema científico anterior y cumplimentar con el objetivo, se pretende responder la siguiente pregunta científica:

1. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos de la formación del valor responsabilidad en los estudiantes de enfermería?

El compromiso de la autora se manifiesta en el siguiente objetivo: Identificar los fundamentos teóricos elaborados sobre la formación del valor responsabilidad en los estudiantes de enfermería.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas a la formación de valores en los recursos humanos de Enfermería, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos.

Se llevó a cabo una búsqueda en Google Scholar de documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en Cuba como en el contexto internacional sobre formación de valores. La búsqueda se hizo tanto en español como en inglés. Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación de búsqueda formación de valores, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó la base de datos Medline, mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda: “Formación de valores”, “Formación del valor responsabilidad”, “Formación del valor responsabilidad en enfermería”. No se limitó por año de publicación aunque se introdujo como límite que la lengua de los estudios fuera inglés o español. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de Pubmed, y de Google Scholar.

Se localizaron 245 estudios, aunque se excluyeron 227 que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión. Finalmente se seleccionaron 6 revisiones sistemáticas, 6 estudios originales y 7 artículos, en los cuales aparecían recomendaciones de diversas sociedades profesionales.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con el objetivo.

Análisis de los datos. La información analizada se estructuró en dos subapartados: uno dedicado a formación de valores y otro dedicado a formación del valor responsabilidad. Del conjunto de estudios analizados se extrajo

información de diferentes variables. En los documentos sobre formación de valores estas variables fueron: organización y país, recomendaciones y colectivo profesional que recomendaba y grado de recomendación. De las revisiones sistemáticas se extrajo información sobre autoría, año, finalidad, fuentes de información, y conclusiones. De los artículos originales se extrajo información sobre autoría, revista en la que estaba publicado y año de publicación, país donde se realizó el estudio, tipo de estudio, sujetos y origen, medida de resultado, y conclusiones.

Desarrollo

El Estado cubano ha formulado las políticas económicas, sociales y culturales dirigidas a lograr y preservar la igualdad y justicia social en la población. La educación y la salud son dos de las conquistas sociales más importantes y muestran fehacientemente la prioridad que en el país y a la preservación y cuidado de la salud desde las primeras edades, así como a la educación de los ciudadanos.⁵

El Sistema Nacional de Salud en Cuba, por sus características de ser único, integral, descentralizado, gratuito y con accesibilidad total a los servicios garantiza la atención a toda la población, y por ende ha de formar trabajadores y estudiantes con capacidad, sentido de pertenencia y amor hacia su profesión con el fin de lograr el mejoramiento humano y profesional y brindar especial atención a la población que es lo que espera la sociedad de estos profesionales.⁵

En el devenir histórico de la sociedad, la experiencia educativa ha tenido siempre un carácter social, su materialización presupone una interacción entre sujetos sociales que sustentada en determinados conocimientos, normas de conductas, costumbres, tradiciones, ideales, valores e intereses sociales que tienen como finalidad lograr un continuo perfeccionamiento en la formación y transformación del individuo y la sociedad.⁶

La riqueza del pensamiento pedagógico cubano pre-revolucionario vista desde la óptica de los fundadores de la Pedagogía cubana José Agustín Caballero, Félix Varela, José de la Luz y Caballero, abogaron por el desarrollo del conocimiento a través del estudio de las ciencias unido a la formación de sentimientos y valores éticos.⁷

Constituye hoy en día, una necesidad educar en la reafirmación de tradiciones porque ellas son la base educativa en la formación de un sistema de valores el motor impulsor en la cohesión social y el comportamiento individual del hombre.⁷

Reconoce la autora, que una educación desarrolladora es la que conduce al progreso, guiando, orientando y estimulando aprendizajes desarrolladores, es un factor decisivo para la transmisión de los valores relacionados con la responsabilidad.

Así el convulso período que abarca el último siglo de la existencia de la humanidad, se ha caracterizado por la caducidad y crisis de muchos de los valores (morales, estéticos, religiosos, políticos, etc.).⁸

Muchos pedagogos y filósofos marxistas han partido de la relación entre el factor objetivo y el factor subjetivo para dar sus definiciones, entre ellos, el filósofo cubano José Ramón Fabelo, señala: “Valor humano es la significación socialmente positiva que poseen los fenómenos

y objetos de la realidad, no cualquier significación, sino aquella que juega un papel positivo en el desarrollo de la sociedad” es importante señalar que la significación socialmente positiva la pueden tener bienes materiales, servicios, fenómenos y determinadas ideas, conductas, proceder, convicciones y otros.⁸

Todo grupo humano establece los valores sociales que desea: valores como ser honrado, honesto, justo, valiente, sincero, bondadoso, son reconocidos por casi todos los grupos humanos, pueden ser considerados como valores universales. Junto a estos y otros muchos valores universales se encuentran otros que por el grupo en cuestión pueden tener igual importancia que los anteriores y varían de un grupo a otro según sus costumbres, tradiciones, creencias religiosas, entre los que se encuentra el valor responsabilidad.⁸

La Concepción Educativa Martiana tiene un aspecto integral en cuanto al desarrollo del pensamiento del educando, la responsabilidad para transformar el medio social y la formación de valores pleróticos y multifacéticos. Nuestra pedagogía actual se nutre de esta riqueza de pensamiento y acción en el reto que enfrenta tiene como hilo conductor, el rescate de tradiciones y la formación y continuidad de un sistema de valores que reafirman estas y preparan al hombre para perpetuar el proceso revolucionario.⁹

En la estrategia educativa que la escuela tiene como encargo social en la formación de valores del educando, debe tener presente tres momentos singulares:

- La ejemplaridad del educador.
- El conocimiento profundo de intereses, necesidades, motivos y valores que poseen los estudiantes.
- El medio familiar y social en que se desarrollan.

Por ello se hace necesaria la vinculación del estudio con el trabajo expresada en la necesidad de educar al estudiante en contacto directo con su profesión.

En la actividad laboral, como en cualquier tipo de actividad docente, en el proceso de fortalecimiento y educación de valores es importante para los jóvenes conocer qué espera la sociedad de ellos; qué es lo que se entiende por ser responsable, educado, sencillo, disciplinado. De ahí, que los profesores deben ser ejemplos positivos a seguir y estar en condiciones de educar, apoyar a sus estudiantes.¹⁰

La dirección de trabajo educativo de cada Universidad Médica es la encargada de incorporar al proceso formativo del futuro egresado de las facultades de enfermería un arsenal de actividades encaminadas a despertar y desarrollar en el estudiante una serie de características que debe incorporar a su personalidad para junto al nivel científico-técnico alcanzado, prestar un servicio al pueblo con la calidad.¹⁰

A finales del siglo XIX y principios del XX se conforma la Axiología como teoría de los valores. La cuestión del lugar que ocupan los valores en la filosofía es un aspecto muy debatido por los marxistas y metafísicos, que han puesto especial interés en su estudio, para un adecuado conocimiento.¹¹

La Educación Tradicional se fundamenta en estos presupuestos. El llamado objetivismo culturalista es la tendencia axiológica, en la que se priorizan los valores culturales tomados como entidades objetivas, dirigidas fundamentalmente a la transmisión y reproducción de valores.¹²

La educación tradicional proporciona indispensables aportes que sirven de base para formar la personalidad de los estudiantes en diferentes edades.

En la educación tradicional en la medida que educar significa transmitir y preservar, la actuación de la escuela está dada en la preparación intelectual y moral de los estudiantes para asumir su posición en la sociedad.¹²

La familia está considerada como una de las fuerzas más poderosas de la educación y formación de la personalidad y de los valores como estructura compleja de ésta, pues es la primera fuente de vivencias emocionales y aprendizajes básicos para los estudiantes. Por ello es importante, que en el seno del hogar se respire un clima emocional positivo, cargado de afecto, respeto, comunicación y tolerancia mutua.¹³

Para la Pedagogía la formación de valores constituye un problema de la educación de la personalidad. Para resolverlo es esencial tener en cuenta una serie de condiciones positivas que lo favorezcan tanto en la escuela, como instituciones fundamentales como la familia y otras instituciones y organizaciones sociales.¹³

Los pedagogos de la Educación Nueva hacen coincidir la educación con los intereses y la vida espontánea del estudiante en contraposición con una educación que se desvaloriza con el mundo adulto y la herencia cultural (Educación Tradicional).¹³

Las nuevas generaciones de filósofos, sociólogos, psicólogos y pedagogos latinoamericanos han desplazado la preocupación por la axiología desde los problemas teóricos generales hacia su aplicación a otras áreas temáticas específicas, entre las que se destaca la Educación.¹⁴

Los cambios ocurridos en el orden económico y social han provocado impactos a nivel macro social en las instituciones; lo cual trae consigo modificaciones sustanciales respecto a su función socializadora y con ello, consecuencias en su mayoría negativas al proceso de constitución de la subjetividad.¹⁴

Entre las funciones educativas de la familia como (institución socializadora primaria) y la escuela como (institución socializadora secundaria), se evidencia la distorsión en el rol que ambas instituciones deben jugar respecto a los valores actuales.¹⁴

La familia satisface necesidades básicas en la formación de los hijos, en particular, necesidades de afecto y seguridad y sobre esta base desarrolla su función educativa; de ahí que, lo aprendido en la familia tiene una fuerza persuasiva que se traduce en la formación de sólidos principios o valores de gran significación en la historia personal del individuo. Por su parte, la escuela sobre la base de los logros alcanzados en el medio familiar realiza la socialización secundaria, a partir de aprendizajes de alcance más especializados.¹⁴

La Escuela Nueva surge a inicios del siglo XX tienen como visión educativa la existencia, la vida y las actividades humanas; de ahí que pretende renovar el proceso pedagógico en línea directa con la existencia, los intereses y necesidades de los estudiantes.¹⁵

Para Dewey, la esencia de la educación la constituye las ideas de aprender haciendo, del trabajo cooperativo y de la

relación entre teoría y práctica. Lo que debe caracterizar a la educación es la comunicación pragmática, entendida como un proceso de compartir experiencias.¹⁵

En esta escuela, la tendencia axiológica predominante es el subjetivismo o psicologismo axiológico, centrado en el individuo, donde se valorizan sus características, necesidades y actividades personales; por lo que predomina una proposición subjetivista de los valores en contraposición a la Educación Tradicional (objetivismo axiológico).¹⁵

El proceso docente-educativo se concibe mediante la actividad y la comunicación en sus relaciones interpersonales.

