

EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ECUADOR

Díaz Barzola Alex Enrique¹, Bustamante Cruz Rosa Erlinda², Mora Montenegro Mariana del Rocío³,
Martínez Angulo María Auxiliadora⁴.

adiaz@utb.edu.ec¹, robustamante99@gmail.com², marianita_mora1967@hotmail.com³, lcd.maria801@gmail.com⁴.

Universidad Técnica de Babahoyo^{1 2 3 4}

Recibido (24/10/19), Aceptado (18/11/19)

Resumen: El presente artículo es un avance de una aproximación inicial al estudio del rol de los profesionales de enfermería en Ecuador desde su propia práctica y conocimiento, el objetivo es identificar el rol asumido por los profesionales de enfermería en contraste con aquellos roles delineados por las autoridades del Ministerio de Salud Pública. La metodología aplicada ha sido cualitativa-etnográfica, por medio de observación participante y con el uso de entrevistas semiestructuradas. Los resultados preliminares indican que no hay un rol definido en común entre los profesionales de enfermería en Ecuador en lo relativo a la atención primaria de salud, sin embargo, predominan dos tendencias: una orientada a la ejecución de atenciones menores y otra con predominancia de acciones preventivas.

Palabras Clave: Enfermería, Rol Profesional, Atención Primaria de Salud, Etnografía.

THE ROLE OF THE NURSING PROFESSIONAL IN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM IN ECUADOR

Abstract: This article is an advance of an initial approach to the study of the role of nursing professionals in Ecuador from their own practice and knowledge, the objective is to identify the role assumed by nursing professionals in contrast to those roles outlined by the authorities of the Ministry of Public Health. The methodology applied has been qualitative-ethnographic, through participating observation and with the use of semi-structured interviews. Preliminary results indicate that there is no common role among nursing professionals in Ecuador in primary health care, however two trends predominate: one aimed at the execution of minor care and the other with predominance of preventive actions.

Keywords: Nursing, Professional Role, Primary Health Care, Ethnography.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la evolución de la enfermería tanto como ciencia, como actividad profesional, se han establecido de manera teórica-práctica roles al ejercicio de esta profesión, dichos roles han variado con el tiempo y de acuerdo a los avances del conocimiento y las tecnologías disponibles.

Dichos roles, sin embargo, son intervenidos desde el Estado, quien al asumir la Salud como una cuestión más del desarrollo de las políticas públicas marca las pautas a cumplir por los profesionales y genera mecanismos regulatorios para los mismos.

El problema está en que en países como Ecuador, con Sistemas de Salud Pública con menos de un siglo de historia, sometidos a los vaivenes económicos-sociales-políticos y presionados por las demandas internas de la población de acceso universal a la atención como las demandas externas de organismos multilaterales (OMS/OPS) que requieren estandarizar los modelos de atención a nivel mundial muchas veces los cambios son tan frecuentes y abruptos que no permiten desarrollar roles bien definidos en los profesionales de enfermería. [1].

En este artículo se describe y analiza la conformación de esos roles desde el Estado ecuatoriano, pero además se describe e interpreta cómo son asumidos y entendidos esos roles por los profesionales de la enfermería mediante una metodología cualitativa-etnográfica.

II. DESARROLLO

A. Enfermerías y atención primaria en Ecuador

Las Ciencias de la Salud, abarcan una diversa gama de ramas profesionales con sus respectivas especialidades, de ellas la profesión de enfermería resulta una de las más centradas en labores de cuidado integral, requiriendo una mayor cercanía al individuo, la familia y la comunidad.

Desde el principio, la tendencia primordial de la enfermería fue orientada al cuidado de las personas o pacientes, tras la urbanización europea desde el renacimiento y el fortalecimiento de los Estados-Nacionales, estos fijaron la salud como uno de los elementos a ser regulados por el Estado y allí el Hospital como sitio de reclusión y aislamiento para el control de enfermedades sería el enfoque primordial. [2].