Desde una concepción educativa, algunos autores iberoamericanos contemporáneos como Repetto (1987), Ortega (1986), Schmelkes (1996), Valle (1997) y Alonso (1998) realizan un análisis profundo de los valores, en aras de que se logre estimular el desarrollo intelectual del estudiante a la vez que los motive, los interese, los incite a valorar y a participar en la solución de un determinado asunto.¹⁶

Responsabilidad. Es la tendencia de la personalidad de actuar en correspondencia con el sentido del deber ante sí mismo y la sociedad como una necesidad interna que es fuente de vivencias positivas y se realiza independientemente de la obligación externa, a partir de la comprensión de su necesidad.¹⁶

El marco teórico de la investigación es sustentado por la teoría de la Educación Avanzada, la misma se conceptualiza como: "Paradigma educativo alternativo que estudia y sistematiza el proceso de mejoramiento de los seres humanos para proporcionarles nuevos conocimientos, habilidades, hábitos, sentimientos, actitudes, capacidades, valores, conducta, y salud, facultándolos para la transformación y producción de conocimientos, a partir de provocar en los seres humanos participantes de este paradigma educativo, la motivación creciente, la independencia en la actuación y el pensamiento, la actividad creadora, la conciencia colectiva, la responsabilidad con los conocimientos y habilidades adquiridas; generando potencialidades conscientes de crecimiento humano para transformar la realidad, viabilizando la elevación de la profesionalidad, la conducta ética cooperadora y la satisfacción personal y social."¹⁷

La estrategia de la educación avanzada es la conceptualización de las formas, otras estrategias, tecnologías, instrumentos, métodos, en que se debe ordenar la acción para la consecución de determinados objetivos propuestos a corto, mediano y largo plazo, explicitando en su letra, la seguridad en la posibilidad de alcanzar los objetivos y cuales son los factores del entorno que se atenderán. Añorga, Julia y colectivo de autores.¹⁸

Consideraciones finales

Los valores son una compleja formación de la personalidad contenida no solo en la estructura cognitiva, sino fundamentalmente en los profundos procesos de la vida social, cultural y en la concepción del mundo, que existen en la realidad como parte de la conciencia social y en estrecha correspondencia y dependencia del tipo de sociedad en el que el ser humano interactúa y se forma.

La responsabilidad, la honestidad, el amor a la profesión, constituyen valores esenciales reguladores de la actuación de un profesional de enfermería competente.

La formación de valores constituye un problema pedagógico complejo solamente comprensible a partir de un análisis psicológico de la naturaleza del valor en su función reguladora de la actuación humana.

En este sentido las investigaciones demuestran que una motivación profesional sustentada en sólidos intereses profesionales puede actuar como elemento rector en el desarrollo de la personalidad del estudiante universitario y en particular en el desarrollo del valor responsabilidad asociado a la actuación profesional.

Referencias Bibliográficas

1. Agramante A, Melón R, Peña Á. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. *Rev Cubana Enfermer[Internet]*. 2005 May-Ago [citado Enero 24; 2009]; 21(2): [Aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200007&lng=es
2. Álvarez Vázquez J. La educación en valores. *Emergencia del proceso formativo. Humanidades Médicas [serial online]* 2002 may-ago [citado 4 junio 2006]; 2(5): [15 pantallas aprox.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/art01.htm>
3. Aguilera, Y. (2005): Estrategias para fomentar el pensamiento crítico en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Rev Cubana Educ Med Sup*.
4. Bujardón A, Aguilar C, Roca F, Seijo B, Prieto D. La educación en valores humanos: fundamento de las estrategias educativas. *RevHum Med [Internet]*. 2003 Dic [citado 2013 Mar 04]; 3(3): Disponible en: *Humanidades Médicas* 2013;13(1):224-243.
5. Chacón, N. Dimensión ética de la Educación Cubana. Editorial Pueblo y Educación. 2002.
6. Colectivo de autores: (s/f). *Tabloide para la Maestría en Ciencias de la Educación de Amplio Acceso*
7. Colectivo de autores. La educación en valores y la tutoría en la nueva universidad cubana. Material en soporte digital. 2007.
8. Comisión designada. Programa para el reforzamiento de valores fundamentales en la sociedad cubana actual. *Tabloide*. 2007.
9. Cruz López L. La educación vial a los escolares con diagnóstico de retraso mental leve: un reto hacia su integración social. Tesis en opción al título académico de Máster en Ciencias de la Educación. Mención Educación Especial. Universidad de Ciencias Pedagógicas" Félix Varela Morales". Villa Clara. 2010.
10. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el Acto de Inauguración del curso escolar 2003-2004. Granma 2003 Sept 9.
11. Colectivo de autores. La educación en valores y la tutoría en la nueva universidad cubana. Material en soporte digital. 2007.
12. Samaniego J. "Cambiar la institución educativa para formar en
13. Valores". En Sala de lecturas. Educación en Valores. 2001. Disponible en: <http://www.oei.es>
14. Silvestre Oramas M. El problema de los valores es también un problema pedagógico. Editorial Pueblo y educación La Habana; 2000.
15. Fabelo, José R. Los valores y sus desafíos actuales. Editorial José Martí. La Habana. 2003
16. Ojalvo Mitraný V. La educación de valores en el contexto universitario. *Revista Pedagogía Universitaria*. 2003;8(1): 24-249.
17. Partido Comunista de Cuba. Programa Director para el reforzamiento de los valores fundamentales en la sociedad cubana actual. En soporte electrónico. 2007.
18. Rodríguez García LE. Estrategia docente-educativa para contribuir al desarrollo de valores de la profesión en los estudiantes de tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería desde la asignatura de Bioética y Ética en Enfermería. 2005.
19. Valcárcel N, Arce G. La Gestión de la Educación Avanzada. Ciudad de la Habana: CENESEDA; 2006. 62-63.
20. Zumbado H. Formación y desarrollo de intereses profesionales y de la responsabilidad del estudiante universitario a través de la asignatura Análisis de los Alimentos II en la carrera de Alimentos de la Universidad de la Habana. Tesis de maestría en ciencias de la educación superior. Ciudad de la Habana. Cuba. 1999.

REDES

VIII Reunión de Redes de Enfermería de las Américas

El 6 de septiembre en Cartagena de Indias, Colombia, se realizó con éxito la “VIII Reunión Internacional de Redes de Enfermería de las Américas”. Esta actividad contó con la participación de más de 60 profesionales, entre coordinadores y miembros de las diferentes redes. El encuentro fue transmitido íntegramente a través de la plataforma virtual BlackBoard, y participaron cerca de 20 profesionales desde sus países.

En el encuentro la Dra. Silvia Casiani, Asesora Regional de Enfermería de la OPS/OMS, ofreció la conferencia “Posicionamiento estratégico de la OPS/OMS para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) en el marco de la Agenda de Desarrollo Post-2015. También fue analizado el comportamiento de las redes existentes, a través de la Conferencia “Reporte de las Redes Internacionales de Enfermería” ofrecida por el DrC. Augusto Ferreira y Alessandra Bassalobre; y se presentó por la DraC. Maricela Torres Esperón y María Antonia Jiménez, la propuesta metodológica para la creación oficial de “Conformación y aprobación de las nuevas Redes de Enfermería”.

Para leer más sobre la VIII Reunión de Redes de Enfermería de las Américas, puede visitar el siguiente enlace: <http://instituciones.sld.cu/feppen/2014/09/09/viii-reunion-de-redes-de-enfermeria-de-las-americas/#more-1979>



Los paneles que sesionaron fueron los siguientes:

- Panel 1: Educación en Enfermería y Redes Internacionales de Enfermería
- Panel 2: Investigación en Enfermería y Redes Internacionales de Enfermería
- Panel 3: Liderazgo en Enfermería y Redes Internacionales de Enfermería
- Panel 4: Las Redes de Enfermería y su articulación con el área asistencial

Más información y las presentaciones de los paneles pueden descargarse a través del sitio de enfermería EnAméricas : <http://observatoriorh.org/?q=node/627>

La sesión de trabajo virtual fue grabada y está a disposición de los interesados en el siguiente enlace: <https://sas.elluminate.com/site/external/jwsdetect/nativeplayback.jnlp?sid=11110&psid=2014-09-06.0552.M.5AADA3C9C189EC9893A7CC949CE-FE1.vcr>

REDES

Encuentro en Cuba con la DraC. Silvia Cassiani en Reunión de las Redes de enfermería



En el marco de la “Jornada ENSAP 2014” realizado en el Hotel Nacional de Cuba, en La Habana, se efectuó la Reunión de las Redes de enfermería, con la participación de la Red ENSI – Cuba y la Red de Enfermería Informática, todas ellas bajo el auspicio también de la Escuela Nacional de Salud Pública. En este encuentro se contó con la participación entre otras personalidades, de la Presidenta de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF) y Jefa de Enfermeras Nacional la MSc. Idalmis Infante Ochoa,

el DrC. Carlos León Román Vicepresidente de la SOCUENF y Coordinador General de las Redes de Enfermería de Cuba, además de la Asesora Regional de Enfermería de la OPS /OMS, la DraC. Silvia Cassiani, quien ofreció de manera magistral la conferencia “Rol de las redes de enfermería en la cobertura universal en salud y acceso universal de salud“. La prestigiosa colega elogió el trabajo desempeñado por las Redes de Enfermería en Cuba y su contribución a la cobertura universal de salud y reconoció especialmente el trabajo desempeñado por las coordinadoras cubanas de la Red ENSI Cuba y REDENFI.

La DraC. Silvia Cassiani, ofreció de manera magistral la conferencia **“Rol de las redes de enfermería en la cobertura universal en salud y acceso universal de salud”**.

Este evento también facilitó un encuentro con el ejecutivo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), en el que Cuba tiene la presidencia pro tempore. El espacio fue propicio para realizar un reconocimiento por el apoyo recibido por la DraC. Silvia Cassiani a esta Federación y tomar importantes acuerdos con miras al plan de trabajo para los años venideros.

Alternativas de comunicación para la Cobertura Universal de Salud en las Redes Internacionales de Enfermería

MSc. María Niurka Vialart Vidal

RESUMEN

Introducción: la salud electrónica o eSalud definida como la práctica de cuidados sanitarios apoyada en tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). Simultánea el término con el de cuidados sanitarios informatizados o telemedicina, estas modalidades se complementan correspondiendo una amplia variedad de servicios situados entre la medicina y los cuidados sanitarios tecnológicamente asistidos. **Objetivos:** ejemplificar las potencialidades que brindan las TIC como alternativas en la cobertura universal de salud. **Métodos:** se realizó una revisión bibliográfica y documental, a través de literatura impresa y disponible en Internet que demuestra la utilización de las TIC como herramientas de trabajo en enfermería, que tributan a la mejora de la salud del individuo, familia y comunidad. **Conclusiones:** las TIC se han desarrollado ocupando espacios importantes, resultan ser los medios de comunicación que propician los escenarios tecnológicos en los que se encuentran implicados los profesionales, los pacientes y las instituciones, han ido reemplazando lentamente el registro en papel que realizan los profesionales de la salud, trascienden las fronteras y tienen un alcance incalculable, la utilización adecuada de estos recursos, permite enviar el mensaje de salud y gestionar el cuidado. Se realizó una revisión bibliográfica y documental con el objetivo de mostrar las potencialidades de estas alternativas de comunicación para la cobertura universal de salud.

Palabras clave: enfermería, eSalud, TIC, redes, cobertura universal de salud.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, como principal autoridad en el ámbito sanitario, ha identificado la necesidad de buscar nuevas estrategias que permitan afrontar los problemas cada vez más complejos y crecientes de la salud de las poblaciones en el siglo XXI, debido a lo cual se ha propuesto una reforma integral que debe contribuir al perfeccionamiento de la misma y a guiar su labor en años venideros, al tiempo que refuerza su carácter intergubernamental. El logro de un verdadero desarrollo sostenible es una aspiración de todos, y se ha reconocido ampliamente que la salud de la población es un medio para alcanzarlo y a la vez un fin.¹

Para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, es necesario trazar estrategias que puedan dar respuestas a las demandas de estas necesidades de la humanidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), publica en el sitio del Observatorio de los Recursos Humanos, un material cuyo título es "Prioridades de Cooperación Técnica en Enfermería y Salud 2013 - 2015" de la DraC. Silvia Cassiani quien es la Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de RH en Salud, el contenido de este material, se centra fundamentalmente en el fortalecimiento de los Recursos Humanos a tra-

vés de metas y planes de acciones, que incluyen 5 áreas estratégicas, en todas está presente el apoyo en cierta medida de las Redes de enfermería.²

Estas áreas estratégicas están marcadas por:

1. Fortalecer la educación en enfermería
2. Fortalecimiento de la producción, desarrollo, evaluación y utilización de la información científica en enfermería
3. Desarrollo de Políticas y Planes de Enfermería
4. Comunicación y difusión de acciones
5. Trabajo cooperativo con los Centros Colaboradores

Para poder cumplir con las mismas y tener un mayor alcance, se deben tener en cuenta como alternativas de comunicación para la cobertura universal de salud, las tecnologías de la información y las comunicaciones. Desde 2005, se comienza a utilizar la terminología de salud electrónica o eSalud o ciber salud, con el propósito de contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, con la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), la formación en alfabetización digital y TIC y la implementación de diversos métodos, lo que permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas.