El establecimiento de la medicina moderna hospitalaria con enfoque curativo dio al médico un rol protagónico, dejando a la enfermera un rol aparentemente secundario pero que correspondía con su ejercicio ya tradicional: el cuidado de los pacientes. Mientras el médico se centraba en la enfermedad, la enfermera se

centraba en la atención de las personas de cara a su recuperación y al restablecimiento de la salud.

No sería hasta el siglo XIX, con los ya míticos escritos de Florence Nitghtingale que se empezaría a tomar a la enfermera y por ende a la enfermería como una actividad profesional con su objetivo particular, sus propios conocimientos y procedimientos. Más aún como una de las profesiones sanitarias más importantes y no meras asistentes de los médicos, el éxito de la medicina no era posible sin la complementariedad que otorgaba la enfermería. [3].

El desarrollo de las Ciencias de la Salud se mantuvo polarizado entre dos vertientes epistemológicas diferentes, de un lado el enfoque centrado en la curación y del otro el enfoque centrado en la prevención. Sin embargo, desde finales del siglo XX, especialmente tras la Conferencia de Alma Ata se intenta priorizar el enfoque preventivo, a través de una estrategia global de Atención Primaria en Salud (APS). [4].

Si bien la APS, supone un paradigma integrador entre los modelos médico-sanitarios de corte curativo-hospitalario y los de corte preventivo-epidemiológico, que asumiera al ser humano como centro holístico de las decisiones, intervenciones y funcionamiento de la salud pública, lo cierto es que su implementación ha debido afrontar una serie de limitaciones y dificultades que se reflejan en la disparidad de éxito relativo entre los países del mundo y a niveles regionales.

En el mejor de los casos, y en realidad muchas veces ocurrió, que se implementó la APS como un programa de salud que complementara al sistema hospitalario nacional. En buena parte del mundo la APS se redujo al establecimiento de una serie de pequeños dispensarios rurales o marginales urbanos para distribuir vacunas, anticoncepción y atención materno/infantil en etapa prenatal a la población más pobre de cada país y así “contener” ciertos riesgos epidemiológicos sin tener que ampliar la red de hospitales ni aumentar la inversión en salud para hacerla más accesible.

En Ecuador desde la Constitución de 1998 se incluye a la salud como derecho fundamental de la población, el mismo sería ampliado en el texto de la Constitución actual, vigente desde 2008. En ambos textos se enmarca la Salud Pública en un contexto donde “El modelo de atención estaría enfocado a la atención primaria y la promoción de la salud, y gestionado de manera descentralizada, descentralizada y participativa.” [5].

Previo a ello ya la Constitución de 1979 estipulaba a la salud como parte del derecho a “un nivel de vida”, pero sin demarcar el nivel de responsabilidad y compromiso del Estado para la garantía del mismo. Sin embargo, la adopción estructural de la APS en el Sistema

Nacional de Salud ecuatoriano no se llevaría a cabo realmente hasta la publicación e implementación oficial del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). [6].

La Atención Primaria de Salud – Renovada (APS-R) requiere entonces de la conformación de equipos de salud o equipos de atención que respondan a la complejidad de la realidad, al dinamismo de la vida humana, con suficiente preparación profesional y con una amplia sensibilidad humano enmarcados en criterios éticos para la acción.

La enfermera comunitaria tiene por tanto un rol decisivo en la conformación de dichos equipos y debe ajustarse a las características de los mismos en cuanto a: autonomía relativa, interdependencia, interdisciplinariedad, horizontalidad, flexibilidad, creatividad e interacción comunicativa. [7].

La enfermera comunitaria tiene un rol primordial en la visita familiar para la construcción del diagnóstico y la determinación de riesgos, así como en el establecimiento de un plan que pueda incluir actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de salud.