La eSalud es definida como la práctica de cuidados sanitarios apoyada en tecnologías de

la información y las comunicaciones (TIC). Simultánea el término con el de cuidados sanitarios informatizados o telemedicina, estas modalidades se complementan correspondiendo a ella una amplia variedad de servicios situados entre la medicina y los cuidados sanitarios tecnológicamente asistidos.³

El presente trabajo tiene como objetivo fundamental, el de mostrar a través de ejemplos las potencialidades que brindan las TIC como alternativas en la cobertura universal de salud.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica y documental, a través de literatura impresa y disponible en Internet que demuestra la utilización de las TIC como herramientas de trabajo en enfermería, que tributan a la mejora de la salud del individuo, familia y comunidad.

Desarrollo

En América Latina y el Caribe persisten considerables desigualdades en el acceso a los servicios de salud como consecuencia de diversos factores que limitan las posibilidades de recibir una atención médica oportuna y de calidad. Entre esos factores se encuentran la escasez de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos, la distancia física y cultural entre la oferta pública y la población que solicita los servicios, además de los ingresos reducidos. De modo que el nivel de ingresos, el lugar geográfico y el origen étnico determinan la vulnerabilidad y la exclusión de millones de hogares de la Región.³

La *eSalud* se apoya en las tecnologías de la información y las comunicaciones, con la inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitaria, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones, con la *eSalud* se cubren áreas estratégicas como son:

- **Registro médico electrónico (o historia clínica electrónica):** es el registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y el tratamiento.
- **Telemedicina (o telesalud):** consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud.
- **mSalud (salud móvil):** es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.
- **eLearning (formación o aprendizaje a distancia):** consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje. Puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso

a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas.

Enfermería no está exenta de utilizar estos servicios en el accionar de la profesión, demostrado en el avance que se ha tenido, con la creación de las Redes Internacionales de enfermería en las diferentes temáticas en que se desarrollan y que tienen puntos en común, lo que las hace más potentes para crear, compartir y colaborar con sus experticias, pero se debe reforzar en el uso de las TIC para poder tener mayor alcance, visibilidad del trabajo que se realiza en ellas y sobre todo, para transformar los procedimientos de trabajo y mejorar tanto las comunicaciones como la interacción y la gestión del riesgo, así como la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas fundamentada en evidencia científica.

Se hace imprescindible por lo tanto, el manejo de las herramientas tecnológicas, asincrónicas, como el correo electrónico o las listas de distribución o las sincrónicas como el chat, las teleconferencias, las audio conferencias, todas ellas, conjuntamente con las plataformas tecnológicas como los foros, las wikis, los blog, los portales, contribuirán a potencializar el trabajo colaborativo y aprendizaje en red.

Son muchos los ejemplos de cómo se pueden aplicar las TIC en la profesión de enfermería, como alternativas de comunicación para la cobertura universal de salud, se han desarrollado proyectos de Telenfermería dirigidos a estudiantes, docentes y profesionales de enfermería, en los que se comparten a través de la plataforma *BlackBoard* teleconferencias magistrales que han servido para actualizar los conocimientos sobre un tema determinado, a su vez éstas han sido grabadas y puestas a disposición en Internet o a través de plataformas tecnológicas de aprendizaje como el Moodle, con la intención de que sean reutilizadas como recursos educativos abiertos, desarrollando así la formación o aprendizaje a distancia. Estas plataformas son diseñadas como aulas virtuales que favorezcan la educación permanente de los profesionales ya graduados y los que aún están formación.

Desde el punto de vista asistencial las aplicaciones de la telenfermería están accesibles en el propio domicilio, en el hospital, a través de los centros de telenfermería y mediante las unidades móviles. La selección de las llamadas telefónicas y los cuidados a domicilio son hoy las aplicaciones de crecimiento más rápido.

También se ha dado en llamar “Telecuidado” a los que se realiza a domicilio, es decir, las enfermeras emplean sistemas que permiten vigilar al paciente en su propio domicilio, por Internet, parámetros fisiológicos tales como la presión sanguínea, la glucosa en sangre, el flujo respiratorio y el peso.

Mediante sistemas de vídeo interactivos, los pacientes se ponen en contacto en cualquier momento con las enfermeras de guardia y preparan una videoconsulta para tratar

de resolver cualquier problema, por ejemplo, cómo cambiar un vendaje, poner una inyección de insulina, como bajar una fiebre alta o asesorarse sobre una creciente aceleración de la respiración. Todo esto es especialmente útil para los niños y los adultos en estados crónicos y con enfermedades debilitadoras

La salud móvil o *mSalud* es utilizada en diferentes países de la región para asistir a embarazadas a través de mensajes de textos a sus celulares en los que se les ofrece orientación o aclaración sobre alguna dificultad que presente en ese período de gestación, también es utilizada esta modalidad en pacientes con enfermedades crónicas o a sus cuidadores y familiares.

Las Redes Sociales también están jugando un papel protagónico en el ciberespacio, el auge de redes como el *Facebook*, el *Twitter* y otras, han permitido aprovechar estas plataformas que además permiten el acceso desde los propios celulares, como oportunidades para el envío de mensajes y promoción de salud, también se han utilizado para procesos docentes y académicos dado el interés marcado en las generaciones jóvenes que son los nativos digitales.

Consideraciones finales

Son muchas las oportunidades que estas herramientas ofrecen. Lo importante es apropiarse de ellas para utilizarla al servicio de la población y a favor de la salud de los pacientes, familia y comunidad, porque son medios que acortan las distancias, permiten dar información y apoyo oportuno en tiempo real, ayuda a los pacientes y familiares a participar activamente en los cuidados, especialmente en la autogestión de las enfermedades crónicas, da continuidad de los cuidados a través de los contactos frecuentes

entre los profesionales y los demandantes, lo que posibilita evaluar aspectos de salud, brindar asistencia remota o detectar a tiempo emergencias y sobre todo la gestión del conocimiento y el auto aprendizaje de los propios profesionales de la salud, todo ello favorece la cobertura universal de Salud propuesta por la OPS/OMS como una de las metas del milenio.

Referencias bibliográficas

1. Discurso del Presidente de la 67 Asamblea Mundial de la Salud. Dr. Roberto Morales Ojeda, Ministro de Salud Pública de la República de Cuba. Palacio de las Naciones, Ginebra, 19 de mayo de 2014 [citado 22 Oct 2014]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2014/05/discurso-del-presidente-de-la-asamblea-mundial-de-la-salud-mayo-2014.pdf>
2. Cassiani Bortoloti S. Prioridades de Cooperación técnica en enfermería y Salud. 2013 – 2015. Washington DC: OPS; 2014 [citado 16 Oct 2014]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/prioridades_enf.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud. 148 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington DC: OPS/OMS; 2011 [citado 22 Oct 2014]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CE148-13-s.pdf>
4. Caballero Muñoz E. Enfermería Informática una Mirada desde la Gestión del Cuidado. Revista Visión de Enfermería Actualizada (VEA) [Internet]. 2012 Dic [citado 16 de Oct 2014]; 8(32): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/redenfermeria/files/2013/08/enfermeria-informatica-erika-caballero.pdf>
5. Sedano Pinzón JJ. Ventajas y Desventajas de las TIC's en el ámbito educativo. 2010 [Internet]. [citado 18 de Oct de 2014]. Disponible en: <http://campus.dokeos.com/courses/TICS017f/document/LasTicsVentajasdesventajas.pdf?cidReq=TICSdbf1>

GESTIÓN FEPPEN

Celebración y reconocimientos por el día Internacional de la Enfermería en Cuba

El sábado 9 de mayo de 2015 se realizó en el Teatro de la Facultad de Enfermería “Lidia Doce”, el acto central por el Día Internacional de la Enfermería “Ángel de alas blancas”. Este evento fue presidido por directivos del Ministerio de Salud Pública y el ejecutivo de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF).

El espacio fue propicio para realizar un merecido reconocimiento y distinciones a enfermeras y enfermeros que con su accionar han llenado de orgullo a la profesión cubana. El personal de Enfermería es un pilar fundamental en el funcionamiento del sistema de salud cubano. Presentes en la asistencia, la docencia, la investigación y la administración, son reconocidos por la responsabilidad con que asumen cada tarea, su abnegación y sacrificio. La actuación de la enfermería cubana no se restringe al marco nacional; ejemplo de ello son los 23 Licenciados en Enfermería que, provenientes de Guinea Conakry, 105 de Sierra Leona y 29 de Liberia, recientemente regresaron a la patria tras cumplir una misión solidaria en la lucha contra el Ébola como integrantes del Contingente Médico Internacional “Henry Reeve”. Una representación de esta victoriosa brigada fue especialmente invitada al acto.

En la actividad se entregaron además las siguientes distinciones y reconocimientos:

- Medalla “Florence Nigthingale” a las enfermeras Amada Izquierdo Hernández y María Noelia Sánchez.
- Reconocimiento por la obra de toda la vida a la enfermera Asunción Toledo del Rey.
- El reconocimiento especial por su integralidad a: Niurka Vialart Vidal y Roberto Alonso Espinosa.

Las palabras de clausura estuvieron a cargo de la Dra. Ileana Morales Suárez, Directora Nacional de Ciencia y Técnica del Viceministerio de Docencia del Ministerio de Salud Pública.



Acto central por el Día Internacional de la Enfermería “Ángel de alas blancas”.



GESTIÓN FEPPEN

Sesionó en Cuba el II Foro del Consejo Internacional de Enfermeras sobre los Recursos Humanos en América Latina y el Caribe



... coincidieron en la necesidad de promover la unidad a través de la FEPPEN y sus líneas estratégicas de trabajo como parte de la gestión regional para potenciar el reconocimiento y desarrollo profesional.

El 24 y el 25 de abril de 2014, en el Palacio de las Convenciones de La Habana, sesionó el II Foro del Consejo Internacional de Enfermeras sobre los Recursos Humanos en América Latina y el Caribe. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la MSc. Idalmis Infante Ochoa, Presidenta de la Sociedad Cubana de Enfermería, quien dio la bienvenida a los representantes de las Organizaciones presentes en el Foro.

Las sesiones de trabajo estuvieron presididas por la Dra. Judith Shaiman, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La acompañaron en la presidencia:

- Dra. Lesley Bell, Consultora del CIE.
- Dra. Elba Olivera Choque, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Bolivia y Miembro de la Junta Directiva del CIE.
- Dra. Marlén Calvo Solano, Miembro de la Junta Directiva del CIE.



- MSc. Amada Izquierdo Hernández, Presidenta de la FEPPEN.
- MSc. Idalmis Infante Ochoa, Presidenta de la Sociedad Cubana de Enfermería.

Las intervenciones de la Presidenta del CIE, estuvieron dirigidas a vigorizar la unidad y el trabajo en la región para obtener un mayor impac-



Dra. Judith Shaiman

to en las organizaciones, en los sistemas de salud y en la población. Declaró además que el CIE cuenta con valiosas herramientas para esta gestión, incluidas en los documentos que el consejo pone a disposición de los interesados. También se refirió al papel de acompañamiento y asesoría del CIE en este empeño, pero que cada región y país debe buscar sus propias alternativas a partir de considerar sus realidades profesionales y sociales. Sus palabras motivaron a la reflexión de los representantes de los países que participaron y expusieron sus realidades en materia de formación del recurso humano. Quedó evidenciada la diversidad en este aspecto, incluso en un mismo país.

Todos coincidieron en la necesidad de promover la unidad a través de la FEPPEN y sus líneas estratégicas de trabajo como parte de la gestión regional para potenciar el reconocimiento y desarrollo profesional. En la sesión final, se dio lectura a la “Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras sobre la formación y el ejercicio profesional de los recursos humanos de enfermería en los países de habla hispana de América Latina y el Caribe”.

El documento motivó a la reflexión sobre algunos aspectos esenciales incluidos en su contenido y propició la intervención de varios participantes, quienes destacaron su significado contextualizado a la situación en sus países.

En los momentos finales de la actividad, la Presidenta del CIE felicitó a los organizadores del Foro y a todos los participantes, sobre todo por el entusiasmo y la energía que mostraron en los debates, al mismo tiempo que exhortó a continuar trabajando por el desarrollo de la profesión en la región.

Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras sobre la formación y la práctica profesional de los Recursos Humanos de Enfermería en los países de habla española de América Latina y del Caribe.

Representantes de la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), miembros del Comité Ejecutivo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y delegados de asociaciones nacionales de enfermeras se reunieron en La Habana, Cuba, durante el Foro de los Recursos Humanos de Enfermería celebrado los días 24 y 25 de abril de 2014.

Señalando que es deber y responsabilidad de los Gobiernos mantener y aplicar los derechos de sus ciudadanos a los cuidados de salud;

Reconociendo que los pacientes son el centro de interés principal del trabajo de los profesionales de salud, y que las enfermeras están firmemente dedicadas a contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de salud, a la protección de la salud de los ciudadanos y a la seguridad de los pacientes;

Habiendo analizado las políticas relativas a los recursos humanos de salud y las convenciones promulgadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en las que se establecen recomendaciones para los Gobiernos y otros encargados de la adopción de las decisiones políticas y económicas en los países de la región.

Y habiendo examinado la orientación adoptada por importantes organismos internacionales, tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, en los países de habla española de América Latina y el Caribe.

Expresan su preocupación y presentan sus propuestas para el seguimiento de tres asuntos esenciales:

1. La sostenibilidad de los sistemas de salud en los países de América Latina y del Caribe.
 - La necesidad de fortalecer la responsabilidad de la profesión de enfermería para asegurar un control adecuado del gasto en salud, mediante el empleo sensato de los recursos, y para conseguir la integración más plena, en la gestión de los problemas de salud, de las capacidades de adopción de decisiones de las enfermeras.
 - La crucial importancia, para la gestión clínica, del funcionario jefe de enfermería en la administración de la salud, y de que asesore ampliamente acerca de las políticas de salud y de los recursos humanos en los sectores de los cuidados de atención primaria de salud y en los cuidados especializados directamente a los Ministros y a los altos funcionarios que diseñan las políticas.
 - La necesidad de conseguir la disponibilidad continua y permanente de enfermeras generales y especializadas para asegurar la cobertura universal de la salud en toda la región.
2. Protección de la salud y seguridad de los pacientes mediante la reglamentación adecuada de la formación y de la práctica de enfermería.
 - La necesidad de la formación y capacitación continuas de las enfermeras, la certificación y renovación de sus capacidades profesionales, en el contexto del continuo de formación establecido por el CIE.
 - La importancia de escuelas de enfermería idóneamente reguladas para formar enfermeras profesionales y la capacitación adecuada de las ayudas de enfermería o del personal técnico auxiliar.
 - La creación de puestos de enfermería para la prestación de servicios independientes con el fin de asegurar cuidados de calidad, en las zonas urbanas y rurales.
 - El mantenimiento permanente de las capacidades profesionales en un marco de desarrollo profesional continuo, centrado en las mejores prácticas de enfermería.
 - El reconocimiento y el empleo de las capacidades y el conocimiento de las enfermeras en el campo de los cuidados crónicos, en general, y de los cuidados de

quienes padecen múltiples y complejos estados crónicos, en particular.

- El reconocimiento y el empleo de las capacidades y de los conocimientos de las enfermeras en el sector de la coordinación de la salud pública a consecuencia del envejecimiento de la población, los nuevos avances en los cuidados de salud y la demanda social.
 - El establecimiento de normas, directrices e instrumentos idóneos para la práctica competente de la enfermería, destinados a asegurar la calidad de los cuidados de enfermería y evitar que aumenten los litigios contra el personal de enfermería por negligencia, descuido o mala práctica, lo que mina la confianza del público y del paciente y empeora la imagen de la profesión.
3. Marcos de desarrollo profesional y condiciones de servicio para la prestación de servicios de enfermería en entornos de atención de salud muy complejos.
- El fortalecimiento de las asociaciones nacionales de enfermería, dotándoles de los instrumentos y de los medios jurídicos que les permitan dirigir el desarrollo de una profesión autorregulada, de tal manera que sea aplicable tanto en el sector público como privado, cuya regulación sea obligatoria para todos, en los terrenos académico y profesional, contribuyendo así al más elevado estado profesional de las enfermeras (en lo que se refiere a sus conocimientos, capacidades y actitudes), basado en los principios y valores universales consagrados en el Código Deontológico del CIE.
 - La necesidad de entornos positivos para la práctica, destinados a lograr servicios de enfermería, que:
 - salvaguarden la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores de salud individuales;
 - conduzcan a la prestación de servicios de calidad a los pacientes, y a la excelencia profesional;
 - mejoren la motivación, impulsen la productividad y se obtengan mejores resultados de salud en lo que se refiere a indicadores de morbilidad y de mortalidad.
 - La importancia de una actividad ocupacional que asegure lugares de trabajo adecuados para mejorar:
 - el empleo, la seguridad laboral y los índices salariales;
 - la reconciliación del trabajo con la vida familiar, habida cuenta de que la mayoría del personal de enfermería son mujeres;
 - la carga de trabajo;
 - la disminución de los actos de agresión física y mental;
 - la disminución de los desórdenes mentales y de la tensión relacionada con el trabajo;
 - la disminución de los riesgos laborales.

En vista de los principales problemas arriba expuestos, el grupo reunido,

Pide a los Gobiernos:

4. Que faciliten la capacidad máxima de prestación de cuidados de salud permitiendo a las enfermeras que trabajen en toda la plenitud de su ámbito de la práctica;
5. Que mejoren el acceso al paciente fortaleciendo la excelencia académica en los programas de formación de enfermería en los niveles generalista y especialista, con arreglo al plan de estudios de enfermería diseñado para desarrollar unas capacidades profesionales debidamente armonizadas y adaptadas con el fin de asegurar que son aplicables en toda la región;
6. Que aumenten la seguridad del paciente al aplicar las leyes relativas a la práctica profesional de la enfermería y para fomentar el desarrollo de la reglamentación en los países en que falta, con el fin de asegurar un marco reglamentario idóneo para todos;
7. Que detengan los procesos que minan el profesionalismo y representan un grave inconveniente para la seguridad del paciente, y que aseguren la calidad de los servicios de enfermería en todos los sectores y a todos los niveles de los cuidados de salud;
8. Que mantengan un nivel adecuado de personal competente de enfermería, equiparable a las necesidades de la población, para asegurar la prestación de cuidados de enfermería seguros, oportunos y eficientes en los servicios de salud de la región;
9. Que establezcan un entorno favorable para la práctica de la enfermería, regido por contratos de empleo estable, con beneficios sociales y remuneración adecuados al nivel de formación, a la experiencia y capacidad y a la responsabilidad ejercidas;
10. Que prevean medidas de seguridad en el trabajo para los equipos de enfermería, con el fin de asegurar su salud profesional y su bienestar social, y programas de nivel corporativo en los que se trate y se combata la violencia;
11. Que establezcan el puesto de Funcionario Principal de Enfermería en la administración de cada país y que incluyan a las enfermeras en el proceso de elaboración de la política y de adopción de decisiones en los campos de la salud, la seguridad social, la enfermería, la formación y el trabajo.
12. Instar a las enfermeras miembros del CIE y de FEPPEN a que:
13. Promuevan la reglamentación de la formación y la preparación de las enfermeras y de la práctica de enfermería en los planos internacional y regional, fomentando:
14. unas normas contemporáneas para facilitar unos cuidados de enfermería armonizados y bien coordinados,
15. unos principios y valores científicos y éticos que garanticen los derechos de los ciudadanos a la protección de su salud y la seguridad de los pacientes;
16. Ayuden a las asociaciones nacionales de enfermería a aplicar las normas de la mejor práctica en el plano nacional, evaluando constantemente los resultados;
17. Tomen parte activa en la elaboración de la política de salud y en la planificación de los programas de formación de enfermería a través de las asociaciones de enfermería nacionales;
18. Pongan de relieve los efectos de invertir en la formación de titulación y de postgrado, incluso en la preparación del doctorado, para mejorar el acceso, la eficiencia, la eficacia y los valores.

Inició Consejo General de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

El 22 de abril de 2014 inició en el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba el Consejo General de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería que sesionó durante dos días.

Las palabras de apertura estuvieron a cargo de la MSc. Amada Izquierdo Hernández, Presidenta de la Federación, secundadas por las de la MSc. Idalmis Infante Ochoa, Presidenta de la Sociedad Cubana de Enfermería quienes dieron la bienvenida a los 16 representantes de las Organizaciones Miembros que asisten al Consejo.



- La primera sesión de trabajo incluyó:
- Informe del Comité Ejecutivo sobre el cumplimiento del Plan de Gestión.
 - Consideraciones y aprobación del Programa General de Trabajo de la FEPPEN. Gestión 2012-2016.
 - Informe Financiero.
 - Informe de las Presidentas de las Organizaciones Miembros sobre los avances en las Líneas Estratégicas.

La agenda, que contó con la presencia de la Dra. Marlen Calvo Solano, miembro de la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermeras, transcurrió en una atmósfera de respeto e intercambio, aspecto fundamental que facilitará el progreso de estrategias de trabajo mancomunadas sobre las Líneas Estratégicas de la Federación.

En esta primera sesión del Consejo, las Organizaciones Miembros representadas fueron:

- Federación Argentina de Enfermería.
- Colegio de Enfermeras de Bolivia.
- Asociación Brasileña de Enfermeras ABEN Nacional.
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- Sociedad Cubana de Enfermería.
- Colegio de Enfermeras de Chile.
- Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os.
- Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador.
- Asociación Guatemalteca de Enfermeras.
- Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras.
- Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses.

- Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá.
- Asociación Paraguaya de Enfermería.
- Colegio de Enfermeras de Perú.
- Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas.
- Colegio de Enfermeras de Uruguay.

Segundo día

En horas de la mañana del 23 de abril, se reanudaron las sesiones de trabajo del Consejo General de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

En este día, se incorporaron a la sesión de trabajo:

- Dra. Lesley Bell, Consultora de del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).
- Dra. Elba Olivera Choque, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Bolivia y Miembro de la Junta Directiva del CIE.
- Lic. María Teresa Aguilera, Presidenta del Colegio Nacional de Enfermeras, A. C.