Este diagnóstico lleva implícita la clasificación de todas las personas en función de un criterio centrado en la salud que establece una tipología de las personas en los siguientes términos:

- Aparentemente Sano
- Con Riesgo
- Con Patologías
- Con deficiencia, discapacidad o secuela

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, es el que cubre a la mayoría de las necesidades de salud de la población y su cobertura debe ser universal y permanente. Establece el contacto más directo y cercano con la población y coordina el flujo de las personas dentro del sistema por medio de mecanismos de referencia y contrarreferencia que atiende a la continuidad requerida por la APS-R.

El nivel II “comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización.” Atiende casos de mayor complejidad y que puedan requerir elementos técnicos especializados pero que no implique un peso en valores como “ingreso y cama hospitalaria”.

El nivel III dispone primordialmente de “centros hospitalarios... de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta se-

veridad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley...” [6].

El cuarto nivel es el correspondiente a centros especializados de investigación clínica donde se prueba y se desarrollan nuevos procedimientos y tecnologías que se incorporen progresivamente a los otros niveles de atención.

La relación entre enfermería comunitaria y APS es directa y bidireccional, se retroalimentan constantemente una a la otra. Sin embargo, ello no implica funciones especializadas diversas a las que cumple la enfermería en general, al contrario, las funciones tradicionales de la enfermería se ven fortalecidas y ampliadas.

La primera de estas funciones claro está es la asistencial, es decir la relacionada directamente con el cuidado de salud, la segunda es la función administrativa en cuanto se debe manejar siempre de manera racional y eficiente los recursos disponibles, en tercer lugar la función docente imprescindible para asistir al usuario en el aprendizaje del manejo de su propia salud y la cuarta es la función investigadora que amplíe y fortalezca el corpus teórico práctico de la especialidad. [3].

Al respecto de la primera función obviamente quien ejerce la enfermería comunitaria tiene a nivel asistencial la misma preparación que aquellas que ejerzan la enfermería clínica o cualquier otra rama de la enfermería. Sin embargo, una precisión fundamental radica en el hecho de que a diferencia del hospital donde el cuidado es a enfermos en recuperación de su estado de salud, el cuidado de la enfermería comunitaria es a personas sanas.

La idea es prevenir, generalizar y ampliar los cuidados de la salud para disminuir el cuidado hospitalario a enfermos; otra precisión importante es que esos cuidados no son individuales sino grupales, colectivos, teniendo en cuenta los factores del entorno en el que se desenvuelven cotidianamente los usuarios, incluyendo el manejo de instrumental sanitario y herramientas prácticas de diagnóstico e intervención.

La función administrativa cobra una vital importancia dado que la APS es el primer peldaño del sistema de Salud Pública de una Nación, por tanto, la atención brindada a los usuarios por la enfermería comunitaria debe ser eficiente y para ello debe administrar muy bien todos los recursos disponibles, especialmente los materiales pues el mal uso, deterioro o despilfarro de recursos puede traducirse en limitaciones al acceso igualitario del derecho a la salud.

Entre los recursos a administrar uno de los de mayor importancia fuera del orden material es la administración del tiempo, quiere decir que la planificación de las diversas acciones a emprender con la comunidad incluidas las intervenciones de enfermería de tipo asistencial

son vitales, sobre todo si el personal es escaso o la población a ser atendida es considerablemente grande con respecto a la disponibilidad de personal o la posibilidad de desplazamiento del mismo.

La tercera función, es decir, la función docente es de las de mayor alcance temporal y cultural incide directamente en los estilos de vida de los usuarios, el cambio de hábitos sanitarios, alimenticios o de otro tipo dependen del desarrollo de esta función. Promover la salud es educar a los individuos relacionados dinámicamente en sistemas sociales a cuidar de su propia salud.

La prevención se ejerce directamente por medio de la función docente pues en primer lugar se da toda la información disponible que se pueda a cada comunidad de acuerdo a sus contextos particulares (geográficos, étnicos, religiosos, etc.) y, en segundo lugar, pero no menos importante, se hace énfasis en mecanismos de autocuidado para que los usuarios asuman un papel activo en el mantenimiento de su salud personal y familiar.