En esta jornada se continuó con la presentación de los informes de los países Miembros.

Otros puntos a desarrollar como parte de la agenda de trabajo se relacionaron con:

- La educación en Enfermería.
- El ejercicio profesional.
- Revista Panamericana de Enfermería.
- Estatutos de la FEPPEN.
- Congreso de la FEPPEN a celebrarse en Octubre de 2015.

Enfermeros latinoamericanos se preparan en Cuba para luchar contra el Ébola



La **FEPPEN**, en respuesta a la situación epidémica existente en el África Occidental y el riesgo potencial de su propagación a otros países, a las demandas del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional, a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el propio Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), realizó con éxito desde el 2 al 6 de febrero de 2015, en el Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba, el **Taller Internacional sobre la prevención y enfrentamiento a la enfermedad por virus del Ébola**, con la participación de profesionales de enfermería de El Salvador, Costa Rica, Paraguay, República Dominicana y Cuba.

El taller tuvo como objetivo, incorporar conocimientos en los profesionales de la región sobre las fiebres hemorrágicas virales (FHV) en particular el Ébola, que les permitan aplicar acciones de prevención y control para la vigilancia epidemiológica y los cuidados al paciente en los distintos contextos de su desempeño.

Se abordaron los siguientes temas:

1. **Tema 1:** Epidemiología de las Enfermedades por virus del Ébola.
2. **Tema 2:** Aspectos clínicos de las Enfermedades por virus del Ébola.
3. **Tema 3:** Aspectos de laboratorio en las Enfermedades por virus del Ébola.
4. **Tema 4:** Organización de los Servicios de Salud.
5. **Tema 5:** Bioseguridad en las Enfermedades por virus del Ébola.
6. **Tema 6:** Factores psicológicos en graves epidemias.

7. **Tema 7:** Comunicación Social situaciones de riesgos.

8. **Tema 8.** Práctica segura de enfermería.

Los temas fueron impartidos por profesores con alta experticia, los cuales tuvieron la responsabilidad de preparar a todos los miembros de la brigada de salud cubana que se encuentra en estos momentos enfrentando la enfermedad en el África Occidental.

Los participantes, además de recibir las actividades teóricas, tuvieron la posibilidad de desplegar actividades prácticas en los escenarios del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", donde desarrollaron habilidades en la asistencia a pacientes sospechosos y confirmados en hospitales de campaña; protocolo de actuación de enfermería de Cuba; colección de muestras y transporte de sustancias infecciosas; equipo de protección persona; vestido y desvestido; traslado de pacientes sospechosos y enfermos; disposición de cadáveres y sepelios seguros.

Los participantes manifestaron su alta satisfacción por el taller, el cual superó las expectativas que tenían. A todos, se les entregó dos CD contentivos del programa docente, la bibliografía básica y de consulta por temas, las presentaciones en Power Point y los videos demostrativos que les permitirá su réplica y capacitar a los enfermeros de sus respectivos países, a través de las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANE).

La Junta Directiva de la FEPPEN, agradece al colectivo de profesores, a los participantes y a todos los que hicieron posible su realización.

Objetivos y Proyecciones de FEPPEN Siglo XXI

Objetivos

1. Estimular el desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones de profesionales de enfermería afiliadas.
2. Definir estrategias que estimulen la afiliación de las organizaciones de profesionales de enfermería de la Región.
3. Organizar, realizar y coordinar actividades, programas y proyectos dirigidos a las profesionales de enfermería asociadas a las Organizaciones Miembros con miras al desarrollo técnico, científico y político de la enfermería en la Región.
4. Representar a las organizaciones afiliadas.
5. Analizar las características de la profesión, las condiciones de ejercicio profesional y trabajo en los países de la Región con la finalidad de proponer y llevar a cabo programas conjuntos de acción para enfrentar los problemas y demandas identificados.
6. Proponer acciones y estrategias que impulsen la reglamentación del ejercicio profesional en los países de la Región.
7. Proponer parámetros y directrices para la formación y la calificación en el área de enfermería.
8. Fomentar la asociación y la solidaridad entre las organizaciones afiliadas y las profesionales de enfermería a través del intercambio de experiencias que resulten en el reconocimiento de la profesión en cada país de la Región.
9. Divulgar las actividades científicas, sociales y culturales de la FEPPEN y asuntos de interés de las profesionales de enfermería a través de un órgano de publicación propio
10. Respaldo a las socias individuales de las organizaciones afiliadas que se vean obligadas a abandonar su país, nacionalidad o domicilio
11. Asesorar a las organizaciones afiliadas, cuando se le solicite
12. Estimular a las organizaciones afiliadas a participar en la planificación, desarrollo y evaluación de las Políticas nacionales de salud.
13. Proyecciones de FEPPEN Siglo XXI
 - Capacitar a los líderes de la enfermería para análisis situacionales de las condiciones de salud de la población y de los servicios existentes.
 - Estimular la participación de los enfermeros en los procesos de transformación de los sectores de salud y en la participación de definiciones políticas a cada instante de actuación profesional.
 - Empezar con desempeño el trabajo en equipo transdisciplinar que posibilite ampliar el ámbito de acción de la enfermería.
 - Integrar organizaciones de profesionales de salud para el desenvolvimiento de estrategias que superen las cuestiones éticas y el cuidado cualificado de la población.
 - Desarrollar sistemas de informaciones gerenciales utilizando indicadores de calidad de la asistencia.
 - Desarrollar la capacidad de las enfermeras para el trabajo con referencial epidemiológico.
 - Definir patrones mínimos para calificar el cuidado de un modelo de asistencia que atienda las necesidades de la población.
 - Uniformizar la terminología de la enfermería objetivando el cuidado transcultural.
 - Desarrollar y complementar modelos teóricos concienzudamente que preconcien el cuidado humanizado.



- Desarrollar nuevas maneras de cuidados con la población anciana y con distintos grupos familiares.
- Desarrollar estrategias de trabajo comunitario resaltando la promoción y la prevención.
- Ayudar en los programas de educación y entrenamiento en servicios que visen la calidad y eficiencia de la asistencia en enfermería.
- Orientar las asignaturas de los cursos de enfermería, en todos los niveles adecuando las necesidades regionales
- Promover la integración en la enseñanza del servicio, para asegurar el desarrollo del conocimiento de enfermería, como base y causa de la pesquisa necesaria a la práctica y administración de la asistencia.
- Dar énfasis y atención primaria de salud en la enseñanza de enfermería con el objetivo de legislar y regularizar la profesión.
- Regularizar el sistema de registro y de licencia para la actuación en la práctica de enfermería.
- Divulgar el conocimiento producido en enfermería e identificar su impacto en la práctica.
- Continuar estimulando la investigación como instrumento de evaluación de la calidad de la asistencia prestada.
- Buscar mecanismos de colaboración entre los países con estrategias de acción considerando las orientaciones de la OPAS, sobre el desarrollo de equipos, prácticas y administración de los servicios de salud y de educación.
- Estimular una participación más activa, en el sector de la enfermería.

Símbolos de la Enfermería

La lámpara

La Lámpara, ha sido retomada como símbolo de la Enfermería, pues en la guerra de Crimea, Florence Nightingale, en las noches alumbraba con una lámpara a los heridos en su recorrido por los campos de batalla. Este símbolo muestra la luz que se requiere en todos los actos de cuidado. Representa la claridad y el conocimiento. La iluminación que brinda el saber y la calificación personal, en relación con el autoconocimiento y la interacción respetuosa con el otro.



La cofia

La cofia, de color blanco, es:

- Símbolo del honor.
- De la distinción y la responsabilidad del profesional dedicado al cuidado de las personas.
- Desde el punto de vista epidemiológico la cofia debe proteger el pelo de la enfermera para que no caiga sobre al campo de trabajo, por lo que el pelo debe estar recogido y colocado en el sobre interno de la cofia.



El uniforme blanco

Símbolo de:

- autocuidado
- limpieza
- pureza
- apoyo frente al otro (persona y familia en interacción y contacto transparente, sincero y respetuoso con su cuerpo, sus sentimientos y experiencias de vida: crecimiento, salud, enfermedad y muerte).



La Enfermería

Es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre el oficio que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la

necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Es el sistema de la práctica de Enfermería proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas.

Estatutos de FEPPEN

Aprobado en la Convención realizada el día 09 de agosto de 2000 y registrado en la Notaría de Registro de Títulos y Documentos en 26 de abril de 2001, en la Ciudad de Brasilia/DF-Brasil.

Preámbulo

La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, fundada en 1970, es una organización no gubernamental, constituida por organizaciones nacionales de profesionales de enfermería de los países latinoamericanos y el Caribe, a las cuales representa. En este Estatuto las Organizaciones Miembros decidieron privilegiar el uso del género femenino considerando que la enfermería, en todo el mundo, es ejercida por mayoría absoluta de mujeres. Esta opción no expresa en forma alguna discriminación al género masculino que deberá ser adoptado en las situaciones particulares. En este Estatuto, aprobado por la Convención realizada en Brasilia-Brasil en el año 2000, se definen los propósitos, los objetivos y las funciones de FEPPEN y se describen las relaciones con sus miembros.

CAPÍTULO I

ART. 1º – La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, fundada en noviembre de 1970, es una organización de derecho privado, sin fines de lucro, religiosos, políticos o partidarios, con plazo de duración indeterminado, constituida por organizaciones nacionales de profesionales de enfermería de los países del continente americano – de ahora en adelante denominados Región.

Párrafo 1º – La sigla FEPPEN corresponde, para todos los fines, al nombre completo de la federación.

Párrafo 2º – Para los fines de este Estatuto se define como profesional de enfermería a la persona con grado de estudios reconocido como enfermera, según las leyes de cada país de la Región.

ART. 2º – La FEPPEN no tiene ni sede ni foro fijo.

Párrafo único – La sede y el foro de la FEPPEN estarán situados en la capital del país donde tenga su sede el Comité Ejecutivo.

ART. 3º – La FEPPEN estará representada, activa y pasivamente, en juicio o fuera del mismo, por su Presidenta.

Párrafo único – La organización de profesionales de enfermería afiliada, en cuyo país está situada la sede de la FEPPEN responde solidariamente por sus obligaciones sociales durante el período de gestión del Comité Ejecutivo.

ART. 4º – El idioma oficial de la FEPPEN es el español usándose, también, el portugués como idioma de trabajo.



ART. 5º – Basándose en este Estatuto la FEPPEN podrá tener reglamentos, resoluciones y normas especiales, aprobados por el Consejo General.

CAPÍTULO II

ART. 6º – La FEPPEN tiene como propósitos:

- I – Promover el desarrollo científico, político, económico y social de la profesión y de las trabajadoras de enfermería en la Región.
- II – Definir directrices, objetivos y metas que favorezcan el trabajo solidario y cooperativo de las organizaciones afiliadas.
- III – Defender el derecho a la salud y a la seguridad social en los países de la Región.

ART. 7º – La FEPPEN tiene como objetivos:

- I – Estimular el desarrollo y el fortalecimiento de las organizaciones de profesionales de enfermería afiliadas.
- II – Definir estrategias que estimulen la afiliación de las organizaciones de profesionales de enfermería de la Región.
- III – Organizar, realizar y coordinar actividades, programas y proyectos dirigidos a las profesionales de enfermería asociadas a las Organizaciones Miembros con miras al desarrollo técnico, científico y político de la enfermería en la Región.