La cuarta función, la investigadora, si bien tiende al aspecto académico y por ende de fortalecimiento profesional tiene también unas importantes implicaciones prácticas. El conocimiento sobre el cuidado de la salud sólo puede ser generado por profesionales con la suficiente formación científica y que además se encuentren en el terreno con la disponibilidad inmediata de la información en cuanto al comportamiento de las variables que inciden favorable o desfavorablemente a la salud.

En definitiva, la enfermería comunitaria es un pilar primordial de la APS para mantener un buen nivel de Salud Pública, no es ni un sustituto del sistema hospitalario ni un mero programa complementario para asistir a poblaciones "lejanas" al hospital. Es la materialización del ideal preventivo y el acercamiento directo del sistema sanitario a los usuarios. [7].

La Organización de Equipos de Atención Integral de Salud, comprende la conformación de equipos multidisciplinarios que atiendan las necesidades de salud de la población dentro de cada uno de los niveles de atención.

En el nivel I el equipo de atención variará de acuerdo a lo requerido en función de las particularidades de cada comunidad, aunque el equipo básico debería estar conformado por un médico comunitario, una enfermera comunitaria y un técnico sanitario. La disponibilidad de recurso humano, la amplitud territorial y poblacional a ser atendida y las prioridades establecidas ampliarán o modificarán esta conformación.

Además de la formación propia en conocimientos de salud se debe acompañar el perfil profesional de una serie de conocimientos en epidemiología y las herramientas específicas de la epidemiología comunitaria que incluya incluso el manejo de sistemas de informa-

ción y análisis estadístico de datos. Habilidades para la comunicación y el establecimiento de relaciones interpersonales a fin de acercarse a la comunidad.

Todas estas funciones, sin embargo, no suelen traducirse en un rol claro del profesional de enfermería dentro de la APS, generando una discordancia entre lo esperado por la autoridad pública nacional de salud; las aspiraciones de la sociedad en materia de salud y lo aportado desde la práctica profesional de acuerdo a su perfil de competencias formativo por cada enfermero/a.

III. METODOLOGÍA

La metodología empleada es cualitativa, específicamente dentro de la perspectiva etnográfica, haciendo uso de la observación participante como elemento técnico fundamental para el desarrollo del proceso investigativo, así como de las entrevistas semiestructuradas como principal instrumento en la recolección de datos y registro de la información.

El nivel y tipo de la investigación es de corte descriptivo y exploratorio, como una primera aproximación a los procesos indagados en una verificación inicial de algunos supuestos para luego expandir a un espectro más amplio y variado que permita aprehender la totalidad de los significados observados y cómo se han construido socialmente. [8].

La etnografía ha sido usada previamente en la investigación social de la salud, especialmente en lo relativo a los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, pero también en una comprensión más directa del mundo vivido por los participantes de los sistemas de salud.

La satisfacción de las necesidades de los usuarios, ya sean pacientes o familiares de ellos, y en este aspecto destacan las etnografías en el campo de la atención de servicios psiquiátricos y/o salud mental. También se destaca la etnografía como una práctica cotidiana del ejercicio profesional de la enfermería en todo el proceso de atención y cuidados de salud, incluso desde las primeras etapas de éste como son el diagnóstico y la construcción de las historias clínicas. [9].

En tal sentido, son cada vez más frecuentes investigaciones etnográficas para comprender la práctica de los profesionales de la salud desde adentro, es decir, desde sus propias valoraciones, contextos, y significados; entendiendo que la observación participante no es meramente descriptiva, sino que va cargada de un fuerte componente interpretativo, pero que dicha interpretación no puede ser reducida de manera unitaria. [10].

Esta investigación ha focalizado la observación en profesionales de enfermería comunitaria del Nivel I de APS en atenciones extramurales en 21 comunidades del

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ); los criterios para su selección incluían el ser profesional de enfermería graduado, con o sin estudios de posgrado y con al menos 3 años de ejercicio profesional, el número de profesionales de enfermería entrevistado es de 36.