- IV – Representar a las organizaciones afiliadas.
- V – Analizar las características de la profesión, las condiciones de ejercicio profesional y trabajo en los países de la Región con la finalidad de proponer y llevar a cabo programas conjuntos de acción para enfrentar los problemas y demandas identificados.
- VI – Proponer acciones y estrategias que impulsen la reglamentación del ejercicio profesional en los países de la Región.
- VII – Proponer parámetros y directrices para la formación y la calificación en el área de enfermería.
- VIII – Fomentar la asociación y la solidaridad entre las organizaciones afiliadas y las profesionales de enfermería a través del intercambio de experiencias que resulten en el reconocimiento de la profesión en cada país de la Región.
- IX – Divulgar las actividades científicas, sociales y culturales de la FEPPEN y asuntos de interés de las profesionales de enfermería a través de un órgano de publicación propio.
- X – Respalidar las socias individuales de las organizaciones afiliadas que se vean obligadas a abandonar su país, nacionalidad o domicilio.
- XI – Asesorar a las organizaciones afiliadas, cuando se le solicite.
- XII – Estimular a las organizaciones afiliadas a participar en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas nacionales de salud.
- Párrafo Único – Para cumplir sus objetivos la FEPPEN podrá firmar acuerdos, contratos y convenios.

CAPÍTULO III

ART. 8º – La FEPPEN está constituida por las organizaciones de profesionales de enfermería de la Región afiliadas a ella.

Párrafo 1º – Una organización de profesionales de enfermería afiliada a la FEPPEN es una organización miembro (OM), con derechos y deberes establecidos en este Estatuto.

Párrafo 2º – La afiliación a la FEPPEN deberá ser solicitada por la organización de profesionales de enfermería interesada.

Párrafo 3º – No podrá haber más de una organización de profesionales de enfermería de cada país de la Región afiliada a la FEPPEN.

CAPÍTULO IV

ART. 9º – Las Organizaciones Miembros tienen los siguientes derechos:

- I – Beneficiarse de todos los avances y logros de la FEPPEN.
- II – Participar con derecho a voz y voto de los organismos de la FEPPEN.
- III – Elegir y ser elegida para los organismos de la FEPPEN y participar en ellos con igualdad de atribuciones y derechos.
- IV – Plantear ante los organismos de la FEPPEN, de acuerdo con su nivel de competencia, los respectivos

problemas nacionales de enfermería y solicitar asesoría profesional, técnica o política.

V – Solicitar de la FEPPEN apoyo y respaldo a las peticiones y planteamientos locales.

VI – Acceder, de forma oportuna, de toda la información manejada por la FEPPEN.

VII – Representar a la FEPPEN, por indicación o delegación de sus organismos.

VIII – Solicitar al Consejo General providencias contra irregularidades administrativas e infracciones al presente Estatuto, normas, reglamentos o resoluciones de la FEPPEN.

IX – Recurrir a la Convención de las decisiones del Consejo General y a éste de las decisiones del Comité Ejecutivo.

X – Manifestarse respecto de los pedidos de afiliación a la FEPPEN, según lo que establecen los Art. 14 y lo Art. 15, Párrafo Único, de este Estatuto.

XI – Solicitar su desafiliación, de acuerdo con lo que establece este Estatuto.

ART. 10 – Las Organizaciones Miembros tienen los siguientes deberes:

I – Atender a las directrices, reglamentos, normas y resoluciones, aprobadas por los organismos de la FEPPEN.

II – Cumplir los acuerdos, contratos y convenios firmados por la FEPPEN y las instrucciones que ésta imparta en el ejercicio de sus atribuciones.

III – Cumplir las actividades que constan del plan de trabajo de la FEPPEN.

IV – Proporcionarle a la FEPPEN todas las informaciones que ésta estime necesarias.

V – Comunicarle a la FEPPEN todo hecho que coarta u obstaculice el trabajo a las profesionales de enfermería en el respectivo país.

VI – Remitirle a la FEPPEN las modificaciones o enmiendas hechas a sus estatutos y reglamentos hasta dos meses después de su aprobación.

VII – Mantener a la FEPPEN informada de la nómina directiva y de la dirección de la oficina dónde tiene sede la OM.

VIII – Comunicarle a la FEPPEN, anualmente, el número de profesionales de enfermería en ejercicio en el país y el número de socias de la OM en situación regular con sus obligaciones gremiales.

IX – Informarle a la FEPPEN acerca de la existencia, naturaleza y características de otras organizaciones de enfermería en el respectivo país.

X – Pagar las cuotas anuales y cualesquiera otros aportes, de acuerdo con los criterios y parámetros fijados por el Consejo General.

XI – Participar en la Convención y reuniones del Consejo General justificando la ausencia cuando no pudieran estar presentes.

XII – Prestar amplia colaboración al Comité Ejecutivo.

XIII – Cumplir y velar por el cumplimiento de este Estatuto.

ART. 11 – Una OM que no tenga ninguna deuda con la FEPPEN y que, por motivo de fuerza mayor, se encuentre en tal situación que no le permita cumplir con sus deberes, incluyendo el pago de la cuota anual, podrá solicitar al Comité Ejecutivo que mantenga sus derechos por un año presentando informaciones que

comprueben esta situación y comprometiéndose a pagar la cuota al año siguiente.

Párrafo 1º – Se considera motivo de fuerza mayor para este fin situaciones políticas, sociales o de catástrofe que impidan el funcionamiento de la OM o que torne inviable sus relaciones internacionales.

Párrafo 2º – La OM deberá volver a su condición regular con la FEPPEN al año siguiente.

Párrafo 3º – Dado el caso de que la situación permanezca sin alteración al año siguiente la OM le comunicará tal hecho al Comité Ejecutivo que deberá someterlo al Consejo General para análisis y deliberación.

CAPÍTULO V

ART. 12 – Para solicitar afiliación a la FEPPEN la organización de profesionales de enfermería deberá cumplir con los siguientes requisitos:

I – Ser de ámbito nacional y de naturaleza no gubernamental.

II – Estar legalmente constituida según las leyes del respectivo país.

III – Tener disposiciones constitutivas aprobadas por sus organismos de deliberación.

IV – Tener propósitos y objetivos compatibles con los de la FEPPEN.

V – Permitir el ingreso de profesionales de enfermería de todas las especialidades y sector de trabajo en su cuadro de socias, sin discriminación política, religiosa, étnica, sexual, económica o social.

ART. 13 – Al formalizar su solicitud de afiliación a la FEPPEN al Comité Ejecutivo, la organización interesada deberá enviar adjunto:

I – Documentos que comprueben el cumplimiento de los requisitos enumerados en el Art. 12.

II – El acta de la reunión del organismo de deliberación donde conste la aprobación de la propuesta de afiliación a la FEPPEN.

III – Estatutos y reglamentos actuales de la organización debidamente legalizados.

IV – Informaciones sobre la estructura y funcionamiento de la organización y sobre la situación de la enfermería en el respectivo país.

V – Declaración de que se compromete a cumplir las determinaciones estatutarias de la FEPPEN.

VI – Declaración de que se compromete a pagar la cuota inicial hasta 30 (treinta) días después de haber recibido el comunicado de que su solicitud de afiliación ha sido aprobada por las Organizaciones Miembros.

ART. 14 – Al recibir una solicitud de afiliación el Comité Ejecutivo emitirá un parecer que será enviado a las Organizaciones Miembros para que lo analicen y se manifiesten respecto del mismo.

ART. 15 – Será considerada aprobada la solicitud de afiliación que reciba manifestación favorable de, por lo menos, la mitad más una de las Organizaciones Miembros.

Párrafo único – La OM que no envíe su manifestación será computada como favorable a la afiliación.

ART. 16 – El Comité Ejecutivo le comunicará a la organización interesada el resultado del proceso.

Párrafo 1º – La organización cuya solicitud de afiliación haya sido aprobada por las Organizaciones Miembros recibirá la información correspondiente sobre el valor de la cuota inicial que deberá abonar.

Párrafo 2º – El valor de dicha cuota será calculado con base en los criterios y parámetros fijados por el Consejo General.

ART. 17 – La organización cuya solicitud de afiliación haya sido aprobada y que haya abonado la cuota inicial en el plazo y valor determinados será considerada una OM de la FEPPEN, con todos los derechos y deberes establecidos en el presente Estatuto.

Párrafo 1º – El Consejo General homologará la afiliación de la OM en la primera reunión ordinaria subsecuente.

Párrafo 2º – Dado el caso de que la organización no efectúe el pago de la cuota inicial en el plazo y valor establecidos se anulará la aprobación de su solicitud de afiliación.

ART. 18 – La organización cuya solicitud de afiliación no haya sido aprobada por las Organizaciones Miembros o cuya aprobación haya sido anulada, podrá volver a presentar su solicitud enviando adjunto toda la documentación definida en el Art. 13.

Párrafo Único – En este caso la solicitud será analizada y votada en reunión ordinaria del Consejo General y la organización interesada podrá tener acceso a dicha reunión para presentar su propuesta desde que haya expresado con antelación su petición al Comité Ejecutivo.

ART. 19 – Dado el caso de que Comité Ejecutivo reciba, concomitantemente, solicitudes de afiliación a la FEPPEN de dos o más organizaciones de profesionales de enfermería del mismo país, deberá enviarlas al Consejo General para que las analice y delibere sobre ellas.

ART. 20 – Dado el caso de que el Comité Ejecutivo reciba la solicitud de afiliación de una organización de profesionales de enfermería cuyo país de origen ya tenga una organización afiliada a la FEPPEN, se les comunicará a todas las Organizaciones Miembros este hecho para que tengan conocimiento del mismo.

Párrafo 1º – El Comité Ejecutivo informará a la organización solicitante sobre la imposibilidad de tal afiliación, en conformidad con lo que define el presente Estatuto.

ART. 21 – La desafiliación de la FEPPEN podrá ocurrir en las siguientes situaciones:

I – Por solicitud escrita de la OM.

II – Automáticamente – cuando la OM haya dejado de pagar su cuota anual durante dos años consecutivos.

III – Por propuesta del Consejo General justificada por falta grave o improbidad, aprobada en la Convención.

Párrafo único – Al final de cada año el Comité Ejecutivo deberá contactar a cada una de las Organizaciones Miembros morosas con la finalidad de normalizar la situación antes de que completen el segundo año consecutivo en tal estado.

ART. 22 – Independientemente de la situación que haya resultado en la desafiliación la organización de profesionales de enfermería podrá formalizar una nueva solicitud de afiliación, obedeciendo lo que establecen los Art. 12 y 13 de este Estatuto.

Párrafo 1º – Le corresponde al Consejo General analizar y deliberar sobre estas solicitudes, excepto cuando la causa de la desafiliación se deba a lo previsto en el Art. 21 ítem III.

Párrafo 2º – La solicitud de nueva afiliación de una organización de profesionales de enfermería cuya causa de desafiliación se deba a lo previsto en el Art. 21 ítem III, recibirá parecer del Consejo General que deberá ser sometido a la Convención para su deliberación.

CAPÍTULO VI

ART. 23 – Los siguientes organismos forman la estructura político-administrativa de la FEPPEN:

Sección I: de la convención

Sección II: del consejo general

Sección III: del comité ejecutivo

Sección IV: de las comisiones permanentes

CAPÍTULO VII

ART. 67 – La elección de la sede de la FEPPEN y del respectivo Comité Ejecutivo es una atribución del Consejo General.

Párrafo único – En la reunión convocada para este fin el Consejo General indicará a las Organizaciones Miembros responsables de cada Comisión Permanente.