Las autoridades sanitarias fueron notificadas y se tramitó el permiso correspondiente para el desarrollo de la etnografía, incluyendo sólo a participantes por intermedio del procedimiento de consentimiento informado, dentro del cual no sólo se daba a conocer el diseño de investigación, sino que se propició un proceso de sensibilización ante el desarrollo de la etnografía en sí misma y las técnicas a utilizarse.

La información y registros recopilados fueron transcritos y luego validados por los mismos participantes quienes aleatoriamente participaron también del proceso de análisis interpretativo y construcción de categorías.

IV.RESULTADOS

Antes de describir los roles asumidos por los profesionales de enfermería abordados en este estudio, es preciso previamente describir la valoración personal que dichos profesionales hacen y tienen de sí mismos como tales.

Existe una dualidad en cuanto la valoración, por un lado, hay una sobrevaloración de la labor: “hacemos de todo”, “a veces asumimos tareas que van más allá de nuestra preparación”, “nosotras somos las que hacemos atención primaria”. Todo ello refleja las condiciones de trabajo pues muchas veces no hay disponibilidad de todo el personal para la conformación de los equipos integrales de salud y en muchísimos casos sólo están la enfermera y un promotor de salud formado por ellas mismas.

En ese mismo sentido y no contrapuesto existe también una subvaloración de la labor: “no somos doctores”, “aunque queramos no podemos sustituir al médico”, “seríamos más efectivas con el equipo completo” “aunque el hospital es agotador, la comunidad es más difícil”. Reflejando las limitaciones profesionales, pero también una serie de prejuicios que se reproducen desde el mismo seno de las comunidades atendidas.

Si bien en la descripción de roles hay largas enumeraciones de tareas que son confundidas con tales, la verdad es que de la interpretación se extraen dos roles primordiales: A) Atención Menor Directa y B) Prevención. En el primer rol se asume al profesional de enfermería como una enfermera de urgencias menores extramural o extrahospitalaria, su labor fundamental es hacer suturas, suministrar medicamentos y atender algunas otras coyunturas. En el segundo rol se asume que lo primor-

dial es la educación para la salud y la promoción de hábitos de vida saludables.

V.CONCLUSIONES

La efectividad del ejercicio profesional de la enfermería, especialmente en el ámbito de la APS depende no sólo de la formación universitaria sino de que exista una coincidencia entre los roles delineados por las autoridades sanitarias del Estado y los asumidos por los mismos profesionales.

Mientras no exista dicha coincidencia se genera una dispersión de esfuerzos y los recursos destinados a objetivos delimitados socialmente en políticas públicas y programas de atención no generaran el mismo impacto en el beneficio de la Salud Pública de la población.

REFERENCIAS

- [1]OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
- [2]M. Foucault, El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica, México: Siglo XXI, 2001.
- [3]J. Sasso, «Descentralización del sector salud en Ecuador (1998-2008),» de Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador: Una mirada retrospectiva a la década 1998-2008, Quito, FLACSO, 2013, pp. 59-94.
- [4]MSP, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural, Quito: Ministerio de Salud Pública, 2013.
- [5]F. Hernández, R. Del Gallego, S. Alcaráz y J. González, «La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional.,» Cultura de los Cuidados, pp. 21-35, 1997.
- [6]M. Laurant, M. van der Biezen, K. Watananirum, E. Kontopantelis y A. van Vught, Nurses as substitutes for doctors in primary care., Oxford: Cochrane Library, 2018.
- [7]G. Guarín y M. Castrillón, «El mundo de la enfermera. "Uno aquí no se sienta". Contexto de los cuidados.,» Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, nº 2, pp. 226-234, 2009.
- [8]A. Pérez, «La etnografía como método integrativo.,» Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XLI, nº 2, pp. 421-428, 2012.
- [9]M. Amezcua, «El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante.,» Index de Enfermería, vol. IX, nº 30, pp. 30-35, 2000.