ART. 68 – Para candidatizarse a sede de la FEPPEN la OM deberá:

I – Estar en situación regular ante la FEPPEN, incluyendo el pago de la cuota anual hasta el año de la presentación de su candidatura.

II – Ser una OM de la FEPPEN con antigüedad mínima de 4 (cuatro) años.

III – No haber sido la sede de la FEPPEN durante los dos últimos mandatos.

IV – Presentar su candidatura en conformidad con los criterios, condiciones y plazos definidos en este Estatuto.

V – Presentar el acta de su organismo de deliberación donde haya sido aprobada su candidatura sede de la FEPPEN.

VI – Declaración firmada por la Presidenta donde conste que la sede de la FEPPEN se instalará sin coste alguno en una oficina en la ciudad sede nacional de la OM y que tal establecimiento contará con infraestructura básica de funcionamiento.

VII – Presentar candidata específico para cada cargo definido en el Artículo 46 de este Estatuto, adjuntando curriculum vitae resumido y declaración de cada uno de ellos de que autoriza la inclusión de su nombre y de que se compromete a cumplir el mandato de cuatro años como miembro del Comité Ejecutivo de la FEPPEN.

VIII – Anexar sus Estatutos y Reglamentos constitutivos en vigor, debidamente legalizados.

IX – Declaración firmada por la Presidenta de la OM de que se compromete a presentar, por lo menos, a las candidatas a los cargos de Presidenta, Primera Secretaria y Primera Tesorera así como los ejes básicos de la propuesta de trabajo en la reunión de elección del Consejo General.

ART. 69 – Al indicar candidatos a los cargos del Comité Ejecutivo la OM deberá:

I – comprobar su calidad de socia con antigüedad mínima de cinco años y su situación regular con todas las obligaciones ante la OM.

II – comprobar su participación en cargos, representaciones y actividades de la OM.

ART. 70 – El proceso electoral incluye las siguientes etapas:

I – La Secretaría del Comité Ejecutivo envía a las Organizaciones Miembros las solicitudes de presentación de candidaturas 12 (doce) meses antes de la fecha establecida para la reunión del Consejo General encargado de la elección.

II – Las Organizaciones Miembros presentan su candidatura devolviendo las solicitudes debidamente completadas a la Secretaría del Comité Ejecutivo como mínimo 6 (seis) meses antes de la fecha de reunión del Consejo General que realizará la elección.

III – El Comité Ejecutivo verifica si las Organizaciones Miembros han atendido a todas las condiciones y criterios definidos en el Art. y si han respetado el plazo establecido.

IV – Se formaliza la candidatura de las Organizaciones Miembros que hayan atendido a todos los criterios, condiciones y plazo exigidos.

V – Se envía a las Organizaciones Miembros las candidaturas formalizadas por el Comité Ejecutivo, dentro de un plazo máximo de 3 (tres) meses antes de la fecha de la reunión del Consejo General encargado de la elección.

VI – Reunión del Consejo General para la elección de la sede de la FEPPEN y del respectivo Comité Ejecutivo.

VII – Toma de posesión del nuevo Comité Ejecutivo en la reunión de la Convención.

VIII – Reunión de transmisión de cargos.

Párrafo 1º – Las Organizaciones Miembros pueden presentar su candidatura hasta para dos mandatos consecutivos pudiendo indicar, o no, los mismos nombres para los cargos del Comité Ejecutivo.

Párrafo 2º – Si una de las Organizaciones Miembros se candidatiza a un segundo mandato consecutivo deberá respetar lo que establecen los Artículos 67 y 68 de este Estatuto.

ART. 71 – La reunión del Consejo General para elección de la sede de la FEPPEN y del Comité Ejecutivo respectivo, obedecerá lo que establece el Cap. VI, Sección II de este Estatuto.

Párrafo 1º – Después de la presentación de las propuestas de trabajo y de las candidatas de cada OM candidata, se constituirá una comisión de elección, coordinada por la Primera Secretaria del Comité Ejecutivo y con participación de dos representantes de las Organizaciones Miembros que no sean candidatas, para realizar la votación y validar los votos.

Párrafo 2º – Cada OM recibirá una cédula con la lista de las Organizaciones Miembros candidatas, en orden alfabética, en la cual deberá señalar apenas una de ellas.

Párrafo 3º – Se elegirá como sede de la FEPPEN la OM/país que obtenga la mayoría simple de votos.

Párrafo 4º. – Al elegir la OM sede de la FEPPEN el Consejo General estará eligiendo a las candidatas presentadas para los respectivos cargos del Comité Ejecutivo.

ART. 72 – La homologación de la OM sede de la FEPPEN y la toma de posesión del Comité Ejecutivo elegido se realizará en la reunión de la Convención convocada para esta finalidad después de un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas de la reunión de elección del Consejo General.

ART. 73 – Se redactarán las actas específicas de la reunión de elección del Consejo General firmada por la Presidenta y la Primera Secretaria del Comité Ejecutivo y de la reunión de la Convención que haya homologado la elección y firmado la toma de posesión de los miembros del Comité Ejecutivo, firmada por su Presidenta y secretaria, por la Presidenta y primera secretaria investidas y por las Presidentas de las Organizaciones Miembros.

ART. 74 – Después de la ceremonia de toma de posesión de los nuevos cargos habrá una reunión de transmisión de cargo donde deberán participar los miembros del Comité Ejecutivo entrante y saliente y las Presidentas de las Organizaciones Miembros respectivas.

Párrafo Único – Se redactará una acta de esta reunión, firmada por todas las presentes, que se enviará a las Organizaciones Miembros.

CAPÍTULO VIII

ART. 75 – Constituyen ingresos de la FEPPEN

- I – el valor de la cuota anual que abonan las Organizaciones Miembros;
- II – saldo de eventos de la FEPPEN, incluyendo Congresos realizados con programación conjunta con las Organizaciones Miembros;
- III – presupuestos provenientes de contratos o convenios;
- IV – donaciones, subvenciones y legados.

Párrafo 1º – Los eventos realizados por la FEPPEN en conjunto con las Organizaciones Miembros, incluyendo Congresos, deberán incluir en su reglamento, entre otras determinaciones, el valor porcentual que se destinará a la FEPPEN.

Párrafo 2º – Los ingresos de la FEPPEN solamente podrán ser utilizados para implementar su programa de trabajo, mantener las actividades de la oficina – sede y pagar los gastos de los miembros del Comité Ejecutivo en el ejercicio de sus funciones.

Párrafo 3º. – Solamente la Convención y el Consejo General podrán definir la utilización de los ingresos de la FEPPEN para cualquier otro fin.

ART. 76 – El patrimonio de la FEPPEN está constituido por:

- I – acervo histórico y documental referente a la FEPPEN
- II – capital mobiliario y valores inmuebles que adquiera o que reciba por donación o legado.

ART. 77 – El Comité Ejecutivo es responsable de la conservación y custodia de los bienes patrimoniales de la FEPPEN, y de la administración financiera de su ingreso, en conformidad con las deliberaciones de los organismos de deliberación.

ART. 78 – Dado el caso de que se disuelva la FEPPEN, la Convención determinará el destino de sus bienes, por propuesta del Consejo General.

CAPÍTULO IX

ART. 79 – La petición de investigación de actos contrarios a los propósitos y objetivos de la FEPPEN practicados por las Organizaciones Miembros o por sus representantes legales, por el Comité Ejecutivo o por sus miembros en el ejercicio de sus funciones, podrá hacerla cualquier organismo de la FEPPEN u OM, a través de petición justificada, dirigiéndola al Comité Ejecutivo

Párrafo 1º – Al recibir la petición el Comité Ejecutivo constituirá una comisión especial para analizarla y emitir un parecer, que será enviado al Consejo General para deliberación.

Párrafo 2º – Dado el caso de que se refiera al Comité Ejecutivo o a sus miembros, la petición será dirigida directamente al Consejo General para que tome las medidas pertinentes, en conformidad con este Estatuto.

ART. 80 – Situaciones ya previstas en este Estatuto no serán objeto de investigación ni de sanciones distintas de las que ya están establecidas.

ART. 81 – Las sanciones solamente podrán aplicarse por decisión o propuesta del Consejo General a la Convención.

- I – A las Organizaciones Miembros:
 - a – amonestación escrita;
 - b – censura escrita;
 - c – suspensión de la calidad de OM de la FEPPEN, hasta dos años;
 - d – expulsión de la FEPPEN.

- II – Al Comité Ejecutivo y sus miembros:
 - a – amonestación escrita;
 - b – censura escrita;
 - c – destitución del cargo.

CAPÍTULO X

ART. 82 – Los casos omisos serán resueltos por la Convención, por el Consejo General y por el Comité Ejecutivo, en lo que les compete.

ART. 83 – El presente Estatuto, aprobado en la Convención, entrará en vigencia a partir de la fecha de su registro en la Notaría de Registro de Títulos y Documentos del País sede de la FEPPEN.

Párrafo único – La conformación del Comité Ejecutivo elegido en agosto de 2000, para el periodo 2000-2004, permanecerá tal cual ha sido elegido.

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. Directorio 2012 – 2016

Actualización: Agosto del 2015

| País Nombre de la organización | Nombre presidenta/e | Teléfono / fax Correo / dirección |
|---|--------------------------------|---|
| Argentina Federación Argentina de Enfermería | Mg. Rosa Palma | Av. Rivadavia 3518 (1204) 1º piso caba Tel / fax 011 486 515 12 Buenos Aires, Argentina fedargenf@yahoo.com.ar |
| Bolivia Colegio de Enfermeras de Bolivia | Lic. Elba Olivera Choque | Calle Batallon Colorados No. 24 Edificio del Condor piso 14 of. 1406 Tel/fax: 591 2244 17 13 tel: 591 221 45 108 La Paz, Bolivia colegiodenfermerasbolivia@gmail.com |
| Brasil Asociación Brasileña de Enfermeras Nacional ABEN | Dra. Ángela María Álvarez | Avenida I 2 norte sgan cuadra 603 Conjunto b cep C.p. 70 830 030 Tel: (061) 3226 06 53 Brasilia (d.f), Brasil aben@abennacional.org.br |
| Colombia Asociación Nacional de Efermeras de Colombia | Mg. Beatriz Carvallo Suarez | Carrera 27 no. 46-21 piso 02 Bogota d.c. Tel: 00572683535 Bogotá, Colombia anecnal@anec.org.co |
| Costa Rica Colegio de Enfermeras de Costa Rica | Dra. Odette Chávez Morales | Avenida 8, calle 14 y 16 Tel: 506 2257-9522 Fax:506 2257-9854 Apartado postal 5085-1000 San José Costa Rica presidencia@enfermeria.cr |
| Cuba Sociedad Cubana de Enfermería | Mg. Idalmis G. Infante Ochoa | Calle 15 no. 09 apto 6b 6to piso entre n y o Vedado Plaza de la Revolución Tel: (53) 72 04 18 76 5378323614 nuevo La Habana 10400, Cuba socuben@infomed.sld.cu |
| Chile Colegio de Enfermeras de Chile | Dra. Paola Pontoni Zúñiga | Miraflores 563 casilla no. 9752 Correo plaza de armas Tél: 00 56 26 39 85 56 Ciudad Santiago de Chile consejonacional@colegiodeenfermeras.cl |
| Ecuador Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os | Lic. Patricia Gavilánez Medina | Japón 542 y naciones unidas apartado 3523 Tel: 084660535 Quito Ecuador fedesecre@hotmail.com |

| País | Nombre de la organización | Nombre presidenta/e | Teléfono / fax Correo / dirección |
|-------------|--|---|--|
| El Salvador | Asociación Nacional de Enfermeras de el Salvador | Mg. Nora Eloisa Barahona de Peñate | Calle Ahuizucar no. 157 reparto los verdes entre calles Gabriel Rosales y Matías Alvarado (503) Telfax: 00 (50) 2248 2430 San Salvador el Salvador aneselsalvador@anes.org.sv |
| Guatemala | Asociación Guatemalteca de Enfermeras | Lic. Rosa María Lucas | Calle 14 no. 1-15 zona 03 apto. 6 tel: 22 51 72 65 fax Guatemala C.A. agep.08@gmail.com |
| Honduras | Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras | Lic. Aída Gilda Codina Gallardo | Ave. Republica de Colombia No. 2413 Col. Palmira A.p. 1144 tga Tel. (504) 239-7579 Tel ((504)239-5680 Tegucigalpa honduras coproenfhn@yahoo.com |
| México | Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. | Mtra. Celia Avendaño Rojas | Calz. Obrero mundial no. 229 colonia del valle, delegación Benito Juárez C.p. 03100 55 36 86 99 / 55 36 99 55 México, d.f conalenf@yahoo.com.mx www.cnemex.org |
| Nicaragua | Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses | Msc. Jose Vanegas leiva | Reparto Serrano Casa a-3 de trasnica 1 1/2 cuadra al lago m.d apdo. Postal 3289 tel:(505) 22784231 - 22784451 Managua, Nicaragua asociacionenfermeras@hotmail.com www.aenicaragua.org.ni |
| Panamá | Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá ANEP | Mg. Elidya Espinosa | Calle 38 Avenida Justo Arosemena Apdo. 5072 Tel: 225 4717 227 0839 Fax 227 5320 Lada 00507 Panamá 5 rep. De panamá anep_pa@cableonda.net |
| Paraguay | Asociación Paraguaya de Enfermería | Lic. María Concepción Chávez de Peralta | E.e.u.u. n° 1045 e/ tte. Fariña y Rca. De Colombia Tel: 595 21 229 667/8 Asunción, Paraguay ae_paraguay@yahoo.com.ar www.ape.org.py |

| País Nombre de la organización | Nombre presidenta/e | Teléfono / fax Correo / dirección |
|---|---------------------------------|---|
| Perú Colegio de Enfermeras de Perú | Dr. Sebastián Bustamante Edquén | Parque Santa Cruz no. 560-564 Jesús María, Lima Perú Telefax: 330-0072 Tel: 330-4998 colegiodeenfermeros@cep.org.pe cepcnacional@cep.org.pe www.cep.org.pe |
| Puerto rico Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico | Dr. Juan Carlos Soto | P.O. box 363647 San Juan Puerto Rico 00936-3647 Urb. Roosevelt, calle Arrigoitia esquina Salaman hato del rey Puerto Rico Tel, fax: 787 753 7141ext. 222/232 www.cpepr.org presidenta@cpepr.org junta@cpepr.org |
| República dominicana Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas | Lic. Antonia Rodriguez | Moisés garcía no. 5, Gazcue Tel: (809) 685 0402 Fax: 685 12 00 Santo Domingo, D.N. República Dominicana enfermerasgraduadas@hotmail.com |
| Uruguay Colegio de Enfermeras de Uruguay | Lic. Silvia Santana | Colonia 1854 piso 2 Escritorio 207 c.p. 11200 Tel/fax (02)409 09 00 lada 00598 Ciudad de Montevideo, Uruguay cedu-anu@adinet.com.uy www.ceduanu.org.uy |

FEPPEN SEDE CUBA2012 – 2016

Dirección: Calle 15 No.9 apto 6B entre N y O Vedado. Municipio Plaza de la Revolución La Habana. Cuba Código Postal 10400
Tel: (53)8328036 (537) 8323614

COMITÉ EJECUTIVO

MSc. Amada Izquierdo Hernández. Presidenta.
MSc. Idalmis G. Infante Ochoa. 1ra Vicepresidenta.
Dr.C. Carlos Agustin León Román. 2do. Vicepresidente.
MSc. Lidices Mederos Villalón. 1ra Secretaria.
MSc. Nilda Marcel Hechavarría. 2da Secretaria.
MSc. Emma Hernández Valdés. 1ra Tesorera.
Lic. José Mario Olivera Jerez. 2do Tesorero.

Página Web: <http://instituciones.sld.cu/feppen>

Email: feppen@infomed.sld.cu.org amada@infomed.sld.cu

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Consideraciones generales

La revista FEPPEN, es el órgano oficial de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

Su *misión* es contribuir a la divulgación de la actividad científica y situación sociolaboral de los profesionales de enfermería de la región, así como de otras partes del mundo. Incluye dentro de sus contenidos la publicación de artículos originales de investigación y otras contribuciones que, con carácter científico, y/o informativo sean de interés para los profesionales del ramo y afines.

Su *visión* es convertirse en una revista de referencia que consolide lo mejor de las investigaciones que se realizan fundamentalmente en el área panamericana y constituir una fuente obligada de consulta para la información científica, social y laboral en Enfermería.

Sobre el funcionamiento editorial

La revista circulará en formato impreso con una frecuencia semestral. Será una publicación de 80 páginas con un formato 8 ½ x 11 pulgadas. Otros detalles de su impresión serán analizados particularmente. Su tirada no debe ser menor de 5 000 ejemplares.

También existirá una publicación electrónica cuya salida será cuatrimestral, de manera que la información llegue al público con una relativa inmediatez sobre el formato impreso.

Publicará distintos tipos de artículos, fundamentalmente relacionados con el quehacer científico y sociolaboral de los profesionales de enfermería en la región. Para ello constará de diferentes secciones entre las que se destacan:

Editorial

Gestión

- *FEPPEN informa*: en esta sección se colocarán reseñas sobre actividades científicas de enfermería que hayan transcurrido durante los 6 meses previos a la salida de la revista, así como se dará promoción a las actividades que puedan suceder en los próximos 6 meses. Esta sección será coordinada por un equipo de trabajo quien establecerá las coordinaciones con las OM, en busca de la información apropiada.
- *Entrevistas*: se publicarán entrevistas realizadas a personalidades relevantes de la enfermería a nivel regional. Se creará un equipo de trabajo quien tendrá a su cargo la coordinación para la realización de las entrevistas. Dicho equipo analizará las propuestas y las someterá a la consideración del consejo editorial, donde se decidirá a quien o quienes se les realizará entrevistas que serán publicadas. En cada número deberá publicarse como máximo dos entrevistas.



- *Artículos destacados*: en esta sección se realizará una búsqueda selectiva de la información publicada en las mejores revistas de enfermería de la región (ocasionalmente del mundo) y se escogerán los mejores artículos publicados en dichas revistas. Su objetivo es acercar al lector esta información de primera línea de calidad y destacar su importancia. Es posible que haya que hacer coordinaciones con las editoriales o casa publicadoras para permitir su reproducción. Se establecerá un equipo para la realización de esta actividad el cual debe hacer todas las coordinaciones pertinentes siempre y cuando el caso lo requiera. El equipo presentará una propuesta al consejo editorial donde se aprobará los artículos que deberán salir en el próximo número. No deben publicarse artículos con más de un año de publicados.
- *Artículos originales*: comprende la publicación de artículos originales de investigación con la característica fundamental de ser inéditos. Los documentos se recibirán en la redacción de la revista y serán sometidos a un sistema de evaluación por pares con un período máximo de 60 días hábiles. Posterior a esta fecha el autor debe ser informado de inmediato sobre la decisión del equipo editorial sobre su documento. Una vez aprobado el manuscrito se lleva la propuesta al seno del comité editorial para decidir su inclusión en un número de la revista. Se creará un equipo de trabajo destinado para esta actividad el cual será responsable por la recepción del manuscrito y su evaluación por árbitros externos. El equipo llevará las propuestas al seno del comité editorial.

- **Puesta al día:** será una sección donde se publicarán artículos por encargo. Por lo general se encargarán temas de revisión que constituyan verdaderas actualizaciones sobre una temática en cuestión. Su equipo de trabajo propondrá al consejo editorial los temas y los posibles candidatos a enviarles solicitudes de escritura, los cuales se aprobarán en las reuniones correspondientes y dicho equipo se encargará de realizar las gestiones necesarias. Se publicarán, como máximo dos artículos por número de revista.
- **Sociolaboral:**
 - La incorporación de nuevas secciones dentro de la publicación serán propuestas que llevará el director a la reunión del consejo de la FEPPEN para su aprobación.
 - **Sobre el comité o consejo editorial**
 - El consejo editorial estará compuesto de la siguiente forma:
 - **Director (Editor jefe):** es el responsable por el cumplimiento de la política editorial. Aprueba la salida de cada número de revista, previa consulta con el resto del consejo. Vela por el cumplimiento de las normativas establecidas en la publicación así como por el cumplimiento de los principios éticos.
 - **Secretario ejecutivo (editor ejecutivo):** es responsable por la coordinación de cada una de las actividades del consejo editorial. Propone las reuniones del consejo y establece vínculos con los responsables de cada equipo de trabajo. Coordina el cumplimiento de cada uno de los acuerdos tomados en las reuniones del consejo.
 - **Miembros del consejo editorial:** está constituido por los miembros de los distintos equipos de secciones quienes a su vez participan íntegramente en cada una de las actividades programadas por el consejo.

El comité editorial se reunirá en pleno con una frecuencia cuatrimestral. En cada reunión de analizarán las propuestas para el número siguiente y se verificará la marcha del número que deberá salir de inmediato. Se creará un equipo editorial reducido (operativo) compuesto por los responsables de cada grupo de trabajo, el director y el secretario ejecutivo que analizará la marcha operativa de cada número de la revista y que deberá reunirse, como máximo, cada dos meses.

El director de la publicación será nombrado a propuesta del organismo patrocinador y su mandato será de cuatro años, prorrogable a propuesta de la FEPPEN por un período de tiempo similar. El resto del equipo editorial será seleccionado por el director y su conformación será propuesta al consejo de la FEPPEN para su aprobación final.

El director de la publicación será miembro del consejo de la FEPPEN.

Corresponde al comité editorial la aprobación íntegra y unánime del material que se publicará en cada número de revista.

Sobre el cumplimiento de normativas internacionales

La publicación se acoge a los Requisitos Internacionales para manuscritos enviados a revistas biomédicas (Normas de Vancouver), lo que incluye también el estilo bibliográfico para sus contribuciones.

Sobre el cumplimiento de principio relacionados con la Ética

La revista se acoge a los principios éticos relacionados con la investigación en seres humanos (Declaración de Helsinki) y a los principios de la ética relacionados con la publicación científica declarados por el Comité Internacional de Ética en la Publicación Científica (COPE).

Cualquier violación o alteración de la ética en relacionado con la publicación científica será tratado de acuerdo con los algoritmos establecidos por COPE.

Revista Oficial de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

Directora

Msc. Amada Izquierdo Hernández
Presidenta de FEPPEN

Comité Editorial

Msc. José Javier Vanegas Leiva
Coordinador Editorial
Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses

Editor Ejecutivo

Msc. Lázaro Luis Hernández Vergel
Sociedad Cubana de Enfermería

Editor Artículos originales

Msc. Félix Vento Iznaga
Sociedad Cubana de Enfermería

Editor Artículos Destacados

Msc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Editor FEPPEN Informa

Msc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Editor Entrevistas

Msc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Editor Puesta al día

Msc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Comité Editorial Internacional

(designados por país)

Msc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX