

SARAH ELLEN ARCHER
RUTH FLESHMAN

Acervo

1a. edición en español

ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA



Enfermería de Salud Comunitaria

Modalidades y Práctica

Enfermería de Salud Comunitaria

Modalidades y Práctica

Sarah Ellen Archer R. N., Dr. P.H.

Ruth Fleshman R.N. M.S.

Universidad de California, San Francisco

Revisión técnica por:

Cecilia Barrera

Asesora en Enfermería

Organización Panamericana de la Salud



Abiel 1980



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



Traducción en Español de

COMMUNITY HEALTH NURSING: PATTERNS AND PRACTICE

Original English language edition published by Duxbury Press

Copyright © 1975 by Wadsworth Publishing Co., Inc.

Belmont, California 94002

All rights reserved

© Organización Panamericana de la Salud 1977

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, registrada o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros sin permiso previo por escrito del editor.

NOTA EXPLICATIVA

"Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de Enfermería de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional, constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes".

Impreso en los talleres gráficos de Carvajal, S. A. Apartado 46, Cali, Colombia.



Aviso:

En la traducción al español de este libro, se han omitido los capítulos 8 y 10 de la versión inglesa, que tratan del seguro de enfermedad y de recursos de salud asequibles al personal de enfermería en los Estados Unidos de América, por no tener relación con la situación en América Latina.

Se recomienda que el estudiante cubra sus necesidades de aprendizaje sobre estos temas con documentos oficiales de su país y de organismos interamericanos.

DEDICATORIA

A nuestras colegas estudiantes:

Del pasado: quienes nos ayudaron a advertir la necesidad de este libro.

Del presente: quienes nos ayudaron con sus comentarios y apoyo.

Del futuro: para quienes esperamos les resulte útil y quienes nos ayudarán a revisar lo que pensamos.

COLABORADORES

SARAH ELLEN ARCHER, R.N., Dr.P.H.

Profesor adjunto, Community Nursing
School of Nursing, University of California, San Francisco
Lector, School of Public Health
University of California, Berkeley
Nursing Dynamics Corp., Mill Valley, California

TERESA A. BELLO, R.N., M.S.

Lector, Community Nursing
School of Nursing, University of California, San Francisco

SUZANNE BRODNAX, R.N., M.S.

Enfermera de Salud Pública, Home Care Referral Unit, Alameda County
Health Department, Oakland, California
Formerly: Graduate Research Nurse, Commune Health Education Project
School of Nursing, University of California, San Francisco

RUTH P. FLESHMAN, R.N., M.S.

Profesor adjunto, Community Nursing
School of Nursing, University of California, San Francisco
Exdirector, Commune Health Education Project
Nursing Dynamics Corp., Mill Valley, California

LOU ANN IRION, R.N., M.S.

Lector, Community Nursing, School of Public Health
University of California, Berkeley
Asesor, DHEW,
Office of Economic Opportunity

MARGARET J. JACOBSON, R.N., Ph.D.

Profesor y Consejero
San José State University,
Department of Nursing

CAROL A. LOCKHART, R.N., M.S.

Instructor, Community Health Nursing
Arizona State University
Tempe, Arizona

CAROL E. MITCHELL, R.N., M.N.

Profesor adjunto, Community Mental Health Nursing
School of Nursing, University of California, San Francisco

WAYNE S. MORRIS, R.N., M.S.

Mayor, United States Army

DOROTHY S. ODA, R.N., D.N.S.

Lector, Community Health Nursing
School of Nursing, University of California, San Francisco

FLORENCE MARTIN STROUD, R.N., M.P.H.

Candidato, Health Administration and Planning
School of Public Health, University of California, Berkeley
Nursing Dynamics Corp., Mill Valley, California

CONTENIDO

<i>Colaboradores</i>	viii
<i>Contenido</i>	x
<i>Lista de Tablas y Figuras</i>	xiii
<i>Prefacio</i>	xv
<i>Introducción</i>	xix

PARTE I: MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL PARA LA ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA 1

<i>Introducción de los Editores</i>	1
Capítulo 1. Introducción a la Enfermería de Salud Comunitaria	3
<i>Enfermería en Salud Comunitaria: en qué consiste</i> 3 <i>Preparación para la Enfermería en Salud Comunitaria</i> 7 <i>Algunos papeles de las enfermeras de Salud Comunitaria</i> 8 <i>La investigación y la Enfermería en Salud Comunitaria</i> 11 <i>Resumen</i> 13	
Capítulo 2. Conceptos Seleccionados para Enfermeras de Salud Comunitaria	17
<i>Introducción</i> 17 <i>Comunidades</i> 18 <i>Nivel Funcional Optimo (NFO)</i> 25 <i>Intercambio</i> 28 <i>Teoría de Sistemas</i> 30 <i>Planeación</i> 38 <i>Resumen</i> 55 <i>Términos sobre Sistemas</i> 56	
Capítulo 3. Más allá de la Intuición: Aplicación de un Marco Teórico de Referencia a la Práctica de Enfermería	61
<i>Introducción</i> 61 <i>Interaccionismo Simbólico</i> 62 <i>Cognoscitiva</i> 69 <i>Resumen y Conclusiones</i> 71	

PARTE II: INSTRUMENTOS DE LA ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA 75

<i>Introducción de los Editores</i>	75
Capítulo 4. Investigación para la Enfermería en Salud Comunitaria	77
<i>Introducción</i> 77 <i>Notas de campo-Proyecto de Educación para la Salud en las Comunas</i> 78 <i>Notas de Campo</i> 86 <i>Análisis de los Datos de Campo</i> 90 <i>Redacción del Estudio</i> 93 <i>Cientes informados sobre Investigación</i> 101 <i>Resumen</i> 106	
Capítulo 5. Epidemiología: El Cuento de Detectives de la Enfermera de Salud Comunitaria	109
<i>Introducción</i> 109 <i>Estudio de un Caso</i> 113 <i>Resultados de la</i>	

<i>Investigación</i>	119	<i>Resumen</i>	124	<i>Glosario y Definiciones Breves</i>	124
Capítulo 6. Aspectos de la Educación para la Salud de Enfermería en Salud Comunitaria					127
<i>Introducción</i>	127	<i>Modelos de Educación para la Salud</i>	138	<i>Resumen</i>	154
Capítulo 7. Política y Economía: Cómo ocurren en realidad las cosas					157
<i>Introducción</i>	157	<i>La Política</i>	158	<i>Economía</i>	173
<i>Resumen</i>	186				
Capítulo 8. Las enfermeras de Salud Comunitaria en acción: Estudio de un caso					191
<i>Introducción</i>	191	<i>Estudio de un Caso Real</i>	191	<i>Discusión</i>	210
<i>Resumen</i>	218				
 PARTE III: LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA EN ACCION					
<i>Introducción de los Editores</i>	221				
Capítulo 9. Las Enfermeras Especialistas Clínicas en Ambientes Comunitarios					225
<i>Introducción</i>	225	<i>Proceso de reacción en Enfermería en Salud Comunitaria</i>	228	<i>Resumen</i>	240
Capítulo 10. La Enfermería en Salud Comunitaria en Comunidades donde hay Opresión Racial					243
<i>Introducción</i>	243	<i>La Enfermería de Salud Comunitaria y los Grupos Oprimidos</i>	245	<i>Hacia un Ejercicio Humanizado de la Enfermería</i>	249
<i>Resumen</i>	252				
Capítulo 11. Las Enfermeras de Salud Comunitaria y la Salud Mental de la Comunidad					255
<i>Introducción</i>	255	<i>Ejemplos de ESMC</i>	256	<i>Conceptos Fundamentales en SMC</i>	258
<i>Resumen</i>	269				
Capítulo 12. Los Servicios Domiciliarios de Enfermería en Salud Comunitaria					273
<i>Introducción</i>	273	<i>Estudio de un Caso</i>	273	<i>Comunicación Cliente-Enfermera</i>	278
<i>Contrato Cliente-Enfermera</i>	282	<i>Enfermería en Salud Comunitaria-Un continuum de cuidados</i>	287	<i>Resumen</i>	293
Capítulo 13. El Papel de la Enfermera en los sistemas Escolares					297
<i>Introducción y antecedentes históricos</i>	297	<i>Estudios de casos</i>	298	<i>La escuela como sistema social complejo</i>	300
<i>Resumen</i>	309				
Capítulo 14. Las Enfermeras de Salud Comunitaria y la Administración					313
<i>Introducción</i>	313	<i>¿Qué es la administración?</i>	314	<i>Exploración del ambiente</i>	317
<i>Resumen</i>	325				
Capítulo 15. Las Enfermeras de Salud Comunitaria en la Planificación de las Comunidades					327

xii Contenido

<i>Introducción</i>	327	<i>Participación de la enfermera en la planificación</i>	327
<i>Participación de la comunidad en la planificación</i>	330	<i>La educación formal en planificación</i>	331
<i>Discusión</i>	333	<i>Resumen</i>	336
Capítulo 16. Las Enfermeras de Salud Comunitaria y la Organización Comunal	337		
<i>Introducción</i>	337	<i>La organización de la comunidad en acción</i>	338
<i>Discusión</i>	345	<i>Resumen</i>	354
PARTE IV: ACLARACIONES Y RELATOS CON MORALEJAS	359		
Capítulo 17. Aclaraciones y Relatos con Moralejas	359		
<i>Dilemas de la atención enfocada hacia el cliente</i>	359	<i>Certificación, licencia y credencial</i>	367
<i>El ejercicio de la enfermería camina hacia la liberación</i>	369		
Índice			373

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 2.1</i>	La etapa de valoración (análisis) en el proceso de planeación	45
<i>Tabla 4.1</i>	Lo que puede suceder con los cuestionarios, y que suele ocurrir	94
<i>Tabla 5.1</i>	Estudio epidemiológico de enfermedades venéreas:	
	Instrumento para la recolección de datos	118
<i>Tabla 5.2</i>	Distribución de agentes patógenos de muestras uretrales y del cuello del útero de 131 clientes de un consultorio gratuito	120
<i>Tabla 5.3</i>	Distribución de gonococos y bedsonias en las muestras de 31 clientes positivas, para uno o ambos organismos	121
<i>Tabla 7.1</i>	Matriz de decisión: alternativas del programa de inmunización contra la influenza	168
<i>Tabla 7.2</i>	Matriz de decisión: alternativas del programa de inmunización contra la influenza utilizando criterios ponderados	169
<i>Tabla 9.1</i>	Recursos para la atención médica y distribuciones demográficas	193
<i>Tabla 11.1</i>	Tipología de los vínculos funcionales en la práctica de la enfermería de salud comunitaria	232

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 2.1</i>	Influencias del ecosistema sobre el nivel funcional óptimo (NFO)	26
<i>Figura 2.2</i>	Intercambio complementario y relaciones interdependientes	29
<i>Figura 2.3</i>	La familia como modelo de sistema abierto	32
<i>Figura 2.4</i>	Influencias sobre la participación del cliente	39
<i>Figura 2.5</i>	Traslado de las etapas de valoración (análisis) y evaluación para proporcionar continuidad entre los ciclos de planeación	53
<i>Figura 6.1</i>	Modelo de plan tradicional de educación sanitaria	139
<i>Figura 6.2</i>	Modelo de educación sanitaria centrado en el cliente	142
<i>Figura 7.1</i>	Modelo de sistemas abiertos de una comunidad	172
<i>Figura 7.2</i>	Relación costo-efectividad del programa de erradicación de una enfermedad	183
<i>Figura 9.1</i>	Fuerzas externas que comprimen la enfermería de salud comunitaria	229
<i>Figura 13.1</i>	Componentes de la educación sanitaria global	302
<i>Figura 13.2</i>	Flujo de los servicios de enfermería escolar	304
<i>Figura 16.1</i>	Efectos recíprocos del compromiso con la Junta y el cargo	349

PREFACIO

Hasta hace poco, la enfermería en Salud Comunitaria se repartía entre la enfermera de Salud Pública y la enfermera visitadora. Los libros de texto se enfocaban a la organización de los distintos niveles de los organismos oficiales de salud pública —locales, estatales y nacionales— con alguna referencia a programas especializados y fuentes de fondos para la prestación de cuidados de salud por parte del gobierno. La enfermera visitadora contribuyó la perspectiva histórica al desarrollo de los servicios de captación dentro de la comunidad para atender a las necesidades de diversas categorías de personas demasiado enfermas para ingresar a los servicios institucionales. Desde luego, esta es una simplificación exagerada, pero no hay manera de categorizar hoy tan sencillamente la enfermería en Salud Comunitaria.

Las enfermeras de Salud Comunitaria ejercen ahora en una amplia gama de ambientes y papeles o roles, consultorios gratuitos en la vecindad o barrio, seguros mutuarios de salud (mutualistas, quintas), organismos de planificación de salud, centros vecinales de salud y cada vez más en la práctica privada. Hasta papeles o roles tradicionales han ido cambiando, y aquí se discutirán varias de las que siguen evolucionando para dar alguna noción del fermento que está en marcha y que hace de la enfermería una tarea muy estimulante.

La variedad de circunstancias en que las enfermeras se encuentran cuando salen fuera del hospital, lleva a creer que ya no es posible que una sola rama especializada de la enfermería reclame el monopolio de la comunidad. Por muchos años éramos las únicas enfermeras en ella, pero ahora los muros institucionales se están haciendo permeables en ambos sentidos. Las enfermeras de Salud Comunitaria hacen seguimiento de sus clientes durante períodos de hospitalización igual que antes y después de los mismos. Las enfermeras de Salud Comunitaria aportan su perspectiva especial a los cargos hospitalarios como enfermeras de enlace o planificadores del egreso del servicio hospitalario. Las especialidades clínicas anteriormente vinculadas a instituciones, van invadiendo cada vez más otros marcos no solamente los servicios ambulatorios sino también aquellos que no son propiamente de salud. Los servicios de planificación familiar y de asesoría sobre el aborto han acercado la enfermería de maternidad a la vida de la comunidad. Los centros para el cuidado de personas de edad avanzada ofrecen el marco para una especialidad totalmente nueva, la enfermería geriátrica. Las unidades móviles (consultorios ambulatorios) utilizan, con frecuencia, especialistas en enfermería cardiopulmonar para ayudar a los usuarios a adaptar los procedimientos hospitalarios a las condiciones del hogar. Las enfermeras psiquiátricas han salido de los hospitales psiquiátricos al floreciente campo de la salud mental de la comunidad.

Pese a que los hospitales representan impresionantes inversiones en edificaciones y tecnología, no prestan servicios a la mayoría de los usuarios del sistema de prestación de servicios de salud. Ultimamente, los hospitales han decaído como epicentro de los cuidados a raíz de la descentralización de muchos servicios: la creación de complejos de servicios ambulatorios importantes, médicos asociados para el ejercicio de su profesión y programas coordinados de cuidados en el hogar.

Las bases científicas de la práctica de la enfermería y de la tecnología con las que estamos constantemente involucradas, se han desarrollado de modo tan explosivo, que ya no es posible para nadie saber todo sobre ninguna cosa. No hay un solo libro que pueda abarcar la diversidad de un campo tan complejo y activo como el nuestro. Vamos, en su lugar, a seleccionar unas cuantas teorías y a dar ejemplos de como las enfermeras de Salud Comunitaria las pueden emplear en cualquier contexto y con cualquier clientela.

Este es un libro de consulta, una obra de referencia que no sólo va a servirle de guía cuando empiece a adentrarse reflexivamente en la enfermería de Salud Comunitaria, sino que seguirá sirviéndole como libro de referencia. En muchos casos, el aporte más valioso de la enfermera de Salud Comunitaria será talvez su conocimiento de dónde averiguar las cosas. Los muchos ejemplos y casos que se presentan en dicho capítulo son otra forma de material de referencia, menospreciada con mucha frecuencia en favor de alguna presentación muy abstracta de las complejidades del mundo.

No es este un libro de recetas— un manual que diga 'así es como se hace'. Si bien hay manuales de procedimiento para emplear en varias situaciones ortodoxas de enfermería, la mayor parte de la enfermería de Salud Comunitaria es ya demasiado compleja y velozmente cambiante como para que haya algún método o marco de referencia que sea 'la única manera'. Es algo que todos hemos aprendido de la experiencia, lo mismo le ocurrirá a usted. El tratar de reducir la realidad, la experiencia o el comportamiento humano a la ordenada lógica lineal que se requiere para que las palabras marchen ordenadamente a lo largo de la página, es como tratar de describir el sabor de un aguacate o producir el sonido de un acorde musical dando cada nota separadamente. Para tener una verdadera idea de la riqueza de la realidad, hay que tratarla como un todo.

Así pues, hemos tratado de aclarar una idea compleja (la enfermería de Salud Comunitaria) presentando diferentes puntos de vista sobre ella y diferentes maneras de emplear sus componentes. Consideramos esto esencial para transmitir nuestra convicción de que su complejidad es necesaria. Sin embargo, hemos tratado de mantener una lógica y continuidad dentro de esta diversidad sin permitir que el deseo de continuidad oscurezca nuestro quehacer pluralístico. Si bien muchos conceptos se repiten a través de todo el libro, esperamos que resulte evidente que se enfocan desde diferentes puntos de vista.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a las siguientes personas y entidades por su colaboración y apoyo.

Mary Ann Holstein y Elizabeth Reed por su ayuda, tanto psicológica como por los servicios que nos han prestado.

Henrik L. Blum por su influencia omnipresente en el material sobre planificación de la salud.

Gerri Perry por su ayuda con el material de educación sanitaria.

Cheryl Ahern por su participación en el Proyecto de Educación para la Salud en las Comunas.

Oficina de Enfermería, Ministro de Salud, Educación y Bienestar, Subvención, NU 00376 por su apoyo financiero al Proyecto de Educación para la Salud de las Comunas.

INTRODUCCION

Los teóricos sugieren a menudo que la enfermería de Salud Comunitaria carece de un marco conceptual en el cual fundamentarse. Quienes la ejercen casi nunca tienen el tiempo necesario para formalizar las ideas organizadoras, las experiencias y los principios que rigen sus actividades. Pero el hecho de que nuestra filosofía no haya sido expresada por escrito, no quiere decir que no exista. Quienes aquí escribimos no estamos sugiriendo que hayamos generado la teoría definitiva de la enfermería de Salud Comunitaria o que estemos reemplazando los textos clásicos que los estudiantes siempre han utilizado.

Una jirafa es un caballo diseñado por un comité

El territorio que abarcamos aquí es demasiado extenso para que cualquiera de nosotras lo haya escrito sola. Por tanto, como la mayoría de las actividades de la enfermería de Salud comunitaria se trata de un trabajo hecho en colaboración y, como ocurre con casi todas esas obras, el que resulta favorecido es el proceso de colaboración.

No alardeamos de objetivas, equilibradas o desapasionadas sobre nuestros temas. Cada una de nosotras ha laborado en la comunidad y está completamente parcializada en favor de las áreas sobre las cuales escribe. No todos compartimos mutuos entusiasmos, como tampoco somos igualmente expertas en todas las áreas. Solo esperamos hablar sobre aquello que mejor conocemos y abarcar una gran variedad de actividades de enfermería con una pasión que pocas veces se ve en la mayoría de lo que se escribe sobre enfermería. Aspiramos a que la exteriorización de nuestras intenciones, suscite una reacción entusiasta en nuestros diversos lectores.

El tratar de hacer caber el empeño de una vida dentro del tipo de lenguaje que complace a los académicos o se ajusta a los informes de investigación, empobrecería el espíritu que nos mueve y dejaría un seco y pálido esqueleto de Principios y Teorías. Para evitar que esto nos ocurra, hemos elegido deliberadamente infringir varios cánones convencionales.

No hemos buscado un estilo literario uniforme, un mínimo común denominador, o tratado de disimular las diferencias en la presentación. Una de las cosas que buscamos es persuadir a nuestras lectoras de que la enfermería de Salud Comunitaria es polifacética. Una manera de ilustrar esto consiste en reunir a varias personas de formación muy diferente y de diversas especialidades, pero afines a nuestro campo general. Por esa razón hemos animado a cada co-autor a hablar en

su propio estilo como un recuerdo permanente de que todos seguimos siendo diferentes a pesar de lo que tengamos en común.

Como este libro lo hemos planeado para que lo utilicen estudiantes o enfermeras graduadas en su campo, se nos advirtió constantemente que no fuera demasiado complejo, difícil de entender, ni muy por encima del alcance de nuestros lectores. Como estudiantes asiduas y a veces recientes, todas nos hemos contrariado fuertemente con libros de enfermería que no solo no lograban estimular nuestra reflexión sino que nos hablaban en términos tan sencillos que ofendían nuestro deseo de aprender. Por ello hemos tratado de no hacer coneccciones al Inglés Básico o a términos que faciliten la comprensión, aun cuando también hemos tratado de evitar la jerga especializada que utilizan muchos para oscurecer el contenido a los legos. Hemos sometido a prueba varios de los capítulos con estudiantes universitarios de enfermería, haciendo modificaciones según sus sugerencias, y esperamos que si hay palabras o conceptos desconocidos, los lectores los consultarán. Así como sugerimos que nunca se debe uno dejar impresionar por la verborrea ininteligible de algunos autores, también confiamos en no aburrir a los lectores con nuestro estilo informal que posiblemente esté transmitiendo ideas difíciles o muy complejas. No hay todavía un sistema tonal para escribir de tal manera que los lectores capten en alguna de las aseveraciones más violentas, nuestra mofa o sentido del humor.

También podrá confundir a algunos el encontrar textos con pronombres personales. Las autoras nos reunimos para debatir este aspecto, y decidimos utilizar lo que nos pareciera más cómodo. Acordamos que si alguno de nosotros quería significar "Yo digo esto", diría "Yo". El uso del "nosotros" no es esa forma editorial o imperial del pasado. Aquellas de nosotras que nos dedicamos a la enfermería de Salud Comunitaria, ejercemos en una relación de grupo muy cómoda y somos realmente "nosotras". Hasta las editoras, el "nosotros" de este lado— laboramos conjuntamente en los fragmentos que llevan el nombre de una o de ambas autoras.

En estos tiempos de sensibilidad a los varios istmos, hay muchos mecanismos para eludir las acusaciones de chauvinismo respecto a uno u otro sexo. En nuestros primeros borradores experimentamos con varios mecanismos "el/ella", "la enfermera esto", "la enfermera aquello"—, "se tiene que", "enfermeras", y así otros más. Ninguna de tales circunloquios nos resultó grato y abandonar la lucha. En todo el libro nos referimos a las enfermeras en general diciendo "ella" (Lo sentimos de veras, Wayne y otros varones en el campo de la enfermería).

Queda claro que todas nosotras tenemos sede en California, la cual no se puede considerar localidad típica por muchas razones. Debido a ello, los datos que utilizamos tienden a ser sacados superabundantemente de ese escenario. Eso podría sugerir superficialmente que puesto que el territorio del lector es diferente, lo que nosotras informamos no se puede extrapolar a las peculiaridades de su ejercicio profesional. Pero así como los californianos son más parecidos que distintos de los demás seres humanos, así también opinamos, basadas en nuestras experiencias laborales previas en la costa este, en los estados del sur, en el medio oeste, en

el sudoeste y en el noroeste, que las entretelas de la realidad son tan útiles aquí como dondequiera. Y los ejemplos y casos de la vida real tienen que ocurrir en alguna parte. Aquí es donde han ocurrido los sucesos de que nos valemos como ejemplos.

Otros juegos de palabras

Hemos tratado de evitar en general el utilizar el término “paciente” y referirnos en cambio al “cliente” o “usuario”. Para nosotras, “paciente” ha llegado a significar un intercambio entre superior e inferior, un juego de uno arriba, uno abajo. “Cliente” o usuario, por otra parte, sugiere una posición más equilibrada, una relación de colaboración, en la cual queda comprendido que el cliente es alguien que paga por algo, que ha comprado nuestros servicios y que no es receptor de nuestra caridad. Esto está en consonancia con la creciente participación del usuario en el sistema de prestación de servicios de salud. Hay veces en que se utiliza “paciente”, pero hemos tratado de limitarlas a las ocasiones en que se trata de alguien en posición de recibir.

Se han dedicado artículos y libros enteros a intentar definir, describir y cuantificar la salud, el bienestar y otros sinónimos. En vez de empeñarnos en esa tarea, hemos definido en los Capítulos 1 y 2 un término operacional, Nivel Funcional Optimo (NFO). Y aun en los casos en que se utiliza la palabra “salud” la tratamos según nuestra definición de NFO. Aquí se utiliza el término “salud” como sinónimo de NFO. // - 8/10

Por otra parte, estamos tratando de sugerir una clara diferencia entre los términos “cuidado médico” y “cuidado de la salud”. El primero se refiere a los servicios que prestan un médico o grupo de médicos. El cuidado de la salud consiste en el conjunto total de servicios incluyendo los cuidados médicos, pero no se limitan a ellos.

Si bien algunos escritores no establecen tal distinción, nosotras hemos definido una diferencia entre salud pública y salud comunitaria. Para nosotras, la salud pública se refiere a una práctica que se limita a los organismos oficial de salud—locales, provinciales, departamentales y nacionales. Congrega a otros generalistas en salud que trabajan en organismos no oficiales (o sea que no son del estado), en organismos que no se dedican al cuidado de la salud o que incluso trabajan independientemente en comunidades muy diversas entre sí. Para esta categoría más amplia mantenemos el término de “salud de la colectividad”. Lo específico de la definición queda en el contexto.

Muchas presentaciones académicas de la teoría de la enfermería conducen digamente desde el concepto hasta sus diversas aplicaciones. A medida que prolifera el conocimiento, las teorías se hacen dominantes y las bases experimentales o se pierden o se omiten por falta de espacio. Hay quienes al parecer se sienten muy cómodos con este estilo deductivo del aprendizaje, moviéndose de lo abstracto a lo concreto. Nosotras vamos en dirección opuesta, con el estilo inductivo que utiliza abundantes casos específicos a partir de los cuales se pueden derivar los prin-

cipios y los conceptos. Fieles a nuestra preferencia por el método deductivo, hemos insertado muchos incidentes y sucesos como ejemplificadores que difieren concretamente de las ideas abstractas que estamos presentando. Así, fundamentamos nuestra teoría en los datos observados de los cuales la hemos derivado. Estos cortes de realidad también darán a nuestros lectores oportunidades para derivar teorías de otro tipo, pues no podemos aspirar a analizar ningún incidente de manera exhaustiva. Los métodos deductivo e inductivo son ambos útiles. Esperamos que nuestros compañeros de viaje aprenderán a moverse confortablemente en ambas direcciones para el enriquecimiento de su ejercicio de la enfermería y el beneficio de sus clientes.

Nuestro marco de referencia inductivo nos ha obligado a esforzarnos por maximizar la aplicabilidad de nuestros materiales a situaciones que nosotras mismas hemos encarado y que nuestras lectoras también van a enfrentar. Por esta razón hemos disminuido al máximo las referencias y citas dentro de nuestras presentaciones. Tal como está, cada capítulo se podría extender hasta convertirlo en un libro. Así pues, cada capítulo es realmente una introducción a los temas estudiados y lleva inserta la intención de estimular el estudio a fondo del tema, en lugar de pretender ser una obra acabada. Las bibliografías que aparecen al final de cada capítulo están planeadas para que reflejen los materiales de que hablamos y se pueden utilizar para profundizar en el tema.

Aun antes de que enfermería diera su versión del choque del futuro, quienes hemos trabajado en la comunidad sabíamos que lo que habíamos aprendido en la escuela nunca será suficiente. La explosión de la información científica y social del último decenio, ha hecho todavía más urgente que las enfermeras se impongan un patrón de aprendizaje vitalicio. Parte de éste proviene de la educación continuada, los talleres, los libros y las revistas. Igualmente importante es el aprendizaje que se obtiene de la experiencia. Para ayudar al lector a seleccionar entre la montaña de materiales que se produce año tras año, incluimos un capítulo guía. La experiencia se la dejamos al lector.

La enfermería de Salud Comunitaria es, si no algo más, ecléctica y se valdrá siempre de toda teoría que le ayude a explicar los fenómenos observables. Al mantener las citas en un mínimo, sabemos que corremos el riesgo de contrariar al académico purista que exige interminables notas al pie de página. Quienes se interesen por bosquejar el desarrollo de las teorías que nuestras observaciones han confirmado, pueden esperar una absorbente carrera de toda la vida en la biblioteca. Quienes se interesen, como nosotras, por aplicar la teoría, pueden recorrer un largo trecho sin saber el nombre de su gestor.

PARTE I

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL PARA LA ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA

Introducción de los Editores

Hemos optado por la conformidad en cuanto a que este libro empiece con la presentación normal de material teórico. Su lectura mostrará que estas teorías por lo general no precedieron a las experiencias que sin saberlo condujeron inductivamente a cada una de nosotras a su marco de referencia conceptual. Este marco refleja así nuestra experiencia previa y puede servirnos y servir de guía a otros para abordar el ejercicio profesional con fuerzas intuitivas, pragmáticas y teóricas. Es una manera de acostumbrarnos a pensar como enfermeras de salud comunitaria, de mirar el mundo a través de cristales que tengan el color de enfermería.

Capítulo 1: Introducción a la enfermería de salud comunitaria. Margaret Jacobson nos pone en marcha con una visión general de nuestro marco común de referencia de manera que por lo menos *partimos juntas*. Presenta definiciones de diversos términos y conceptos especiales que se han desarrollado a partir de la enfermería, de la enfermería de salud comunitaria y de la salud de la comunidad. Estos términos aparecen regados en una diversidad de contextos por todo el resto del libro.

Capítulo 2: Conceptos seleccionados para enfermeras de salud comunitaria Sarah Ellen Archer se extiende en algunos conceptos que son particularmente pertinentes a la enfermería de salud comunitaria. Nos pareció que la discusión de las comunidades era un punto lógico para comenzar, y así lo hizo ella. A continuación de ésta se presentan cuatro modelos: Nivel Funcional Optimo que es nuestra definición de salud, intercambio, sistemas y planificación.

Capítulo 3: Más allá de la intuición Susana Brodnax tomó dos teorías que a ella le resultaron útiles en su propia experiencia como miembro de familia, y decidió probarlas en otros ambientes como enfermera. En su discusión de la interacción simbólica y de la disonancia cognoscitiva discurre maneras de utilizarlas para explicar comportamientos y actitudes exhibidos por la clientela en la sala de espera de un consultorio gratuito. Ilustra en qué forma la enfermera de salud comunitaria puede sacar a la luz teorías aplicables y someter a prueba su validez en otras situaciones.

INTRODUCCION A LA ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

1

Margaret J. Jacobson

Enfermería en Salud Comunitaria: en qué consiste

El estudiante de todo programa de enfermería se ve lleno de numerosas definiciones de enfermería y de sus muchas facetas. La definición de la enfermería depende del marco de referencia en que opere el grupo que define. La siguiente proposición es una con la cual generalmente podemos concordar: La enfermería de Salud Comunitaria es una disciplina erudita de servicio cuyo propósito es contribuir, en lo individual y en colaboración con los demás, a promover el nivel funcional óptimo del cliente mediante la enseñanza y la prestación de cuidados. Esta definición se inspira en el espíritu inherente a la descripción clásica que hace Winslow de lo que es salud pública: } def -

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, de prolongar la vida y de promover la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad hacia el logro de un medio ambiente salubre; el control de las infecciones de la comunidad; la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad; y el desarrollo del mecanismo social que asegure a todo individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (1952:30).

Independientemente del contenido específico del cargo de cualesquiera enfermera de Salud Comunitaria, las actividades dirigidas a ayudar a los clientes a alcanzar y mantener su nivel funcional óptimo (NFO) encajan en nuestra definición de enfermería en Salud Comunitaria. Estamos interesados en la prevención primaria que trata de la promoción de la salud y de la protección específica; en la prevención secundaria, que atiende al diagnóstico precoz y a la pronta intervención para reducir las incapacidades; y en las actividades de rehabilitación que son la prevención terciaria (Leavell y Clark 1965:19-28).

Utilizamos el término cliente aquí y en la práctica de enfermería en Salud Comunitaria no sólo para indicar al individuo sino para referirnos, en el sentido genérico más amplio, a una familia, a una variedad de otros tipos de grupos, o a una comunidad total. El término supone que estos clientes no tienen que estar enfermos

(los "pacientes" son enfermos), que tienen derecho a esperar servicios, y que su posición es (o debería ser) más o menos equivalente a las de los demás miembros del equipo de atención de la salud. Además, al considerar una familia o grupo como un cliente (obsérvese el singular) y no como un grupo de clientes es necesario considerarlos como una unidad funcional y social.

Las actividades de las enfermeras de Salud Comunitaria orientadas hacia la promoción del NFO de los clientes, son de tres clases bien diferentes: directas, semidirectas e indirectas. Las primeras, las acciones directas, son aquellas en que la enfermera suministra cuidados o servicios al cliente, ya sea éste un individuo, familia u otro grupo más grande. Esos cuidados pueden ser del tipo tradicional de enfermería tales como baños en el lecho o las inyecciones. O bien la acción directa puede tomar la forma de asesoría en crisis o de valoración física. En algunos casos, la omisión deliberada de acciones puede ser la intervención preferible. Ejemplos de tales omisiones serían la no asistencia a un cliente sometido a terapia de rehabilitación cuando se esfuerza por atarse los zapatos o una viuda reciente que trata penosamente de tomar sus propias decisiones tras cuarenta años de matrimonio.

Si bien las acciones semidirectas de las interacciones cliente-enfermera se enfocan a los componentes del cuidado de la salud, éstas se realizan con personas diferentes del propio cliente. Con algunos clientes, las acciones semidirectas pueden consistir en el planeamiento del alta para facilitar la transición del hospital al hogar. Cuando el cliente es una familia, las acciones semidirectas pueden ser las que se ejecutan con organismos de servicio, y pueden suponer el convocar una reunión de todos los representantes de los organismos que laboran con miembros de la familia. Este tipo de reunión trataría de hallar maneras de aumentar el grado de continuidad y de acuerdo en los servicios y en la asesoría que está obteniendo la familia. Los servicios semidirectos pueden también realizarse para una comunidad-cliente por parte de enfermeras que trabajen con organismos sanitarios, grupos de estudio especiales, o corporaciones de planeación para mejorar la distribución de los servicios dentro de la comunidad total.

Estas dos categorías de acciones enfocadas a la salud, excluyen todavía numerosas actividades de las enfermeras de Salud Comunitaria. Nuestra tercera categoría incluye las que llamamos actividades indirectas. Estos servicios están centrados en el sistema de prestación de servicios de salud pero no se refieren a los clientes del sistema, en su lugar, estas acciones se concentran en el mejoramiento del sistema ya sea incidiendo sobre el medio dentro del cual ocurren las actividades de prestación del servicio o bien preparando a otros para que ejecuten las acciones del cuidado más directo. Los supervisores, administradores, educadores y planificadores intervienen en las actividades indirectas. Sus clientes básicos son el organismo que administran, el sistema para el cual planifican y buscan organizar, las enfermeras que supervisan, o los estudiantes a quienes enseñan.

Podemos valernos de la teoría de sistemas para ayudar a poner en perspectiva estas definiciones. En el capítulo 2 trataremos de manera más explícita el cuidado

de la salud visto a la luz de la teoría de sistemas, pero a esta altura tal vez sea necesario definir unos cuantos términos básicos de la teoría de sistemas para delinear nuestro marco de referencia.

Un sistema es una entidad compuesta de partes y que ha sido concebida y hecha por el hombre como un todo organizado para el logro de un propósito específico (Banathy 1968:90).

Los tres aspectos principales de todo sistema son el propósito, el proceso y el contenido. La suma de las partes de un sistema es lo que se llama su contenido. El contenido de un sistema está organizado para cumplir un propósito específico y las operaciones o funciones en las cuales sus partes o componentes interactúan para cumplir ese propósito se llaman el proceso del sistema (Banathy 1968:4).

La enfermería es un subsistema mayor: el sistema de suministro de cuidados de salud. Como subsistencia de enfermería, la enfermería de Salud Comunitaria contribuye a los fines últimos de la enfermería así como enfermería entrega sus productos al sistema mayor de prestación de servicios de salud para contribuir a que éste logre sus fines. En consecuencia, como proceso, la enfermería de Salud Comunitaria tiene las tres principales características comunes a todos los procesos de respuesta: (1) un fin último, (2) organización, es decir, una serie de acciones u operaciones dirigidas al cumplimiento de ese fin, y (3) adaptabilidad e innovación constantes en una sociedad rápidamente cambiante (Bevis 1973:6-7). El fin último del proceso de enfermería en Salud Comunitaria, ya sea directo, semidirecto o indirecto, e independientemente de si el foco de sus acciones en un momento dado es la prevención primaria, secundaria o terciaria, está en consonancia con la de enfermería y la del sistema de cuidados de salud: el logro y conservación de un nivel funcional óptimo por parte de los miembros de la comunidad a la cual se esté sirviendo. La organización, serie de acciones u operaciones dirigidas hacia el logro a ese objetivo, está centrada en la calidad de vida, la prevención de disfunciones y el desarrollo y distribución de un servicio de cuidados de salud pertinentes para los usuarios. La última característica, esencial para la viabilidad de la enfermería en Salud Comunitaria, es su imperturbable habilidad para adaptarse y cambiar. La enfermería de Salud Comunitaria debe ser adaptable y renovadora con respecto a los estilos de vida de los usuarios; de otra manera el fin último puede no lograrse y las razones de ser de la enfermería de Salud Comunitaria dejar de existir. La actitud filosófica de la enfermería en Salud Comunitaria está centrada en el cliente y se interesa en la calidad de la vida. La enfermería en Salud Comunitaria se cumple en una variedad de escenarios que van desde los huertos hasta unidades móviles de hospitales pasando por todo organismo o agencia que financie aquellos servicios. La enfermería en Salud Comunitaria puede realizarse también sobre base independiente cuando la enfermera de Salud Comunitaria se compromete a un tipo de práctica contractual privada. La enfermería en Salud Comunitaria es colaboradora, interrelacionada y, en ocasiones, se yuxtapone a otras disciplinas de la salud; ésto es, que los papeles pueden perder claridad se-

gún sea el escenario. En un centro médico, el papel de las enfermeras, médicos y trabajadores sociales puede estar bien circunscrito, pero donde se carece de trabajadora social, y hay pocos médicos y largas distancias entre los centros de población, los papeles de la enfermera de Salud Comunitaria suelen ampliarse grandemente.

Las funciones de la enfermería en Salud Comunitaria son independientes, interdependientes y dependientes según el papel, el ambiente y las restricciones legales correspondientes a ese ejercicio. Por ejemplo, los diferentes Estados tienen una diversidad de leyes que regulan la práctica de la Enfermera Obstetriz titulada. Algunos estados sujetan a la obstetriz a dependencia invistiendo de toda autoridad al obstetra. Otros estados, y algunos países europeos como Inglaterra, permiten interdependencia por medio de leyes que reconocen la competencia de las obstétrices para la atención del embarazo normal y el parto remitiendo lo patológico al cuidado del médico. Unos cuantos estados permiten la independencia, ya rehusándose a poner en vigor leyes restrictivas, ya al delegar a los médicos solamente ciertas actividades restringidas como la prescripción de fármacos o la ruptura y penetración de la piel.

En todo este libro, el término enfermera de Salud Comunitaria se utilizará para significar el ejercicio de la enfermería en una amplia variedad de servicios comunitarios y áreas de protección al usuario, y en una variedad de papeles que a veces incluirán la práctica independiente. La enfermera de salud pública en un organismo oficial (o sea en un organismo financiado por el estado) practica la enfermería en Salud Comunitaria, pero la enfermería en Salud Comunitaria confinada a los organismos de salud pública.

Los textos tradicionales clasifican los organismos de Salud Comunitaria en oficiales, voluntarios y privados. Los organismos oficiales son los establecidos dentro de jerarquías del estado, controlados por legislación, financiados y equipados de personal por la jurisdicción correspondiente. Los organismos voluntarios son los grupos privados de toda clase, por ejemplo, dependencias de organizaciones nacionales y mundiales tales como la Cruz Roja o la Asociación contra las enfermedades del corazón. El término voluntario se refiere también a servicios afiliados a iglesias o a servicios comunitarios autónomos tales como las Asociaciones de Enfermeras Visitadoras, y a hospitales vecinales. Otra subdivisión principal se basa en el fin económico del organismo: los concebidos para el lucro se suelen llamar privados. Muchos hogares de ancianos y algunos hospitales caen dentro de esta categoría. Ultimamente ha surgido una categoría nueva: los organismos que ofrecen alternativas de servicios tales como los consultorios gratuitos, servicios comunales para grupos minoritarios, combinaciones experimentales de enfoques ortodoxos y no ortodoxos de la salud orientados a las necesidades específicas de una población o comunidad. En el futuro, la enfermera de Salud Comunitaria podrá estar extendiendo aun más la variedad de sus papeles a medida que el hospital se hace cada vez menos el epicentro de los cuidados de salud.

Las probabilidades están en favor de que el individuo pase sólo una fracción de

su vida en el escenario donde se proporcionan cuidados episódicos o a pacientes graves: mucho más se invierte tratando de evitar el suceso episódico (prevención primaria y secundaria) o la recurrencia de tal suceso (prevención terciaria). La enfermería en Salud Comunitaria se ocupa ante todo de los casos no críticos y se responsabiliza de la interrelación y continuidad entre los sucesos episódicos y los distributivos (National 1970:91-92). El usuario de los cuidados médicos y de enfermería no está en realidad dividido en dos personas, una dentro del hospital y otra fuera del mismo. Ni el ejercicio de la enfermería en Salud Comunitaria se limita a la práctica fuera de los muros del hospital.

Preparación para la Enfermería en Salud Comunitaria

Todo estudiante de enfermería se siente probablemente sorprendido por la diversidad de tipos de programas de enfermería. Algunos educadores ven en la diversidad una de las ventajas de la educación estadounidense otros la consideran un despilfarro de recursos y desorientadora para el público. Pero hay algunos constantes en el panorama. La mayoría de los educadores en enfermería convendrán en que la enfermería en Salud Comunitaria es un componente esencial de los programas universitarios de enfermería, y el recién egresado de un programa universitario está preparado para asumir una posición de primer nivel en enfermería en Salud Comunitaria bajo supervisión directa.

Dependiendo de los sistemas de enseñanza pública y privada, superiores en cada estado o región, enfermería es predominantemente una carrera superior basada en pre-requisitos que comprenden ciencias sociales, biológicas y físicas, además de las humanidades. Idealmente, la enfermería en Salud Comunitaria es un concepto integrado ininterrumpidamente a través del programa puesto que es importante en todas las facetas del cuidado de enfermería. La enseñanza de la enfermería contemporánea debe preparar necesariamente a sus miembros para actuar no solo en el aquí y ahora, sino también en un futuro con estructuras rápidamente cambiantes del sistema de prestación de los cuidados de salud. Tanto el estudiante como el profesor necesitan un marco de referencia viable que les permita continuar aprendiendo y utilizando procesos que mantendrán su práctica dinámica y adecuada a las necesidades del usuario.

Hay muchas maneras de hacer operativos los conceptos de la enfermería en Salud Comunitaria a través de todo el plan de estudios. Las variaciones se pueden encajar en varios modelos principales según sea el marco conceptual o teórico de referencia que forma la base sobre la cual se planean las experiencias de aprendizaje. En el capítulo 2 se ha decidido utilizar cuatro modelos, (1) el modelo de sistemas, (2) el modelo NFO (nivel funcional óptimo), (3) un modelo de planificación, y (4) un modelo de intercambio. Estos modelos son conceptos básicos en la práctica de la enfermería en Salud Comunitaria.

Las áreas clínicas utilizadas para enseñar la enfermería en Salud Comunitaria

son tan diversos como la misma sociedad, o sea organismos oficiales y voluntarios, organismos privados, consultorios gratuitos, centros de planificación del alta de servicios de emergencia, escuelas y donde quiera que se puedan alcanzar los objetivos del programa independientemente del lugar donde se halle el usuario. Las actividades se pueden centrar en familias de diversos grupos de edad, estructura y función, por ejemplo, la familia joven que está procreando, la familia intencional o comunal, las familias de edad madura y las de edad avanzada, yendo desde una estructura familiar de núcleo consanguíneo a la estructura de familia afinal (Schusky 1965). Los servicios se suministran a domicilio, en viviendas para jubilados, en ancianatos, en sanatorios, en casas de pensión, en asilos, en consultorios, escuelas, etc. Otro foco puede ser el desarrollo y mantenimiento de continuidad en los cuidados, tales como establecer y facilitar las relaciones entre instituciones de manera que no se pierdan usuarios en el traspaso de éstos de una agencia a otra. Un enfoque semejante coloca a los alumnos en situaciones en las que pueden aprender sobre los recursos de la comunidad y el sistema de referencia y evaluar la eficacia de éste en base a las funciones de cada agencia y a las de su personal según el grado de satisfacción de las necesidades del usuario. Inherente a todas estas experiencias es el concepto de que la responsabilidad primordial de la enfermera es hacia el usuario.

Esta panorámica de los focos y lugares para la enseñanza de la enfermería social no intenta ser exhaustiva, sino que su propósito es indicar la amplia variedad de tipos y ambientes aprovechables para la práctica de la enfermería en Salud Comunitaria. Más adelante, en la Parte III, otros autores discutirán la práctica de la enfermería en Salud Comunitaria en diversas poblaciones, localidades y funciones, lo cual sugiere que la enfermería en Salud Comunitaria se puede practicar casi en todas partes.

Algunos Papeles de las Enfermeras de Salud Comunitaria

La enfermera de Salud Comunitaria desempeña una variedad de papeles, y en consecuencia su preparación académica deberá incluir el desarrollo de las destrezas necesarias en cada uno de ellos. Algunas destrezas importantes son: comunicación, enseñanza, aprendizaje, relaciones interpersonales, solución de problemas y toma de decisiones. Ni hechos ni procesos son suficientes en sí mismos. El aprender cómo aprender y seguir aprendiendo es destreza que nunca pierde valor, como sí ocurre con los hechos y con algunos conceptos. Es, sin embargo, necesario actualizar continuamente el contenido de la enseñanza de la enfermería puesto que la base científica de la enfermería se está ampliando tan explosivamente como cualquier otro campo del saber. La interpretación de posibles papeles depende en gran medida de los sistemas dentro de los cuales estos papeles van a ser representados. Los encontramos todos en diferentes sitios pero rara vez todos juntos. A menudo los sistemas imponen severas restricciones a la capacidad de una enfermera para

valerse de su preparación, y es prudente medir el clima antes de asumir algunas de las funciones más controvertidas. Los papeles que en nuestro sentir son especialmente importantes para la enfermería en Salud Comunitaria comprenden:

Abogado

Abogado es toda persona que habla por otra o por un grupo y en su nombre. Los apoderados son abogados de sus clientes y hablan para respaldar su causa jurídica, alegando ya sea su inocencia o las circunstancias atenuantes que los condujeron a la situación actual. La enfermera de Salud Comunitaria puede ser abogado de un cliente por lo menos de dos maneras: (1) asistiendo al cliente para obtener lo que él tiene derecho a esperar del sistema, y (2) tratando de hacer que el sistema responda mejor a las necesidades del cliente en general. La abogacía por el cliente puede ir desde hacer una llamada al departamento de bienestar antes de remitir una familia con el objeto de allanarle a ésta el camino, hasta atestiguar en un tribunal en favor de un cliente. La gente utiliza los términos abogado e intermediario indistintamente, pero éstos no son sinónimos. Un abogado habla por algo, en tanto que el ombudsman es un mediador e intencionalmente no toma partido. En la asesoría a la familia podemos ser utilizadas a veces en el papel de ombudsman en conflictos entre miembros de la familia, como son los que se centran en torno a los cambios de valores entre generaciones. Como en la mayoría de los papeles de mediador, esto implica hacer una gran cantidad de interpretación a los dos bandos.

Colaborador y Miembro de Equipo

Aunque a menudo trabajamos en una relación uno a uno con los clientes, rara vez estamos aisladas en la práctica. Tanto dentro de los organismos que nos emplean como dentro de los sistemas de prestación de servicios de salud, laboramos con otras enfermeras, médicos, trabajadores sociales, recepcionistas, psicólogos, nutricionistas, ayudantes de Salud Comunitaria, clientes, etc. La colaboración supone una relación de colegas con otras enfermeras y miembros de disciplinas de la salud y nuestros clientes. Inherente a la colaboración es la creencia de que cada persona tiene una contribución distintiva que hacer y que debe participar igualitariamente en la decisión. La colaboración florece en ambientes donde la comunicación es abierta y donde los participantes se respetan mutuamente. Como abogado de un cliente, la enfermera puede tener que asegurarse de que el cliente tiene oportunidad de colaborar en las decisiones que le afecten.

Consultor

Por nuestra idoneidad e información, las enfermeras de Salud Comunitaria somos a menudo consultoras del cliente y de otras personas. Al trabajar en colaboración con médicos, damos información y opiniones acerca del cliente y recibimos información y guía del médico para la toma de decisiones. Otras relaciones de consultoría ocurren con los maestros, legisladores, policías, o cualquiera que tenga una relación de asistencia con el cliente. Aunque muchas enfermeras de Salud

Comunitaria mantienen un enfoque generalista de nuestra labor, otras desarrollan una idoneidad especial en cualquiera de las muchas dimensiones de la enfermería en Salud Comunitaria. Algunas se adentran en la clínica en áreas tales como la contracepción, el aborto, y las enfermedades crónicas. Algunas llegan a ser conocidas por sus habilidades especiales para utilizar ciertos instrumentos de la enfermería como la entrevista, el análisis de datos, las estrategias de enseñanza o la asesoría en crisis. El fuerte de otras enfermeras puede ser la expansión de los conocimientos básicos que fundamentan la práctica de la enfermería, como ser la etnología de grupos minoritarios, la nutrición, el crecimiento y desarrollo. Todo esto proporciona una base para la opinión autorizada y la consultoría.

Coordinador y facilitador

A menudo la enfermera de Salud Comunitaria es miembro del equipo de salud que hace accesibles cuidados y coordina eficazmente los servicios a disposición del cliente. Sin cierta coordinación, el cliente puede recibir el mismo servicio de diferentes organismos sin satisfacer todas sus necesidades esenciales. Una vez decía una cliente que recibía cuidado ambulatorio y a quien había sido necesario restringirle las actividades: "Con quien quiera que hable me pregunta si tengo que subir escaleras donde vivo. Contesto siempre que sí, pero nadie me ha dicho qué es lo que puedo hacer al respecto". Una asistencia social, un inspector sanitario, un maestro de escuela, un promotor social, pueden todos ver el mismo cliente en el hogar, pero bien puede ser la enfermera social la que coordina esfuerzos de ellos, la que establece líneas de comunicación y colaboración, la que ayuda al cliente a tomar decisiones y a planear cosas tales como el seguimiento de una reacción positiva a la tuberculina, de la inmunización de los miembros de la familia según sus necesidades, o de la consulta al médico.

Suministrador de servicios

Hay cierta confusión y desacuerdo acerca de lo que es o no apropiado que una enfermera haga en materia de servicios directos a los clientes. Al comenzar, la estudiante puede pensar que no está haciendo enfermería a menos que haga algo para el cliente o al mismo, como cambiarle una curación, administrar una inyección, tomar la temperatura o la presión arterial. Para la estudiante es importante poder "hacer algo" para sentirse enfermera, pero, como hemos observado, lo que hace puede ser cuidado directo, semidirecto o indirecto de enfermería. La situación más corriente y deseable es una combinación de los servicios directos, semidirectos e indirectos. En realidad, un servicio directo visible puede con frecuencia ser el acto que inspira confianza en los servicios semidirectos e indirectos que son parte importante y esencial de la enfermería. El estudio de Conant de las visitas domiciliarias da algunos ejemplos de respuestas de clientes a visitas de enfermeras, y destaca la necesidad de confianza y el impacto de "hacer algo" que se pueda identificar como enfermería (1965:119). Con frecuencia nosotras mis-

mas no confiamos en nuestros servicios indirectos de enfermería, reforzando así la falacia de que la enfermería no es tal si no se está haciendo algo directamente al cliente o para el cliente. En verdad la enfermería en Salud Comunitaria es lo que nosotras mismas hacemos y lo que hacemos a través de otras personas para ayudar al cliente a ayudarse a sí mismo.

Educador

La enfermera de Salud Comunitaria debe ser capaz de enseñar a muchas clases de gentes y muchas clases de cosas. Pero la educación no tiene que ser escolaridad en un sentido formal. Para enseñar, hemos de tener algo que enseñar, es decir, hemos de tener la información o saber donde obtenerla para transmitirla. Es claro que esta información debemos tenerla activa y al día. Se entiende que para tener éxito en la enseñanza debemos saber algunas cosas esenciales acerca del que aprende y del proceso enseñanza-aprendizaje. El objetivo del aprendizaje es cambiar el comportamiento, pero tales modificaciones no siempre son inmediatas u observables. En enfermería en Salud Comunitaria rara vez obtenemos una retroalimentación inmediata de la conducta del aprendiz, pero la enseñanza que damos puede ser de gran valor en cuanto probablemente sea la única prevención primaria contra varias enfermedades crónicas. A veces las modificaciones en las estadísticas vitales de la comunidad indican algunos efectos de nuestra enseñanza, si bien hemos de estar conscientes de que en la situación están interviniendo muchas otras variables.

El establecimiento de objetivos y la habilidad para determinar en qué medida se están logrando, son esenciales para el proceso enseñanza-aprendizaje. El simple darle a alguien un triz de información no se puede considerar como enseñanza, particularmente si no hay prueba de que el cliente haya aprendido o alcanzado el objetivo de la enseñanza. Es importante que la enfermera de Salud Comunitaria y el cliente compartan algunos objetivos, y esto también forma parte del proceso enseñanza-aprendizaje. Todos estos papeles y algunos otros se van a estudiar particularmente en los capítulos de la Parte II.

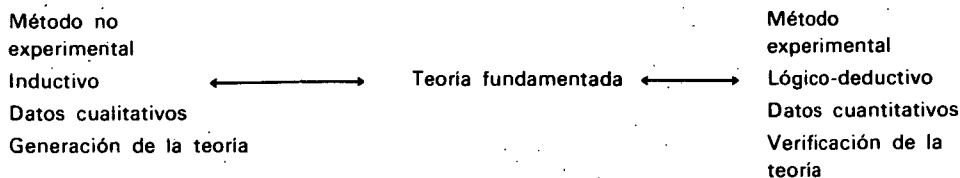
La investigación y la Enfermería en Salud Comunitaria

“Si bien ha habido mucha retórica acerca de la necesidad de investigación en enfermería la cantidad de investigación que en efecto ha sido hecha por enfermeras ha sido mínima en comparación con otras ciencias aplicadas” (Jacox 1974:382). La enfermería de Salud Comunitaria es notable por haber hecho escasa investigación y desarrollo de bases teóricas para la práctica. Gran parte de nuestro quehacer de enfermería aun se hace sobre una base prescrita y ritualista. Algunas cosas se hacen de cierta manera porque los estudiantes se han modelado a sí mismos según sus profesores, o bien porque imperaban una política o un procedimien-

to a seguir que el tiempo había consagrado. Hay muchos problemas estimulantes que la enfermera en ejercicio enfrenta todos los días, y hay muchos problemas que se prestan al estudio sistemático.

Durante muchos años, los educadores de enfermería mantuvieron la creencia de que la investigación en enfermería era prerrogativa de la educación de postgrado y esto quizás explica el poco número de enfermeras interesadas en la investigación. Tal creencia puede también haber originado la idea de que la investigación es algo impuesto desde fuera a la práctica y a la enseñanza. Afortunadamente aumentan los programas universitarios que están desarrollando el componente de investigación como un eje integrador a través de los programas básicos. Es de esperar que como consecuencia, las graduadas puedan considerar la investigación como parte integrante de la práctica y como guía para la misma.

Hablando en general hay dos métodos principales de investigación: el experimental y el no experimental (Abdellah y Levine 1965:45-46). Es tentador considerar los dos métodos como dicotómicos, pero en realidad resulta ventajoso considerarlos como una secuencia ininterrumpida. La teoría fundamentada se sitúa en el punto medio de la secuencia porque, utilizando el método de análisis de la comparativa constante evoluciona desde el método inductivo para llegar a una teoría preliminar que luego se puede someter a prueba deductivamente. Esta prueba, a su turno, sirve como dato adicional para modificar o perfeccionar la teoría original.



La investigación experimental en el más puro sentido deriva sus datos en condiciones controladas; los datos son predominantemente cuantitativos y materia de inferencia estadística por medio de pruebas de probabilidad. En efecto, hay diseños clásicos o experimentales propiamente dichos (Campbell y Stanley 1963:13). La investigación experimental, en un extremo de la secuencia, comienza con una teoría o hipótesis, limita claramente el número de factores que se están observando y mantiene uniformes todos los elementos salvo el particular y determinado que se está sometiendo a prueba. La mayor utilidad de tales métodos es en el estudio de los fenómenos simples y en medios rigurosamente controlados como los laboratorios. El experimentador ha de mantener un papel objetivo en la investigación. Hay reglas explícitas en el análisis cuantitativo aplicables a procesos tales como el muestreo, la confiabilidad, la validez, las distribuciones de frecuencias, la construcción de hipótesis y la presentación de pruebas.

Al otro extremo de la secuencia, la investigación no experimental es adecuada

en situaciones que no se pueden controlar; la persona que conduce la investigación es con frecuencia un participante en el fenómeno que se observa. En vez de un diseño preciso, como en la investigación experimental, la observación se hace en el propio escenario de los hechos, esto es, que no se introducen comparaciones artificiales. Los datos derivados son por lo general cualitativos y descriptivos. Sin embargo, hay también normas explícitas, si bien flexibles, en el análisis cualitativo y que depende del objetivo del investigador, es decir, de si él aspira o no a desarrollar hipótesis para comprobación provisional, o para el desarrollo de la teoría utilizando el método de análisis de comparación constante (Glaser y Strauss 1968:101-115).

El propósito de la comparación que hemos hecho del método experimental y del análisis cuantitativo con el método no experimental y el análisis cualitativo, es ante todo poner de presente que los dos métodos no tienen por qué ser mutuamente exclusivos. Glaser y Strauss sostienen que no hay pugna fundamental entre los propósitos y capacidades de los métodos de análisis cuantitativo y cualitativo (Glaser y Strauss 1968:17). Los datos cualitativos se pueden cuantificar y los cuantitativos se pueden calificar. El percibir los dos enfoques como relacionados en una secuencia, es útil para el investigador novel, quien a menudo podría pensar que solo se pueden considerar como investigación los estudios que se valen de mediciones estadísticas.

Los datos cualitativos de que dispongamos encierran un elevado potencial para el desarrollo de teorías fundamentadas, que son las teorías basadas y derivadas de la realidad de la situación y del contexto en que ocurren los hechos. Las familias, las comunidades y otros grupos no se prestan en sí de manera clara, conveniente o ética a la investigación controlada. La protección de los derechos humanos y lo que individuos y grupos eligen puede crear ciertamente una disonancia entre el papel de la enfermera como abogadó del usuario, y el papel de la enfermera en la comprobación de la teoría por métodos experimentales. Los métodos de investigación de campo que producen datos cualitativos son más compatibles con las misiones y funciones de la enfermera de Salud Comunitaria (Schatzman y Strauss 1973). En el Capítulo 4 se encontrará un estudio más detallado de los métodos de campo.

Resumen

Este capítulo introduce nuestro marco conceptual de la enfermería de Salud Comunitaria. Se consagra en gran parte a presentar definiciones de las ideas centrales que se van a ampliar en capítulos subsiguientes. Entre estas ideas se encuentran: nivel funcional óptimo (NFO); prevención primaria, secundaria y terciaria; servicio directo, semidirecto e indirecto, familias, grupos y comunidades como clientes; teoría de sistemas; organismos de salud comunitaria; modelos de familias; diversos papeles de la enfermera social: abogado, colaborador y miembro

de equipo, consultor, coordinador y facilitador, suministrador de servicios, educador, e investigador. Hemos colocado la enfermería en Salud Comunitaria en un contexto muy amplio y hemos estudiado algunos de los papeles que las enfermeras de Salud Comunitaria pueden asumir para promover el nivel funcional óptimo de los clientes.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELLAH, FAY G. Y LEVINE, EUGENE. *Better Patient Care Through Nursing Research*. Nueva York: The Macmillan Co., 1965.
- BANATHY, BELA H. *Instructional Systems*. Belmont, Calif.: Fearon Publishers, 1968.
- BEVIS, EM O. *Curriculum Building in Nursing: A Process*. St. Louis: C. V. Mosby Co., 1973.
- BYERLY, ELIZABETH L. "The Nurse Researcher as a Participant Observer in a Nursing Setting." *Nursing Research* 18, No. 3 (1969):230-236.
- CAMPBELL, DONALD T. Y STANLEY, JULIAN C. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally and Co., 1963.
- CLARK, DUNCAN W. Y MACMAHON, BRIAN, eds. *Preventive Medicine*. Boston: Little, Brown & Co., 1967.
- CONANT, LUCY. "Give and Take in Home Visits." *American Journal of Nursing* 65 (July 1965):119.
- COULTER, PEARL PARVIA. *The Nurse in the Public Health Program*. Nueva York: G. P. Putnam's Sons, 1954.
- DICKOFF, JAMES *et al.* "Theory in a Practice Discipline," Part II of "Practice Oriented Research." *Nursing Research* 17, No. 6 (1968):545-554.
- FREEMAN, RUTH B. *Community Health Nursing Practice*, 4a. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1970.
- GILBERT, RUTH. *The Public Health Nurse and Her Patient*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1955.
- GLASER, BARNEY G. Y STRAUSS, ANSELM L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1968.
- GLASER, BARNEY G. Y STRAUSS, ANSELM L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1965.
- GEORGE, LENOV S. Y STEBBINS, ERNEST L. *Mustard's Introduction to Public Health*, 5a. ed. Nueva York: The Macmillan Co., 1968.
- HANLON, JOHN J. *Principles of Public Health Administration*, 5a. ed. St. Louis: C. V. Mosby Co., 1969.
- HILLEBOE, HERMAN Y GRANVILLE, W. LARIMORE, eds. *Preventive Medicine*, 2a. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1965.
- JACOBSON, MARGARET J. "Qualitative Data as a Potential Source of Theory in Nursing." *Image* 4 (1969):10-14.
- JACOX, ADA. "Nursing Research and the Clinician." *Nursing Outlook* 22 (1974):382-385.
- KALINS, ETHEL L. *Textbook of Public Health Nursing*. St. Louis: C. V. Mosby Co., 1967.
- LEAHY, KATHLEEN M.; COLILI, M. MARGUERITE; Y JONES, MARY C. *Community Health Nursing*, 2a. ed. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1971.
- LEAVELL, HUGH R. Y CLARK, R. GURNEY. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*, 3a. ed. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1965.

- MAHONEY, ROBERT F. *Emergency and Disaster Nursing*. London: Collier-Macmillan Ltd., 1969.
- National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education, Jerome P. Lysaught, director. *An Abstract for Action*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1970.
- OLESON, VIRGINIA L., Y WHITAKER, ELVI W. *The Silent Dialogue*. San Francisco: Jossey Bass, Inc., 1968.
- OSBORNE, OLIVER H. "Anthropology and Nursing: Some Common Traditions and Interests." *Nursing Research* 18 (1969):251-255.
- SARTWELL, PHILLIP E., ed. *Maxcey-Rosenau Preventive Medicine and Public Health*. 10a. ed. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1973.
- SCHATZMAN, LEONARD Y STRAUSS, ANSELM L. *Field Research, Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1973.
- SCHUSKY, ERNEST L. *Manual for Kinship Analysis: A Study in Anthropological Method*. 2a. ed. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, 1972.
- SMOLENSKY, JACK Y HOAR, FRANKLIN B. *Principles of Community Health*. 3a. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1972.
- WENSLEY, EDITH. *Nursing Service Without Walls: A Call to Action to All Communities Coast to Coast*. Nueva York: National League for Nursing, 1963.
- WINSLOW, C. E. A. *Man and Epidemics*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1952.

CONCEPTOS SELECCIONADOS PARA ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA

2

Sarah Ellen Archer

Introducción

En este capítulo vamos a discutir algunos de los conceptos básicos de la enfermería en Salud Comunitaria. Probablemente algunos lectores sepan algo sobre algunos de ellos; otros tal vez les sean menos familiares, especialmente en el contexto que aquí se utilizan. El propósito es hacer ver la utilización que podemos dar a estos conceptos al trabajar con los clientes: individuos, familias, grupos y comunidades.

Hay muchos tipos de comunidades. La tipología que aquí presentamos ha demostrado ser útil al analizar diferentes clases de comunidades para aprender más sobre sus estructuras y funciones. Aunque la mayoría de nosotras termina trabajando en comunidades definidas por criterios de organismo, censo o jurídicos, estos no definen la comunidad real a la cual hemos de servir para ser efectivas. Las necesidades desbordan la zona censal o los límites de la ciudad, y es forzoso que nos ocupemos de esta área más grande aun cuando enfoquemos gran parte de nuestra atención a la comunidad a que estamos asignados.

Otros han gastado muchas páginas definiendo y volviendo a definir la salud. En vez de despilfarrar tiempo en eso, hemos decidido concentrarnos ante todo en la capacidad funcional de las personas y de los sistemas como indicador de salud. Así, el objetivo básico de las enfermeras de Salud es promover el logro y conservación del nivel funcional óptimo de los clientes (NFO). Al proceder así, hemos de considerar un amplio rango de insumos provenientes del medio del cliente y que repercuten sobre ellos y afectan su capacidad funcional. Hemos ilustrado algunos de estos factores para animar a las enfermeras de Salud Comunitaria a que busquen influencias sobre el NFO más allá del sistema de prestación de servicios de salud.

Los intercambios son la piedra fundamental de las interacciones y relaciones. Vemos las relaciones entre enfermera de Salud Comunitaria y cliente como intercambios entre iguales, lo cual concuerda con nuestra insistencia en que en la enfermería en Salud Comunitaria que concentra su atención en el cliente, éste participa y está bien informado. No vemos a nuestros clientes desempeñando el papel tradicional, mirados desde arriba, característico de la medicina occidental.

Buscamos a través de este libro ayudar a nuestras colegas a desarrollar un marco de referencia que facilite la labor productiva y un nivel de intercambio con los clientes que sea mutuamente satisfactorio y donde éstos sean participantes activos e informados en la toma de decisiones. Creemos que esta es la manera más eficaz de facilitar que los clientes alcancen y conserven su nivel funcional óptimo.

La teoría de sistemas nos permite tener una visión global de los clientes y de sus medios, ya sea el cliente un individuo, una familia, un grupo o una comunidad. Es un método práctico para comprender las interacciones entre los clientes y sus ambientes y para reconocer el valor de tomar en cuenta los resultados y las consecuencias de las acciones. Como bien lo dice Donovan, "todo es parte de todo, de todos modos". Por eso pensamos que es importante utilizar el enfoque global de que trata la teoría de sistemas.

La planificación es básicamente un proceso para realizar el cambio. En nuestra concepción de planificación, los clientes son participantes esenciales en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación de planes que los afectan. El proceso de planificación cíclica que discutimos se apoya fuertemente en la retroalimentación y en la consideración de las consecuencias. La naturaleza cíclica de la planificación se acentúa proponiendo que la evaluación, etapa final de todo ciclo de planificación, sea la evaluación inicial o primera etapa del ciclo siguiente. De este modo buscamos promover la continuidad y la coordinación en lo que de otra manera pudiera ser una serie de sucesos desarticulados. Esta continuidad reducirá las posibilidades de que los clientes se caigan por las fisuras entre los ciclos de planificación.

Comunidad

Hay casi tantas definiciones de comunidad como gentes tratando de definirla. El propósito de esta sección es presentar y discutir una tipología de definiciones de manera que cada una de nosotras pueda desarrollar las propias o decidir sobre las que tengan significado y no sean útiles. Las definiciones de comunidad se pueden repartir en tres grupos generales: emocionales, estructurales y funcionales. Los tres grupos, igual que los diferentes tipos de comunidad descritos en cada uno de ellos, no son discretos en cada uno de ellos, no son discretos ni mutuamente exclusivos. En breve, todas las definiciones tienden a marchar juntas. Esto tiene a menudo por resultado que las gentes sencillamente rehúsen intentar definir la comunidad y que hasta puedan llegar a decir que tal cosa no existe. Creemos que la comunidad existe de muchas maneras y aquí presentamos algunas de ellas.

COMUNIDADES EMOCIONALES

Las comunidades emocionales eluden la definición. Se centran en torno a un sentido o sensación de comunidad.

Comunidad por arraigo Un lugar del cual se es; un sitio donde se tienen "raíces". Keyes afirma que es ambivalente en su búsqueda de este tipo de comunidad.

Para mí la comunidad, la comunidad verdadera, es el sitio donde soy conocido, donde puedo dejarme conocer para bien o para mal, en muchos niveles. Pero atrae tanto sentirse desconocido, ser anónimo, aun cuando ello quiera decir solitario. Estoy dispuesto a trocar mi libertad de ir y venir sin ser observado por cierta sensación de comunidad?

Detestamos la sociedad de masas y sus instituciones, detestamos el sentimiento de ser desconocidos dondequiera, pero ello da poder, un poder que no cederíamos sin repugnancia (Keyes 1973:14)

Keyes atribuye nuestra carencia de comunidad a nuestra propensión a tres cosas: movilidad, privacidad y conveniencia (Keyes 1973:15).

La movilidad del americano es bien conocida y confirmada por cada nuevo censo. La movilidad ha contribuido al desarrollo de la familia nuclear a medida que los jóvenes se alejan de sus parientes por razones de trabajo, o por aventurar, o simplemente "porque". Los niños crecen sin conocer a sus abuelas. Las personas envejecen y no tienen familia cercana que las cuide. La movilidad es una bendición que tiene sus reservas.

Se ha definido la comunidad como lo opuesto de privacidad (Chermayeff y Tzonis 1971:28). Esto parece razonable pues como decía Keyes, el ser desconocido es inherente a la privacidad. Toffler habla del valor del anonimato y de las relaciones renunciabiles (1970:95-123). Ciertos analistas consideran que el aumento de la ratería y de los crímenes callejeros se relaciona directamente con la ausencia de sentimientos de comunidad, donde los vecinos no quieren saber nada unos de otros y se puede contar con que no intervienen o con que ni notan siquiera cuando las cosas no marchan como es usual en el vecindario. Esta es una manera de buscar privacidad.

Muchos factores de conveniencia en nuestros hogares han reducido nuestras oportunidades de comunicación mutua. Los autores fatalistas han hablado largamente del deterioro de la familia de los Estados Unidos de Norte América; la televisión es una cabeza de turco moderna. Aunque nos trae muchas cosas nuevas, nos sentamos solos y callados a recibir sus ofrendas. Entre las razones por las cuales fracasan tantos esfuerzos para organizar el uso de un automóvil por varias personas, hay una combinación de los deseos de privacidad y conveniencia. Muchas personas no gozan otro rato de soledad que el que tienen cuando se trasladan en su automóvil y no van a cederlo sin luchar.

Las enfermeras de Salud Comunitaria que tienen oportunidad de ejercer donde las gentes se conocen y se relacionan estrechamente entre sí, tienen muchos aliados cuando encuentran familias e individuos que necesitan ayuda. Si la madre de familia está enferma, se puede contar con otra madre para que le ayude. En comunidades donde los vecinos no mantienen esta clase de relaciones, la enfermera y el cliente tienen que buscar otras fuentes de ayuda a veces muy costosas, si es que logran encontrarla.

Comunidades de Interés Compartidos Estas comunidades están fundadas en un conjunto de intereses o necesidades comunes a varias personas que se asemejan entre sí por lo menos en el área de su interés especial (Blum 1974:501). Por ejemplo, las enfermeras tienden a identificarse, al menos hasta cierto punto, con otras enfermeras por cuanto comparten experiencias comunes. Esta identificación va más allá del alcance de las organizaciones profesionales, aun cuando dichas comunidades estructurales pueden cosechar algunos beneficios de la comunidad emocional que existe entre quienes comparten una profesión. Las comunidades de intereses compartidos pueden surgir y desaparecer al par de las cuestiones que las fundamentan. Las madres pueden constituir una comunidad de interés compartido hasta que se coloque un semáforo en el cruce de una calle concurrida que los niños tengan que atravesar: al eliminar la causa, la comunidad se puede disolver, por lo menos temporalmente. Los propietarios de animales, los aficionados a deportes y los dueños de autos europeos ilustran comunidades de intereses compartidos.

Los grupos de intereses compartidos ponen al alcance de nuestras manos oportunidades de servir a los clientes. Las madres que colaboran para lograr que se instale un semáforo se pueden estimular para que emprendan otras clases de actividades y la enfermera de Salud Comunitaria puede contribuir a animarlas y mantenerlas entusiasmadas. Los grupos de intereses compartidos también se pueden formar si se suscita una cuestión de importancia suficiente o incluso si se le da buena publicidad a una causa relativamente trivial.

COMUNIDADES ESTRUCTURALES

Las comunidades estructurales implican relaciones de tiempo y de espacio entre las gentes. Estas comunidades son físicas como las aldeas y las ciudades. Obviamente, en estas comunidades estructurales donde la gente habita y trabaja, se desarrollan muchas comunidades funcionales.

Agregados Talvez la definición estructural más general sea: una comunidad es todo agregado de personas, independientemente de por qué están juntas. En esta definición se acentúa el carácter de "reunión" por sí mismo. Casi cualquier grupo que se pueda concebir, desde una nación a una muchedumbre fortuita, cabe dentro de esta clasificación. Una ventaja de este tipo de definición para la enfermera de Salud Comunitaria es que cualesquier conjunto de personas se puede considerar como comunidad-cliente para su relación. En enfermería, "comunidad" se ha aplicado a menudo a todo lo que está fuera del hospital en contraste con "el hospital", que ha sido lo que está dentro de éste. Así, la conciencia de que al menos en este sentido el hospital puede ser una comunidad, nos puede liberar de una división artificial. Yo utilizo este contexto al enseñar organización de la co-

munidad, insistiendo en que una unidad hospitalaria o el hospital como un todo son una comunidad perfectamente apropiada para tratar de organizarla.

La comunidad frente a frente Es esta la comunidad "primaria" de grupos tales como familias, vecindarios, parroquias y otros grupos cohesivos relativamente pequeños (Blum 1974:498). En las comunidades frente a frente las noticias se propagan con rapidez y todos conocen lo de todos. Estas son las comunidades acerca de las cuales Keyes era tan ambivalente. Y es el tipo de comunidad sobre el cual observaba Ross que, "...la estructura social de una comunidad constituye un todo, y ... el cambio en una parte cualquiera de la estructura perturba todas las otras partes" (1967:111).

He visto esas comunidades en zonas rurales y en las comunidades "étnicas" de ciudades orientales de los Estados Unidos de Norte América donde gente de ascendencia europea ha vivido por un período de tiempo. Debido a la unión y a la homogeneidad de los pobladores, la ayuda y los cuidados se intercambian con frecuencia libremente. Esto le facilita a la enfermera de Salud Comunitaria la tarea de conseguir niñeras y otras clases de ayuda para los clientes (ver capítulo 12).

Comunidad de Problema Ecológico Los límites de esta comunidad abarcan el área geográfica afectada por el problema ecológico (Blum 1974:500). Los epidemiólogos se han percatado desde hace tiempo de que los problemas ecológicos ignoran los límites geopolíticos; las Grandes Pestes de la Edad Media fueron temprana y amarga lección a este respecto. El problema ecológico de la contaminación urbana e industrial de un río interior puede ser ejemplo de este tipo de comunidad definida por un problema. Todas las gentes, municipalidades e industrias localizadas en su cuenca de desagüe tienen que actuar en concierto si se quiere purificar la corriente de agua.

Otro ejemplo de comunidad de problema ecológico es el clima social o medio en que vivamos, particularmente en los Estados Unidos. Toffler describe los efectos que tienen sobre las personas los cambios exponenciales que están ocurriendo en esta sociedad (1970). Se cree que las incapacidades para responder a los cambios sociales y tecnológicos se refleja en las crecientes tasas de abuso de drogas y alcohol, de violencia, suicidios y otros síntomas de alienación. Todos estos problemas son altamente pertinentes para las enfermeras de Salud Comunitaria que trabajan con clientes en la sociedad de hoy, puesto que estamos viendo crecientes números de personas con estos tipos de necesidades.

Comunidades geopolíticas Son unidades de jurisdicción política y poseen límites legales y geográficos definidos; ejemplo son las ciudades, las aldeas, las provincias o departamentos y las naciones. Son el asiento del poder político y legal regularizadas y a menudo son el lugar donde se tiene que gestionar en favor de los clientes. El que problemas y necesidades, así como las soluciones posibles, a menudo abarcan muchas jurisdicciones políticas, significa que ha de buscarse cooperación y coordinación. Esto suele dar lugar a intercambios, conflictos territo-

riales y programas inadecuados. Algunos de estos fenómenos se estudian en el capítulo 7 sobre política y economía.

Organizaciones Estos tipos de comunidades comprenden los departamentos de salud, hospitales, iglesias, sindicatos y otras burocracias. Estas instituciones tienen una estructura que liga a los miembros entre sí. Tienen poder, en grado variable, para regular las actividades que emprenden sus miembros. El hecho de que las organizaciones tengan límites o fronteras jurisdiccionales se manifiesta en el reconocimiento de que ciertas necesidades del cliente pueden ser atendidas de manera más apropiada por organizaciones diferentes aquella para la cual trabaja la enfermera de Salud Comunitaria. Esto puede hacer una gran diferencia en la prestación del servicio; por ejemplo, tener que enviar un niño enfermo al hospital o a otro médico porque la clínica de niños sanos no atiende a los enfermos. Más sutilmente aún, puede significar remitir un cliente que no puede sufragar el costo de servicios privados de salud, a un organismo gubernamental o a un consultorio gratuito en lugar de uno privado.

Comunidad de solución Esta comunidad ha sido definida por la Comisión Nacional de Servicios de Salud de la comunidad, como una comunidad con "límites dentro de los cuales se puede definir un problema, tratarlo y resolverlo" (1966:22). La Comisión también hablaba sobre "sombras de problemas ambientales" y "áreas de mercadeo de servicios de salud" así como de la interdependencia de las comunidades para la solución de problemas sanitarios y ambientales (1966:4). Las comunidades de solución trascienden las áreas políticas en su esfuerzo por definir un área lo suficientemente amplia como para proveer soluciones a los problemas.

Las enfermeras de Salud Comunitaria pueden utilizar de manera excelente la idea de comunidad de solución cuando busquen recursos para ayudar a los clientes a satisfacer sus necesidades. Como las comunidades de solución se extienden más allá de los límites geopolíticos, la enfermera debe asegurarse de investigar sobre los requisitos de aceptabilidad de los organismos para personas de otras jurisdicciones, ya que algunos limitan sus servicios a sus propias localidades. La población A tiene un programa de enseñanza especial y la B no lo tiene. La enfermera de Salud Comunitaria de la población B tiene una familia con niño que necesita entrar al curso de enseñanza especial de la población A. La comunidad de solución para este problema abarca a las poblaciones A y B. Antes de remitir la familia al curso especial de la población A, lo mejor será que la enfermera se asegure de que van a aceptar la referencia de otra jurisdicción. Naturalmente, la familia puede probablemente encontrar la solución por sí misma, pero es parte de la responsabilidad de la enfermera asegurarse de que las referencias que haga son apropiadas y que por lo tanto serán aceptadas. Es decir, que la enfermera tiene que estar segura de que el programa especial de enseñanza de la población A es parte de la comunidad de solución realística para el cliente que necesita inscribirse allí.

COMUNIDADES FUNCIONALES

Las definiciones de comunidad funcional parten de la creencia de sus miembros de que "... comunidad es cualesquier sentido de bienestar común local que pueda ayudarse a alcanzar a los ciudadanos" (Hayes 1962:153). Las definiciones funcionales se dan sobre la suposición de que la comunidad es un logro más que el resultado de una mera localización geográfica. Las comunidades funcionales no son fijas; cambian como resultado de la experiencia y de acuerdo con las modificaciones de los problemas que captan la atención de las gentes (Biddle y Biddle 1965:77).

Comunidades de Necesidad Identificable Son comunidades basadas en un problema común, como el de trabajadores o mujeres migrantes que deseen abortos (Blum 1974:499). Se parece mucho a la comunidad de intereses compartidos y de problemas ecológicos ya citados. Las municipalidades o las instituciones se pueden unir en comunidades para hacer frente a necesidades compartidas; un ejemplo es la Asociación de Gobiernos del Área de la Bahía en la región de San Francisco o los consorcios que están desarrollando instituciones de enseñanza superior para ayudar a extender los recursos de cada una mediante programas de participación con otras escuelas.

Las enfermeras de Salud Comunitaria trabajan a menudo con comunidades de necesidad indetificable en posiciones tales como las de funcionario del departamento estatal de salud asignado a actividades directas, semidirectas o indirectas dirigidas a una comunidad tal. Programas tales como la asesoría en abortos, consignación en el computador de los registros escolares de los niños migradores y los registros sanitarios de todas las personas migradoras para poder transmitirlos fácilmente a otras localidades, y la gestión para obtener cursos de educación especial para niños lisiados, son todas actividades de enfermería en Salud Comunitaria relacionadas con comunidades de necesidades identificables.

Comunidad de Masa Crítica Esta es la comunidad funcional, muy parecida a la comunidad de recursos de Blum (1974:503-4), en la que haya suficientes recursos -dinero, personal, usuarios, influencia sobre otras comunidades y jurisdicciones, y material- o lo que se necesite para hacer algo acerca de un problema, necesidad o situación. Masa crítica significa en el uso general suficientes recursos para respaldar un programa o servicio, como ser el número de personas que se necesitan en un área para proveer apoyo económico para un servicio y su suficiente utilización. En la educación superior, el mismo término se usa para denotar la presencia dentro de la institución, del número suficiente de profesores representativos de las especialidades requeridas para atraer fondos de investigación, estudiantes de post-grado excepcionales y otros profesores bien calificados. Así pues, los componentes o números de personas o recursos varían con la situación. Seis personas pueden ser la comunidad de masa crítica para tratar una necesidad particular, siempre que sean las personas adecuadas.

Puesto que he identificado la comunidad de masa crítica como una comunidad funcional, se ve que no está encerrada entre límites geográficos como quiera que se les defina, como sí lo está la comunidad de solución vista antes. La base de una comunidad de masa crítica puede ser geográfica, como ocurre con las áreas que hay que considerar al tratar de resolver los problemas de contaminación en nuestros lagos y ríos interiores. Sin embargo, la comunidad de masa crítica para estos problemas también debe abarcar a Washington, D. C., donde se encuentran el poder y el capital que puedan hacer fructíferos en parte al menos los planes de limpieza del medio. La comunidad de masa crítica, pues, debe ser una amalgama de todos los tipos de comunidades —funcionales, emocionales, estructurales— que sean necesarias para tratar el problema que se tenga a mano. Es de esperar que, las comunidades de masa crítica puedan constituirse para tratar solamente cuestiones específicas y que luego se disuelvan. Tales organizaciones temporales dirigidas a un fin, o *adhocracias*, podrían así liberar sus componentes para crear nuevas configuraciones que traten otros problemas.

Una conferencia de todos los representantes de organismos que estén trabajando con un cliente, puede ser una función de la comunidad de masa crítica. Con frecuencia es la enfermera de Salud Comunitaria la que prepara estas reuniones. Sus resultados varían desde planes para seguir las actividades con un cliente tal como hasta el momento, instituir nuevas actividades, o bien discontinuar algunas si los organismos deciden que ya no son necesarios sus servicios. Con frecuencia, este tipo de reuniones destaca el hecho de que el cliente necesita otros organismos y servicios. Esta decisión se toma al darse cuenta de que el grupo presente no puede lograr sus objetivos, así que no es una comunidad de masa crítica. Por ejemplo, hay un paciente que está a punto de ser dado de alta del hospital después de un accidente cerebro-vascular; la enfermera encargada del planeamiento del alta convoca a la enfermera de Salud Comunitaria, al fisioterapeuta, a la trabajadora social y demás personal que tiene que ver con el paciente a fin de discutir los planes para el cuidado en el hogar. A poco de empezar la reunión, la enfermera de Salud Comunitaria será por lo general la que haga notar que el grupo no puede realmente hacer planes, a menos que el cliente, la esposa o quien quiera que vaya a cuidar al paciente en el hogar, intervenga en las deliberaciones. Esto hace ver que el grupo presente no es comunidad de masa crítica para esta situación. Al agregarse la esposa del cliente al grupo de planeamiento, la enfermera de Salud Comunitaria está tratando de crear una comunidad de masa crítica que sirva para ayudar a la familia a enfrentar sus necesidades.

Las enfermeras de Salud Comunitaria tenemos que estar conscientes de que hay muchas clases de comunidades en las cuales trabajamos. Esta discusión puede servir de punto de partida para la experiencia inicial de la enfermera de Salud Comunitaria. A medida que experimente estos tipos de comunidades y lea más sobre los cambios en nuestra sociedad, comenzará sin duda a identificar y definir su propia clasificación de comunidades.

Nivel Funcional Optimo (NFO)

Hemos resuelto utilizar el término "nivel funcional óptimo o NFO" como definición de salud. Hay varias razones para ello. Creemos que la manera como las personas interactúan con su medio es un proceso continuo de adaptación (ver capítulo 11). Siendo así, sus capacidades de funcionamiento no son algo absoluto, como suponen ciertas definiciones de la salud. Pocos, si algunos de entre nosotros, están libres de las llamadas incapacidades, como la necesidad de usar anteojos, la presencia de alergias, necesidades emocionales insatisfechas, etc. Lo que queremos poner de presente al decidirnos por el NFO, son las capacidades del individuo y no sus incapacidades. Este énfasis es análogo al "bienestar de alto nivel" (Dunn 1961).

Todo individuo tiene su propio NFO y lucha por lograrlo y conservarlo. El parapléjico que gracias a la rehabilitación y a la modificación de su medio, puede ser independiente, conserva su trabajo y disfruta de la vida tal como la valora, está funcionando a su NFO. Sus capacidades superan a sus incapacidades, y a sus propios ojos está en capacidad de ser persona productiva.

En la figura 2.1 que es la de Blum (1974:3) modificada, mostramos algunas de las influencias del ecosistema que obran sobre nuestro NFO y por tanto influyen en el mismo. Vamos a discutir brevemente cada una de estas influencias comenzando por la parte superior de la figura y yendo en sentido del reloj.

Influencias Políticas Estas tienen gran efecto sobre el clima social en que vivimos (ver Capítulo 7). Las jurisdicciones políticas tienen poder y autoridad para reglamentar mucho de lo que nos rodea. Las dos variables anotadas como ejemplos son la seguridad y la opresión. El crimen y la falta de seguridad están entre nuestras mayores preocupaciones. Es decisión política gastar recursos del departamento de policía en combatir los crímenes en que no resultan víctimas mientras aumentan los crímenes violentos. Muchos grupos minoritarios padecen opresión, racismo y sexismo institucionalizados, tratamiento diferencial por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y de consejeros escolares (ver Capítulo 10). Todas estas son influencias políticas que tienen efectos profundamente negativos, tanto en los oprimidos como en los opresores.

Influencias de Comportamiento Los hábitos como fumar, no hacer ejercicio, y abuso de alguna sustancia, afectan adversamente nuestro NFO. La cultura y la herencia étnica conforman gran parte de nuestro estilo de vida, comprendido lo que comemos, y muchas de nuestras actitudes hacia quienes nos rodean, el cuidado de la salud y las prácticas de crianza.

Influencias Hereditarias Las habilidades y potenciales determinadas por la herencia, suelen ser menos modificables que otras influencias. Pero avanza el conocimiento de la genética y de las posibles intervenciones para evitar o al menos

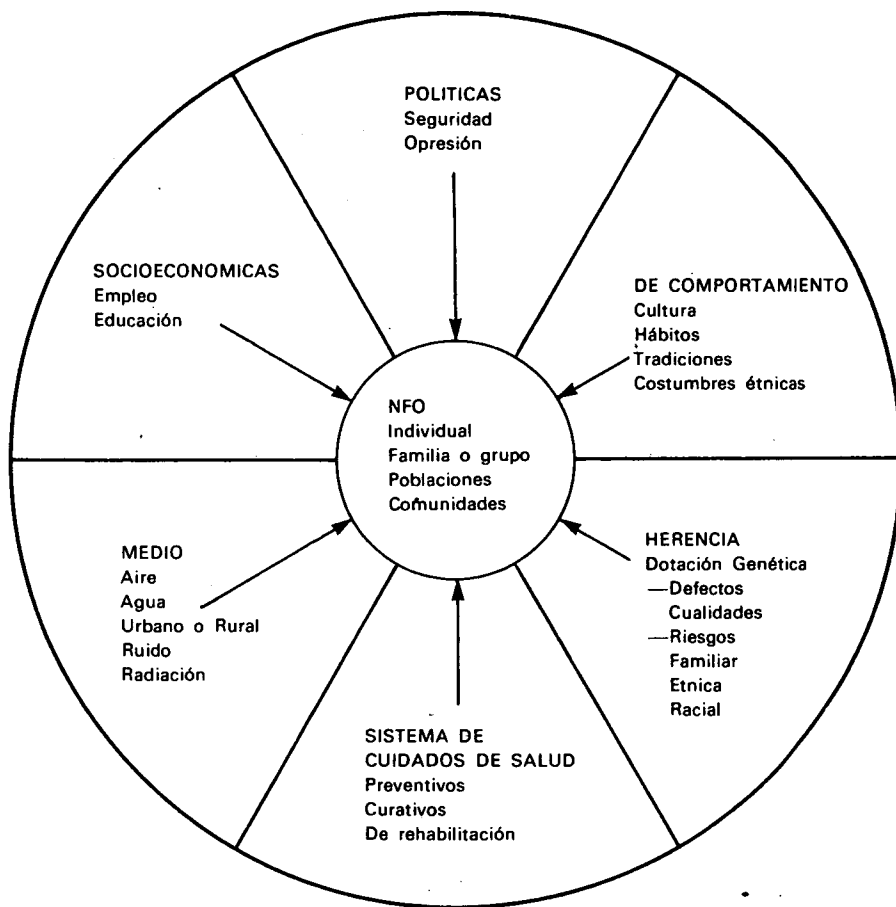


FIGURA 2.1 Influencias del ecosistema sobre el nivel funcional óptimo (NFO) (Modificado de Blum 1974:3).

minimizar sus efectos. Hoy se dispone de una mejor asesoría genética, pero todavía es inadecuada para hacer frente a las necesidades de la población (Jolly 1972).

Influencias del Sistema de Prestación de Servicios de Salud El sistema de prestación de servicios de salud realmente desempeña un papel secundario en el conjunto de factores que afectan al NFO. Se trata más de un sistema orientado hacia la enfermedad que hacia la salud o el NFO. Esta situación puede ser modificada por el surgimiento de organizaciones para la conservación de la salud y la inclusión de cuidados preventivos en los seguros de salud. Es necesario que los profesionales de la salud, entre ellos la enfermera de Salud Comunitaria, a quien compete el NFO y no la enfermedad, pongan mucho más énfasis en las medidas de

prevención primaria, secundaria y terciaria. (Leavell y Clark 1965). Muchas de estas intervenciones tendrán que ocurrir tanto fuera como dentro del sistema de distribución de cuidados de salud tal como ahora lo definimos (ver Capítulo 7).

Influencias Ambientales Cuando estudié por primera vez la salud ambiental teníamos un cliché: "La solución a la contaminación es la dilución". El movimiento ecológico unos años más tarde, puso en claro que no había ya suficiente aire o tierra para diluir nuestros desperdicios. El hombre es una especie contaminante y nuestra despreocupación hasta hace poco respecto al ambiente, ha originado muchos cambios irreversibles. Nuestra salud también está resultando afectada. La contaminación del aire está asociada al cáncer y enfisema pulmonares. Los venenos químicos arrastrados por el agua son una amenaza corriente a la vida de la naturaleza y del hombre. Los constructores parecen resueltos a cubrir de concreto toda la tierra. Todo esto ha comenzado a provocar respuestas adversas y a interferir con nuestra capacidad para lograr y conservar el NFO.

Influencias Socioeconómicas Una colega nuestra que ha trabajado mucho tiempo con peones migrantes, opina que los problemas de sus clientes se podrían resolver cabal y sencillamente: dándoles suficiente dinero para vivir. Con salarios decentes e ininterrumpidos podrían solventar sus necesidades educativas, médicas, sociales y ambientales. Hay muchos puntos de vista a este respecto, pero la colega bien puede tener razón en cuanto a sus propios clientes. Sin embargo, por lo general la mayoría de problemas complejos escapan las soluciones simplistas.

El conjunto de influencias que se señalan en la figura 2.1 constituyen nuestra ecosfera. El percatarnos de que para promover el NFO tenemos que tomar en cuenta los efectos de todos los factores que influyen sobre nuestros clientes, pone en evidencia que debemos tener una visión mucho más amplia de nuestras responsabilidades. Nuevamente el enfoque hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria nos obliga a considerar *todas* estas otras influencias puesto que es allí donde tienen que llevarse a cabo estas actividades preventivas. Esa es la razón principal para incluir en este libro capítulos sobre investigación, epidemiología, educación sanitaria, política y economía, seguro de salud y una diversidad de ambientes donde las enfermeras de Salud Comunitaria ponen en práctica estas destrezas y conocimientos.

También deberíamos dar una ojeada detenida a los componentes del sistema de prestación de servicios de salud más próximos a nosotras. Estamos comprometidos a hacer girar la atención del sistema hacia el cliente propiamente dicho. Un punto de partida es reflexionar muchos de los procedimientos que seguimos. Tales cambios no son fáciles ni se pueden poner en práctica sin considerable resistencia de parte de colegas y de las agencias empleadoras. Pero si estamos empeñadas en satisfacer las necesidades del cliente, tenemos que pensar más en ajustar nuestros horarios a la conveniencia del cliente en lugar de la nuestra. La mayoría de las personas trabajan de día, de lunes a viernes, como lo hacen la mayoría de las enfermeras en los departamentos de salud. Muchas eligen la salud comunitaria

por el horario de 8 a 5 con fines de semana libres. El sistema no está para atender a las necesidades de las enfermeras sino para servir las del cliente. Estamos de punto para que nos digan unas cuantas verdades cuando las voces de los clientes dominen en las evaluaciones de los servicios que les brindamos. Si de veras queremos participar en lo que está ocurriendo o en lo que podría ocurrir si nos empeñáramos, vamos a tener que concurrir a sesiones y reuniones a las 7:30 a.m. y a las 8 p.m. y en los fines de semana. Este es solo uno de muchos ejemplos posibles. Tenemos que mirar alrededor dentro de nuestro sistema y determinar qué otros cambios podemos y debemos hacer para propiciar el logro y conservación del NFO de nuestros clientes.

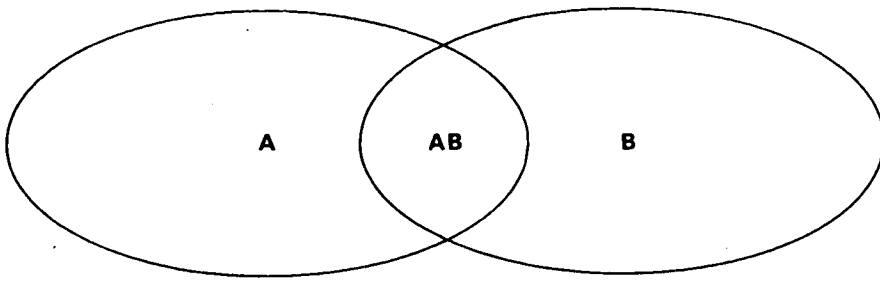
Intercambio

Se le sonríe a alguien y él responde con una sonrisa; ésto es un intercambio y ambos han quedado involucrados en una unidad básica de relación social. Las acciones tienen reciprocidad o sea acciones de respuesta. El otro entendió que la sonrisa indicaba intenciones amigables y, por lo general, a menos que hubiera una razón específica para no hacerlo, respondió de manera apropiada devolviendo la sonrisa. De esta manera la transacción se llevó a cabo suavemente. Si en respuesta a la sonrisa el otro hubiera girado y huído o hecho movimientos amenazadores, la respuesta nuestra habría sido probablemente de sorpresa y de extrañeza, ya que estas reacciones a una sonrisa habrían sido inapropiadas y por tanto inesperadas. Otra forma corriente de intercambio supone bienes materiales y es la base del comercio: se va a la tienda y se obtiene una docena de huevos, en cambio de los cuales se paga el precio estipulado. En el capítulo 7, sobre transacciones y juegos, se discuten ambos intercambios políticos. Así pues, en los intercambios pueden intervenir bienes materiales o bienes no materiales.

La figura 2.2 muestra un modelo de una relación de intercambio. En el modelo, el círculo A es la enfermera de Salud Comunitaria y el círculo B es el cliente; ambos círculos se sobreponen parcialmente para indicar así que la enfermera de Salud Comunitaria y su cliente dependen uno de otro. Las flechas en ambos sentidos entre los roles enunciados de la enfermera de Salud Comunitaria y del cliente que se han seleccionado, simbolizan que los roles son recíprocos y complementarios. Para ser maestro hay que tener un discípulo y para ser discípulo hay que tener algo o alguien de lo cual o de quien aprender.

Eisenstadt ha descrito algunos aspectos fundamentales de los intercambios (1965:32-35). Pueden ilustrarse para la enfermería de Salud Comunitaria como sigue:

Hay ciertas cosas materiales e inmateriales que no son intercambiables y hay que aprender cuáles son. Por ejemplo, los testigos de Jehová no consienten transfusiones de sangre en ningún caso. Los hábitos alimentarios, por cuanto constituyen parte integrante de la cultura o estilo de vida del cliente y por ende son en extremo renuentes al cambio, hacen mucho más compleja la asesoría respecto a

**ROLES DE A**

MAESTRO

ASISTENTE

ORGANIZADOR

PRESTATARIO
DE SERVICIOS

AUTORIDAD

PERICIA

ROLES DE B

DISCIPULO

CLIENTE

ORGANIZADO

RECEPTOR
DE SERVICIOSOBEDIENCIA O
COOPERACION

LEGITIMIDAD

FIGURA 2.2 Intercambio complementario y relaciones interdependientes.

dietas. Estos dos ejemplos ilustran casos de situaciones no intercambiables en los sentidos absoluto y relativo.

Una vez identificado lo no intercambiable, se pueden definir áreas de compromiso. El vegetariano militante no comerá carne por mucho que se le anime a hacerlo; he aquí algo no intercambiable. Si seguimos insistiendo lo más probable es que perdamos la influencia que podamos tener sobre esa persona en otras áreas. Reconociendo esto, sería prudente enseñar al vegetariano a mezclar fuentes no animales de proteínas de manera que pueda ingerir las cantidades y combinaciones apropiadas de amino-ácidos esenciales. Así el intercambio puede conducir a que el cliente ingiera una dieta adecuada sin empujarlo a cambiar su estilo de alimentación. La enfermera habrá cumplido su objetivo sin perder su relación ni sus oportunidades para otros intercambios con este cliente. El que el vegetariano acepte la dieta recomendada indica que otorgó legitimidad a la pericia de la enfermera haciendo lo sugerido por ella.

Los medios de intercambio varían con los tipos de personas o de instituciones que intervienen. En una economía de trueque, los medios de intercambio son generalmente en especie; la lechuga se intercambia por huevos. Servicios tales como el cuidado médico pueden ser pagados como pollos o trabajo del cliente en vez de dinero.

El desarrollo de diversos marcos de referencia, organizaciones y normas para el intercambio garantiza un funcionamiento relativamente tranquilo. Quienes necesitan transfusiones de sangre dependen de los donantes. Salvo en raras ocasiones —guerra, calamidades y en el cine— las transfusiones directas (intercambios) entre donante y receptor no se dan. En su lugar, las instituciones, sobre todo los bancos de sangre y los hospitales, desempeñan papel de intermediario en el intercambio. La presencia de estas instituciones intermediarias garantiza la disponibilidad de la cantidad precisa o del tipo exacto de sangre en el momento preciso, facilitando así la transacción mucho más de lo que sería si hubiera que encontrar el número preciso de donantes de sangre en el momento exacto en que el receptor lo necesitara. Las enfermeras de Salud Comunitaria desempeñamos una función similar a la del intermediario en nuestro papel de coordinadoras de servicios para asegurar que el cliente y el servicio se encuentren en el momento apropiado, y que cada cual sepa lo suficiente del otro como para poder hacer que el intercambio sea bien logrado.

La cuestión en cuanto a la introducción del concepto de intercambio es que es fundamental en nuestras relaciones con clientes y colegas. La relación enfermera-cliente se edifica sobre intercambios de reciprocidades como la pericia y la autenticidad, la enseñanza y el aprendizaje, la oferta de servicios y la recepción de servicios. Análogamente son intercambios nuestras relaciones con miembros de otras disciplinas de la salud. Obtenemos información del médico o del hospital acerca de un cliente, utilizamos esa información en nuestros intercambios con el cliente y retroalimentamos con información al médico u hospital acerca de estos intercambios. Así pues, vienen en ciclos, y cada intercambio lleva al siguiente. Teniendo en cuenta que no haya relación social válida que se base en transacciones unilaterales, deberíamos detenernos periódicamente y tomar nota del estado de nuestros intercambios con nuestros clientes y con los colegas. La consideración de nuestras relaciones con los clientes dentro del contexto de un modelo de intercambios, puede ayudarnos a ver los clientes como iguales nuestros y no como pacientes; como anteriormente lo indicábamos, este último término supone un papel de inferioridad respecto a la persona que ayuda. Si bien esta relación enfermera-paciente, médico-enfermera, superior e inferior, es tradicional, creemos que es inadecuada para nuestro énfasis en el cuidado enfocado al cliente, en el planeamiento con los clientes y no para los clientes, y en ayudar a los clientes a alcanzar y conservar lo que según su definición, no la nuestra, es su nivel funcional óptimo. Por tales razones, el intercambio es un componente apropiado de nuestro marco conceptual de enfermería en Salud Comunitaria.

Teoría de Sistemas

En el Capítulo 1, introdujimos la teoría de sistemas como instrumento para analizar y comprender como operan juntas las partes componentes de las organizaciones para contribuir a que el sistema logre objetivos previamente definidos. Fundamentalmente, un sistema es un conjunto de partes interactuantes e inter-

dependientes. Nuestro sistema digestivo, por ejemplo: comprende boca, esófago, estómago e intestinos. El mal funcionamiento del estómago viene acompañado generalmente de modificaciones del apetito y de la actividad intestinal, lo que ilustra el concepto de sistemas de que un cambio en un componente o subsistema afecta a otros subsistemas. Para referencia se da al final de este capítulo una lista de términos sobre sistemas. Vamos a utilizar la familia como ejemplo de sistema.

LA FAMILIA: MODELO DE UN SISTEMA ABIERTO

La unidad familiar es un ejemplo de sistema abierto como se ve en la figura 2.3. En este modelo, la familia aparece como una entidad en un medio o ecosistema con el cual interactúa, es decir, del cual obtiene sus insumos y al cual entrega sus productos. Esta interacción con su medio es la característica que hace de la familia un sistema abierto. Nuestro modelo de familia se compone de cuatro subsistemas: dos adultos, A y B, y dos niños, c y d.

El medio de la familia está constituido, las comunidades geográfica, social, educacional, económica, religiosa, política, ecológica, étnica y de intereses que la rodean y de las cuales es una parte o subsistema. Los insumos que entran a este sistema son cosas tan evidentes como sus ingresos, influencia de posiciones laborales y escuelas, y bienes y servicios que utiliza la familia. Entre los insumos más sutiles pero igualmente importantes que provienen del medio están los sentimientos de aceptación o de discriminación basados por lo menos en parte en las actuaciones de la familia o sus productos así como también en las actitudes predominantes en el medio respecto de "esos" tipos de familias. Un ejemplo de tales actitudes del medio hacia diferentes tipos de constelaciones familiares es la ordenanza municipal en una comunidad que prohíbe que más de cuatro personas sin parentesco de consanguinidad, adopción o matrimonio, convivan en la misma morada. Otras comunidades tienen leyes parecidas (Time, abril 15, 1974:104).

El funcionamiento interno de la familia es en extremo importante. La pérdida o la incapacitación de un miembro afecta profundamente a todos los demás miembros. Por tanto, si algo le pasa a A, el que gana el pan, podemos predecir que van a disminuir el apoyo emocional, financiero y social para los otros miembros de la familia y que van a estar sujetos a mayor stress. La incapacidad de A reduce el ingreso de la familia, ocasiona cambios en el equilibrio entre dependencia/independencia dentro de la familia, y en general aumenta la stress de toda la familia. La función más importante de la enfermera de Salud Comunitaria en el trabajo con sistemas familiares en época de crisis puede ser ayudarles proporcionando apoyo a los otros miembros. La conceptualización de la familia como sistema compuesto de subsistemas interactuantes e interdependientes, permite predecir esta necesidad de apoyo para los otros miembros de la familia. Las funciones de la enfermera de Salud Comunitaria, de conciliar familia y recursos en su comunidad, es un reconocimiento de que la familia misma es un subsistema del medio en que vive. Como tales, familia y medio no solamente intercambian bienes y

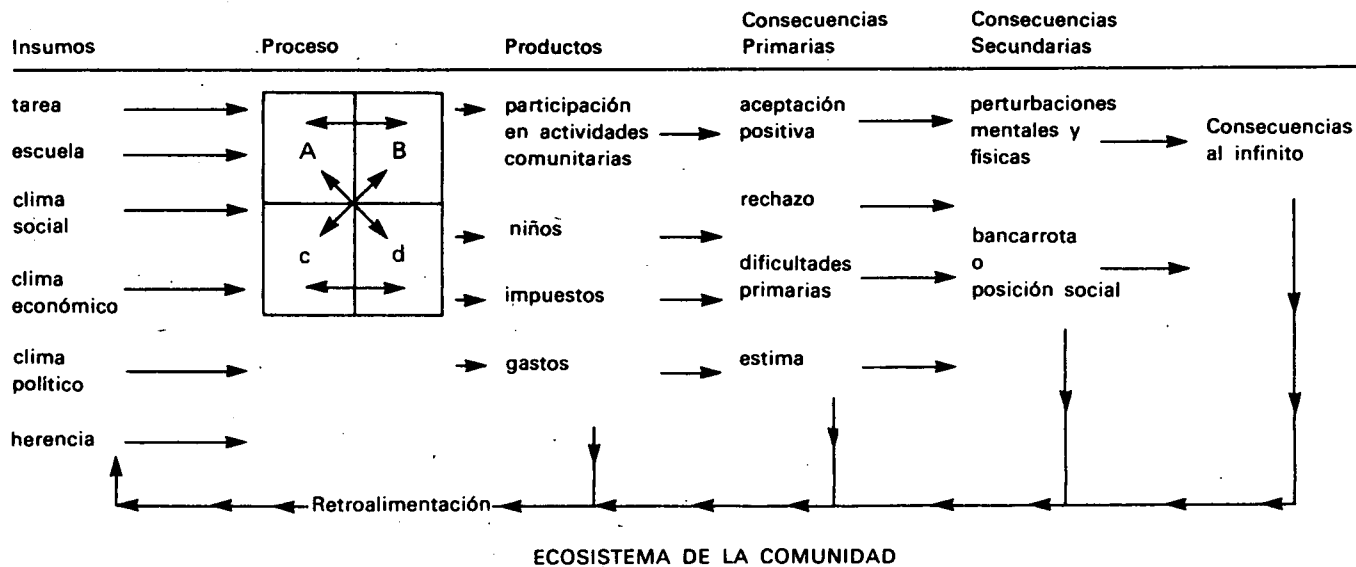


FIGURA 2.3 La familia como modelo de sistema abierto.

servicios sino que también son interdependientes. Si una familia pierde su ingreso hasta el punto de tener que buscar la asistencia pública para sobrevivir, su medio social/económico tendrá que hacerse cargo de ese costo.

Los sistemas familiares tienen metas y objetivos que tratan de alcanzar. El progreso hacia esas metas puede verse interrumpido por crisis internas o externas. A menos que alguna catástrofe las altere, la mayoría de las familias continúan en su marcha hacia ciertos tipos de metas, como ahorrar dinero para el pago inicial de una vivienda en los suburbios o en el campo, estimular a los niños a obtener buenas notas para que puedan seguir la enseñanza superior, planear las vacaciones del próximo año, un nuevo televisor o automóvil, o tratar de resolver cómo solicitar cupones de alimentos. Para trabajar efectiva y eficazmente con las familias, la enfermera de Salud Comunitaria tiene que conocer las metas de sus clientes. Ella puede ser la persona apropiada para facilitar el logro de algunas de estas metas.

Banathy señala que:

... El criterio clave mediante el cual se puede evaluar la efectividad o propiedad del funcionamiento de un sistema, es el grado en que la producción del sistema satisface el propósito para el cual existe (1968:13).

Así pues, si los productos de la familia corresponden a sus propios objetivos o razones de ser, entonces podemos decir que las actividades del sistema familiar han tenido éxito. Las enfermeras de Salud Comunitaria podemos aportar a los procesos de decisión de la familia basadas en nuestras relaciones con ella y en su reconocimiento de nuestro deseo de ayudarles así como en nuestra pericia para hacerlo. Hemos de recordar, sin embargo, que somos parte del medio de la familia y no parte del sistema de la familia. Así que hemos de respetar las metas y deseos de la familia y ayudarle a habérselas con los resultados y las consecuencias este-mos o no de acuerdo con sus decisiones. En todo momento debemos recordar que la familia es responsable de sí misma y de sus decisiones. Nuestra responsabilidad es suministrar a la familia o al individuo información sobre las alternativas y sus consecuencias. En último análisis, la familia, no la enfermera, es la que decide.

El sistema familiar interactúa asimismo con su medio en cuanto a sus productos. Estos productos comprenden la participación en actividades de la comunidad, la manera como la familia mantiene su casa y terreno adyacente o su apartamento, en suma, las acciones que emprenden los miembros de la familia. Para la mayoría de las familias, el producto final son los hijos, que eventualmente dejan la familia y entran al medio. De todos estos productos del sistema familiar, resulta una retroalimentación: La familia sabrá pronto de las actividades de todo miembro suyo que el medio juzgue notorio. Y esto puede ocurrir en forma de alabanza y encomio por un servicio particularmente valioso para la comunidad, o bien igualmente de vigorosa censura y crítica por un comportamiento que la comunidad desapruueba. Entre esos extremos está el vasto número de acciones que pasan

sin notarse, lo cual a menudo significa que todo va bien. En ciertas circunstancias, la falta de noticias son buenas noticias.

Los productos generan consecuencias, y los efectos como de onda o resultados geométricos de estos efectos se propagan. Las familias pueden verse enredadas entre circunstancias positivas y negativas como consecuencia de algunos productos de la familia. Personas que por razones de conciencia no participaron en la guerra de Vietnam, se vieron junto con sus familias envueltas en una serie de consecuencias, cuyo pleno impacto tardará años en comprenderse y más años todavía en aquietarse. La retroalimentación a estas personas y sus familias por sus actos, y las consecuencias de esos actos es mucho mayor de lo que muchos habían anticipado. Usualmente, las consecuencias de los actos tienden a tener mayor alcance que lo esperado. Esta es una razón para destinar tiempo y esfuerzo a tratar de comprender y anticipar las probables consecuencias del producto de los actos antes de ejecutarlos. Tales consideraciones acaso no alteren las acciones de la familia, pero pueden al menos preparar el sistema para algunos de los probables resultados, sean positivos o negativos. Las enfermeras de Salud Comunitaria que trabajan con familias, pueden desempeñar un papel de mucho valor ayudando a los clientes a considerar las consecuencias de sus actos. Podemos hacer esto planteando preguntas como "Si usted hace esto, qué cree que va a ocurrir inmediatamente, al mes siguiente o dentro de un par de años?". Tales preguntas pueden ayudar a la familia a concentrarse en la retroalimentación inmediata y en las consecuencias de mayor alcance.

Otro ejemplo a mayor escala de las consecuencias para el ecosistema o medio de un sistema debidas a los productos del sistema puede ayudar a comprender su importancia. Un hospital (sistema) ante las solicitudes de mejores salarios y los costos crecientes del material y los suministros (insumos) puede resolver aumentar sus tarifas a los clientes (productos). El resultado de los mayores costos hospitalarios (consecuencias) puede incluir reclamos más altos de seguros lo que a su vez causará un aumento de las primas de seguro. Algunos no podrán pagar las primas más altas y abandonarán su seguro. El cliente sin seguro puede ignorar lo más posible una enfermedad subsiguiente, y cuando busca cuidados, tendrá que pagar a expensas de su bolsillo lo mejor que pueda. La parte de costos que no puede pagar y para la cual no hay reembolso de otras fuentes, se carga a otros clientes y sus compañías aseguradoras. El efecto de onda entonces, comienza todo el ciclo nuevamente.

ANALISIS DE UN SISTEMA FAMILIAR

Las familias tienen una historia y un futuro igual que el presente en que las vemos. Al evaluar sistemas familiares, la enfermera de Salud Comunitaria debe considerar en términos de tiempo y etapas. La familia en etapa de crianza se está ampliando; las familias con niños mayores se están reduciendo. Las familias pueden hallarse en la cima de su capacidad para obtener ingresos, pueden hallarse

pobres, acaso apenas empezando o acaso ya jubilándose. Para comprender y por consiguiente poder trabajar con sus clientes, la enfermera de Salud Comunitaria, tiene que poder valorar de donde proceden y a donde van, así como también donde están ahora (Goode 1963; Haley 1971; Kay 1972; Skolnick 1971).

Churchman sugiere cinco consideraciones básicas para analizar un sistema (1968:33-34). Dentro de cada una indicamos preguntas que tal vez sean útiles al evaluar sistemas familiares.

Consideraciones de funcionamiento Aquí nos interesa qué tan bien y de qué manera funciona la familia. Como ocurre con todo sistema, la evaluación final tiene que hacerse en términos del grado en que el sistema logre sus metas predeterminadas.

¿Cuáles son las metas de la familia ahora; dentro de varios años? ¿Han variado éstas? ¿Por qué? ¿Son lo bastante claras como para poder medirlas?

¿Quién decide? ¿Colabora toda la familia para alcanzar lo que quiere hacer o hay un miembro dominante? Es más probable que el insumo de la enfermera de Salud Comunitaria tenga efecto, si trabaja con el miembro(s) que toma las decisiones en lugar de trabajar a través de otros miembros. Esto puede significar que la enfermera tenga que arreglárselas para visitar la familia por la tarde o en los fines de semana cuando quien decide o quienes deciden pueden estar presentes.

¿Qué cosas sacrificará a sabiendas el sistema familiar para obtener otras? ¿Cuáles son sus prioridades? Con frecuencia nos preocupamos por la manera como las familias utilizan sus recursos, generalmente porque pensamos que "debieran" proceder de este modo. Aún cuando pensemos que la buena alimentación y los cuidados dentales son esenciales, no por eso hemos de creer que nuestros clientes deben pensar igual. Si sabemos de donde está recortando la familia para ahorrar o para cualquier otra cosa, podemos estar en capacidad de ayudar con sugerencias de presupuesto, ideas de alimentos baratos, y remisión a recursos de la comunidad. Aún si no podemos ayudar, podemos explicar algunas probables consecuencias de sus acciones. Los padres suelen estar dispuestos a gastar dinero en la conservación o arreglo de los dientes de los niños, diciendo que de todos modos se van a caer. Podemos ayudarles a comprender que la probabilidad de dientes permanentes sanos se aumenta cuidando bien los caducos.

Consideraciones del Medio Todo sistema funciona en un medio que lo afecta pero al cual no controla.

¿Cuáles son las restricciones o los hechos cumplidos en el ambiente familiar? El ingreso de la familia es inadecuado para mantenerla, y por esta razón los miembros que la sustentan buscan trabajos adicionales. Hasta ahora no han podido conseguir nada. Esta es una restricción ambiental. La enfermera acaso pueda ayudar sugiriendo maneras de hacer que alcance el actual ingreso de la familia. A veces se pueden aliviar las restricciones del medio; otras veces hay que aceptarlas y ani-

mar a las familias a consagrar sus energías a cosas sobre las cuales puedan tener efecto.

¿Cuáles son las condiciones del medio sobre las cuales la familia no tiene control pero que están sujetas al menos en cierto grado, a la intervención de la enfermera? A menudo sabemos más sobre como funcionan otros sistemas en el ambiente de la familia; gracias a nuestra condición de profesionales y a nuestras conexiones con la agencia, a menudo tenemos cierto tipo de acceso a estos sistemas, acceso que los clientes simplemente no tienen. Podemos tal vez ayudar a una familia a superar el papeleo del departamento de bienestar, particularmente si conocemos a alguien en el departamento. Muchas veces podemos ayudar a las familias a habérselas con las fuerzas del medio preparándolas con anticipación para las clases de obstáculos de procedimiento que van a enfrentar.

Consideraciones de recursos En esta parte del análisis interesa ayudar a nuestros clientes a lograr el máximo con lo que tienen.

¿Cuáles son los recursos de la familia? Se han de tener en cuenta no solo los recursos materiales sino también las destrezas y dotes, así como también las limitaciones de cada miembro. Muchas de estas consideraciones se estudian en el capítulo 12 que trata del cuidado de enfermería en el hogar. Ayudar a la familia a comprender hasta donde está protegida por su seguro de salud, es otra manera como las enfermeras de Salud Comunitaria pueden ayudar a las familias a lograr el máximo con sus recursos.

¿Qué recursos alternativos pueden ser movilizados para la familia y utilizados por ella? En tiempos de crisis, la ayuda del medio puede darse por hecha. Al morir o nacer un miembro de la familia, amigos y parientes suelen apoyar la familia, pero estos recursos para las crisis son por lo general de corta duración. A las familias que tienen necesidades de larga duración tales, como enfermedad crónica o invalidez, les es más difícil encontrar ayuda. En el capítulo 12 se puede ver como buscar recursos en la comunidad.

Las crisis financieras son comunes a todos nosotros. Los clientes buscan a menudo tomar dinero en préstamo para hacer frente a obligaciones especiales y corrientes. Muchas personas no se dan cuenta de las diferencias entre las tasas de interés bancario y las de las compañías de préstamo, a pesar de que exista la Ley de Honestidad en los préstamos. Tenemos que recordar que las familias suelen hacer decisiones menos que sensatas en situaciones de crisis. En su prisa por conseguir fondos, pueden dirigirse a fuentes de dinero rápido que cobran tasas exorbitantes. El crédito financiero de un cliente puede ser modesto y ésto lo descalifica para obtener préstamos bancarios corrientes. Muchas personas se intimidan de tal modo ante los organismos ortodoxos de préstamos, que prefieren negociar con el amistoso usurero del vecindario. Podemos ayudarles a comprender en qué se están metiendo si por lo menos les preguntamos qué planes tienen.

¿Quién decide en la familia cómo y cuándo se van a emplear los recursos? Hay que trabajar con quienes toman las decisiones como antes se observó, pues la pla-

neación en que no intervienen los que realmente deciden sobre distribuciones de recursos de la familia, está destinada a no tener éxito. La mayoría de las enfermeras de Salud Comunitaria trabajan para organismos cuyas horas de servicio coinciden con las horas normales de trabajo de la semana, y así las más de las otras personas están también trabajando. No es realista, sobre todo cuando los recursos escasean y se necesitan más, esperar que los miembros que trabajan en una familia arriesguen la paga de un día para dejar el trabajo y participar en una reunión de planeación. Lo mejor sería que modificáramos nuestros propios horarios para poder efectuar la reunión.

Consideraciones respecto al Subsistema Aquí se trata de quiénes conforman los subsistemas de la familia y cómo funcionan éstos.

¿Quiénes son los componentes de la familia? La familia es una unidad funcional o sistema. Este concepto permite considerar un individuo aislado como una familia que cumple sola muchas o todas las tareas que son parte de la vida familiar. No todos los que tienen el mismo apellido o que viven bajo el mismo techo son necesariamente miembros funcionales del sistema familiar. La madre de tres niños se ha vuelto a casar recientemente. El nuevo padrastro no toma parte en las decisiones, actividades o disciplina de la familia. Su respuesta es siempre "pregúntale a tu mamá". Se comparten pocas funciones tales como la socialización de los niños y el apoyo para ello. Al trabajar con esta familia, la enfermera de Salud Comunitaria debe comprender cómo funciona o no cada persona en el sistema y cómo afecta esto a los otros miembros y al sistema como un todo.

¿Cómo interactúan los componentes del sistema familiar? La enfermera de Salud Comunitaria está en excelente posición para evaluar de qué modo interactúan los miembros de la familia. Como forasteros, nuestros intereses creados difieren de los de la familia como unidad y de los de sus miembros, y por tanto nuestra perspectiva en la mayoría de las situaciones es diferente de la de ellos. La enfermera de Salud Comunitaria tiene que conocer a fondo la dinámica familiar (Ackerman 1966; Delora 1972; Hadden y Borgatta 1969; Otto 1970; Satir 1967). Hay familias que suelen jugar o hacer trucos, algunos con efectos perjudiciales para algunos de sus miembros (Berne 1964).

La ayuda que se dé a miembros de la familia para que caigan en cuenta de la manera cómo sus actos pueden perturbar el nivel funcional óptimo de otro de sus miembros, con frecuencia los capacita para que se interesen por cambiar. Por ejemplo, al evaluar el desarrollo de un niño, la enfermera tiene muchas oportunidades de hablar con los padres sobre las maneras de reforzar ciertos comportamientos y de eliminar otros. Podemos aconsejarles sobre técnicas de modificación del comportamiento (Loomis y Harsley 1974; Reese 1966). En este tipo de situación, nuestro papel es de intermediario, ya que nuestro interés reside en ayudar a la familia a mejorar su nivel de función y no se extiende a "tomar partido" ni por los hijos ni por los padres.

Consideraciones Administrativas ¿Aquí el asunto es cómo se puede mejorar la administración o marcha de la familia? Habiendo dado los primeros cuatro pasos en el análisis, estamos listos para sugerir formas en que la familia puede aumentar su rendimiento y su eficacia como sistema. Compartir nuestras observaciones con la familia puede contribuir al insumo de información que sus miembros utilicen para decidirse a modificar su funcionamiento.

Planeación

PLANEACION CENTRADA EN EL CLIENTE

Nadie está más interesado en los resultados del proceso de planeación que quienes van a ser afectados. Esto se aplica tanto al planeamiento del transporte público, como al de los servicios de salud. Se hace mucha planeación sin el conocimiento de las personas a quienes afecta, y mucho más sin su participación, a menos que la situación sea de aquellas en que la gente "para quienes se planea" tengan poco que elegir salvo aceptar lo que se les ofrece, es muy posible que haya rechazo de parte de aquellos a quienes se les dice lo que les va a acontecer. Creemos que la gente debe tener la oportunidad de participar en decisiones que les afecten.

En nuestra opinión, la planeación es un proceso cooperativo. Los clientes o usuarios deben intervenir activamente en deliberaciones y decisiones, selección de opciones y evaluaciones de resultados y consecuencias. Esta postura está claramente expuesta en la Ley Pública 89-749 "Enmiendas de 1966 al Planeamiento de la Salud Global y el Servicio de Salud Pública" y es una de las razones para que esta Legislación haya llegado a conocerse como el "consorcio para la Salud" (1966-67). La puesta en práctica de la representación de la comunidad en juntas de planeación ha sido siempre algo de lo que es más fácil hablar que lograr. En el pasado, los intentos para lograr representación comunitaria resultaban en el reclutamiento de un ejecutivo o líder social que pudiera hacer trabajo voluntario. También atraía a personas que tenían intereses creados en lo que el grupo estaba llamado a resolver.

Se han hecho esfuerzos para buscar representantes de otros segmentos de la población para participar en juntas y comités de planeamiento. Además, se puede obtener mayor intervención de la clientela total mediante juicios públicos y plebiscitos sobre cuestiones decisivas. Aun más importante es el control por parte de los usuarios, de los resultados del proceso de planeación.

Muchos esfuerzos de planeamiento se fundamentan en el deseo de involucrar al pueblo en actividades que producen cambios. Ross define tres factores o escalas a tomar en cuenta cuando se trabaja con la población en actividades relacionadas con el proceso de cambio (1967:27-39) (Figura 2.4).

Escala del Tiempo Es una secuencia ininterrumpida entre un plazo escaso de

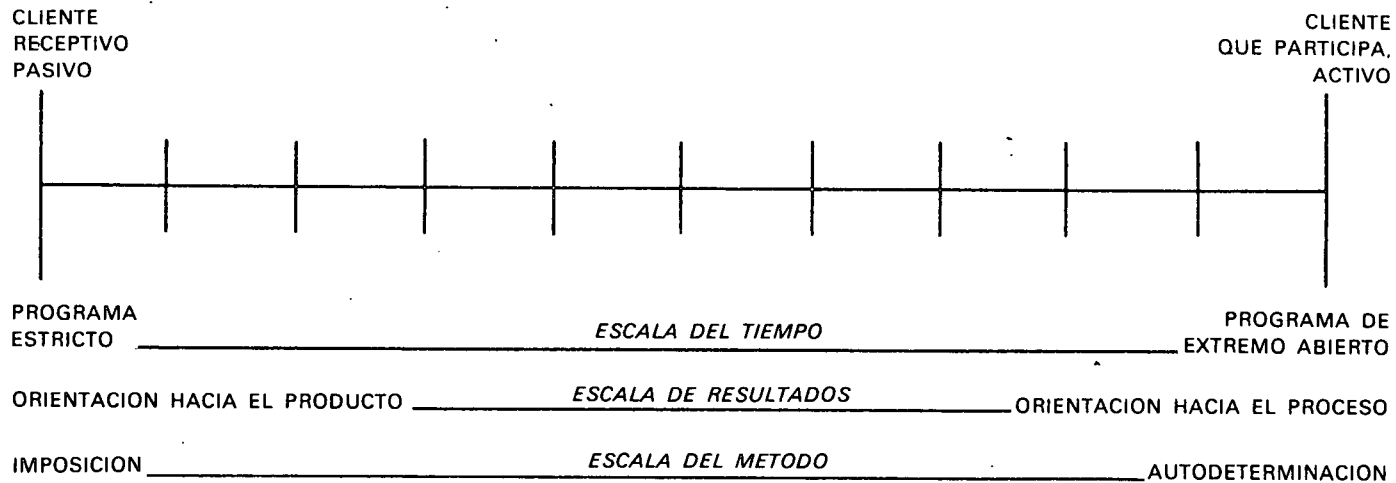


FIGURA 2.4 Influencias sobre la participación del cliente.

tiempo y un plazo indeterminado o suficiente. Las limitaciones de tiempo estrictas son apropiadas para situaciones de emergencia o cuando se tienen que cumplir otras acciones en una secuencia determinada. En otras situaciones, la gente puede tomarse el tiempo que necesite para preguntar y debatir antes de llegar a una decisión respecto al camino a seguir. Por ejemplo, para que el planeamiento del alta sea efectivo, tiene que completarse antes de que el cliente se vaya a su casa, y así pues, tiene un límite estricto de tiempo. La cirugía selectiva se puede programar cuando sea conveniente, y así la planeación al respecto es menos dependiente del tiempo. Como el tiempo es con frecuencia un recurso variable, la mayoría de las situaciones de planeación caen un tanto hacia el medio de la escala de tiempo, especialmente si alguna vez se va a hacer algo.

Escala del Objetivo La orientación hacia el producto está en un extremo de esta escala y la orientación hacia el proceso está en el otro extremo. El enfoque hacia el producto quiere decir que nos preocupa un resultado específico, mientras que un enfoque hacia el proceso trata del aprendizaje para hacerlo. Una reunión que trate de asuntos en la agenda procederá con estilo y ritmo distintos que una reunión convocada para enseñar a los miembros del grupo procedimiento parlamentario o proceso de grupo. En el primer caso, el objetivo tiene orientación a la tarea, pues se concentra en cumplir la agenda. El último trata de ofrecer a los participantes una experiencia que pueda utilizar en otras circunstancias.

Escala del Método Hay consenso bastante generalizado de que las personas que intervienen en una decisión más inclinadas a realizarla que las personas sobre quienes se impone una decisión. Una reacción frecuente a los intentos de imponer algo es la aceptación pasiva mientras la autoridad esté presente, seguida prontamente de la acción opuesta cuando se va el opresor. Un niño a quien se prohíbe comer dulces antes de la cena, obedece mientras la madre esté presente; en cuanto ella vuelve la espalda el niño corre a atiborrarse.

Como ocurre con las secuencias ininterrumpidas hay muchas posiciones entre los extremos y la mayoría de las actividades se aglomeran hacia el centro. Consistiendo nuestro quehacer en ayudar a los clientes a alcanzar y mantener su nivel funcional óptimo, creo que las probabilidades serán mejores si aglomeramos nuestras acciones al lado derecho de la escala.

Un ejemplo de los distintos papeles que desempeñan los trabajadores en Salud y los usuarios de estos servicios se encuentra en el proverbio: dad a un hombre un pez y satisfecerá su hambre por un día; enseñadle a pescar y satisfecerá su hambre para siempre. Generalmente es mucho más rápido dar algo a un cliente que enseñarle a hacerlo él mismo. Este es un ejemplo de las escalas de tiempo y objetivo. Si, además, decidimos que reciba pescado y no ave, le estamos imponiendo nuestra decisión. Las actividades que se acumulan hacia el lado izquierdo de la secuencia ininterrumpida, colocan al prestatario de servicios en un papel más activo y a los usuarios en uno pasivo o de receptor. El hacer esto conlleva una

probabilidad más bien alta de que el consumidor no pueda hacer las cosas por sí mismo y de que siga dependiendo del proveedor para hacer frente a sus necesidades (ver capítulo 16).

Enseñar al hombre a pescar, en cuanto ha decidido que realmente quiere aprender, y permitirle aprender a su propio ritmo, son actividades del lado derecho de la escala. Una experiencia de aprendizaje exitosa se puede modificar y transferir a otras situaciones. Dada la amplitud de las influencias ya vistas sobre el NFO de las personas, los prestatarios de servicios no siempre pueden estar presentes para "hacerlo por" sus clientes, y por ésto los clientes no solo deben ser estimulados sino ayudados a asumir más responsabilidad por sí mismos. Estas son las razones que basan nuestro cometido de ayudar a los clientes a volverse tan autosuficientes e independientes como sea posible. También estamos convencidas de que la mayor intervención del cliente es vital en todo el sistema de prestación de servicios de salud. Un riesgo de la participación comunitaria, sobre todo al principio, es que se subestime la contribución del profesional. El valor del profesionalismo reside precisamente en el área del conocimiento especial. Cuando este se necesita, el consumidor está en su derecho de insistir en que el profesional cumpla su tarea pero no en que dirija toda la empresa. En ningún momento es la intervención y la participación del cliente más importante que en el proceso de planeación.

Siento tener que añadir una advertencia aquí. No todos los que ejercen una función, comprendida las enfermeras, administradores u organismos están de acuerdo en todo, mucho menos en el valor de la participación del cliente en la planeación. Mi experiencia también me lleva a creer que ni siquiera todos estamos de acuerdo en el valor de la planeación. Las actitudes hacia el-uno-sobre-el-otro que persisten en nuestro sistema de servicios de salud y en nuestras estructuras sociales, hacen difícil, si no casi imposible, la colaboración significativa entre profesionales y clientes y de los profesionales entre sí. Hay pruebas de que muchos tipos de colaboración se están volviendo predominantes, si no ya generalizados. Si tanto profesionales como clientes pueden comprometerse en el logro de la meta suprema de promover el nivel funcional óptimo para todos, es posible hallar maneras de laborar juntos y de suministrar los servicios que se requieran de modo equitativo y dignificante.

PROCESO DE PLANEACION

El esquema siguiente del proceso de planeación es engañoso; en el papel, cada etapa parece como una unidad bien definida, separada de las otras. En realidad las cosas no ocurren así. Se observa que ninguna etapa es separada, todas se superponen, y hay muchos movimientos de retroceso y de avance entre ellas. Al ir estudiando e ilustrando cada etapa, esta superposición se hará más patente. En la práctica efectiva, la planeación no es una actividad lineal que comience en el punto A y marche en línea recta pasando por todos los demás puntos hasta llegar al extremo final.

La planeación es más bien como un sistema en el cual cada etapa es un subsistema en sí. La interdependencia y la interrelación de subsistemas debe prepararnos a esperar que toda etapa del proceso se verá sujeta a modificación como resultados de la retroalimentación resultante de las actividades en todas las demás etapas. Desalentador como pueda parecer, la planeación, como la mayoría de otros procesos, exige que se ejecuten muchas etapas o elementos simultáneamente.

No obstante, para llegar a cierto orden en la presentación, vamos a delinear las etapas y a tratarlos luego una por una. Las etapas son:

1. Definición de los objetivos precursores o predominantes.
2. Valoración inicial.
3. Definición inicial de objetivos y de criterios de evaluación.
4. Evaluación de tendencias pasadas, realidades actuales y futuros deseados.
5. Elección y ordenación de necesidades y prioridades.
6. Evaluación de cursos alternos de acción y de sus probables consecuencias.
7. Redefinición de objetivos, criterios de evaluación y prioridades.
8. Formación del plan.
9. Puesta en práctica.
10. Evaluación de resultados según los criterios definidos previamente.
11. Redefinición de objetivos, criterios de evaluación y prioridades.
12. Evaluación de tendencias pasadas, realidades actuales y futuros deseados.

Las etapas 11 y 12 del proceso del ciclo A son las etapas iniciales en el ciclo B. Así pues la planeación es un proceso continuo. Ahora vamos a estudiar cada etapa del proceso, teniendo en cuenta que las etapas son subsistemas y que por tanto influyen y se ven influidas por todas las demás etapas o subsistemas (ver Figura 2.5).

Definición de Objetivos Precursores o Predominantes Objetivos precursores son los objetivos o valores que ejercen influencia en todas nuestras actividades. Ya he expuesto mi firme creencia en la necesidad y el valor de la planeación enfocada en el cliente. Estamos más conscientes de algunas de estas creencias y valores que de otras. Por ejemplo, valores tales como “el cuidado de la salud es un derecho de todos, no privilegio de los ricos” y “todas las personas tienen igual valor independientemente de su edad, sexo, antecedentes étnicos, clase o grado de capacidad o de incapacidad, o cualquier otro factor”, se basan en creencias muy diferentes de las que fundamentan valores comparables como “el cuidado de la salud es un bien que hay que comprar” y “ciertos grupos de personas son más valiosos para la sociedad y por tanto deberían tener acceso preferente a servicios de excepción. Estos dos conjuntos de valores precursores dan lugar a objetivos, prioridades y criterios de evaluación muy distintos. Cuando en un mismo ecosistema operan conjuntos de valores en pugna, habrá desacuerdos necesariamente. Los conflictos en valores y creencias son inevitables y deseables, pues si todos pensá-

ramos lo mismo, la vida sería muy monótona y habría pocos cambios. Pero se pueden encontrar algunos terrenos de acuerdo sobre los cuales pueda tener lugar la acción para satisfacer las necesidades del cliente, si es que los protagonistas de los diversos bandos pueden convenir en que satisfacer las necesidades del cliente es más importante que salirse con la suya en las cuestiones debatidas (Bondurant 1958).

Tenemos que comprender nuestro propio sistema de valores, ya que influye en la manera como consideremos todo. Tenemos valores personales y profesionales. El proceso de hacerse enfermera es un proceso de socialización dentro de un conjunto de valores bastante uniforme. Por eso vemos el mundo a través de cristales "color de enfermera". Puede haber discrepancias entre nuestros objetivos personales y profesionales. Podemos, por ejemplo, sostener una creencia personal en la absoluta igualdad de valor entre los seres humanos, pero si trabajamos con clientes sometidos a diálisis renal, vemos que los pocos que pueden recibir los servicios existentes se han seleccionado de acuerdo con cierta escala de valores relativos. Los de valor "inferior" no son aceptados para diálisis o trasplante y entonces es probable que mueran antes que los que han sido aceptados. Tal conflicto puede crear insoportables tensiones internas que hemos de resolver de alguna manera.

También debemos estar conscientes de que hay diferencias entre lo que creemos como personas y lo que realmente hacemos. Las interpretaciones de nuestros actos difieren según los valores de quienes los están interpretando. La madre de una persona probablemente considera los actos de ésta desde una perspectiva muy diferente de la del inmediato supervisor de esa persona.

Las organizaciones para quienes trabajamos también tienen objetivos basados en valores. Una manera de comprobar los objetivos reales de un sistema es buscar los objetivos por los cuales el sistema sacrificaría a sabiendas otros objetivos. El presupuesto de un organismo es un buen lugar para comenzar a evaluar los objetivos reales. Por mucho tiempo hemos aconsejado a nuestras colegas leer las metas y objetivos declarados de una organización y luego estudiar el presupuesto de la misma. Si están en desacuerdo, hay que creerle al presupuesto. La manera como un sistema distribuye sus recursos es la prueba decisiva en cuanto a sus objetivos reales. Es pues obvio que una de las maneras más rápidas de hacerse agente de cambio, es obtener el control del proceso de presupuestación, meta ésta que atrae algunas enfermeras a la administración.

Los objetivos precursores o predominantes, pues, son las guías y sistemas de creencias que dan tono a lo que hacemos y a la manera como vemos el mundo. Tenemos que estar conscientes de nuestras metas, y al hacerlo, modificarlas de acuerdo con las necesidades. Las metas son más generales y abarcan más que los objetivos, de los que se tratará en breve.

Valoración Inicial Esta es la etapa que inicia cada ciclo subsiguiente en el proceso de planeación. Como ya se vió, las metas precursoras son generales y bastante estáticas, de modo que marchamos dentro del amplio marco que ofrecen. En esta

valoración inicial, determinamos que todo no es lo que nosotros y los demás pensamos que era o queríamos que fuera. Se necesita pues un cambio. La información que se recolecta en este punto puede estar relativamente fuera de foco. Tenemos una sospecha o idea de que hay algo en una de nuestras familias que necesita más estudio, o bien nos damos cuenta de la necesidad por remisión de otro organismo. Por ejemplo, una referencia procedente del hospital indica que un miembro de una de las familias clientes nuestras va a ser dado de alta y necesitará atención en el hogar. La valoración inicial supone comunicarse con la familia del cliente, visitar la casa, hablar con el cliente, intercambiar información con el médico y en general valorar la situación. Todos estos datos junto con nuestras metas y creencias sobre "buenos cuidados al cliente" se combinan para darnos nuestros objetivos básicos para empezar a planear con el cliente, la familia y los demás implicados para ayudar en el proceso del NFO (ver capítulo 12).

Definición Inicial de Objetivos y Criterios de Evaluación La relación entre metas, objetivos y criterios de evaluación se puede visualizar como un paraguas abierto. Las metas son la parte superior o cubierta del paraguas. Los objetivos son los soportes o costillas que dan su forma a las metas o cubierta del paraguas. Las costillas se reúnen para formar el mango, el cual representa los criterios con qué evaluamos el grado de éxito que tenemos en el logro de los objetivos del plan.

La meta al planear con la familia cuyo miembro va a salir del hospital, es la de promover y conservar el NFO de la familia. Esta meta es demasiado general para ser medida en una situación específica, y aquí es donde los objetivos resultan útiles. Los objetivos son declaraciones específicas y medibles de los que planeamos hacer (Mager 1967). Describen de qué manera vamos a proceder para alcanzar nuestras metas. Nuestros objetivos con la familia del cliente son los de disponer la casa de manera que el miembro enfermo tenga el reposo que necesita, tenga privacidad suficiente, y que con todo, no quede aislado de la familia. Esto puede significar intercambio de alcobas para que el cliente quede más cerca del baño, conseguir una silla de ruedas en alquiler para que se pueda mover por la casa, y colocar barandas y otras ayudas en el baño para que se pueda mover con facilidad.

Los criterios de evaluación se fijan para determinar hasta qué grado logramos lo que nos propusimos hacer. ¿Dispusimos bien la casa, conseguimos la silla de ruedas, modificamos el baño? Son preguntas que se pueden responder objetivamente. También se deben considerar criterios subjetivos. ¿Nuestras intervenciones y modificaciones ayudaron a los clientes a habérselas con la situación? El cliente es el único que puede realmente evaluar este tipo de criterio subjetivo. Es esencial obtener tal evaluación. Nuestras intervenciones pueden ser técnicamente muy correctas y adecuadas desde un punto de vista objetivo, pero pueden ser inadecuadas desde el punto de vista del cliente. Hemos de hacer evaluaciones tanto profesionales como del cliente, para así poder modificar nuestros objetivos y las maneras como evaluamos su logro.

Valoración Vamos a tratar extensamente de la valoración, pues es una base para evaluar alternativas, formar planes y evaluar sus resultados (Blum 1974:160-217). La valoración supone examinar tendencias pasadas, realidades actuales y futuros deseados. Se ilustra en la tabla 2.1. A nivel personal, la valoración ocurre en nuestras consideraciones de lo que hemos hecho, estamos haciendo, y queremos hacer. En algún sitio a lo largo del camino cada una de nosotras eligió la enfermería como carrera. Muchos factores influyeron en nuestra decisión. Algunos fueron las realidades de nuestra situación en el momento, tales como la oportunidad de entrar a una escuela de enfermería, imposibilidad de hacer otra cosa, etc. Para muchas de nosotras, las experiencias pasadas con enfermeras o en calidad de pacientes también influyeron en nuestro pensar. También intervinieron en nuestra decisión la percepción de los tipos de futuros que queremos y las probabilidades de alcanzarlos. Igual proceso sucede en todas las valoraciones.

Nuestro modelo de valoración está colocado en un continuo de tiempo desde el pasado al futuro. Vamos a aplicar este modelo a la valoración de una familia. Pri-

TABLA 2.1 La Etapa de Valoración en el Proceso de Planeación

Tendencias Pasadas + Realidad de lo que "es" + Planes Futuros = Evaluación

<i>Tendencias</i>	<i>Realidad de lo que "es"</i>	<i>Planes Futuros</i>
Experiencia de individuos, grupos, comunidades	Indicadores	Enfoque Normativo
—periodo de tiempo suficiente para observar los cambios que han ocurrido	"Problemas"	perspectiva —"debiera ser"
—intervalos de tiempo suficientemente cortos para no dejar pasar desapercibidos los cambios ni enterpretar mal las estructuras o posibles relaciones de causa a efecto.	Necesidades y deseos	Planeación desde un futuro deseado
	—observaciones	
	—Estadísticas y otras fuentes de datos	Enfoque Explorativo
	—Intercambio de datos con otros organismos u otro personal	perspectiva —"podría ser"
	—Declaraciones de individuos	—Planeación de futuros deseables considerando medios alternos
	—Confirmaciones por personas que intervienen	
<i>Pasado</i>	<i>Presente</i>	<i>Futuro</i>
ESCALA DE TIEMPO		

mero consideramos el pasado de la familia. En ello entran las historias de los miembros individuales de la familia igual que las experiencias de toda la familia como una unidad. En ciertos casos puede ser necesario considerar solamente el tiempo que la familia ha estado reunida; en otros se necesita un marco temporal más prolongado. La decisión sobre cuál es el tramo adecuado de historia pasada que hay que considerar, es cosa que debe ajustarse a cada situación. Los intervalos deben ser suficientemente largos y suficientemente cortos para permitirnos ver los cambios. En una familia en la cual un miembro sufre de alergias, tenemos que conocer las historias de alergias en la infancia de los padres así como también las historias de sus progenitores. Muchas alergias son hereditarias pero tienden a "saltar una generación". También hay interés en saber los intervalos con que se presenta la alergia, como solo en primavera, tras ciertos alimentos, en presencia de animales o bien a toda hora. Estos datos nos dan claves valiosas sobre el tipo de alergia que puede tener la persona, y partiendo de ésto podemos empezar a aconsejar la familia sobre lo que hay que hacer.

La evaluación del presente trata de responder a la pregunta: ¿"Qué es lo que está ocurriendo realmente aquí en este momento? El método de campo para la recolección de datos ofrece instrumentos ideales para esta fase de nuestra valoración (Schatzman y Strauss 1973). Las enfermeras de Salud Comunitaria hacen generalmente el primer contacto con individuos y familias como resultado de una remisión o la demanda de un tipo específico de servicio. La confirmación y la información adicional pueden buscarse en el organismo que hace la remisión tanto antes como después del contacto con el cliente. La información de resultados con regularidad a la entidad remitente es componente esencial de la continuidad de cuidados para nuestros clientes, y el mantener esta continuidad es en gran parte responsabilidad nuestra. También debemos buscar confirmación del cliente. Nada es más embarazoso que una visita de pre-parto después de una remisión, sólo para saber, tras haber anunciado la razón de la visita, que la cliente no está en ese momento ni está pensando en embarazos. Una manera de averiguar lo que realmente está pasando es preguntar al cliente cómo define su problema o necesidad. "¿Tiene usted realmente problemas con su dieta? El doctor dice que sí. ¿Qué piensa usted? Preguntas así pueden ayudar al cliente a expresar lo que piensa sobre su dieta u otra cosa, y también nos proporcionan un punto de partida.

Al evaluar la situación actual, buscamos obtener información pertinente de muchas fuentes, y esto puede llevarse a extremos ridículos de modo que todo nuestro tiempo se utilice valorando, sin que quede tiempo para poner en ejecución los planes. No se puede obtener *toda* la información pertinente, y por tanto esta ha de ser selectiva y hemos de estar constantemente alertas a otras informaciones que pueden aparecer ulteriormente.

En los *planes futuros* (Blum 1974:186-208) se considera primero un "debiera ser" *normativo* basado en nuestros valores y creencias. Estas ideas normativas conforman el escenario utópico en nuestros cerebros de como debería parecer el

futuro. Ejemplos de utopías de otras personas son *Walden Two* (Skinner 1960; ver también More 1973; y Huxley 1958). Muchos de nuestros futuros deseados se expresan en términos negativos. "No debiera haber tanta contaminación, congestión de tráfico y ruidos en áreas urbanas". Las utopías no son realistas y por tanto no pueden realizarse; pero nuestro futuro normativo deseado basado en valores, excluye ciertas posibilidades por inaceptables y deja muchas para exploración posterior. Estas son las opciones que toma en consideración el enfoque *explorativo* al sopesar alternativas para alcanzar un futuro tan próximo al normativo como sea posible. Volviendo a nuestra selección de la enfermería como carrera, para la mayoría de nosotras otros campos eran por lo menos igualmente dignos de ser considerados antes de tomar una decisión. Entre las razones para descartarlos estaba la de que no nos permitía acercarnos a nuestra utopía. La combinación de un futuro deseado normativo y la selección de la alternativa que más probablemente nos acercaba a esta meta, contribuía a determinar nuestro "ha de ser" futuro que luego seguimos para hacerlo real.

Cuanta más gente entre en el proceso de valoración, más insumos se obtendrán acerca del presente, y sobre los futuros deseados e indeseados. Este margen de opinión es esencial para la planeación sólida. La atención permanente a este tipo de información en todo el proceso, permite a los que planean ajustar y corregir su marcha con base en la realimentación y nuevos datos. La valoración es pues un proceso continuo.

Elección y Orden de Necesidades y Prioridades Las necesidades se hacen manifiestas rápidamente a medida que estudiamos y analizamos los datos generados en la etapa de valoración. Preferimos el término "necesidades" al de "problemas" y definimos las necesidades como discrepancias entre lo que *es*, según se ha determinado en la etapa de valoración, y lo que *debiera ser* según queda definido por la combinación de las concepciones normativa y explorativa de un futuro deseable.

Hay siempre mucho más por hacer de lo que posiblemente pueda hacerse. Antes de organizar las necesidades en el orden de su importancia relativa, hay que apelar a un proceso de filtración o clasificación que nos ayudará a seleccionar las áreas donde es mayor nuestra posibilidad de intervención. Este proceso de filtración se basa en el principio económico de los costos de la oportunidad, que significa sencillamente que los recursos que se gastan para un tipo de bienes o actividad, no se pueden ya gastar para ningún otro (ver capítulo 7). El proceso de clasificación o filtrado que recomendamos se basa en una jerarquía de necesidades y debe seguir directrices como estas:

Hay necesidades por las cuales nada se puede hacer. Hemos de reconocer esta realidad y dirigir nuestros esfuerzos a otras necesidades que pueden modificarse. Es estúpido golpearnos la cabeza contra una pared a expensas de otras que podríamos alterar pero para las cuales no quedarán energías. Muchas políticas en un organismo para el cual trabajemos demostrarán ser demasiado restrictivas e interferir con lo que creemos son nuestras responsabilidades para con nuestros

clientes. Es relativamente infructuoso para las enfermeras individualmente, en particular en calidad de miembros subalternos del personal, intentar cambiar políticas. Los grupos de enfermeras pueden tener un gran peso, y lo están teniendo, sobre el cambio en muchos organismos e instituciones. Recuérdese el principio de la fuerza de la unión. A menudo podemos influir en las directrices según las cuales se interpretan las políticas y ser así capaces de laborar productivamente con clientes dentro de las políticas trazadas por el organismo.

Ciertas necesidades se resuelven por sí mismas con el tiempo, sin intervención alguna. Tenemos que reconocerlas y dejarlas que se resuelvan. "Un resfriado dura dos semanas sin tratamiento; con tratamiento dura una quincena". Individuos razonablemente tienen amplios recursos para manejar el alcance usual de las tensiones. Insistir en intervenir es mala distribución de energías y puede crear realmente problemas que no existían antes. Muchas alergias a la penicilina se deben al uso de antibióticos en enfermedades no susceptibles a los mismos o en cantidades inadecuadas para la terapia.

Ciertas necesidades exigen más recursos, por ejemplo, tiempo, dinero, personal, de los que razonablemente podemos dedicarles. El tratar de hacer frente a estas necesidades, es algo por tanto que hay que hacer a expensas de otras actividades. Suele ocurrir que las actividades inevitables son aquellas para las cuales nuestro potencial de productividad es máximo. Ilustración clara de esto es la clasificación que se hace en las calamidades, en cuyas condiciones se distribuyen los recursos exactamente de manera opuesta a como se hace en el resto del sistema de prestación de servicios de salud. En una calamidad, las víctimas inicialmente se reparten en tres grupos: en el primer grupo los que tienen heridas mínimas, que sanarán sin o con tratamiento, y tales personas no se las trata; en el segundo grupo los que tienen heridas graves a quienes incluso con tratamiento adecuado y prolongado son escasas las posibilidades de salvarlos; a estas personas se les pone cómodas y se las deja al cuidado de sacerdotes o quienes puedan estar con ellas. El tercer grupo es el de las personas heridas de tal modo o a tal grado que el tratamiento tendrá efectos importantes. Son estas las personas en quienes invertimos nuestra ayuda y energías. Son decisiones duras de hacer, pero son decisiones realísticas.

Ciertas necesidades exigen actuaciones de parte de otras personas u organismos sobre los cuales ni nosotros ni nuestros clientes tenemos control alguno suficiente. Hasta que se llegue el momento de lograr suficiente poder para movilizar estos otros recursos, puede resultar relativamente inútil la inversión de nuestra energía en ellos. Las prioridades del presupuesto oficial pueden por ejemplo soslayar la previsión de fondos para sostener servicios de salud mental. Si bien es necesario emprender acciones para conseguir que las prioridades sean re-avaluadas por parte de quienes formulan las políticas oficiales, las necesidades actuales de los clientes de servicios de salud mental no pueden esperar a que ésto se logre. Existe la posibilidad de obtener apoyo más oportuno de fuentes financieras locales, las cuales son con frecuencia sensibles a las necesidades del lugar.

Ciertas necesidades están fuera del alcance de nuestra preparación; si la pericia que se requiere es una que debiéramos ya tener, lo mejor es obtenerla; si no, hay que buscar a otros que la tengan, lo cual se puede hacer por referencia y consulta. No está previsto que como enfermeras de Salud Comunitaria hagamos traqueotomías, pero es responsabilidad nuestra anticipar cuando la va a necesitar un cliente y hemos de hacerlo saber. Este es un tipo urgente de referencia. Por otra parte, el cuidado de la colostomía entra en el alcance de nuestras responsabilidades. Si no sabemos hacerlo, lo mejor es que lo aprendamos.

A ciertas necesidades les puede hacer frente cualquier persona y no exigen pues la intervención de la enfermera de Salud Comunitaria. Sin embargo, podemos querer enfrentar algunas de estas necesidades como manera de aumentar nuestra credibilidad entre los clientes. Llevar a un cliente a la tienda de comestibles tal vez no parezca actividad apropiada para una enfermera de Salud Comunitaria, pero si la utilizamos como una oportunidad para evaluar los alimentos que realmente adquiere el cliente, estaremos en posición excelente para aconsejarle sobre nutrición. Si el cereal elegido es de las variedades no enriquecidas, podemos señalar el valor nutritivo de ese cereal con respecto a las marcas enriquecidas comparándolas en cuanto a los valores nutritivos que se anuncian en el empaque. Este proceso también puede advertir al cliente la importancia de leer todas las etiquetas. La decisión de comprar el cereal enriquecido y no el otro, sigue siendo del cliente, pero nuestra enseñanza puede tener cierta influencia en la compra y por consiguiente en los patrones de alimentación. Uno de los corolarios de esta premisa es que ciertas cosas hay que hacerlas, y si no hay nadie más que las haga, la enfermera de Salud Comunitaria está obligada a hacerlo por humanidad. Una visita domiciliaria regular había sido cancelada por el cliente en atención domiciliaria, y la enfermera visitadora no hizo más que dar una ojeada a la calle al pasar. Al ver al cliente sentado en la acera, agitando su brazo recién fracturado, la enfermera regresó, llamó la ambulancia y esperó con el cliente hasta que lo llevaron para luego continuar las visitas domiciliarias programadas.

Hay necesidades que la enfermera de Salud Comunitaria puede atender más eficazmente que nadie. Estas son las necesidades que debemos identificar y en las cuales deberíamos concentrar nuestros esfuerzos. En el hospital frecuentemente se le enseñan a los pacientes tratamientos que es necesario ajustar a las condiciones del hogar. A una mujer convaleciente de un ataque cardíaco, se le ha dicho que no alce ni alcance nada cuando vuelva al hogar. Ello requiere varios cambios en la casa, que podemos ayudar a comprender a la familia y a poner en práctica. Los artículos que más frecuentemente se usan en la cocina hay que ponerlos al alcance de la mano en los entrepaños más bajos. Si se necesitaran otros artículos que el cliente no puede alcanzar, otros miembros de la familia tendrán que bajarlos o será necesario conseguirle una escalera muy sólida.

En la mayoría de los ejemplos citados en estas directrices de clasificación, se han considerado algunos cursos de acción alternos y sus consecuencias. Ello ilustra de nuevo que las etapas del proceso de planeación no son separadas e indepen-

dientes sino que son entidades interrelacionadas e interdependientes. Este proceso de clasificación puede contribuir a reducir nuestras frustraciones. Las enfermeras de Salud Comunitaria han enfrentado desde hace mucho tiempo la expectativa de que todo lo pueden y hacen. Aparentemente, esta es una interpretación de nuestra afirmación de que somos generalistas. Todos hemos oído decir: "Que lo haga enfermería". Tal actitud de nuestros colegas se ha perpetuado principalmente por nuestra disposición a encargarnos de casi todo lo que se presente. El resultado predecible ha sido no solamente la sobrecarga, sino el deterioro de la calidad de los servicios en las áreas en que las enfermeras de Salud Comunitaria podemos ser más eficaces. Tenemos que definir los parámetros de nuestra preparación y aprender a decir: "Eso no lo sé hacer", es parte de la responsabilidad profesional y no la aceptación de un fracaso.

Una vez que se han identificado las necesidades que pueden ser satisfechas con eficacia y eficiencia, hay que ordenarlas de acuerdo a su magnitud y a la importancia que tengan para el cliente. Lo que el profesional percibe como necesidades del cliente y lo que los clientes *quieren* hacer sus propias vidas, están frecuentemente desarticulados. Solamente jerarquizando las prioridades desde el punto de vista del paciente pueden los planes de acción tener alguna posibilidad de éxito. De esta manera la selección de necesidades y la ordenación de las prioridades se basan no sólo en las necesidades de los clientes sino también en la habilidad del prestatario para satisfacer sus necesidades.

Evaluación de las alternativas y de sus consecuencias Casi siempre hay más de una manera de habérselas con las necesidades a las que se les ha asignado máxima prioridad en la etapa precedente. En esta parte del proceso de planeación consideramos no sólo los resultados inmediatos de nuestros actos, sino también las consecuencias trascendentes. En el proverbio antes citado, los resultados inmediatos de dar al hombre el pescado y de enseñarle a pescar son básicamente iguales: el hombre come. Pero las consecuencias trascendente de ambas acciones son muy diferentes. En el primer caso, la necesidad inmediata queda satisfecha pero la persona sigue dependiendo del donante. En la segunda situación, la persona gana el potencial para satisfacer sus propias necesidades mediante la pesca, así como también una mayor independencia y un creciente orgullo de su capacidad de cuidar de sí mismo.

Esta analogía puede transferirse a nuestro trabajo con los clientes. Si suministramos cuidados y servicios *para* las personas, satisfacemos sus necesidades pero ellos continúan dependiendo de nosotras para los cuidados subsiguientes. Si al paso que damos estos cuidados, enseñamos al individuo o a la familia a dar alguno de esos mismos cuidados o todos ellos, conducimos al cliente hacia la independencia y ayudamos a los miembros de la familia a que contribuyan a la recuperación del miembro incapacitado. Así, las consecuencias de la enseñanza al cliente pueden aminorar los sentimientos de desvalimiento y de frustración a la vez que aseguran que se está administrando el cuidado necesario. Claro está que esta transferencia de res-

ponsabilidad de la enfermera al cliente debe hacerse al ritmo del cliente y no al de la enfermera. Si el futuro deseado para el cliente es que recupere o que logre su NFO después de la incapacidad, entonces hemos de considerar esta meta al sopesar las consecuencias de nuestros actos. La independencia del cliente es la prioridad absoluta por debajo de la cual quedan todas las demás actividades y alternativas. El capítulo 7 presenta una sección sobre toma de decisiones que puede ser útil al evaluar las consecuencias relativas de los cursos de acción.

Hay ejemplos de consecuencias que debieran evitarse, así como de las que deberían buscarse. Una cliente ha estado expuesta a la rubéola durante su primer trimestre de embarazo, y los exámenes muestran que carece de inmunidad a la rubéola. Tenemos que hablar con ella y con el padre sobre el riesgo de deformidad en el niño y plantear la alternativa del aborto. Los padres deben tener oportunidades para hablar sobre las consecuencias de cualquier decisión que tomen en relación con el niño, los otros hijos y con sus propios sentimientos. Es responsabilidad nuestra hacer tan claras como sea posible las probables consecuencias de las alternativas disponibles. No podemos tomar la decisión por ellos. Nuestro criterio profesional nos puede llevar a abogar por una decisión determinada, pero ello no nos autoriza a generar sentimientos de culpa en los clientes que elijan otra alternativa, ni deberá conducir a que nos apartemos del sistema de apoyo del cliente. Esto suele más tarde dar la impresión de que lo estamos castigando por no hacer lo que pensamos que es correcto. Los clientes tienen la autoridad y responsabilidad finales de las consecuencias de sus propias decisiones.

Hay cursos de acción cuyos resultados y consecuencias directas son menos que ideales, pero mucho mejores que los que los clientes tienen en ese momento. Hemos enfrentado este tipo de decisión al desarrollar la llamada alternativa para el sistema de atención médica, la cual incluye consultorios gratuitos. Se han tenido que sobrellevar muchas críticas con el argumento de que los consultorios gratuitos son inferiores a la "medicina de primera clase". Tal vez esto sea cierto, sea lo que fuere la medicina de primera clase. Pero las consecuencias del desarrollo de las clínicas libres incluyen el hecho de que suministran cuidados médicos de manera aceptable y accesible a clientes que no pueden o no están dispuestos a buscar cuidados en otras fuentes. La misma clase de argumentos se ha desplazado respecto de la utilización de enfermeras clínicas en áreas no servidas o mal servidas. En cuanto a consecuencias, lo que vale destacar es que el consultorio gratuito y la enfermera clínica, independientemente de sus virtudes especiales, son mejores que la carencia absoluta de atención, que era lo que había antes de aparecer éstos.

Redefinición de Objetivos, Criterios de Evaluación y Prioridades Esta es la última etapa antes de formar el plan; es prudente detenerse y lanzar una última ojeada para asegurarse en lo posible de que no hemos olvidado nada. Si no se dispone de nuevos datos para cambiar las cosas y el grupo de planeación está satisfecho con el orden de prioridades y la consideración de alternativas, el paso siguiente es la formación del plan propiamente dicho.

Formación del Plan Los planes toman muchas formas. Los planes de cuidados de la valoración del cliente y todas las demás etapas que van hasta ahora en el proceso. El plan pone a la vista lo que vamos a hacer, quién lo va a hacer, y cuándo va a estar terminado. Este mecanismo de responsabilidad es muy importante pues no permite seguir la puesta en práctica del plan y a quienes intervienen les hace saber exactamente qué es lo que se espera de ellos. Es bueno hacer una revisión final del plan con todos los que intervengan antes de que comience su puesta en práctica, para responder preguntas y captar detalles omitidos. La Técnica de Revisión para Evaluación de Programas (PERT) es un método de formación y control de planes que he encontrado satisfactorio (Archer 1974).

Ejecución del plan En esta etapa se ejecuta algo —aquello que hemos planeado hasta ahora. A menudo las personas y los organismos se dejan absorber de tal modo por las primeras etapas del proceso de planificación, que pierden de vista el objetivo final: poner en marcha una actividad cuidadosamente planeada y cuyos resultados tienden a alcanzar un futuro más deseable expresado en los objetivos. El plan tiene que ejecutarse antes de que pierdan actualidad los datos que ayudan a sustentarlo.

La observación cuidadosa debe continuar durante la etapa de ejecución, de modo que se puedan descubrir y tratar los resultados imprevistos e indeseables modificando el plan según se necesite. Como se ha dicho, jamás podemos saber todo lo que se necesita saber, y así siempre comenzamos con nuestras antenas listas para recoger nueva información. Esto recuerda nuevamente que la información de los resultados de un proceso nunca deja de ser fuente esencial de datos.

Evaluación de Resultados según Criterios de Evaluación Definidos Previamente Si bien la evaluación ha sido incorporada mediante la valoración y retroalimentación constantes en cada una de las etapas del proceso vistas hasta el momento, aquí se trata de una evaluación completa. Uno de los mayores problemas al evaluar los resultados de muchos programas es la insuficiencia de objetivos medibles. Los criterios de evaluación que vamos a emplear son los que hemos desarrollado en la tercera etapa del proceso. Ahora aplicamos estos criterios a los resultados de nuestra ejecución del plan para juzgar su efectividad.

La primera pregunta es: “¿Hicimos lo que dijimos que haríamos? Esta es una clase de análisis bastante objetiva. En un ejemplo anterior nuestro objetivo era ayudar a un miembro incapacitado de una familia a alternar con la familia pero conservando un lugar cómodo para su descanso e intimidad. Esto implica introducir modificaciones en el hogar, las cuales fueron planeadas con el cliente y la familia, y suponía trasladar muebles de alcoba y obtener una silla de ruedas, así como también una gran cantidad de enseñanza a la familia. Los criterios de evaluación que se derivaban de estos objetivos eran tanto objetivos como subjetivos. Las medidas objetivas son con frecuencia más fáciles de emplear, ya que tratan de hechos observables. O bien se consiguió la silla de ruedas o no se consiguió; modificamos

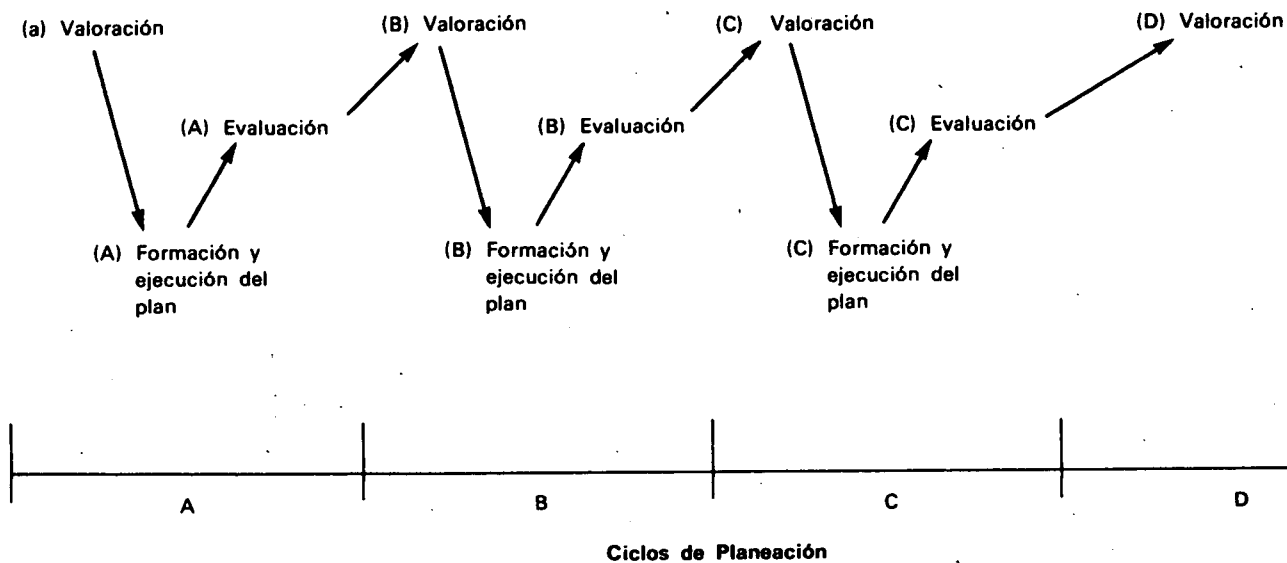


FIGURA 2.5 Superposición de las etapas de valoración y evaluación para lograr continuidad entre ciclos de planeación.

la instalación del dormitorio o no. Esta parte de la evaluación implica fundamentalmente respuestas afirmativas o negativas.

La evaluación de los resultados de tipo más subjetivo deben hacerla las personas que intervienen directamente: los clientes. Solo ellos pueden decirnos si las alteraciones que planeamos conjuntamente fueron un éxito desde su punto de vista, y en qué grado. No es suficiente que las enfermeras de Salud Comunitaria hayan suministrado buenos cuidados e intervenciones sensatas. Nuestros clientes deben juzgar si recibieron servicios que hayan encontrado aceptables y útiles. Esto no quiere decir que los clientes hayan de juzgar los procedimientos desde un punto de vista técnico; esa es tarea nuestra. Pero son ellos los únicos que pueden evaluar los resultados de nuestros servicios de acuerdo con la manera como los hayamos hecho sentirse, física y emocionalmente. Si queremos planear y dar servicios efectivos y suficientes a los clientes, ellos han de tener igual participación en el proceso de planeación y han de tener también la última palabra en la evaluación de los resultados.

Si los resultados del plan no alcanzaron o sólo alcanzaron en parte los objetivos de nuestros clientes y los nuestros, hay que volver a examinar todo el proceso de planificación para localizar los puntos en que la retroalimentación no logró ponernos alerta sobre los cambios necesarios. Podemos haber interpretado erróneamente algunos datos durante la etapa de valoración y por este hecho haber tomado decisiones equivocadas. Tal vez no hayamos considerado todas las posibles alternativas o acaso hayamos descuidado consecuencias notorias de algo que sí tuvimos en cuenta. Si se pueden hallar estos puntos de error, hemos de determinar por qué no aprovechamos esa información para hacer los cambios pertinentes. Si no se encuentra evidencia de tales fallas en la retroalimentación, debemos examinar todo el ciclo de planificación para ver donde pudimos haber incorporado la realimentación y no lo hicimos. Este tipo de evaluación de todo el proceso de planificación puede convertir las fallas en valiosas experiencias de aprendizaje, pues podemos transferir lo aprendido en este ciclo al siguiente y evitar la repetición de los mismos errores.

Aún si la evaluación demuestra que los resultados alcanzaron nuestros objetivos para este ciclo de planificación, es bueno examinar de nuevo todo el proceso para encontrar áreas donde se puedan incrementar nuestro rendimiento y eficacia. También puede ocurrir que los resultados bien logrados sean producto de la buena suerte más que de una técnica de planeación sensata. Como necesitaremos repetir el proceso de planeación en muchas situaciones, hemos de estar lo más segura posible de que nuestros métodos son acertados. Los métodos acertados se pueden transferir a diversas situaciones, pero la buena suerte no. Hemos llegado al término del ciclo de planeación A y comenzado el ciclo de planeación B con la etapa de evaluación/valoración que se acaba de completar. Esta relación de los ciclos de planeación se ilustra en la figura 2.5. El punto de intersección es la etapa de evaluación. El ciclo A termina y el ciclo B continúa con la redefinición de objetivos, criterios de evaluación y prioridades (Arnold 1969:13). De este modo, los ciclos de planeación se eslabonan entre sí en series en vez de ser proyectos separados y aisla-

dos. Esta continuidad significa que los clientes no corren tanto peligro de caer por las brechas del sistema y perderse, como ocurre cuando hay muchos proyectos sueltos. A la larga, estos ciclos de planeación continua se están moviendo todos en un proceso más o menos ordenado hacia la obtención de las metas dominantes o precursoras que iniciaron la etapa uno del ciclo A.

Resumen

He expuesto conceptos seleccionados que a mi parecer son básicos para la práctica de la enfermería en Salud Comunitaria. Comencé con una tipología de las comunidades: emocionales, estructurales y funcionales. La última comunidad que se discutió, una comunidad funcional llamada comunidad de colectividad crítica, tiene recursos suficientes para hacer frente a las necesidades de sus componentes. No está ligada a una área geográfica, y por tanto es una *adhocracia* flexible y pragmática que puede ser conformada para satisfacer la necesidad del momento.

La definición que he seleccionado para el término salud es la del nivel funcional óptimo (NFO). Como enfermeras de Salud Comunitaria hemos de darnos clarísima cuenta de las influencias del ecosistema que afectan las capacidades de los clientes y para lograr y conservar su NFO. Las influencias descritas son políticas, de comportamiento, hereditarias, ambientales, socioeconómicas, y el sistema de prestación de servicios de salud.

El concepto de intercambio se introduce como base para las relaciones entre enfermera de Salud Comunitaria y cliente. Las transacciones enfermera-cliente se consideran como un intercambio entre iguales en vez de una relación de superior a inferior.

La descripción de la teoría de sistemas utiliza una familia como ejemplo de sistema abierto. Se presentan métodos para analizar un sistema, y los términos referentes a sistemas, aparecen en el glosario al final del capítulo.

La planeación es elemento esencial en todos los niveles de enfermería de Salud Comunitaria. Para que sea competente y eficaz, en el proceso de planeación deben intervenir todos los que vayan a ser afectados por decisiones, planes, y sus resultados. Por esta razón, he presentado algunas estrategias para hacer que la planeación se centre en el cliente. La planeación se considera como un proceso racional que no sigue una progresión lineal sino más bien como un sistema con muchos circuitos de retroalimentación que permiten ajustes constantes mientras el proceso se desenvuelve. El propósito último de la planeación es seleccionar y ejecutar acciones que aporten cambios dirigidos a alcanzar un futuro deseado que se fundamenta en metas y valores dominantes.

Términos sobre Sistemas

Todas las áreas de especialización tienen su propio lenguaje; he aquí algunos de los términos más comúnmente utilizados en la teoría de sistemas. Conocerlos facilita la lectura sobre la teoría y su aplicación.

ADAPTACION Los ajustes que hacen los sistemas para sobrevivir en su medio y ejecutar sus tareas.

LIMITES Los parámetros o límites del sistema que hacen que éste mantenga su integridad y por lo mismo sobreviva. Los límites de un sistema abierto permiten intercambios con su medio, pero los de un sistema cerrado no. Una tarea primordial en la gerencia de sistemas abiertos es conservar los límites.

CAJA NEGRA Término de investigación de operaciones para designar el funcionamiento interno del sistema que transforma insumos en producción y que se ocupan del mantenimiento del sistema (ver Rendimiento).

CENTRALIZACION Generalmente, un subsistema dentro de un sistema es parte dominante en la operación de todo el sistema. Las modificaciones en el subsistema donde se centraliza esta función dominante se reflejan y amplifican por todo el sistema.

SISTEMA CERRADO Estos sistemas funcionan sin interacción con su ecosistema, y por tanto deben depender de la recirculación de sus recursos internos para poder sobrevivir. Estos sistemas están sujetos a la segunda ley de la termodinámica, la de la entropía, que predice el debilitamiento eventual al irse consumiendo los recursos no renovables hasta que se acaban.

CONSECUENCIAS Las consecuencias son los resultados de los productos del sistema. Los efectos de los productos sobre el medio y sobre el sistema por intermedio de los circuitos de retroalimentación son geométricos y no aritméticos, es decir, que cada producto tiene resultados que a su vez tienen más resultados o consecuencias. Estas consecuencias prosiguen al infinito. Los planeadores deben preocuparse por las consecuencias en cuanto se las pueda predecir. La simulación en la computadora es un auxiliar útil en la consideración y planeación de las posibles consecuencias de largo alcance de las actividades de los sistemas.

CONTROL La cibernación permite la vigilancia constante para saber si los planes se están realizando y en qué medida y si el sistema está funcionando adecuadamente. La planeación para cambiar planes si se justifica de acuerdo a la retroalimentación, es un aspecto crítico del control en teoría de sistemas. Control no es un término coercitivo en el sentido en que se aplica a la gerencia de sistemas.

CIBERNACION Término derivado de la palabra griega para timonel y que significa, pues, guiar o corregir el curso del sistema. La cibernación es una vigilancia constante de lo que está pasando a cada momento en el sistema, como base para

hacer alteraciones o adaptaciones con el fin de mantenerlo moviéndose hacia las metas definidas previamente.

DIFERENCIACION Los sistemas tienden a moverse en el sentido de especializar y repartir la labor entre los subsistemas, con el resultado de que las funciones de cada subsistema se diferencian claramente de las de otros subsistemas. Los sistemas burocráticos con sus departamentos y divisiones especializados son ejemplo de diferenciación.

AMBIENTE Es el ecosistema en que funciona el sistema. Los sistemas abiertos dependen de su medio como fuente de sus insumos y como mercado para sus productos. Hay muchos factores en el ambiente de un sistema que afectan a este, pero sobre los cuales el sistema no tiene control; el ambiente, en consecuencia, impone una serie de restricciones al sistema.

EQUIFINALIDAD Significa el sentido de finalidad con que el sistema se ajusta a sí mismo para alcanzar sus metas y permanecer adaptado a su medio de modo que pueda sobrevivir. Un sistema joven puede utilizar muchas vías y medios para alcanzar sus objetivos; su enfoque puede ser muy pragmático. A medida que se establecen más mecanismos reguladores, tales como normas y políticas, decrece la necesidad de equifinalidad. Los procedimientos regularizados o la obduración de las categorías, reducen la necesidad de vigilancia constante para asegurarse de que el sistema marcha como se ha planeado; no queda otra manera en que pueda operar el sistema.

RETROALIMENTACION Es la porción de los productos del sistema que vuelven al sistema como insumo, trayendo consigo información del ambiente y de otros subsistemas en el ambiente sobre los efectos, calidad y consecuencias de los productos del sistema así como también sugerencias de cambios y nuevos productos. La retroalimentación también puede darse internamente cuando los subsistemas reciben reacciones de otros subsistemas sobre su funcionamiento. La retroalimentación se presenta naturalmente en la mayoría de las situaciones, pero este fenómeno natural se puede mejorar planeando circuitos de retroalimentación que suministren constantemente al sistema información sobre su funcionamiento.

INSUMO Son los recursos que llegan al sistema procedentes de su ambiente y que éste utiliza para mantener el sistema y producir sus productos.

SISTEMA ABIERTO Es un sistema viviente que entra en relaciones de intercambio con su ambiente, obteniendo insumos y dando productos así como también reteniendo algunos recursos para asegurar su propia supervivencia.

OPTIMIZACION Modificación y adaptación de un sistema para permitirle concentrar sus esfuerzos en un tipo particular de actividad con el fin de lograr los mejores productos posibles. El principio de los costos de la oportunidad (o sea que los recursos utilizados para un fin no se pueden utilizar también para otros fines) es aquí operacional y significa que la optimización de un subsistema sólo se puede lograr a expensas de otros subsistemas, pues algunos de los recursos que hubieran podido recibir se han aplicado en cambio al subsistema

que se está optimizando. En el lenguaje de sistemas, pues, la optimización de un subsistema tiene como consecuencia la suboptimización de todo el resto.

EGRESO Los productos que un sistema abierto entrega a su ambiente son sus egresos.

SEGREGACION PROGRESIVA Es el fenómeno en el cual los subsistemas se mueven hacia la independencia y desligamiento. La segregación progresiva tiene dos formas: la primera es descomposición o degeneración las cuales desintegran el sistema; la segunda se caracteriza por crecimiento y mayor independencia de un subsistema a medida que sus funciones se hacen cada vez más diferenciadas. Este segundo tipo de segregación progresiva ocurre en los procesos creadores y evolutivos.

SISTEMATIZACION PROGRESIVA Es lo opuesto de segregación progresiva: reunión de partes de un sistema y consolidación de las relaciones existentes.

SITUACION ESTABLE Es un equilibrio dinámico en vez de una homeostasis estática. Mediante acciones y reacciones continuas, el sistema mantiene una relación constantemente variable pero estable con su medio.

SUBSISTEMAS Son las partes o unidades componentes de un sistema que conforman juntas el sistema. Los subsistemas están en interrelación e interdependencia, de manera que el cambio en un subsistema se propaga y afecta a todos los demás.

CONSERVACION DEL SISTEMA Cuando todo lo demás falla, el sistema buscará sobrevivir utilizando insumos para este fin más que para convertirlos en productos. En circunstancias normales, como también en las de tensión, el sistema utiliza algunos de los recursos disponibles para mantener su funcionamiento.

RENDIMIENTO El proceso que tiene lugar dentro del sistema y mediante el cual los insumos se convierten en productos (ver CAJA NEGRA).

BIBLIOGRAFIA

- ABDELLAH, FAY G., Y LEVINE, EUGENE. *Better Patient Care Through Nursing Research*. Nueva York: The Macmillan Company, 1965.
- ACKERMAN, NATHAN. *Treating the Troubled Family*. Nueva York: Basic Books, 1966.
- ARCHER, SARAH E. "PERT: A Tool for Nurse Administrators." *Journal of Nursing Administration* 4 (September-October, 1974):26-32.
- ARNOLD, MARY F. "Evaluation: A Feedback Model." En *Health Planning 1969*, editado por Henrik L. Blum. Berkeley, Cal.: University of California, School of Public Health, 1969.
- BANATHY, BELA H. *Instructional Systems*. Belmont, Cal.: Fearon Publishers, 1968.
- BERNE, ERIC. *Games People Play*. Nueva York: Ballantine Books, 1964.
- BIDDLE, WILLIAM W. Y BIDDLE, LOURIDE J. *The Community Development Process: The Rediscovery of Local Initiative*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1965.
- BLUM, HENRIK L. et al.. *Notes on Comprehensive Health Planning*. Berkeley, Cal.: University of California, 1969.
- BLUM, HENRIK L. *Health Planning*. Nueva York: Human Sciences Press, 1974.
- BONDURANT, JOAN. *Conquest of Violence*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1958.

- BRODBECK, MAY. "Logic and Scientific Method in Research on Teaching." En *Handbook on Research on Teaching*, editado por N. L. Gage. Chicago, Ill.: Rand McNally & Company, 1963.
- BUCKLEY, WALTER. *Sociology and Modern Systems Theory*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1967.
- CHERMAYEFF, SERGE Y TZONIS, ALEXANDER. *Shape of Community: Realization of Human Potential*. Baltimore, Md.: Penguin Books, 1971.
- CHURCHMAN, C. WEST. *The Systems Approach*. Nueva York: Dell Publishing Company, Incorporated, 1968.
- "Comprehensive Health Planning and Public Health Services Amendments of 1966." Public Law 89-749. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1966.
- DELORA, JACK Y DELORA, JO ANN S. *Intimate Life Styles*. Pacific Palisades, Cal.: Good-year Publishing Co., 1972.
- DUNN, H. L. *High Level Wellness*. Arlington, Va.: R. W. Beatty, Ltd., 1961.
- EISENSTADT, S. N. *Essays on Cooperative Institutions*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1965.
- EMERY, F. E., ed. *Systems Thinking: Selected Readings* Baltimore, Md.: Penguin Books, 1969.
- ETZIONI, AMITAI. *The "Semi-professions" and Their Organization*. Nueva York: Free Press, 1969.
- FULLER, R. BUCKMINSTER. *Operating Manual for Spaceship Earth*. Carbondale, Illinois: Southern Illinois University Press, 1969.
- GAGE, N. L., ed. *Handbook of Research on Teaching*. Chicago: Rand McNally & Co., 1963.
- GOFFMAN, ERVING. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Nueva York: Doubleday and Co., Inc., 1959.
- GOODE, WILLIAM. *World Revolution and Family Patterns*. Nueva York: The Free Press, 1963.
- HADDEN, JEFFERY K. Y BORGATTA, MARIE L., eds. *Marriage and the Family: A Comprehensive Reader*. Itasca, Ill.: F. E. Peacock Publishers, 1969.
- HALEY, JAY, ed. *Changing Families: A Family Therapy Reader*. Nueva York: Grune and Stratton, 1971.
- HAYES, WAYLAND J. "The Problem of Community Intelligence." *International Review of Community Development*, No. 10, 1962.
- HUXLEY, ALDOUS. *Brave New World and Brave New World Revisited*. Nueva York: Harper and Row, 1958.
- JOLLY, ELIZABETH. *The Invisible Chain: Diseases Passed on by Inheritance*. Chicago: Nelson Hall, 1972.
- KAY, GEORGE F. *The Family in Transition: Its Past, Present, and Future Patterns*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1972.
- KEYES, RALPH. *We, the Lonely People: Searching for Community*. Nueva York: Harper and Row, 1973.
- LEAVELL, HUGH R. Y CLARK, R. GURNEY. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. 3a. ed. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1965.
- LINDBLOM, CHARLES E. "The Science of Muddling Through." *Public Administration Review* 19 (1959): 79-88.
- LOOMIS, MAXINE E. Y HORSLEY, JO ANNE. *Interpersonal Change: A Behavioral Approach to Nursing Practice*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1974.
- MAGER, ROBERT F. *Preparing Instructional Objectives*. Belmont, Cal.: Fearon Publications, 1967.
- MCDONALD, FREDERICK J. *Educational Psychology*. 2a. ed. Belmont, Cal.: Wadsworth Publishing Company, 1965.

- MORE, SIR THOMAS. *Utopía*. Nueva York: Dutton Co., 1973.
- National Commission on Community Health Services. *Health is a Community Affair*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1966.
- NISBET, ROBERT A. *The Quest for Community*. Nueva York: Oxford University Press, 1953.
- ORWELL, GEORGE. 1984. Nueva York: Harcourt, Brace and Co., 1949.
- OTTO, HERBERT C., ed. *The Family in Search of a Future: Alternate Models for Moderns*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- PIERCE, LILLIAN M. "Usefulness of a Systems Approach for Problem Conceptualization and Investigation." *Nursing Research* 21 (1972):509-512.
- REES, ELLEN P. *The Analysis of Human Operant Behavior*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Co., 1966.
- ROSS, MURRAY G. *Community Organization: Theory, Principles, and Practice*. 2a. ed. Nueva York: Harper and Row, 1967.
- SATIR, VIRGINIA. *Conjoint Family Therapy*. rev. ed. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books, 1967.
- SCHATZMAN, LEONARD Y STRAUSS, ANSELM L. *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1973.
- SKINNER, B. F. *Walden Two*. Nueva York: The Macmillan Co., 1960.
- SKOLNICK, ARIENE S. Y SKOLNICK, JEROME H. *Family in Transition: Rethinking Marriage, Sexuality, Child Rearing, and Family Organization*. Boston: Little, Brown and Co., 1971.
- TOFFLER, ALVIN. *Future Shock*. Nueva York: Random House, Inc., 1970.
- WARD, BARBARA Y DUBOS, RENE. *Only One Earth: The Care and Maintenance of a Small Planet*. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc., 1972.
- "What High Level of Wellness Means." *Canadian Journal of Public Health* 50 (1959): 447-457.

MAS ALLA DE LA INSTITUCION: APLICACION DE UN MARCO TEORICO DE REFERENCIA A LA PRACTICA DE ENFERMERIA

3

Suzanne E. Brodnax

Introducción

En Salud Comunitaria, la valoración del cliente consiste frecuentemente en identificar problemas: el servicio de recolección de basuras es irregular, abundan las ratas; hay tres niños de uno, tres y cuatro años sin inmunizaciones; una mujer embarazada en su tercer trimestre no ha recibido cuidados prenatales; la vivienda está desaseada. Las observaciones subjetivas abreviadas llenan las notas de la enfermera de Salud Comunitaria quien usualmente observa y reacciona para mejorar la situación. Nos quejamos al servicio de aseo, ayudamos a los residentes a obtener veneno para ratas y les aconsejamos cómo emplearlo. Remitimos los niños a una clínica para su inmunización. Localizamos un servicio de salud y acaso obtenemos una cita en la consulta prenatal para la embarazada, la aconsejamos en el curso de su embarazo y nos anticipamos a sus preocupaciones por el niño que va a venir.

La información que tiene una enfermera de Salud Comunitaria procede del aula y de sus años de experiencia. Nuestro enfoque, estilo y sentido de la oportunidad, sin embargo, son a menudo intuitivos, y producto de aciertos y errores en intentos previos. La práctica de la enfermería basada en la intuición no puede duplicarse, ni se pueden predecir resultados basados en este tipo de trabajo.

Al discutir nuestros enfoques y decisiones intuitivos con nuestros supervisores, otros profesionales que estén trabajando con el cliente, o bien con el cliente mismo, bien podemos caer en razonamientos tales como "parecía que era lo acertado en ese momento". Evidentemente, las intervenciones acertadas se suelen basar en datos subjetivos e intuición; las corazonadas son a menudo el indicador más confiable para actuar, pero hay métodos más objetivos y racionales que podemos utilizar para organizar los datos recolectados y tomar decisiones.

El complejo laberinto de una comunidad ofrece a la enfermera una enorme cantidad de datos, de los cuales ella ha de seleccionar los que sean significativos,

analizarlos y actuar en consecuencia. Los marcos teóricos de referencia son base firme para la observación sistemática, registro y análisis de la infinidad de variables de una comunidad. Los marcos de referencia suministran una base racional para valorar necesidades y hacer decisiones. Un observador ajeno puede entonces analizar nuestros datos y confirmar nuestras interpretaciones o bien discrepar de ellas según una base explícita. Podemos identificar situaciones semejantes como tales y hacer predicciones sobre sus resultados.

En este capítulo vamos a estudiar un marco teórico de referencia, el interaccionismo simbólico, y a ver cómo las enfermeras de Salud Comunitaria lo pueden aplicar en su trabajo con los clientes. Mi intención es que sea un modelo para aplicar otros marcos teóricos de referencia a la práctica.

Interaccionismo Simbólico

Elegí esta teoría de manera intuitiva después de leer un libro (Nye 1959) que discutía varios marcos teóricos de referencia. De todos ellos, el interaccionismo simbólico fue la que mejor me cayó. Entonces busqué la literatura sobre esta teoría para estar segura de que la comprendía plenamente y voy a compartir con las lectoras algunas cosas representativas de lo que encontré. Discuto aquí el interaccionismo simbólico, no para probar o refutar la teoría fundamental, sino para utilizar sus claras formulaciones sobre los seres humanos y sus acciones y evaluar la utilidad potencial de la teoría y su pertinencia para la práctica de la enfermería en Salud Comunitaria.

CONCEPTOS BASICOS

Prefiero la obra de Blumer sobre interaccionismo simbólico (1969) por su sencillez y claridad en la presentación de las complejas perspectivas filosóficas de Mead (1934) que contienen la base de la teoría del interaccionismo simbólico. La definición precisa de los conceptos de la teoría facilita la operacionalización del marco de referencia de tal manera que podamos aplicarlo a la práctica de enfermería. De la literatura de otros autores se pueden obtener aclaraciones (Lindesmith y Strauss 1949; Rose 1962; Shibutani 1961).

La primera premisa del interaccionismo simbólico es que los "seres humanos actúan respecto de las cosas según los significados que las cosas tienen para ellos" (Blumer 1969:2). Una anciana que vive sola, actúa hacia una enfermera de salud comunitaria de acuerdo a lo que esa enfermera signifique para ella: bondad, cuidados, su parecido con su propia hija; o bien entrometimiento, frivolidad, falta de puntualidad, inoportuna.

La segunda premisa es que el significado de una cosa "se deriva o surge de la interacción social con nuestros iguales" (Blumer 1969:2). La enfermera puede tomar en cuenta las personas que son importantes para el cliente con el fin de

cerciorarse dónde y cómo se desarrollan los significados. La decisión de una joven de dar a luz en casa y no en un hospital, suele basarse principalmente en la información que obtiene de sus amistades sobre las prácticas hospitalarias. La concepción de hospital que tenga una anciana también está determinada en gran medida por lo que haya oído decir de los hospitales a sus padres, abuelos, amigos y vecinos. Estas dos visiones de "hospital" probablemente difieren mucho de la que tiene del hospital un profesional. Ciertamente, "hospital" no quiere decir lo mismo para todos.

La tercera premisa es que "estos significados son manipulados en un proceso de interpretación a través del cual se modifican y que la persona emplea ante las cosas que encuentra" (Blumer 1969:2). El concepto de hospital puede alterarse o reforzarse si se presenta alguna complicación, de modo que la joven termina yendo al hospital para el parto o la anciana tiene que hospitalizarse por una neumonía o el médico tiene que someterse a una operación de derivación coronaria.

Los conceptos clave en estas tres premisas son que las acciones se basan en significados, los significados se derivan de interacciones, y el significado lo elabora el individuo mediante el proceso de interpretación. Estas son las unidades que podemos utilizar cuando aplicamos la teoría. Por ejemplo, al conocer mejor las tasas crecientes de enfermedades venéreas en la comunidad, la enfermera podría lógicamente explorar el significado de enfermedad venérea y de tratamiento de las enfermedades venéreas en la población susceptible. El número y características de las personas que buscan tratamiento y los del personal de salud, así como el proceso de tratamiento, son también unidades de tomar en cuenta. Al recolectar y analizar los datos, se puede caer en cuenta de algunas razones de las tasas crecientes, razones que se podrían evaluar más concienzudamente. Si tres de cuatro personas tratadas contra la blenorragia piensan que adquirieron inmunidad (porque interpretaron así la frase: "esta medicina le va a curar esa infección"), tenemos que saberlo porque tales creencias son falsas y exigen mayor análisis e intervención.

Otros conceptos básicos del interaccionismo simbólico dan profundidad a las premisas ya estudiadas. Uno de estos se relaciona con la naturaleza de la sociedad humana por lo cual los individuos pueden actuar solos o colectivamente en nombre o en representación de otros, y que los grupos humanos existen en acción. (Blumer 1969). La premisa de que el grupo tiene vida propia presupone que hay interacción entre sus miembros. Esto establece relación entre la teoría y la familia y grupos animados, dada su importancia como influencia sobre el individuo. La interacción es un proceso que "modela" la conducta humana en vez de ser únicamente un medio o el escenario para la expresión o liberación del comportamiento humano (Blumer 1969:8). La interacción enfermera-cliente influye en la conducta y percepciones de ambos. Por definición, pues, la interacción enfermera-cliente es un proceso de cambio.

Las interacciones pueden ser simbólicas o no simbólicas (por ejemplo, reflejas). Pero son las simbólicas las que conllevan el proceso de interpretación.

Otra característica de este tipo de interacción es que contienen ademanes y reacciones ante el significado de esos gestos (Mead 1934). "Un gesto es toda parte o aspecto de una acción presente que simboliza otro mayor del cual forma parte. . . Cosas como solicitudes, pedidos, órdenes, indicaciones y afirmaciones son gestos (o ademanes) que dan una idea a quien los capta, de la intención y del plan de acción del individuo que los presenta. (Blumer 1969:9). Así pues, respondemos a los movimientos e intenciones de los demás. La enfermera de Salud Comunitaria interpreta el gesto en la solicitud que hace una persona de información sobre "maternidad planificada", como algo que revela una intención; enfermera y cliente tienen entendimiento común del significado de las palabras, y obran en consecuencia.

El esfuerzo por compartir significados

"Para que una persona reconozca un gesto, se tiene que poder situar en el papel del que lo hace" (Blumer 1969:9). Este concepto de asumir el papel tiene gran significación para nosotras. ¿No se ha observado el cambio que ocurre en una enfermera después de que ha sido paciente? ¿Y no es de preguntarse por qué los profesionales de la salud son los últimos en buscar cuidados para sí mismos? Nos cuesta mucho trabajo asumir el papel del paciente, pero si lo hacemos se pueden producir cambios en nuestra comprensión y actuación. El marco de referencia establece que el asumir el papel, o capacidad de desempeñar el papel del otro, es decisivo para el desarrollo de un mismo idioma y de una comprensión común.

Verdad es que es imposible y desaconsejable obtener experiencia personal directa con toda clase de enfermedades como medio para elevar nuestra comprensión de la situación de un paciente, pero podemos ensayar papeles, podemos solicitar cupones de alimentos o tratar de averiguar en calidad de civiles lo que va en los subsidios y evaluar nuestras respuestas y reacciones. Por lo menos podemos darnos cuenta de que la otra persona no comprende lo que le estamos diciendo sobre reposo en cama del modo como lo entendemos nosotras.

Cuando la base para entender algo no es compartida, ocurren resultados que en apariencia difieren de la intención original del gesto. Empecemos por la cita incumplida. El cliente tenía una comprensión distinta del gesto y de su urgencia, de la que tenía la enfermera que la registró. Nuestras expectativas sólo cambian a través de experiencias repetidas y así es como aprendemos a no esperar que todos cumplan sus citas. Una manera de explorar las áreas en que la comunicación es un obstáculo para el cuidado de buena calidad del paciente, es registrar nuestras conversaciones y las reacciones que producen, así como el comportamiento subsecuente de nuestros interlocutores.

Otro concepto es la capacidad que tiene un ser humano de ser objeto de su propia acción. Ello permite a los individuos interactuar consigo mismos, por así decirlo, con el fin de establecer sistemas internos de retroalimentación para modificar o mejorar sus propias acciones. Como el desarrollo humano es formativo, es importante que veamos a los demás como organismos en proceso constante y no

estáticos. La persona no está plenamente, definitivamente desarrollada o establecida en una edad o etapa particular, sino que siempre está cambiando, aunque sutilmente, en su definición del mundo, el significado de sus objetos y sus relaciones e interacciones con ellos.

Otra manera de comprender las acciones de las personas es identificar el mundo de sus objetos, lo cual sugiere que las enfermeras tienen que familiarizarse con los modos como sus clientes sienten y perciben los objetos, determinando especialmente qué significados ella comparte y cuáles no. Esta podría ser una manera de explorar los mitos familiares o sistemas de creencias dentro de los cuales podrían estar la salud, las categorías de enfermedad, curación y las metas de los comportamientos relacionados con la salud.

Otros que han escrito interaccionismo simbólico sugieren conceptos adicionales relevantes. Lindesmith y Strauss (1949) insisten en la importancia del consenso y de la retroalimentación como regulaciones implícita y explícita de interacciones y papeles. Esto sugiere las fuentes, por ejemplo los grupos sociales, cultura, y grupos de referencia, que pueden imponer significados a los individuos. La existencia de disonancia cognoscitiva—incompatibilidades psicológicas entre dos o más aspectos del conocimiento o las creencias de un individuo, es algo que estos autores también mencionan pero que no tratan a fondo. Por esta razón he omitido este concepto al hacer un análisis inicial de los datos clínicos, pero discutiré su utilidad más adelante.

El dato fundamental del interaccionismo simbólico es el acto social, la interacción entre una persona y otras, y entre una persona y las cosas basada en los significados de esas cosas para la persona, manifiesto en un proceso siempre cambiante de nuevas interacciones, nuevas interpretaciones y nuevos significados.

APLICACION DEL INTERACCIONISMO SIMBOLICO

El interaccionismo simbólico supone que se deben recolectar datos sobre algo más de lo que sugiere el problema observable o dominante. Muy frecuentemente, un problema que nos parece exigir corrección inmediata es bien secundario para el cliente. Sin conocer la evaluación que el cliente hace del problema, nuestra intervención es divertida en el mejor de los casos y probablemente inapropiada si no enojosa para el cliente. Por ejemplo, nuestra preocupación por las inmunizaciones de los niños es algo que sencillamente no comparten muchos de nuestros clientes, quienes pueden tener ya sea actitudes negativas al respecto o prioridades mucho más importantes.

ESTUDIOS DE CASOS

Yo utilizo la observación participante como método para obtener de los clientes datos que pueda analizar en busca de evidencia de interacciones simbólicas.

La observación participante es una combinación de entrevista y observación con todos los sentidos para determinar lo que está ocurriendo en una situación dada. El observador-participante es parte de la situación y de esa manera ejerce grados variables de influencia sobre lo que ocurre (McCall y Simmons, 1969).

La primera observación que analizaré utilizando el interaccionismo simbólico como marco teórico es la de que los adultos jóvenes suelen buscar los cuidados de salud de una manera que parece al azar, irregular e ilógica. El interaccionismo simbólico sugiere que la búsqueda de servicios de salud por parte de los adultos jóvenes se basa en el significado que salud, problemas de salud e instituciones de salud tengan para ellos. Aquí se utiliza la teoría básica en el análisis de datos de campo para comenzar a confirmar o refinar observaciones iniciales.

Los datos de campo consisten en tres entrevistas que hice a dos clientes y a un "amigo a la espera" en la sala de espera principal de una clínica. La entrevista no fue estructurada. Se le preguntó a los entrevistados si responderían a unas cuantas preguntas sobre cómo veían su salud y de dónde esperaban cuidados de salud. Los datos registrados aquí ilustran las ventajas y desventajas básicas de utilizar un marco teórico como es el interaccionismo simbólico.

En la primera entrevista, un varón soltero blanco, de veinticinco años dijo que había estado en la región siete años y que vivía solo; se consideraba sano en el momento de la entrevista. En el pasado había padecido infecciones de la vías respiratorias superiores, blenorragia y apendicitis aguda. El categorizaba las enfermedades así: 1) no graves y tratables en casa, 2) algo graves que se pueden tratar en casa pero que exigen tratamiento profesional, 3) bastante graves y que exigen tratamiento, y 4) realmente graves, que exigen hospitalización.

Dijo que él mismo había decidido cuándo y dónde buscar cuidados médicos. Lo confirmaba su historia en cuanto a lo que hizo respecto a sus enfermedades: resfriados, permanencia en casa; infecciones de oído y blenorragia, presentarse a un dispensario; y apendicitis, tratamiento en un hospital. Confiaba a sus poderes psíquicos para saber cuándo era grave un síntoma: supo en seguida que su dolor de vientre era serio y fue directamente al hospital. Obtenía información de salud de sus amigos y de su propia experiencia y admitía tener poca fe en los médicos. La información actualizada sobre salud le llegaba por emisiones de radio y a través de sus amigos.

Con el interaccionismo simbólico como marco de referencia para el análisis, se pueden sacar varias conclusiones de lo declarado por el sujeto. El cliente verdaderamente actúa hacia su propia salud y hacia el sistema de salud sobre la base de lo que éstos significan para él. Ha aprendido por experiencia personal y por la de sus amigos que ciertos problemas tienen que tratarse de ciertas maneras. Dijo que le gustaría aprender más sobre cuidados de la salud y primeros auxilios, pero no en este momento. Se sentía tranquilo con sus actuales fuentes de información y con el nivel de conocimientos que tenía.

El marco de referencia sugiere que la única manera de "llegar" a este individuo es mediante interacción directa con él o con aquellas personas que para él tienen

significado: cuando él o sus amigos buscan servicios de salud para síntomas inquietantes. La posibilidad de aceptar regímenes médicos preventivos es poca a menos que la idea sea introducida y reforzada por su grupo de referencia. Si bien el marco de referencia enfatiza el proceso de cambio permanente en el significado y en el comportamiento, este hombre parece tener hábitos de salud establecidos que no son de entrada susceptibles al cambio por parte del personal de salud.

La segunda entrevista fue con una mujer blanca soltera de veinticuatro años que había vivido en la región un año y medio en una casa con otras quince personas. Igual que el varón, buscaba cuidados médicos de acuerdo con los síntomas excepto para conseguir píldoras anticonceptivas. Si bien las píldoras son en sí mismas una forma de cuidado preventivo, igual que el examen anual de Papanicolaou que se hacía para renovar la receta, creía que en realidad no estaba haciendo nada en cuanto a cuidados preventivos de salud. También buscaba servicios de salud basándose en sus propias decisiones, a veces por insinuaciones de amigos. Se trató en casa varios problemas de salud como resfriados, gripe, etc. Aunque vivía con otras personas, su grupo de referencia primario —“mis amigos”— no vivía en su casa. Sentía que obtenía información sobre salud tanto en la casa como de los grupos de referencia y de los carteles que había en el consultorio. No le gustaban los profesionales o los servicios de salud tradicionales por su insensibilidad, y prefería ir a un consultorio gratuito.

A la luz del marco del interaccionismo simbólico, esta mujer interactúa con el sistema de prestación de servicios de salud sobre la base de lo que éste significa para ella: el que obtuvo por propia experiencia y la de sus conocidos. Teóricamente, tales significados podrían cambiarse por intermedio de las mismas fuentes. La importancia de la interacción enfermera-cliente en el ambiente del consultorio gratuito se subraya como oportunidad para modificar el significado que la salud y la atención de la salud tienen para el cliente, ya que ella considera los consultorios gratuitos más favorablemente que otras fuentes de cuidados. Esta mujer señalaba cierto interés en cuidados preventivos de salud pero al mismo tiempo buscaba cuidados de salud sólo para problemas con síntomas inquietantes. No veía por ejemplo que los exámenes médicos periódicos tuvieran razón de ser, si no se sentía enferma, o el para qué del Pap salvo como condición para obtener píldoras anticonceptivas. Nuevamente el marco de referencia ilustra una forma estable de buscar cuidados de salud (en contradicción otra vez con la observación inicial).

La tercera entrevista se hizo a una mujer blanca de veintidós años que había vivido en la región un año. A diferencia de las otras dos personas, su única experiencia con servicios de salud era el consultorio gratuito. El interaccionismo simbólico sugiere una orientación diferente a la de los otros dos sujetos en cuanto a sus experiencias pasadas, las de sus amigos y sus fuentes de conocimientos sobre salud. En realidad vivía con otra mujer que buscaba cuidados médicos privados cuando los necesitaba. Pensaba que cualquier situación delicada de salud sería

para ella un verdadero problema porque no podría costearse atención privada. Tenía en realidad una protuberancia bajo el brazo desde hacía un año y no pensaba buscar atención médica hasta que no empezara a molestarla. Esto sugiere otra vez el patrón de conducta, de buscar atención de salud solamente cuando se perciben síntomas inquietantes. Para obtener información sobre salud, ella dependía de amigos y de un libro titulado *Nuestros Cuerpos, Nosotras* (Boston Women's Health Collective 1973).

El marco de referencia que estamos utilizando rinde información adicional. Destaca la inaccesibilidad de esta mujer a los profesionales de la salud. Aun cuando ella dispone de una fuente impresa de referencia, nunca sabe cuándo buscar cuidados o a dónde sería apropiado ir. Su experiencia y la de sus amistades la mantienen alejada de los servicios de salud; la oportunidad de cambiar por interacción directa con el sistema de prestación de servicios de salud no existe y seguirá siendo así hasta que manifieste síntomas inevitables y cambien su grupo de referencia o las actitudes de éste.

Evaluación

La ventaja inicial de aplicar un marco teórico de interaccionismo simbólico es que suministra a la enfermera un análisis claro, sensato y documentado de la situación del cliente. La información sobre actitudes hacia la salud, comportamientos relacionados con la salud, fuentes de información sobre salud y fuentes de atención de la salud se obtiene fácilmente mediante entrevistas. La identificación de las configuraciones y predicciones de comportamiento se puede hacer y confirmar a través de seguimiento. Esta información es esencial para la enfermera al planear con la familia cuidados realísticos de la salud que se traduzca en acciones efectivas, por ejemplo, sugiriendo a una familia orientada hacia la prevención, comportamientos acordes con esa orientación. La prioridad que un cliente asigna o no a la salud se convierte en conocimiento compartido. Enfermera y cliente desarrollan un lenguaje común y una base compartida para la interacción. El conocimiento de los comportamientos de salud del cliente y de sus sistemas de prioridades es especialmente útil para la planeación centrada en el cliente. El interaccionismo simbólico sugiere que no es probable que las intervenciones tengan éxito si están basadas en el acierto y error a menos que estén enfocadas en el cliente.

Además de aclarar, ayudar a nuestro discernimiento de la manera como el cliente define la situación, el interaccionismo simbólico puede contribuir al desarrollo de significados compartidos por el cliente y la enfermera. Un lenguaje común que alienta la relación es algo que se puede desarrollar muy pronto en la entrevista. Es poco probable que la enfermera hubiera podido averiguar que el varón era inclinado a los fenómenos psicológicos, o que la mujer tenía una protuberancia en la axila sin establecer antes una cierta relación con ellos. Sería necesario experimentar este enfoque durante un período más largo de tiempo para determinar si la relación y la confianza se pueden desarrollar más a prisa con el

marco de referencia del interaccionismo simbólico que con otros enfoques, pero es este un punto digno de consideración. Es razonable suponer que el desarrollo de un lenguaje simbólico común tiene la posibilidad de eliminar algunos de los obstáculos en la comunicación enfermera-cliente.

REVISION DEL MARCO DE REFERENCIA

Hay ciertas desventajas inherentes a la utilización del interaccionismo simbólico, que se ven claras cuando se considera lo que se puede hacer con la información recolectada. Como se muestra en el estudio de los casos, los comportamientos relacionados con la salud por parte de los clientes parecían relativamente coherentes con su conducta general, teniendo como única fuente de modificación de las percepciones la que surgía cuando el paciente buscaba activamente cuidados de salud o mediante un programa amplio de información sobre la salud. Como lo señalé antes, las ocasiones en que un individuo busca atención de salud pueden ser muy pocas. Si tenemos que esperar hasta que el cliente busque atención, parecería que estamos obligadas a lograr el máximo en cada contacto. A diferencia del investigador social, quien escribe y trata de comprender los comportamientos y actividades de un grupo, la enfermera no sólo tiene que describir y comprender, sino que con frecuencia tiene también que tratar de lograr cambios en los comportamientos mediante su intervención. El ejemplo que presento aquí es mi esfuerzo para lograr que la mujer de la protuberancia en la axila busque atención.

El marco de referencia del interaccionismo simbólico nos obliga a apelar de nuevo a la intuición para idear de qué manera debemos intervenir. La teoría muestra claramente que es inútil tratar de influir en los significados que han sido determinados por interacciones en las que no somos de importancia. El marco de referencia tal como es, en realidad no sugiere en qué dirección debemos ir después de la valoración inicial. El que una teoría no explique cabalmente todo lo que hay en una situación dada no justifica el descartarla, especialmente si aun parece apropiada para analizar tantos elementos de una situación. Modificarla con insumos de otras fuentes suele facilitar la comprensión de hechos tal como se nos presentan. El examen de los datos con el auxilio de otra perspectiva teórica —la disonancia cognoscitiva— sugiere que utilicemos este enfoque.

Disonancia Cognoscitiva

La adición de la teoría de la disonancia cognoscitiva permite una evaluación de la fuerza de los significados y creencias de las personas, y sugiere qué percepciones podrían ser susceptibles a la influencia y cuáles no. La disonancia cognoscitiva se define como "la existencia simultánea de elementos de juicio que en una u otra forma son incompatibles" (Cartwright y Zander 1968:125). La persona que

experimenta disonancia actuará de algún modo que reduzca la disonancia. Festinger y Aronsen (1968) elaboran sobre las fuentes y grado de disonancia y los modos de reducirla.

Una fuente posible de disonancia es la toma de decisiones, puesto que son raras las alternativas 100 % deseables. Si experimentamos mucha dificultad para seleccionar una entre varias alternativas, es porque percibimos que todas ellas son deseables en alguna medida. Un indicio para determinar si hay disonancia es que la persona intenta convencerse a sí mismo (y a veces a otras personas) de que la alternativa que seleccionó es aún más atractiva de lo que pensó al principio, justificando así la selección que hizo. O puede seguir reconsiderando la decisión aún después de haberla tomado. En las entrevistas podemos observar comportamientos verbales y mímicos y comprobar si son consistentes entre sí. Las inconsistencias podrían estar sugiriendo áreas de dificultad y probablemente disonancia.

El reconocer la disonancia es de la mayor importancia para la enfermera de Salud Comunitaria, particularmente si la decisión del cliente no es la que ella desea basada en su conocimiento de las probables consecuencias. Un hombre de cincuenta años, con enfisema, que decide seguir fumando, está experimentando probablemente cierto grado de disonancia. Si identificamos una decisión en conflicto, acaso podamos averiguar del cliente qué otras opciones tiene y reforzar la que a nuestro parecer es más benéfica para él. En estas circunstancias, si la opinión de la enfermera de Salud Comunitaria es de alguna importancia para el cliente, ella tiene buenas posibilidades de conseguir que él cambie su decisión.

Algunas características de las tres entrevistas presentadas se destacan cuando se utiliza la perspectiva de la disonancia cognoscitiva. Para comenzar, la pregunta del joven: "las personas saben cuándo están gravemente enfermas, ¿no es así?" sugiere una fuente de disonancia, lo mismo que su afirmación de que le gustaría aprender más sobre salud y primeros auxilios pero no en este momento. Otra entrevista con él podría arrojar luz sobre qué es lo que toma en cuenta para decidir qué tan enfermo está y las opciones a su disposición para obtener conocimientos de salud. El concepto de disonancia nos sugiere una dirección realística para lo que de otra manera pudiera haber sido un caso cerrado, a menos que hubiéramos dado en el clavo instintivamente. La aplicación del concepto depende en gran medida de nuestra pericia para observar y entrevistar. Así pues, este concepto utiliza destrezas de enfermería y es apropiado para extender la efectividad de nuestras intervenciones.

Sugiere también directrices para futuras entrevistas con clientes del sexo femenino. Ejemplos de fuentes de disonancia son: 1) el deseo de la segunda cliente de un plan preventivo que expresa la segunda cliente y el hecho de que no lo tiene exceptuando en el área específica de las píldoras anticonceptivas, y 2) el reconocimiento de la tercera cliente, de que tiene algo que no es normal pero niega su importancia con la actitud de "todo está bien mientras no me moleste". Un indicio de que este puede ser un caso de disonancia es el hecho de que si bien la mujer afirmaba tranquilamente que no se preocupaba por la protuberancia, su conducta

sugería que estaba llena de ansiedad. Para mí una acción apropiada hubiera sido describirle la aparente contradicción de los dos comportamientos a la cliente y discutir las con ella. Como antes, intentaría dilucidar las opciones y reforzaría una como más "saludable" para la cliente. También podría yo sugerir indirectamente, por retroalimentación que podría haber otra alternativa realmente más satisfactoria y menos disonante que la elegida por la cliente.

Otras fuentes de disonancias son la tentación, el "esfuerzo" o no lograr alcanzar una meta deseada, el *fait accompli* o situación que hay que soportar y la interacción con un grupo en el que se imaginaba encontrar un clima social diferente, desacuerdo con otros y obediencia pública forzada. La enfermera de Salud Comunitaria podría muy realísticamente intentar inducir disonancias mediante cambios en la interacción en el grupo. Una desventaja es que la enfermera puede representar la única fuente de disonancia y como tal verse rechazada por el cliente sin que ocurran cambios en sus percepciones. Es importante que nos demos cuenta de esto y tratemos de relacionar nuestras percepciones a algo ya compartido por el cliente, o reforzar otra alternativa en una decisión muy complicada.

Resumen y Conclusiones

La enfermería abarca interacciones múltiples con nuestros clientes, ya sean individuos, familias o comunidades, y requiere un análisis apropiado a estas unidades de interacción. El dato básico de la teoría del interaccionismo simbólico es el acto social y el método básico de investigación del interaccionismo simbólico es la observación participante, una combinación de entrevista y de observación. Estamos adiestrados en las destrezas básicas de entrevista y observación y por tanto tenemos los instrumentos básicos para recolectar datos con este marco de referencia, el cual no requiere de métodos de medición complicados o de micrófonos ocultos, sino de un refinamiento de las capacidades básicas de una enfermera. Estas capacidades se podrían desarrollar más mediante la educación en observación participante y revisión y comentario periódicos sobre técnicas de observación y datos recolectados por sociólogos y psicólogos sociales adiestrados en el uso de esta técnica.

La disonancia cognoscitiva se basa en el supuesto de que todos nosotros estamos frente a percepciones en conflicto o incompatibles que ocurren simultáneamente. Esta disonancia es desagradable, y el individuo trata de disminuir o de eliminar la incomodidad que le produce optando por alternativas que anulen las opciones que no se ajustan o no corresponden a las creencias que él ya tiene. Es de esperar cierta disonancia en todo tipo de interacciones; hemos de estar alertas a su ocurrencia y buscar maneras de ayudar a los clientes a reducir los conflictos. La disonancia entre alternativas también ofrece a las enfermeras oportunidad de ejercer cierta influencia en los tipos de decisiones de los clientes.

El interaccionismo simbólico empleado junto con la teoría de la disonancia cognoscitiva, puede proporcionar a la enfermera un enfoque coherente para la valoración del cliente y el ejercicio de la enfermería. Una ventaja clara de este marco de interacción combinada, es que estimula a la enfermera a examinar los comportamientos y percepciones de los clientes y sus propios comportamientos y percepciones sin asignarles valores. Así podemos ver y evaluar la situación desde el punto de vista del cliente y del de nosotras mismas. La perspectiva profesional de la enfermera con su adiestramiento aporta nuevos datos y nueva información, experiencias y análisis de observaciones, que proporcionan una base para la intervención. El poder asumir el papel del otro proporciona claves respecto a la necesidad, propiedad, oportunidad y sensatez de la intervención.

La operacionalización del concepto de disonancia cognoscitiva exige juicios basados en los conocimientos de la enfermera. Nuestra habilidad para descubrir y lidiar con disonancias se basa en destrezas de observación, técnicas de entrevista y comunicación. La facilidad para poner en práctica el marco de referencia combinado se adquiriría por la práctica en un medio clínico.

Las observaciones básicas se deben anotar en la historia clínica de enfermería, antes de interpretarlas. Esto le proporciona al próximo que la lea, datos sobre los cuales basar su propia opinión, la cual puede comparar más tarde con la nuestra. Tales registros podrían representar una mejora en las carpetas de Salud Comunitaria contemporáneas. El registro de las interacciones y percepciones de los clientes podría documentar sus fortalezas y debilidades. Cada lector decidiría entonces qué interacciones y percepciones podrían ser eficaces y cuáles ineficaces en una situación dada.

Las intervenciones de enfermería podrían surgir entonces del análisis de los datos, su interpretación y reacción. Se puede hacer una predicción del resultado, reevaluar la intervención y luego ejecutarla. Seguiría más observación y análisis. Los registros de este proceso ofrecen una base de datos brutos para colaboración y evaluación por parte de colegas, supervisores e investigadores, así como también una base para predecir resultados en otras situaciones semejantes. La especialista clínica en formación puede beneficiarse de la crítica constructiva de apoyo al operacionalizar éste o cualesquier otro marco de referencia, particularmente en lo que concierne a la evaluación realística de su eficacia en cualquier situación dada del cliente.

Se entiende que el enfoque sugerido es eso justamente: un enfoque. Su utilidad sólo se puede evaluar plenamente en un escenario clínico y a largo plazo. Como hay mucho que ganar sistematizando y evaluando los enfoques de enfermería, el esfuerzo es digno de tener en cuenta. Este enfoque puede resultar en mejores cuidados de enfermería, los cuales no descansan solamente en la intuición genética de la enfermera, sino que depende de su capacidad para aprender y del potencial que tenga de desarrollarse.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, N. W. "The Diagnosis of Neurotic Marital Interaction." *Social Casework* 35 (Abril 1954).
- ACKERMAN, N. W. *The Psychodynamics of Family Life*. Nueva York: Basic Books, Incorporated, Publishers, 1958.
- BLUMER, HERBERT. *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Incorporated, 1969.
- Boston Women's Health Collective. *Our Bodies, Ourselves*. Nueva York: Simon and Schuster, Incorporated, 1973.
- CARTWRIGHT, DORWIN Y ZANDER, ALVIN. *Group Dynamics*. Nueva York: Harper and Row, Publishers, 1968.
- DYER, E. D. "Parenthood as Crisis: A Re-Study." *Marriage and Family Living* 25 (Mayo 1963).
- FESTINGER, LEON Y ARONSON, ELLIOT. "Arousal and Reduction of Dissonance in Social Contexts," in *Group Dynamics*, editado por Cartwright, Dorwin, y Zander. Nueva York: Harper and Row, Publishers, 1968.
- LINDESMITH, A. R. Y STRAUSS, A. L. *Social Psychology*. Nueva York: The Dryden Press, Incorporated, 1949.
- MANIS, JEROME G. Y MELTZER, BERNARD N., eds. *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology*. Boston: Allyn and Bacon, 1967.
- MCCALL, GEORGE J. Y SIMMONS, J. L., eds., *Issues in Participant Observation*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Co., 1969.
- MEAD, GEORGE. *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
- NYE, F. I. *et al.* *Emerging Conceptual Frameworks in Family Analysis*. Nueva York: The Macmillan Company, 1959.
- ROSE, ARNOLD M. *Human Behavior and Social Processes: An Interactional Approach*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1962.
- SHIBUTANI, TAMOTSU. *Society and Personality*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Incorporated, 1961.

PARTE II

INSTRUMENTOS DE LA ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

Introducción de los Editores

En estos siete capítulos definimos, describimos y damos ejemplos de ciertos instrumentos que creemos que es esencial que las enfermeras de Salud Comunitaria comprendan y puedan utilizar en su práctica con clientes.

Capítulo 4: Investigación Ruth Fleshman desarrolla la idea de que la investigación puede ser un instrumento para aclarar y sistematizar la reflexión sobre problemas; incluso a nivel individual, es posible realizar investigaciones de problemas de enfermería en Salud Comunitaria. Ella discute la metodología de campo y hace algunos comentarios más sobre cuestionarios, crítica, y aspectos debatidos de la investigación sobre seres humanos.

Capítulo 5: Epidemiología Wayne Morris presenta un estudio de caso de bedsonia, también conocida como infección genital no específica y que es el patógeno más corriente en hombres y mujeres examinados en un consultorio gratuito. Como introducción, a la epidemiología, nos guía paso a paso en la recolección y cuidado de las muestras, tratamiento de clientes infectados, determinación de la tasa de prevalencia, y redacción del informe. Incluye también tasas corrientes, fórmulas y definiciones epidemiológicas.

Capítulo 6: Educación Sanitaria Los clientes plenamente informados toman decisiones de salud más responsables. Las enfermeras tienen que compartir información de salud con los clientes. Ruth Fleshman comienza diciendo por qué y cómo, así como discutiendo situaciones en las cuales podría estar haciéndose con provecho la educación sanitaria y la enseñanza al paciente. Presenta un modelo de educación sanitaria centrada en el cliente, que reconoce el insumo experto pero que lo dirige hacia lo que le interesa al cliente en vez de hacerlo únicamente a la valoración profesional de la situación.

Capítulo 7: Política y Economía Sarah Ellen Archer habla de las transacciones políticas y de las luchas por el poder entre grupos de intereses a medida que compiten por el derecho de tomar decisiones que influyan en el desarrollo de políticas. Las enfermeras han estado tradicionalmente alejadas de la política como de un negocio "sucio"; si queremos que se nos oiga en lo que tiene que ver con nuestros clientes y con nosotras mismas, tendremos que llegar a intervenir en política. La política determina quien va a jugar el juego de toma de decisiones, y la economía trata de las decisiones fiscales que son el resultado de esos juegos. Se dan ejemplos relacionados con la enfermería en Salud Comunitaria para los conceptos políticos y económicos que se describen.

Capítulo 8: Las enfermeras de Salud Comunitaria en acción: Estudio de un caso. Valiéndose de un corte en la vida de un sector rural, Ruth Fleshman y Sarah Ellen Archer muestran cómo los conceptos y los instrumentos desarrollados en las Partes I y II se hacen operacionales con un enfoque sumamente revolucionario de la enfermería a partir de la comunidad. La discusión apunta específicamente hacia la importancia de la amplia gama de colegas que intervienen en el trabajo con la comunidad, el asunto debatido de la territorialidad de los profesionales y legos, características de la comunidad y cómo aprenderlas, y la relación de todos éstos con el sistema de prestación de servicios de salud. Ilustra el impacto de todas estas y otras cosas en un intento de realizar un breve proyecto de enfermería.

INVESTIGACION PARA LA ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

4

Ruth P. Fleshman

Introducción

En enfermería se exhorta constantemente a las enfermeras a que investiguen más para que nuestra profesión pueda ampliar su propio cuerpo de conocimientos. A las especialistas clínicas se les urge a que emprendan actividades de investigación o al menos que las avalúen y apoyen. Los estudiantes de todo nivel son expuestos a los elementos de investigación sugiriéndoles de algún modo los incorporen en su trabajo subsiguiente. Como parte de su cargo, lo mismo que como criterio muy importante para promociones dentro de la enseñanza superior, se espera que las educadoras de enfermería conduzcan proyectos de investigación en el área de su especialidad, para generar teoría de enfermería y hacer avanzar el ejercicio de la profesión.

Hay muchas clases y métodos de investigación, y la práctica de aglomerarlos todos juntos hace difícil hablar de investigación. Pocas enfermeras tienen carreras como investigadoras y muchas de ellas trabajan en realidad dentro del proyecto de alguna otra persona. Con frecuencia no tienen que ver con el plan global del proyecto y a menudo no intervienen en todo el proceso, desde el comienzo hasta el final: diseño, consecución de fondos, administración, recolección de datos, análisis e informe.

Si nos ponemos a pensar cómo puede una enfermera valerse de la investigación, el tema se hace más tratable. Considerarla como algo confinado a proyectos a gran escala en lugar de pensar en ella como una manera de pensar acerca de los problemas, advertimos que, la investigación es, después de todo, sólo una manera de plantearse preguntas que son descendientes directas de todos los "¿Por qué?" del niño curioso. Las principales diferencias entre investigación y curiosidad es que la investigación es más sistemática y se ciñe a reglas de lógica para plantear las preguntas: ¿qué ocurre aquí? ¿por qué ocurre? ¿qué sucede si hago esto en vez de eso? La investigación no está en un equipo costoso o en cuestionarios de selección múltiple complicados, microscopios o telescopios, montones de ratas o contadores de tráfico. Más bien consiste en una filosofía básica que trata de plantear preguntas de manera que se puedan responder sistemáticamente para que la información pueda estar así a disposición de todo el que busque de la misma manera respuestas a esas preguntas. Muy pocas de las personas que intervienen en enfer-

mería en Salud Comunitaria planean hacer su carrera como investigadores de tiempo completo. La meta dominante de la mayoría de las enfermeras está, después de todo, relacionada con la prestación de cuidados a los clientes. La mayoría de las enfermeras están irremediablemente comprometidas a hacer algo por resolver situaciones, no simplemente a estudiarlas. Así que la mayoría de nosotras generalmente no enfoca su quehacer a desarrollar teorías o marcos de referencia trascendentes para nuestro mundo de trabajo. Pero una crítica que se hace frecuentemente a enfermería lo mismo que a otras disciplinas orientadas a la acción y con base científica, es que no logramos utilizar los instrumentos racionales a nuestra disposición y que procedemos a un nivel intuitivo. Esto puede resultar en cursos útiles de acción pero difícilmente contribuye al mejoramiento sistemático, ni de los cuidados que damos a nuestros clientes, ni de nuestra ocupación. La intuición no es repetible.

Para comenzar la discusión sobre investigación, me gustaría incluir algunas de las notas registradas por enfermeras investigadoras del Proyecto de Educación para la Salud en Comunas con el fin de mostrar el tipo de observaciones que hicieron como base para analizar diferentes grupos de las comunas. El formato utilizado varía de un grupo a otro. Pero la conservación de los informes narrativos capta el suceso inmediato para uso posterior al considerar las cosas específicas que son el foco de investigación. Este método de registro es un instrumento de investigación de campo, método especialmente empleado por antropólogos y sociólogos al estudiar grupos de personas en sus propios territorios. La comprensión del estilo de vida de una población, es necesariamente, el primer paso para poder trabajar con ella de maneras más competibles con sus creencias. Este es ciertamente uno de los principios fundamentales de la enfermería en Salud Comunitaria, incluso si el grupo es algún sector de nuestra propia nación y no una tribu exótica de la jungla.

En este capítulo, daré alguna información sobre el método de campo que me ha sido útil lo mismo que a mis colegas en la práctica diaria y en la investigación. Doy también algunas indicaciones de nuestra experiencia en la redacción de cuestionarios. Por último, trato del consentimiento informado y de la responsabilidad de la enfermera respecto del mismo. Mi propósito es ayudar a las enfermeras a iniciar el empleo de la investigación y a evitar algunas brechas corrientes.

Notas de campo - Proyecto de Educación para la Salud en las Comunas

Enero 11, 1971: visita a la Comuna La Tierra, en Pomo. Conduciendo por la carretera hacia La Tierra, comuna de Popeya en el condado de Pomo, recogimos un autostopista que vestía una enorme chaqueta de lana de oveja. Al reconocer a Ruth y Sandra, se presentó como Juan, de la comuna. Siguiendo el viaje, supimos que Popeya no estaba en la Tierra en ese momento, sino en la ciudad, incluyendo algunos negocios que tenía que hacer antes de partir para la India.

Al entrar en los terrenos pantanosos de la comuna, no había nadie visible, pero

sí había varios carromatos cubiertos, buses, camiones y carros viejos. La Casa Principal estaba frente a nosotros. Había sido la casa de Popeya hasta cuando el incendio del último otoño quemó El Granero, que en el pasado había sido el centro de las actividades de la comuna. La Casa era una estructura de madera de techo en ángulo. Al entrar en la cocina de la Casa, vimos dos hombres. Miguel reconoció inmediatamente a Ruth, la saludó con mucho cariño y comenzó a hablarle animadamente. El otro hombre, Jaime siguió en sus quehaceres después de hacernos un signo con la cabeza cuando entrábamos. Ambos hombres eran altos y delgados, llevaban jeans y camisas de trabajo, tenían numerosos cuchillos y otros adminículos a la manera de los montañeros, en sus cinturones. Ambos llevaban barba y largo el cabello, Miguel con su cabello oscuro amarrado en cola de caballo, Jaime el rubio suyo en rizados sueltos.

La Casa misma tenía una chimenea alta, de ladrillo y circular, la cocina un doble sumidero y varias mesas, con utensilios por todas partes o colgando de las vigas, y una enorme estufa de leña. Había un gran salón de recibo en este piso, con plantas, ventanas de vidrios de colores, candelabros, cobertores hindúes, cuentas, plumas y cuadros por toda la habitación, todo lo cual daba una sensación cálida algo bella "de refugio" al lugar. Había una cama doble convertida en canapé y que sobresalía debajo de la ventana de estilo de iglesia en el centro de la habitación, y varias sillas y bancos rústicos alrededor de las paredes. Me parecía que esta era la primera comuna que había visto que diera la sensación de que ellos querían mezclar lo útil con lo agradable.

En el segundo piso de La Casa había una habitación grande de trabajo con toda clase de artículos de costura, de artes manuales y otras, y una gran habitación más que Miguel estaba apropiándose también con muchas mantas hindúes y una pesada cortina de terciopelo a la entrada. En esa habitación encontré una chica llamada Peggy que acababa de trasladarse a La Tierra y estaba viviendo en uno de los viejos carromatos que había en la propiedad; hablaba de "lo dulce de la vida aquí".

Al hablar de como iban las cosas, el grupo insistía en que todo era mucho mejor desde el incendio, que todo había sido para bien, que "Dios lo había enviado para darnos una lección". Hasta entonces, se habían estado aprovechando de unos pocos miembros del grupo que trabajaban duro, pero ahora estaban haciendo más por su cuenta. En vez de comer en común, como antes, había más que comían en sus propias casitas, pero todos estaban tratando todavía de vivir de lo que se daba en la tierra en cuanto era posible. Había como una velada insinuación de que algunos de los más gorriones se habían dado cuenta bruscamente de que tenían que aprender a ver por sí mismos o a no comer. Una chica llamada Margarita llegó con una manotada de zanahorias y lechugas y las lavó en el sumidero. Juan se puso a asestrar las patas de una de las mesas de cocina para convertirla en mesa para los niños o para que los adultos se sentaran poniendo cojines. Hubo varios comentarios al respecto, que iban desde "pero si éste es una mesa de trabajo tan buena", "Bueno, como tú hiciste la mesa, haz ahora lo que quieras con ella".

Entró Jorge, todavía algo amarillo por la hepatitis que había pescado en Hawái. Se puso a conversar con Ruth sobre lo que debería comer para curarse de la hepatitis y sobre dietas en general. El y su dama, Angélica habían sido vegetarianos puros, pero recién que habían vuelto lo convencieron a él de que agregara un poco de leche y pescado para aumentar las proteínas. Angélica simplemente no lograba comer proteínas animales y vomitaba siempre que lo hacía. También ella estaba todavía un poco icterica. Jorge decía que se sentía como si le estuvieran volviendo las energías, pero se desanimaba de ver que el color de los ojos no le cambiaba más de prisa. La conversación giró sobre todo acerca de cómo obtener proteínas suficientes sin ingerir carne; hablaron de productos lácteos, soya y nueces. Una joven alta y gruesa entró en la conversación y al cabo preguntó cuál era la dieta perfecta. Ruth contestó que no había otra que "un poquito de todo". Jorge parecía muy interesado en el tema, quería aprender, preguntaba mucho. Ella escuchaba atentamente pero solo rara vez comentaba algo.

No estuvimos mucho en la comuna y sólo vimos unas cuantas personas antes de tener que salir a prisa a encontrarnos con algunas personas que planeaban establecer un consultorio gratuito en el área. En general, el lugar parecía ser de aquellos en los cuales la gente disfruta manteniéndose ocupada y las personas parecían congeniar y ser abiertas con nosotras, aun siendo yo forastera y aunque Sandra y Ruth no estuvieran familiarizadas con todos los que estaban allí.

Enero 11, 1971:7:30 p.m. Lluvia torrencial, obscuro como boca de lobo. Visita a Judith, quien antes estaba en la comuna Mesa, ahora a cuatro millas al norte de Charleston. Judith estaba sola en casa con sus dos niños, un bebé que empezaba a caminar y el otro un chiquillo que no llegaba a los dos años. Viven en una de varias cabañas de madera verde oscuro que bien pudo haber sido un hotel para motoristas. Los tres acababan de terminar la cena, la cual parecía consistir en macarrones, con atún y algo de verduras. Los niños correteaban mientras nosotras hablábamos, el mayor necesitado al parecer de que nos fijáramos en él, el menor aferrado al mayor, como si estuviera cansado, o bien colgándose de las faldas de la madre, pidiendo que lo alzarán. La casa era vieja, con olor a humedad y bastante sucia. Pero el ambiente era seco y cálido gracias a una de las omnipresentes estufas de leña encendida en la cocina. Los platos usados del día se apilaban para el lavado. Había ropas puestas a secar en una cuerda tendida a través de la cocina. La única nota que perturbaba la imagen estereotipada de "pobreza" era una pared tapizada enteramente de libros. Se veían títulos que iban de la ciencia ficción, Shakespeare, D. H. Lawrence, Dickens, hasta colecciones completas de filósofos y psicólogos del siglo veinte. Judith admitió que rara vez los miraba, pero que su marido había abandonado los estudios a mitad del camino del doctorado en psicología.

Judith estaba embarazada, creo que dijo que de seis o siete meses. El nuevo embarazo se debió a que el marido no quiso que usara anticonceptivos, porque "no

son cosa natural", y sin embargo no se abstuvo de ella en los períodos fértiles. Parecía cansada y dijo que ahora lo estaba con frecuencia. Creía que ello se debía a que sus embarazos habían sido muy seguidos y que realmente no había querido este último pero su voz pareció apagarse al decirlo. En realidad conversó a gusto con nosotras y estaba encantada de tener visita; cuando salíamos dijo "vengan a verme cuando pasen por aquí. No es frecuente que yo tenga ocasión de ver chicas".

Al comenzar la conversación habló de que había ido a un médico general cuando se sintió en cinta y que había esperado hasta las seis su cita de las cuatro. Como todavía tenía que pedir que alguien la llevara gratis en su carro cuatro millas hasta su casa y encender la estufa de leña para cocinar la comida, se paró y salió sin advertir a la secretaria; no había vuelto a ver a ningún médico. Más adelante en la conversación nos preguntó qué podría hacer para proteger el prolapso de cuello, algo que ella no sabía que no era normal en el embarazo.

Judith también describió la grave neumonía que había padecido el niño menor por Navidades, diciendo cómo su esposo había rehusado permitir que se hospitalizara el niño, por lo cual ella había tenido que llevarlo todos los días al consultorio del médico para una dosis de penicilina y el niño "no hacía sino sentarse durante dos semanas en la silla, agarrando con fuerza la sábana, sin comer, durmiendo apenas, tratando sólo de respirar". Contó que ella y los niños estaban amparados por Medicaid, pero que su marido no, y que esperaba que no se enfermara porque él ya "había agotado todos los médicos de Pomo yendo a su consultorio y no pagándole a ninguno".

Habló largamente de esperanzas y de planes de abandonar el área e irse a vivir a Oregon. Habían pensado irse en Navidad donde la familia de Judith, que vive en Oregon, y que había ofrecido pagar los gastos del viaje, pero la enfermedad del niño no lo permitió. El camión que ella y su marido Roberto tenían ("que era estupendo, con todo funcionando") se lo había llevado prestado alguien de la comuna más al sur donde Judith y Roberto habían vivido antes de venir a Charleston, y lo habían estrellado. Así que Roberto había ido hasta allá a ver si podía arreglarlo para poder ir a Oregon en él. Creían que podrían "comenzar de nuevo" sólo con ir a Oregon.

Judith, de veintiocho o veintinueve años, me parece, tenía el aspecto de una linda persona que se marchitaba rápidamente. Era dulce y cálida con los niños a pesar de su fatiga y la distracción de los huéspedes de la casa. Era penoso oírle hablar de lo que le estaba ocurriendo porque parecía que era muy poco lo que nosotras podíamos hacer para ayudarle a "comenzar de nuevo" que era lo que ella quería realmente. Desde su salida de la comuna, Judith se ha sentido abiertamente amargada de que la manera de "compartir" que tienen en la Comuna, suela acabar en franca explotación, como sucedió con el camión de Roberto, o con la llegada de miembros de la comuna a gorrear todo un fin de semana. Necesitaba tratar de encontrar otros desilusionados de las Comunas (¿visitantes no esperados?) para confirmar si verdaderamente las aseveraciones escuchadas indicaban cambios de actitud hacia ellas.

CRITICA DE LA INVESTIGACION AJENA

La investigación plantea diversos problemas a las enfermeras, y uno de ellos es la dificultad que tenemos la mayoría de nosotras para apreciar el valor de un trabajo dado de investigación sobre la base del informe publicado. Hay dos reacciones corrientes: invalidarlos completamente o aceptarlos con los ojos cerrados. A medida que va produciéndose más y más investigación en enfermería, va haciéndose menos posible evadir vérselas con ella en alguna forma. Pero pese a que la información impresa supone una cierta autoridad de por sí, hay proyectos tan manifiestamente absurdos que no es posible tomarlos en serio.

Tenemos que empezar por plantear preguntas sobre un informe dado para desarrollar un escepticismo sano e informado sobre el reporte de las investigaciones. Afortunadamente, las enfermeras en ejercicio tienen en la práctica una base de experiencia que les dice que muchos de los modelos idealizados de estudios no pueden de ninguna manera funcionar tan calmadamente como en el diseño. A pesar de todos los desaires que nos hacen, las enfermeras tenemos un conocimiento experto de las realidades de muchas situaciones de una comunidad-cliente. Una enfermera perdió mucho de su reverencia por un brillante y joven sociólogo que proponía un programa de entrevistas de dos horas con las madres de recién nacidos, pues su experiencia le decía que no hay madre que tenga tiempo, paciencia o disposición para resistir esa clase de maratones.

Se puede desarrollar habilidad para la crítica de estudios de investigación buscando lagunas en la planeación, brechas en la lógica, explicaciones basadas en corazonadas y explicaciones que no se han fundamentado en datos reales. Al rehusar aceptar los informes de investigación como si fueran el evangelio, podemos volvernos asesores avisados de la confiabilidad y utilidad de mucha investigación que se aplica a nuestras áreas de práctica profesional. Semejante enfoque crítico debería hacer posible seleccionar con mayor discernimiento los estudios que tienen mayor potencial de ser útiles a nuestro campo, ya sea como se les presente o bien adoptados por nosotras para ajustarlos a las necesidades especiales de nuestros propios clientes y comunidades. También puede dar un punto útil de partida: observando los errores de los demás podemos evitar unos cuantos en nuestros propios proyectos. Para mayores indicaciones, referirse al capítulo sobre la crítica, escrito por Fox (1970:287-309).

EL PROCESO DE INVESTIGACION

Sería arriesgado tratar de dar una receta para investigar en un espacio tan breve. El lenguaje utilizado es con frecuencia el específico de varias formas de investigación, y los detalles de procedimiento, muestreo, medición y evaluación son algo demasiado serio para hacerles aquí plena justicia. En vez de esto, quiero tratar de generalizar el proceso tal como podría ser para una enfermera de Salud Comunitaria, y utilizar ejemplos de mi propia experiencia. Si bien algunos proyectos co-

mienzan con formación de hipótesis, con frecuencia parece prematuro proponer algo tan formal, especialmente en relación a la comunidad. Esta es solo otra razón más por la cual la investigación de campo que trata de describir situaciones complejas que se están dando, es un método que atrae fuertemente a mi sentido de cómo averiguar lo suficiente para convertirme en una enfermera de Salud Comunitaria.

Preguntas para entrar en materia

La decisión de hacer un proyecto de investigación casi siempre parte de ciertas preguntas o de un conjunto de preguntas que lo inquietan a una porque no puede darles respuestas simplistas, o porque las respuestas que suelen darse no encajan del todo. Se ha hallado una "comezón intelectual" difícil de rascar. Una vez que se decide cuál es la pregunta exactamente, se empieza a buscar cómo encontrar la respuesta. Este proceso lleva con frecuencia a percatarse que la pregunta original no era esa exactamente, o que hay otras preguntas que se deben responder previamente. A veces esto se descubre sencillamente meditando sobre la lógica de lo que se desea contestar. Hay preguntas que simplemente no se prestan para investigación y ello es particularmente cierto en cuanto a preguntas en las que intervienen cuestiones morales o filosóficas. "¿Se debe conservar la vida de los inválidos?" "¿Está bien que haya actividad sexual prematrimonial?" En seguida se hace patente que, a falta de una revelación directa, tales preguntas no pueden contestarse. Pero es posible replantearlas como "¿Qué grupos de personas creen qué cosas sobre los varios aspectos de cualquier cuestión que se esté estudiando?" "o" "¿Cuáles son los diversos argumentos en pro o en contra o en torno a una cuestión dada?"

Análogamente, el tipo de pregunta planteada puede generarse reflexionando sobre problemas más amplios. Yo, por ejemplo, estaba interesada en formas de mejorar el servicio suministrado a la clientela de servicios de salud. Resolvimos que una barrera frecuente puede ser la diferencia de clase social entre los clientes y los profesionales de la salud. Planteamos la pregunta: "¿Si quisiéramos considerar este fenómeno, dónde trataríamos de observarlo?". Es claro que preguntar directamente a clientes y profesionales no habría servido de mucho por varias razones, entre otras el tiempo que tomaría definir y sentar la noción de clase social. La observación directa de las interacciones entre médicos y clientes de baja clase social revelaría datos que se podrían comparar con las interacciones con clientes de clase social similar a la de los médicos. ¿Pero dónde serían observables tales interacciones? Los consultorios médicos no son fácilmente accesibles a la observación contingente, y además los intercambios médico-cliente son comunicaciones privadas. Mi propia experiencia en consultas externas podría interferir con la desaprensión con lo cual yo debería ser capaz de considerar las interacciones. Así pues, el hospital parecería el escenario apropiado y entre ellos, un servicio de emergencia del condado era el que podía ofrecer un rango amplio de clientes de diversos estratos sociales.

Legitimación interna y externa

Una cosa es elegir un posible sitio para la investigación, y otra muy distinta con-

seguirlo. El primer paso es un proceso de reflexión que nos convenga de que es legítimo hacerlo. Como estudiante, yo podía justificar que necesitaba practicar en observación de campo dentro de una institución médica (pues todo mi ejercicio previo había sido conducido deliberadamente en situaciones enteramente distintas para evitar entorpecer mis observaciones con antiguos supuestos sobre los que estaba sucediendo). Como enfermera sabría no entrometerse para no estorbar cuando las cosas se pusieran realmente turbulentas; a mí me ha ocurrido que investigadores novatos perturben mi trabajo poniéndoseme en el camino cuando tengo mejores cosas de que ocuparme que engolfarme en sus prioridades. En el hospital del Condado, yo podía honradamente alegar suficiente ignorancia para evitar verme enfrascada en el servicio, ya que estaba en territorio verdaderamente extraño. Tras reflexionar detenidamente sobre esto, me presenté a la directora del Servicio de Enfermería y le expliqué mi propósito, que era observar lo que ocurría entre pacientes y profesionales en una sala de urgencias. Su compromiso de permitir la docencia la llevó a aprobar el período de observación que yo proponía, quedando entendido claramente que yo evitaría participar en la atención de pacientes puesto que no era funcionaria del hospital. Quedó convenido que la explicación abierta de lo que yo estaba observando alteraría el comportamiento de los que deseaba observar, así que cuando me presentó a la enfermera jefe de la unidad, el propósito que le explicó fue todavía más general que el que yo le había manifestado. Dijo que yo estaba planeando observar el comportamiento de los pacientes en situaciones de urgencia, lo cual omitía cuidadosamente la mitad profesional de la interacción. En la actualidad sería mucho más difícil, si no imposible, hacer esa clase de observaciones disimuladas como proyecto de investigación formal, debido a la imposición que ejercen sobre los derechos de los sujetos para que consientan en ser utilizados para la investigación. Pienso que un ejercicio de aprendizaje semejante es un esfuerzo lícito ahora, tanto como lo era entonces, especialmente porque jamás se actuó sobre la base de las observaciones hechas y registradas.

Yo me ponía siempre una bata blanca de laboratorio y una cucarda que me identificaba como la Sra. Ruth Fleshman, enfermera registrada. Llevaba conmigo una tablilla con sujetapapeles y papel para tomar notas, pues sabía que habría largos intervalos de tiempo en los cuales no podría escaparme para hacer anotaciones. Sería pues útil anotar temas, frases claves y otras cosas para recordar que me ayudarían luego a reconstruir la escena en la memoria. No era de esperar que pareciera insólito que yo anduviera por allí escribiendo, pues muchas otras personas tomaban notas sobre variados asuntos como parte de sus labores en el hospital.

El haber llegado por canales apropiados y respaldada por la jerarquía administrativa, parecía ganarme aceptación. Me presentaron por mi nombre al personal, sin mencionar mi misión. Y sólo fue después de unas dos semanas y media de andar rondando por ahí y haciendo preguntas casuales, de estar volviéndome parte del paisaje, apareciendo en todos los turnos el tiempo necesario para conocer mejor a los miembros del personal, cuando unos cuantos de estos comenzaron a darse cuenta de que en verdad no entendían para que estaba yo allí. Sólo entonces comencé a

escuchar preguntas que, cosa bien interesante, seguían este patrón: “ahora bien, ¿qué fué lo que dijo usted que estaba haciendo?”, aún cuando yo nunca había dicho nada. Yo siempre evitaba cuidadosamente la palabra investigación, porque a mi entender había en ella una amenaza; yo insistía en que era *estudiante* de postgrado (los estudiantes son siempre inofensivos), que estaba realizando un proyecto (los proyectos no son *reales*), que estaba estudiando pacientes (y todo mundo sabe lo importante que son *ellos*). Casi cualquiera de estas respuestas bastaba y al parecer era más importante un tono que inspirara confianza, que lo que dijera. Y el hecho de que no ocurriera nada malo como resultado de mi presencia, se añadía a sus sentimientos de confianza. El que yo siempre reconociera su pericia, los colocaba por encima mío, de modo que me podían enseñar qué era lo que a su parecer estaba “realmente sucediendo” y darme con ello una gran cantidad de información sobre lo que opinaban de sus pacientes. Observando como trataban varios tipos de pacientes, puede ver también la manera como reforzaban o disimulaban las opiniones que me habían manifestado en privado. De este modo, aún cuando yo no podía serles de ningún beneficio directo con mi presencia, si le podía brindar al personal de planta una oportunidad de enseñarme, lo que a menudo es una recompensa al ego. Les di asimismo la ocasión a varios profesionales de descargarse respecto a sucesos, individuos u otros grupos de trabajo hacia quienes estaban indispuestos. Hasta les di ocasión a las enfermeras de la unidad, de sentirse superiores a otra enfermera que evidentemente no tenía idea de lo que ellas sabían, siendo incluso estudiante de postgrado. El jugar a inferior ante su superior no fue amenaza para mí, pues yo no estaba compitiendo con ellas por status en ese sistema. Permaneciendo como figura ambigua yo podía ser relativamente invisible; adoptando la bata de laboratorio como uniforme me hacía aparecer como parte del sistema aunque las iniciales de mi tarjeta de identificación explicaban que no era parte de la imagen de la enfermería de aquel hospital. Utilicé frecuentemente experiencia adquirida en mi trabajo con pacientes externos de modo que nunca se pudo pensar que yo era sólo una principiante, lo cual me daba cierto crédito y me evitaba un poco las vejaciones de que a menudo son objeto las estudiantes del curso básico. Pero como estudiante, también podía entrar en conversación casual con las dos estudiantes de cursos avanzados de una escuela hospitalaria cercana, y obtener de ellas algo sobre su opinión de las interacciones entre médico y paciente.

Ahora ya no puedo utilizar el maravilloso pasaporte inofensivo de estudiante para poder entrar. Pero he aprendido el valor similar que la mayoría de la gente atribuye a esa identidad mía, siendo enfermera. A veces no puedo aceptar la posición de inferioridad en que se me coloca cuando me dicen que soy “*solo una enfermera*” o que “parezca más lista que la *mayoría* de las enfermeras” o incluso “¿qué clase de enfermera es usted?” La mayoría de las personas consideran a las enfermeras como personas muy útiles, discuten abiertamente la más amplia gama de problemas personales y sociales, plantean las preguntas más reveladoras, pero parecen esperar que las enfermeras pueden dar consejos maravillosamente expertos no sólo para cosas físicas sino sobre todo un conjunto de cosas prácticas que por lo general

no se consideran parte del arte y ciencia de la enfermería. Cuando caen en cuenta de que no soy el tipo de enfermera de toca y uniforme almidonados, ya es demasiado tarde. Que yo esté estudiando problemas de salud, que parecen molestarles a ellos, no se considera como un proyecto entrometido de investigación, sino como la base probable para alguna acción que se ejecutará más tarde con el fin de mejorarles su situación. Además, el que yo sea enfermera me permite retribuirles su voluntad y hospitalidad con información útil sobre cómo manejar los problemas del momento. Un amigo sociólogo admite que envidia mi profesión porque siente que el progreso del conocimiento es una mala excusa para andar husmeando en las vidas de los miembros de una comunidad.

Notas de Campo

Mientras la situación que se ha observado está todavía viva en la mente, es importantísimo apuntar con plenos detalles lo más que sea posible. Naturalmente, no es posible registrarlo todo, ya que ni siquiera una grabadora captaría las imágenes visuales o los patrones de interacción. Pero cuanto más pronto se registren las observaciones, menos probable es la pérdida de su contenido. La mente humana empieza a tratar de organizar los eventos sobre la base de sus propias definiciones, y, si se le da oportunidad, tratará de hacer lo mismo con los nuevos y maravillosos sucesos que observe. Por esta razón, los que se aparecen en una escena no ven las cosas del mismo modo que los que ya estaban en ella. A las enfermeras recientemente egresadas, con frecuencia las denigran diciendo que son ingenuas, inexpertas e irreflexivas cuando intentan dudar de los procedimientos y métodos imperantes. El experimentar cosas desde la perspectiva de la investigación, sugiere que contrario a lo que ellas creen, son con frecuencia los veteranos quienes no comprenden lo que realmente está ocurriendo. Las recién llegadas tienen una perspectiva fresca que puede ser la base de vislumbres penetrantes, o por lo menos de preguntas inquisitivas sobre situaciones que tal vez mejorarían si fueran replanteadas. (Pero suele ser imprudente embarcarse en un cargo nuevo llena de brillantes ideas sobre como *deberían* hacerse las cosas y creyendo que como agente de cambio para lograrlo; esto lleva directamente a problemas).

Las notas de campo, especialmente al comienzo de un proyecto, deberán contener lo más posible de la observación hecha poniendo los cinco sentidos. Aun cuando no se comprenda el significado de los detalles, estos a menudo se convierten en rica fuente de información puesto que no son invenciones y acaso contengan alguno de los que se le escapan a quienes están dentro de la situación. El incidente que terminó en Judith abandonando el consultorio del médico cobró mayor significado después de que fuimos conociendo al médico y descubrimos que, según él, en Charleston nadie carecía de atención porque él veía a los que iban a su consulta y todos los médicos eran igualmente abnegados y dedicados. Ello sugería que lo que realmente estaba pasando aquí era que había dos perspectivas diferentes: una

desde "adentro" de los consultorios médicos y otra desde "afuera", o sea desde la población.

Además de las observaciones mismas, es importante anotar las diversas estrategias que se utilicen para llegar a ellas. A mí me resultó muy interesante darme cuenta de la importancia que tiene la manera en que uno se vista, para que lo admitan. Al estudiar los conflictos entre un organismo regional de salud y un grupo comunal ilegal yo adopté dos imágenes distintas: vestidos de ancianita y pantalón con blusa de trabajo según el caso, como pasaportes para que me aceptaran. En la sala de urgencias, una bata blanca de laboratorio y una tablilla con sujetapapel me hizo casi invisible para todo el personal del servicio.

Las ideas que le vengan a uno a la cabeza para explicar los eventos, también deberían anotarse a medida que se le vayan ocurriendo, pero no se deben mezclar ni en el pensamiento, ni en las anotaciones. La nota que aparece al final de la visita a Judith es un ejemplo de esas ideas.

Al principio, es muy difícil que se consiga anotar siquiera una parte de lo sucedido, pero al cabo de cierto tiempo la memoria comienza a mejorar. Observé que empieza a parecerle a uno que los hechos observados fluyen directamente de la memoria a la máquina de escribir, a través de los datos. Aún así, las imágenes registran notas con esa intensidad y en consecuencia es vital no sobrecargarse de trabajo de campo. Al principio, parecía que lo más que yo podría hacer era una o dos horas de trabajo de campo y las anotaciones respectivas. Uno tiene la tentación de quedarse "un poquito más", pero pronto se aprende cuáles son los propios límites. Aplazar el registro de notas es otra tentación porque las anotaciones sobre el trabajo de campo consumen mucho tiempo. Sin embargo, destruye el propósito de la observación ya que el esfuerzo que se haga más tarde por recordar, está influenciado irremediablemente por la comprensión de los sucesos en ese momento y cuando ocurrieron.

Técnicamente, es vital que las notas estén mecanografiadas debido a que la legibilidad es cosa esencial. Puede ahorrarse tiempo grabando el dictado, pero luego hay que transcribirlo. Como cualquier habilidad matriz, también se puede aprender a mecanografiar por lo menos tan rápidamente como se puede escribir, con el beneficio suplementario de obtener notas legibles por cualquiera otra persona. Déjense amplios márgenes a la izquierda para anotaciones, comentarios y codificaciones. Debe escribirse a doble espacio, ya que leer material a un solo espacio es malísimo para los ojos. Háganse dos copias al menos, una de las cuales se guarda sin anotaciones, separadas de la segunda copia. Una se destinará para utilizarla en análisis. La razón para ello puede parecer presunción, pero todos los investigadores saben de algún incidente doloroso ocurrido a los datos recolectados durante toda la vida de alguien, que han sido destruidos por el fuego, robados o perdidos durante una limpieza doméstica demasiado celosa. Todo esto significa destinar una copiosa cantidad de papel que puede parecer desperdicio, especialmente si se tiene un presupuesto rígido. Pero lo que se tiene es un montón de papel que se puede usar por el revés en nombre de la economía y de la ecología.

La necesidad de registrar las notas de campo también exige que uno lo abandone y ésto puede ser una ayuda bienvenida para la salud mental. La exposición demasiado prolongada a una experiencia de campo emocionalmente intensa puede ser tan agotadora que se necesite cierto tiempo para recuperarse. Nuestras estadias en comunas campesinas fueron casi siempre seguidas de más o menos una semana de registros e informes mientras nos recuperábamos para emprender la siguiente correría. Una de las razones por las cuales compré un maltratado remolque para mi propio uso, fue la de poder tener un lugar privado en el terreno de los hechos que me librara del gregarismo apabullante. Podía también utilizarlo como lugar para registrar mis notas de campo así como también para arreglarme un triz de carne antes de reunirme con los vegetarianos durante sus comidas de soya.

Gradualmente, a medida que continúan las observaciones, el razgo humano de establecer patrones comienza a hacerse patente, y el investigador curioso comienza a percibir temas, sucesos comunes o semejantes y una sensación creciente de que ciertas cosas van vinculadas. Estas anotaciones difieren de las que constituyen las notas de campo, en que son más inclusivas, tal vez un poco más reflexivas y en que por regla general reúnen material obtenido en más de un conjunto de observaciones. Así que no están asociadas a un conjunto de notas de campo sino que propiamente hablando son una parte separada del proceso de análisis. Un método utilizado frecuentemente para mantenerlas separadas, es mecanografiar estos memorandos en papel de color diferente (de nuevo dos copias por lo menos) y archivarlas separadas de las notas de campo y una de la otra. Es importante hacer referencias cruzadas de estos memos con las notas de campo correspondientes, de manera que más tarde se puedan localizar fácilmente las observaciones en las cuales están basadas. Yo encabezé todas mis notas con la fecha y el lugar y, si son importantes, la hora del día y las personas que intervinieron.

Hablando de Datos

La revisión regular de las notas y su discusión con otra persona hace que los temas vayan emergiendo. El hablar sobre los datos brutos suele mejorar la probabilidad de descubrir patrones interesantes o útiles. Sin embargo, esa otra persona no puede ser simplemente cualquiera. No es útil y puede resultar mal el confiar en alguien que sea parte del "campo" que se está observando. Las percepciones de los eventos por parte de quien pertenece a la situación, están ligados a su definición de esta situación, solo tendería a repetir interpretaciones de observaciones ya recolectadas. Además, podría conducir a que se retroalimentara el campo, lo cual podría poner en riesgo la posibilidad de seguir observando, o cambiar el comportamiento de los demás sujetos del campo. Cuando se estaba estudiando la trashumancia en las enfermeras hospitalarias (Pape 1964), encontré que no podía hablar sobre ese concepto naciente con otras enfermeras, pues consideraban inútil analizar algo que "todo el mundo conocía". Mis colegas sociólogos con quienes discutí el asunto, encontraban que esa trashumancia era ejemplo fascinante de movilidad geográfica.

La otra persona no deberá ser alguien que esté en una situación como para interferir con el flujo de sucesos en el campo. Una aspiración del observador del campo es ser tan invisible como se pueda para ejercer poco efecto sobre el curso "natural" de acción. Desde luego, la mera presencia de un observador o incluso de otro cuerpo tiene cierto efecto, pero un investigador de campo deberá tratar de minimizarlo o al menos de tenerlo en cuenta. Había estado estudiando los puntos de vista divergentes de un organismo de salud oficial y de una comunidad cuyo estilo de vida transgredía algunas ordenanzas sanitarias de la región. Pensé valermé de uno de mis vecinos como de caja de resonancia, ya que no hacía parte de la población de la comunidad, ni parte del sistema sanitario local. Pero se enojó tanto ante lo que amenazaba ser un colapso inminente, que comenzó a hablar de impulsar una ley Paul Revere y a darse prisa por salvar a la gente. Con cierta dificultad lo puede disuadir y encontré otra persona con quien discutir de ahí en adelante. No hay para que decir que la otra persona debe comprender que la información es confidencial y que debe evitar hablar de la investigación a otras personas.

Además de estas limitaciones, el interlocutor tendría que ser capaz de comprender la perspectiva de la investigación y las diferencias entre ésta y la manera como habitualmente las enfermeras hacen las cosas. En búsqueda de la pureza de los datos el investigador trata de recolectarlos sin influir en el curso de los acontecimientos, de ser un observador sin participar en la actividad. Esto desde luego es imposible, excepto en teoría. Por otra parte, las enfermeras están comprometidas a intervenir en los intereses de salud de sus clientes cuando quiera que exista alguna información que indique en qué dirección sería más útil la acción. A un nivel sencillo, las enfermeras y otros profesionales deben actuar generalmente sobre la base de datos incompletos o corren el riesgo de no actuar nunca. Los investigadores solo están comprometidos a recoger tanta información como sea posible. Para ellos, la recolección de datos puede ser oficio de toda la vida sin tener necesidad de pensar como intervenir. Puede plantearse un problema cuando las enfermeras adoptan la postura de investigar ante una situación en la cual deben elegir entre observar y participar. Mi observación de tres meses, restringida a una sala de urgencias, me dió idea de la importancia de este dilema ya que en ese medio ocurren muchas cosas que solo yo podía observar y acerca de las cuales, en mi calidad de enfermera, me sentía impelida a actuar. Me parecía que era obligación profesional informar de la hora en que un hombre agonizante desatendido dejaba de respirar definitivamente. Pero como yo era un observador y no un miembro del personal, consideraba más productivo esperar a ver cuanto tiempo pasaba antes de que el personal lo notara y los procesos que utilizaban para decidir cómo llenar los formatos pertinentes. Sin embargo, en la lucha para tomar la decisión, tenía que plantearme preguntas muy difíciles sobre la diferencia que podría hacer cualquier acción mía y si decidía que de todos modos no había nada que pudiera hacer, optaba por no intervenir. Por otro lado, al visitar una comuna en la cual encontré un niño evidentemente muy enfermo, no dudé un solo momento que ha-

bía que interrumpir el proceso y dedicué bastante tiempo a persuadir a los padres del niño y a otros miembros de la familia de que tenía interés en la seguridad del niño, y al cabo logré que aceptaron mi definición de la situación, al menos hasta el punto de que llevaran al niño a un médico local. Me perturbó muchísimo que no cumplieran la referencia que les dió el médico para cirugía del corazón, y que en cambio se pusieran a orar por el niño hasta que murió. Pero en vista de las alternativas realísticas abiertas ante mí, yo consideraba que había hecho la mejor contribución que podía a la decisión de los padres, y tanto ellos como yo teníamos que aceptar el resultado. Ellos por lo menos conservaban la fe religiosa que justificaba sus acciones.

Tener como preceptor un sociólogo a menudo me resultó útil para conservar el punto de vista de la investigación, dada mi afición a intervenir. Sin embargo, a él no siempre le era posible comprender la fuerza o dirección de este impulso, pues no compartía mi perspectiva profesional. En este caso fui muy afortunada de tener a mi disposición una enfermera-socióloga que me ayudara a batirme con el dilema hasta entenderlo. Habiendo ella misma experimentado ese dilema, no solamente me ayudó a interpretar la experiencia sino que me dió métodos para hacer frente a su impacto.

Análisis de los Datos de Campo

El material puramente descriptivo corre peligro de ser considerado únicamente como anecdótico, a menos que se tomen medidas para pasar de lo específico a distintos niveles de abstracción. Los procesos mediante los cuales se puede obtener esto, se describen en varias referencias de antropología y sociología (Narol y Cohen 1973; Glaser y Strauss 1967:61-115; Schatzman y Strauss 1973:108-127).

El rico material registrado por Terkel en *Laborando* (1972) y por Lewis (1961; 1968) en sus libros sobre familias en la pobreza únicamente enfocan lo que se seleccionó de lo que había para publicar. Lewis, por lo menos, incluye notas metodológicas y tiene los supuestos implícitos de antropología para ayudar a explicar sus anotaciones. Pero parte de la exaltación cuando se leen anotaciones de campo que no han sido analizadas, se debe al asombro que uno siente cuando cae en cuenta de su propia perspicacia. El análisis queda librado a la capacidad del propio lector para identificar patrones.

En general, el análisis es el proceso de imponer patrones lógicos a la masa de actuaciones observadas y de mantener registros que permitan someterlos a prueba en otros casos. Esto es en esencia el tipo de actividad al que se refieren la formulación de hipótesis y la predicción en el método de campo. Si el modelo explicativo que se desarrolle refleja verdaderamente lo que está ocurriendo en realidad, debería ser posible hallar otras experiencias de campo que lo comprueben. En mi análisis de las tasas de movimiento de enfermeras de línea en hospitales, identifiqué lo que me pareció ser condiciones de trabajo, como posible causa de la tras-humancia de las enfermeras. Para comprobarlo, busqué otras ocupaciones que

tuvieran condiciones similares de trabajo y cuyos miembros también pudieran trasladarse de un lugar a otro sobre la base de sus destrezas profesionales. (Pape 1964).

En el primer nivel de abstracción, el análisis trata de identificar categorías o clases de sucesos, vinculando acciones aparentemente diferentes, en grupos que compartan ciertas características que ya se han identificado. Así, hacer una primera visita domiciliaria a una nueva familia, averiguar, hacerse voluntaria en un organismo de la comunidad, y persuadir a los sujetos de una investigación, de que uno como investigador no es una amenaza para ellos, son todos elementos de la categoría "abordaje". Una vez clara esta idea, se hace posible buscar sus atributos, descubrir condiciones que le facilitan o la dificultan, en la situación, en el que entra a la situación, o en las personas en cuyo territorio se está entrando. Considerando otros ejemplos de la misma categoría, de entrada, se puede refinar el perfil de esa categoría y revelar atributos inesperados que antes se nos habían escapado. Es en el análisis donde las extensas notas de campo rinden realmente un beneficio, porque se puede volver a ellas para ver los comportamientos registrados o los eventos que en ese momento no tenían significado y que ahora contribuyen a la mejor comprensión del suceso, que se acaba de identificar y abstraer. Estas son las etapas precoces de los procesos que generan una teoría fundamentada (Glaser y Strauss 1967).

Puede que los informes de investigaciones proporcionan cuantiosa información acerca de las conclusiones finales a que se llegó en un proyecto, pero rara vez dan algún indicio del proceso recorrido para llegar a esas conclusiones. Muchos escritos dan la sensación de que los investigadores sabían exactamente lo que iban a terminar probando y que sencillamente se aplicaron metódicamente a hacerlo. Esto no es más que una transgresión a las reglas del informe científico; ningún proyecto que yo conozca, parte del conocimiento infalible para llegar a conclusiones infalibles, porque de lo contrario ni siquiera se hubiera justificado hacer el estudio. Otros dan la impresión de haberse adentrado en un campo extraño sin supuestos previos en absoluto, lo cual es realmente algo imposible para los seres humanos. Hasta los antropólogos que estudian las culturas más extrañas o primitivas, llegan a ellas con supuestas predominantes y con teorías del oficio, pues de lo contrario ni siquiera sabrían por donde comenzar. Ya es una suposición decir que "el conocimiento del idioma es la herramienta esencial para comprender las interacciones", ya que esa no es la razón para que los niños aprendan a hablar, o para el caso, de que los diplomáticos y negociantes aprendan otro idioma.

La mayoría de los estudios hechos aplicando el método de campo incluyen, sin embargo, apenas el material suficiente sobre metodología para sugerir las estrategias exitosas que se utilizaron para recolectar la información que están reportando. En ciertos casos también se relatan los que no tuvieron éxito, lo cual suministra ejemplos negativos que son beneficiosos. En todo caso, es probable que el tipo de investigación que estemos haciendo como enfermeras de Salud Comunitaria, tenga cierta relación con los niveles funcionales de los clientes o con el de

las instituciones en las que estén recibiendo atenciones de salud. Se pueden desenterrar cosas fascinantes durante la investigación, pero los supuestos dominantes están ligados a nuestras metas profesionales, que son muy difíciles de eliminar.

Cuestionarios

Nuestra investigación exploratoria o descriptiva puede tener diversos resultados posibles. En el primer nivel de abstracción, puede contestar la pregunta: "¿Qué está sucediendo aquí?". Esto se puede utilizar directamente como datos base para la acción en el ruedo de los cuidados de salud. Después de todo estamos comprometidas a hacer un poco de intervención y tenemos que hacer nuestro trabajo. El material descriptivo a que nos referimos bien puede proporcionar una base para el planeamiento de cambios en la comunidad estudiada, puesto que podemos continuar recolectando información a medida que ocurren de los grupos de clientes y de los funcionarios, tanto sobre los cambios como sobre la adaptación necesaria para tratar con ellos.

Estos datos pueden también proveer el punto de partida para generar hipótesis que se someten a comprobaciones más formales y extensas. Tal cosa constituye una respetable porción del juego de la investigación y es con frecuencia parte de la preparación académica para grados superiores o para misiones de enseñanza en universidades. Pero la investigación clínica en comunidades no se puede en general someter a los rigurosos controles que consideran necesarios los científicos de alto vuelo. El análisis de lo dicho anteriormente podría llevar a pensar que hay cierto conflicto entre investigadores experimentales y descriptivos; y eso es cierto. Igual ocurre con las diferencias entre "lo puro y lo aplicado", "el laboratorio y el campo", "lo cuantitativo y lo cualitativo". Pero esta es una de las cosas que hace interesante la investigación; si todos pensáramos, investigáramos y escribiéramos igual, que insufrible sería el mundo.

Cuestionarios

Muchos principiantes piensan que es muy fácil conseguir una voluminosa información confeccionando a prisa un cuestionario y distribuyéndolo entre los que estén a mano. Ciertamente hay ocasiones en que se quieren obtener respuestas a un número especificado de preguntas por un gran número de personas, proceso que es demasiado difícil de manejar en entrevistas o investigaciones de campo. Los cuestionarios son valioso instrumento para este objeto y puede surgir la necesidad de emplearlos. Ejemplos de estas ocasiones en enfermería en Salud Comunitaria incluyen la recolección y actualización de los datos sobre las agencias, para establecer un servicio de información y referencia, o un directorio de la agencia, recolectar datos sobre necesidades, actitudes, prácticas y reacciones de clientes, o bien estudiar al azar clientes seleccionados con el propósito de evaluar los servicios que

han recibido. Los cuestionarios se pueden enviar y devolver por correo o bien administrarse frente a frente o por teléfono.

Como ocurre con cualquier otro instrumento de investigación, hay capítulos enteros sobre la manera de hacer cuestionarios (Payne 1951; Seltz y otros 1965). Para dar una muestra de algunos de los problemas, voy a compartir con el lector lo que viene a continuación y que es parte de las experiencias que hemos tenido tratando de llevar a cabo varios proyectos de este tipo (Tabla 4).

REDACCION DEL ESTUDIO

Incluso cuando se ha completado todo el proceso de investigación, registro y análisis, hay todavía una etapa más antes de que el proyecto se pueda considerar terminado. Hasta este momento, lo descrito es sencillamente una variación sobre la solución de problemas, o proceso de enfermería, o como quiera que sea el término utilizado para describir cómo procede un profesional que intente dar un enfoque racional a su ejercicio. Si solamente se está satisfaciendo la propia curiosidad, este es el punto en el cual se va al asunto y se utiliza lo que se ha encontrado. La etapa que por último convierte un proyecto en un rueda más importante es el de compartir la totalidad con los demás interesados. Un proyecto modesto en alcance se puede compartir con los compañeros de trabajo como un solo bocado: el instrumento más eficaz de enfermería, una intervención dada que sea aplicable a las circunstancias locales, etcétera. No obstante, la enfermería es algo más que una profesión local, y hay en todo el país personas que intervienen en actividades parecidas. Por consiguiente, la manera más corriente de compartir la información es escribirla y conseguir que la publiquen. Todo lo que hay que hacer es ojear las revistas de enfermería para darse cuenta de que quienes contribuyen no son escritores profesionales. Hasta las educadoras, a quienes les anotan puntos por publicar, tienden a ser poco dotadas estilísticamente hablando. Lo que escriben las enfermeras que trabajan en servicios, es técnicamente preciso pero rara vez estimulante. No somos enteramente culpables de esto pues el mercado de los escritos científicos bien pronto sofoca cualesquiera intentos de los autores por presentar algo que no sea la información escueta.

Como ocurre con todos los medios de comunicación, ha habido una explosión de publicaciones profesionales, cada una destinada a lectores un tanto diferentes. Todas se dirigen a las enfermeras en busca de artículos para publicar. Pero expresarse por escrito es otra área en la cual las enfermeras tienen problemas que sobrepasan los límites de lo razonable; los editores, los educadores versados en el arte de escribir, y las enfermeras literatas se quejan de las dificultades que tienen las enfermeras para producir material escrito. Puede parecer que es mucho alejarse del tema investigación, pero invito al lector a explorar brevemente posibles razones de que esto ocurra.

Considérese la actividad literaria más importante en que se enfrasca la mayoría de las enfermeras: las notas de enfermería. Se las habitúa a mantenerse entera-

TABLA 4.1 Lo que puede suceder con los cuestionarios, y que suele ocurrir

<i>Queja</i>	<i>Posible razón</i>	<i>Posible solución</i>
No devuelven el formato	—Demasiado esfuerzo para devolverlo	—Facilítéselo; envíese un sobre porteado. Si se trata de punto local, hacerlo lo más central posible o recolectar personalmente
Ni siquiera lo elaboran	—La gente tiene derecho a no participar	—Acéptese
	—Tal vez no se interesen tanto el asunto como quien pregunta	—Anímeseles —Trátese de aumentar sus motivaciones para participar
	—No entendieron lo que se preguntaba	—Que las cosas queden tan claras como sea posible, pues las gentes no se esfuerzan por comprender, y es más fácil desechar el asunto
		—Unas pruebas preliminares realmente buenas hubieran hecho ver aquí un problema
No se ciñeron a las instrucciones	—Tal vez no estaban tan claras	—Ensayar los formatos con colaboradores, pequeños grupos de extraños, pequeños grupos del tipo que se va a utilizar como sujeto, pedir retroalimentación, sugerencias
		—Esperar que siempre haya algo como. Bobalicones
No respondieron a todos los renglones	—¿No se dió suficiente tiempo?	—No se les apresure
		—No se hagan demasiadas preguntas para el tiempo disponible o en relación con el esfuerzo que se necesita
	—Tal vez algunos estaban demasiado incómodos para responder	—Trátese de eliminar puntos innecesariamente espinosos

TABLA 4.1 Continuación

<i>Queja</i>	<i>Posible razón</i>	<i>Posible solución</i>
		—Suavizar, los necesarios con varios puntos sencillos y sin implicaciones
		—Trátase de formular los puntos difíciles de modo de minimizar la reacción
		—Tal vez no se pueda llegar así al elemento decisivo; acaso no necesite de una entrevista sin tensión y en confianza
	—Tal vez no supieron que contestar; no tenían información suficiente o no tenían opinión	—Prever una respuesta "no se" para elegir
		—Téngase cuidado de preguntar cosas que se puedan esperar conocidas de la muestra
	—Tal vez no se les dió la elección que querían	—Por lo menos en la prueba previa, y si es posible en la prueba misma, déjese un espacio para "Otros" (aclarar). _____
Interceptaron el código, de identificación secreta	—Las gentes no son ya tan tontas como antes	—Ser francos con la identificación
		—Pedirles que firmen; pero tendrá que ser voluntario (se pueden tener menos formatos devueltos)
		—No se confie en saber quiénes son exactamente
Marcaron demasiadas respuestas	—Tal vez las elecciones ofrecidas no eran mutuamente exclusivas	—Si las elecciones son del mismo tipo, trátase de combinarlas dentro de una sola respuesta que corresponda a ambas partes
	—Ciertas respuestas dependen de circunstancias diferentes	—A veces se puede ignorar la segunda respuesta

TABLA 4.1 Continuación

<i>Queja</i>	<i>Possible razón</i>	<i>Possible solución</i>
		—A veces se puede imaginar cuál sería la respuesta más probable
		—Estar preparados para desechar puntos o formatos enteros a causa de tales problemas
	—Las direcciones no estaban claras	—Asegurarse de que las direcciones iniciales y hasta cada página o punto diga cuántas hay que marcar
		—Pero algunas gentes no se ceñirán a nada de todos modos
Añadieron una respuesta a la lista de elecciones	—¿Acaso se olvidó una categoría completa de respuestas?	—Esperar que se pueda incluir en la siguiente ocasión
		—Es mejor obtener esto en la prueba previa, pero no siempre se puede esperar tan buena suerte
Todos marcaron la misma respuesta	—Se tomó una muestra sesgada	—A menos que esté contraindicado, búsquese equilibrio en otros grupos
	—No se analizaron lo bastante las respuestas	—Eliminar el punto para reelaboración, prueba previa, etc.
	—Se preguntó algo obvio	—Tontería
	—Se ha confirmado precisamente una tendencia principal	—Publíquese pronto el hallazgo
No es de creer que respondieron honradamente	—Puede haber hostilidad a las pruebas, la situación, el encuestador, etc.	—Trátese de obtener su cooperación
		—Estar prontos a eliminar disparates obvios
	—Tal vez sentido del humor, embriaguez, etc.	—Lo dicho
	—Tal vez se oculte material confidencial	—Si es esencial saberlo, utilídense puntos dobles para verificar lo confiable (el mismo o uno parecido en sitios distintos)
		—Prepararse para perder respuestas

TABLA 4.1 Continuación

<i>Queja</i>	<i>Posible razón</i>	<i>Posible solución</i>
¿Por qué no se pensó en hacer esa otra pregunta?	—Ni los investigadores son omniscientes.	—Trátase de imaginar por qué querían mentir y de juzgar en consecuencia. —Ensáyese con otro formato. Fijar conclusiones de imitación tan completamente como se pueda antes de hacer la prueba; con imaginación se puede a menudo sugerir así un punto omitido. —Ensayar en un nuevo grupo añadiéndolo. —Mejor suerte la próxima vez.
Tardaron mucho en devolverlo.	—No se fijó fecha para hacerlo.	—Indíquese la fecha en que se le necesita cuando haya seguridad de tenerlo. —Envíese un recordatorio una semana más o menos después de la fecha de vencimiento para llamar la atención de los que aun no lo han enviado. (Esto donde compense saber quién es quien, por código o bien mediante identificación abierta).

mente desprovistas de estilo personal, su lenguaje reducido al mínimo y sacrificando la gramática, la puntuación y la lógica en aras de una forma ritual de informe no evaluatorio. Se conoce bastante a los estudiantes y a menudo se las critica por escribir demasiado, y la meta de las notas de enfermería parece ser el mínimo irreducible que compruebe que en cada turno hubo alguien que se diera cuenta de que el paciente existía o que pruebe que la enfermera visitó y prestó servicio, para que la agencia pueda cobrar. El papel de contribución al cuidado del paciente, que se le adjudica a las notas de enfermería, contribuye al cuidado del paciente, se demuestra claramente por hechos como estos: rara vez hacen parte de la lectura exigida a los médicos o a otras enfermeras para ponerse al día sobre el progreso del paciente; por lo general se eliminan del expediente del paciente cuando aquel pasa a los archivos; el registro de información en el expediente es una de las áreas de insatisfacción en el trabajo, que las enfermeras señalan con insistencia. Factores por el estilo de éstos han rebajado el prestigio de los registros de enfermería y la consecuencia ha sido que cada vez se inviertan menos esfuerzo en ellos. La mayor parte de las enfermeras consideran que la calidad de los registros de enfermería afecta toda el área de la literatura profesional.

Las destrezas y los problemas de comunicación se identifican repetidamente como dilemas de enfermería (igual que el resto del mundo actual) pero continua-

mente se insiste en la parte verbal de la comunicación. Las interacciones biunívocas entre enfermera y paciente se enfatizan tan fuertemente, que puede parecer como si las conversaciones cara a cara fueran el contenido principal de enfermería, al extremo de que la discusión telefónica de problemas de salud se ha hecho menos legítima que el mismo contenido transmitido en una visita domiciliaria, por mucho tiempo que consuma. La concentración en la comunicación hablada bien puede restar capacidad para presentar el material en el estilo formal, académico o aún periodístico, pues depende de señales en la interacción que provienen del interlocutor y no conserva coherencia interna de principio a fin. Un artículo escrito exige una introducción, presentación, exposición y conclusión. Ha de presentar todos los puntos de modo conciso y tan claramente que pueda ser entendido por un lector que no esté ya enterado de lo que el autor esté tratando de decir. A diferencia de lo que ocurre en una conversación, un lector no puede expresar que no comprende o hacer preguntas. Debido a condicionamiento, muchas enfermeras parecen incapaces de proseguir en la misma línea todo un artículo sin recibir retroalimentación del receptor.

Parte de esto puede deberse a la necesidad que las enfermeras tienen de que los demás les confirmen que están dispuestos a seguir escuchándolas. Muchas enfermeras sienten que lo que saben es de poco valor "si yo se eso, no hay quien no lo sepa" —debido a su ubicación habitual en el sistema jerárquico del personal de salud. Tantas personas más importantes parecen saber tanto más que la mayoría de las enfermeras en una situación dada, que no cuesta hacer generalizaciones. Y se puede conservar esta ilusión hasta que se descubre lo poco que sabe la gente sobre salud cuando se pone uno a enseñarles (ver capítulo 6: Educación Sanitaria).

Otro factor es que en el sistema usual de enfermería, falta remunerar por lo que se escribe. Unas cuantas universidades están reconsiderando el lema de publicar o perecer, si bien las educadoras de enfermería van a ser las últimas en saberlo. Las estudiantes por lo general escriben sus trabajos de tal modo que llenan solamente los criterios que establece un cuerpo docente dado y pocos de ellos intentan siquiera ir destinados a una audiencia más amplia. Esto es especialmente cierto si se asume que los estudiantes carecen de pensamiento original o creador, como ocurre cuando se les exige que documenten cada uno de sus pensamientos escudriñando la literatura. Los organismos de servicio están menos inclinados todavía a escribir que a destinar el tiempo necesario para meditar según exige la investigación. Incluso cuando se concede algún valor a la divulgación de información o de la pericia de colegas, los organismos asumen frecuentemente que ellas se limitan a las que trabajan en el mismo servicio y que en consecuencia la comunicación se puede hacer verbalmente por medio de una conferencia o, a lo más, en un taller de enfermería. En la mayor parte de los cargos de enfermería, cualesquier cosa que se escriba ha de hacerse en el tiempo libre y enteramente por impulso interno. Esto, y el énfasis en el coloquio, pueden ser razones que expliquen el hecho de que haya tan pocos modelos de literatura de enfermería legible y al mismo tiempo comunicativa; el material, o bien es académicamente pesado, o bien trivialmente charlatana-

nesco y en consecuencia rara vez se lee y mucho menos se le incorpora a la práctica de la enfermería.

Hay dos maneras de aprender a escribir que pueden ser útiles cada uno a su manera. Hay libros que tratan de los aspectos técnicos de la literatura: la manera correcta de hacer citas, la construcción de frases, párrafos, secciones o capítulos, puntuación y ortografía, etc. Estas son referencias especialmente valiosas para preparar notas al pie y bibliografía, ya que indican las diferentes convenciones utilizadas por diversas disciplinas, incluso las revistas científicas. Entre los más fáciles y claros está la publicación titulada *Componentes del Estilo*, de Strunk y White. Como referencia consúltese el *Manual del Estilo* de la imprenta de la Universidad de Chicago. Pero si por estilo se entienden aquellos elementos distintivos que sugieren el estilo propio del autor, los manuales son de poca utilidad. El estilo individual solo se desarrolla con el tiempo y la práctica. Para empezar, examínese mucha prosa excelente de distintos géneros, novelas, dramas, ensayos, etc. Si se conoce realmente bien un autor, compárense sus escritos con los de otro acerca del mismo tema y se empezará a captar en qué forma los “verdaderos” escritores expresan su personalidad a través de las palabras. Quienes han escrito mucho también sugieren que la práctica es otro factor de peso; y aconsejan a los jóvenes aspirantes que escriban algo todos los días, aunque solo sea un recuento de los sucesos diarios.

Ciertamente, si se llega a desarrollar el gusto por un buen estilo literario se verá claro que pocas publicaciones profesionales se interesan en ello. No obstante, para ayudarse a decidir dónde le gustaría a uno ver publicado lo que escribe, es prudente examinar cuidadosamente las revistas que van dirigidas, las clases de público las cuales uno quiere llegar. Hojeando unos cuantos números de cada una de esas publicaciones se verá la disposición de los artículos, los temas que están publicando, y el estilo particular que consideran apropiado. Hágase pues lo mismo.

Al escribir sobre investigaciones que se hayan llevado a cabo, tradicionalmente se evita por todos los medios disponibles el uso de la primera persona. Cuando no hay más remedio que referirse a una persona, se prefieren expresiones demañadas como “el autor” o “los investigadores”. En realidad, el método corriente es utilizar la voz pasiva, forma que carece de sujeto para la frase; no se dice “Busqué la literatura referente a...” sino “Se buscó la literatura sobre...” Es casi imposible llevar esto a cabo sin utilizar muchas más palabras para terminar diciendo lo mismo. Así pues, cuando se está escribiendo sobre investigaciones, es preferible utilizar el tiempo pasivo. Sin embargo, por ser éste estilísticamente tedioso, se evitará en lo posible en toda otra ocasión, en parte porque es carente de gracia y en parte porque uno de todos modos tiende a la verborrea y la voz pasiva no ayuda a evitarlo. Cuando se leen revistas se pueden ir buscando y reuniendo otras convenciones utilizadas en la literatura científica.

Las revistas de enfermería y los que publican textos de enfermería reciben manuscritos no solicitados y los publican, a ésto una amiga le llama “Artículos sobre el Atraversaño”; pero esta no es usualmente la manera más eficiente de proceder a menos que la quemante urgencia de escribir no se puede extinguir con cartas de

rechazo. Los editores sugieren en cambio que se escriba a las publicaciones apropiadas, por ejemplo, enviando un bosquejo claro del artículo que se desea escribir y preguntándoles si estarían interesados en examinarlo con vistas a su publicación. Esto economiza el tiempo que se requiere para encontrar quien quiera publicarlo, pues no es ético enviar a la vez el mismo manuscrito a más de un posible editor, en tanto que sí pueden enviarse muchas cartas de solicitud. Esto acaso produzca varias respuestas afirmativas, situación feliz que permitiría elegir la mejor posible, si lo que se quiere es calidad; si es cantidad lo que se busca, se podrían escribir artículos separados sobre el mismo material pero dirigidos a las particularidades de los diferentes auditorios servidos por cada revista especializada.

La idea de auditorio tal vez no esté siempre suficientemente clara en la mente. Pero es importante tomar en cuenta las diferentes perspectivas que aportan a la lectura de un artículo, una administradora de enfermería, una enfermera general de sala de operaciones, una enfermera investigadora o una enfermera de salud pública. La diferencia de perspectiva es una de las razones por las cuales cada una de estas personas, es de esperar, leen las revistas dirigidas a su especialidad. Las revistas informan en letras de tipo muy pequeño, en algún sitio cerca de la tapa, la dirección a la cual se pueden enviar cartas o manuscritos. Algunas contienen instrucciones específicas a los autores en cuanto a preparación de manuscritos: anchura de márgenes, estilo para las notas de pie y referencias, diagramas e ilustraciones. Si esta información no aparece indicada, examínese varios números para tener una idea más clara de estos aspectos técnicos y de las áreas de interés y los probables prejuicios del auditorio de la revista. Ciertas publicaciones de investigación, por ejemplo, están rutinariamente llenas de gráficas, cuadros y símbolos matemáticos. Otros tratan de historias clínicas, de exámenes de pacientes y de asuntos clínicos. Ninguna de esas publicaciones recibiría con simpatía un informe de un estudio descriptivo como el que he presentado en este capítulo, a menos que hubiera en él algún otro atractivo particular para la clientela de la revista. También es probable que una revista rechace material trillado para su audiencia. Un artículo que presente un punto de vista completamente opuesto al de la ortodoxia de la audiencia también podría tener grandes dificultades para ser aceptado. Considero muy poco probable que la Revista Estadounidense de Obstetricia y Ginecología acepte un artículo en favor del parto en el hogar.

Muy pocas publicaciones pagan a sus colaboradores (si bien algunas dan un número limitado de copias de cortesía) así que no hay que hacerse ilusiones de vivir de lo que producen los artículos para revista.

Un problema grave de los escritores noveles es su apego exagerado a su propia prosa inmortal, esto se convierte en un trauma imponderable cuando los editores sugieren revisiones o, peor aún, supresiones. Parece como si todos esperaran que al terminar de escribir el primer borrador de un escrito se haya acabado la tarea. En realidad, eso debiera tomarse solo como el primero de muchos pasos que consisten en volver a redactar, y todo el proceso como pulimento y aderezo de un eventual producto final. El ardor de la inspiración acaso valga para poetas y humoris-

tas, pero aun el mejor de ellos revisa la redacción de su escrito para lograr un estilo que parezca informal y espontáneo. Si no se pueden obtener los servicios de un editor profesional, es útil dar el material más o menos terminado ya a un par por lo menos de otras personas para que lo lean. Otra enfermera puede ayudar mucho pues hay veces en que se acerca uno tanto al material que ya no tiene sentido para nadie más en la profesión. Las preguntas pertinentes entonces serían: "¿Tiene sentido?" "¿Estoy diciendo lo que quiero decir?" "¿Habrán grandes lagunas en mi lógica, cosas evidentes que no tuve en cuenta?" Otra persona puede ayudar en la tarea más general de revisar el manuscrito para evitar problemas durante la corrección de pruebas; a veces creo que las enfermeras se encuentran entre las personas de más alta categoría en el mundo. En cualesquiera de las dos tareas, alguien que no conozca lo que se ha escrito puede evaluarlo mejor que el autor u otra persona que esté tan inmerso en el tema como él.

Con frecuencia, una vez que uno se ha recuperado del choque de ver a alguien despedazando lo que uno ha escrito, se aprecia el valor que puede aportar un editor penetrante que reordena nuestros temas, elimina redundancias, sugiere sinónimos más precisos o atrayentes. A veces también es necesario preguntarse llanamente cual era la intención que uno tenía y que no quedó clara en lo que escribí. Recomendamos con frecuencia que nuestras estudiantes que lean y revisen mutuamente lo que redactaron antes de copiar lo que vayan a presentar.

Nos damos cuenta de que escribir suele ser difícil y tedioso, pero es una de nuestras vías más importantes para comunicar ideas de manera económica a gentes distantes. Muchas de nosotras hemos sido condicionadas para creer que no podemos escribir. La habilidad para hacerlo, como muchas otras, viene con la práctica. Muchas enfermeras tienen excelentes ideas y experiencias que tienen que ponerse a disposición de otros. Creo que tenemos obligación profesional y personal de comunicar estas ideas para el progreso de nuestra profesión. También creo que es de nuestra incumbencia ayudar a nuestras colegas a mejorar sus destrezas y a ganar confianza en su habilidad para redactar, dándoles nuestro apoyo y nuestra crítica constructiva. Todas hemos sido principiantes en algún momento; algunas recibimos la ayuda de profesores y colegas en nuestro empeño. Otras continuamos escribiendo pese a los comentarios que son menos que ayuda y que a veces son destructivos, de parte de otras enfermeras. Esperamos que todas encuentren colegas que colaboren. Buena suerte.

Clientes informados sobre Investigación

Algo debatido en investigación, y sobre todo en lo relacionado con servicios médicos y de salud, es la importancia de que el sujeto de investigación esté plenamente informado acerca de la investigación en que participa, que sepa lo más posible sobre los riesgos eventuales a que la investigación lo expone, y que acuerden a sabiendas participar en el proceso de investigación. Además, se debe garantizar a los sujetos de investigación todas las oportunidades de retirarse de la investigación en

el momento que lo deseen. Si se piensa en algunos proyectos en que las personas han participado voluntariamente, como el ensayo de vacunas desconocidas, transplantes de cáncer, inoculaciones con organismos posiblemente portadores de enfermedades, no puede uno menos de admirar su valentía o su temeridad. Es emocionante participar en el progreso de la ciencia médica, pero, por otra parte, es de preguntarse si los participantes estaban realmente conscientes de lo que podía sucederles si el experimento hubiera fracasado. Desde el punto de vista de la ética médica, no se puede privar a un individuo de ningún enfoque terapéutico disponible que pueda salvarle la vida o mejorársela. Esto es bien difícil de reconciliar con el deseo del investigador de determinar claramente los efectos de una acción o intervención. El conflicto entre investigación y terapia llegó al conocimiento público con las informaciones noticiosas que describían el estudio de un número de sífilíticos no tratados, conducido durante 40 años por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Pese a que el objetivo de la investigación era averiguar los efectos a largo plazo de la ausencia de tratamiento, el público no aceptó que esos hombres hubieran sido privados de una ayuda posible tras los beneficios ya descubiertos de la penicilina. Hay informes de que personal de salud ha obligado a individuos a aceptar la esterilización valiéndose de amenazas de descontinuarse los servicios o simplemente de puras mentiras sobre la naturaleza del procedimiento que se va a emplear.

Aún antes de que estas irregularidades fueran denunciadas, el Congreso y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar que son las fuentes principales de fondos para la investigación en salud, estaban preocupados y habían actuado para establecer pautas que protegieran a los sujetos humanos en toda investigación para la cual el gobierno aportara fondos, implicando con ello que esas pautas serían adecuadas a cualquier investigación en la cual intervinieran seres humanos, independientemente de la fuente de financiación. Estas normas son objeto de revisión constante para hacerlas más estrictas, pero básicamente comprenden artificios para garantizar que todos los posibles riesgos para los sujetos estén claramente identificados previamente, tanto para el investigador como para el sujeto, que su valor para el cliente mismo supere el posible perjuicio, que el sujeto pueda retirar su consentimiento y rehusar participar en cualquier momento sin que ello tenga consecuencias adversas para él, que no se utilice ninguna coacción para "persuadir" a un sujeto a dar su consentimiento. Una de las estipulaciones exige que toda investigación financiada por el gobierno sea aprobada por la institución que administre la ejecución del proyecto. Los mecanismos para establecer tal aprobación se dejan generalmente en manos de la institución, pero ésta tiene que probarle al gobierno que su método para vigilar la investigación efectivamente protege los derechos de los sujetos de la investigación. En ciertos casos se pueden establecer comités constituidos por investigadores y por personas que intervengan en ética médica y en legislación de la medicina para que evalúen los riesgos y la protección que garanticen todos los proyectos que se lleven a cabo en la institución. Existe cierta sensación de que los sujetos potenciales

para la investigación, legos o clientes, también debieran tener voz a este nivel de decisiones.

Riesgo

Muchas investigaciones han tratado de hacer progresar el saber para alcanzar algún bien social más amplio a costa de grandes riesgos para los individuos. La Constitución de los Estados Unidos sostiene que los derechos de los individuos no se pueden sacrificar al bien común, en contraste con las excusas para los experimentos nazis según se vieron en el proceso de Nuremberg. Todavía las personas pueden aceptar participar en investigaciones arriesgadas, pero antes deben comprender claramente lo que están haciendo. Los beneficios de la investigación también deben superar el daño que podrían causar a los sujetos. Esto ha complicado la investigación en Salud Comunitaria; los estudios controlados son éticamente imposibles cuando conllevan privar a alguien de intervenciones así sean sólo de valor potencial para sostener la vida. Es fácil indagar si hay perjuicios posibles en las acciones físicas, tales como por fármacos, isótopos radioactivos, procedimientos quirúrgicos, etc. Pero entre los riesgos también entran los perjuicios emocionales y sociales que puedan ocurrir. Así, la posible tensión que la investigación pueda producir a la persona, el daño que pueda sufrir su reputación si se revelara su identidad, o en casos de investigaciones sobre conducta ilícita, las posibles repercusiones legales; todos éstos son ejemplos de riesgos.

Los estudios de individuos, grupos, o bien de comunidades, deben prever la protección contra la invasión de la intimidad, derecho fundamental al cual no se puede renunciar. Entre los procedimientos corrientes están el uso de pseudónimos (que todo mundo después trata de identificar), ponerle antifaz al sujeto que se va a fotografiar, descripciones compuestas, o estadísticas mezcladas, según el método que se utilice para informar los hallazgos. Todos los lugares y sujetos mencionados en las notas de campo que aparecen en la primera parte de este capítulo han sido rebautizados.

Los investigadores deben preocuparse también por el efecto psicológico de la participación sobre los sujetos. Las entrevistas pueden penetrar, deliberada o inadvertidamente, en zonas que uno o más individuos podrían querer dejar en el olvido; la apertura con temas delicados impone la responsabilidad al investigador, de manejar las emociones lo mismo que el contenido de las respuestas. Ejemplos de tales situaciones se pueden ver en los estudios de mujeres que han abortado, algunas de las cuales quieren olvidar que alguna vez estuvieron embarazadas y para quienes el solo hecho de recordarlo constituye una sobrecarga emocional. La intimidad depende con frecuencia de la capacidad para olvidar que tengan la propia persona, la familia y los vecinos; los investigadores y sus computadores, los cuales nunca olvidan, pueden interferir en este proceso. Las decisiones vigentes de la Corte exigen el cumplimiento de la ética de la investigación que protege al público del entrometimiento ilícito en sus vidas.

Pocos trabajos de investigación están alguna vez totalmente exentos de riesgos,

pero los sujetos tienen que ser, de acuerdo con las pautas del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, plenamente informados de cualesquiera riesgos que puedan correr. Para asegurarse de que la explicación del riesgo no se convierta en otro caso de jerga médica incomprensible para los legos, lo que se exige usualmente es que la explicación se dé por escrito y verbalmente y que el sujeto firme la explicación, indicando que la ha leído y comprendido. Esto, naturalmente, invalida esas formas de consentimiento arrolladoras que autorizan al personal hospitalario que hace investigación.

Coacción

Aún cuando se pueda remunerar a los sujetos de investigación por su participación, no es lícito tentarlos con promesas exageradas ni inducirlos con amenazas a que corran riesgos imprevistos o nada razonable. El Médico que amenaza con suspender los servicios si un paciente se rehusa a un procedimiento o el investigador que sugiere a un preso "voluntario" que le van a anticipar libertad condicional, violan ambos la ética de la investigación. Una remuneración de \$ 200 puede inducir a una persona muy pobre a aceptar riesgos que no soñaría en aceptar sólo por \$ 20. La posición moral fundamental es la de que la protección de un individuo debe estar por "encima del oro". El pago puede considerarse como algo que constituye una promesa y el no pagarle a alguien que desea retirar su consentimiento, como una amenaza. Puede parecer innecesario añadir que la información falsa, ya sea anticipando beneficios u omitiendo riesgos, no sólo quebranta la ética que además es ilegal.

Nuestra tan humana habilidad para persuadirnos de la pureza de nuestras intenciones, ha llevado al Departamento de Salud, Educación y Bienestar a proponer que las instituciones que recubran fondos del Gobierno para investigación deben establecer algún proceso fiscal mediante el cual se evalúen los proyectos de investigación obligatoriamente en cuanto a riesgos y protección de los sujetos humanos. En muchos lugares como consecuencia se extienden esos criterios a toda investigación que se efectúe en ellos ya sea o no con fondos estatales. La intención es tratar de hacer que los investigadores estén conscientes de los derechos que tienen los sujetos de la investigación a comprender previa y tan completamente como sea posible, lo que están aceptando hacer, quedando implícito el derecho de decidir su participación solamente una vez que tengan pleno conocimiento de lo que ésta trae consigo.

Consentimiento

La cuestión del consentimiento informado puede parecer fácil de evitar para las enfermeras, pero un ejemplo puede demostrarnos cuanto nos importa. Las enfermeras son las llamadas generalmente a firmar como testigos en las constancias de consentimiento que declaran que el paciente comprende la naturaleza experi-

mental de lo que se va a hacer. Esa firma como testigo puede sin discusión colocar a la enfermera ante el tribunal cuando la familia doliente inicie juicio contra el médico. También es la enfermera a quien los pacientes suelen dirigirse más tarde para decirle que realmente no entendieron que era precisamente lo que se les decía, pero que no querían "malgastar" más el tiempo del médico sabiendo lo ocupado que está".

Esto coloca a la enfermera sólidamente en un doble compromiso: si sospecha o sabe que el paciente no ha sido plenamente informado e insiste en que esto se haga, se pone en peligro de perder el puesto. Si encubre al investigador que no llena esta obligación, puede quedar como partícipe en el hecho y debe compartir responsabilidades ante un jurado. Los abogados no se enredan en este dilema: nos dicen que informemos al paciente que puede rehusar o que insistamos en que el investigador vuelva a explicárselo. Los médicos me dicen que nos ocupemos de lo nuestro y que dejemos al médico que se encargue del asunto. Toda enfermera ha de resolver esta lucha en base a su propia ética. Si bien esto tendrá que incluir muchas cosas específicas de la situación, tiene también que incluir alguna noción respecto a si la enfermera ve como parte sus responsabilidades, la protección del paciente o la protección del médico, investigador o institución.

Si bien es responsabilidad básica del investigador defender los derechos del sujeto, también es importante que el organismo o institución dentro del cual se realiza la investigación garantice esa protección. Al nivel de la enfermera no investigadora, ya esté administrando drogas experimentales en una unidad o contratada para realizar cierta parte de un proyecto de investigación, es su legítima obligación cerciorarse de que los sujetos de investigación han dado su consentimiento informado. Esto es particularmente cierto cuando la enfermera tiene que servir como testigo de que el sujeto dió su consentimiento. Tal obligación puede cumplirse sencillamente indagando sobre el procedimiento establecido para informar a los sujetos, aún cuando hay veces en que las enfermeras dudan de que los sujetos hayan comprendido realmente a cabalidad. Si no se están cumpliendo claramente las normas éticas de investigación, estamos obligadas a abordarlo tan seriamente como cualquiera otra conducta que ponga en peligro la salud o seguridad del cliente.

La capacidad para aceptar un contrato también exige capacidad para razonar. Es evidente que una persona inconsciente no puede dar su consentimiento para nada. (Hay procesos legales por administrar procedimientos de emergencia exactamente en tales circunstancias, pero las leyes actuales insisten en que estos nunca deben ser experimentales ni pueden continuarse después de que el paciente haya recuperado su capacidad para dar el consentimiento y no desee hacerlo). Las personas consideradas legalmente incompetentes tampoco pueden dar su consentimiento, y entre estas están los enfermos mentales, los niños y quienes no están en posesión de sus derechos civiles, como los presos. Estas tres categorías de personas plantean cuestiones espinosas tanto ante las leyes como para la investigación, pues las tres son frecuentes sujetos de investigación.

Resumen

La investigación es un instrumento y una postura que permite a las enfermeras aclarar preguntas, buscar respuestas sistemáticamente y presentarlas dentro de un marco de referencia lógico para que sean escrutinizadas por los demás. Las experiencias sociales rara vez son adecuadas a la manipulación de laboratorio y es más expedito estudiarlas aplicando los métodos exploratorio y descriptivo y por medio del análisis cualitativo de los datos. El registro de notas de campo detalladas que forma la base para el análisis de comparación constante, puede producir respuestas inesperadas y fecundas a preguntas importantes para el ejercicio de la enfermería en Salud Comunitaria. A diferencia de procedimientos de investigación más elaborados, tal método también es útil para la enfermera que no forma parte de un equipo de investigadores.

Es importante que todas las enfermeras asuman una actitud mental positiva tanto hacia la solución de problemas como hacia el mejoramiento de los servicios que recibe el cliente, y que comuniquen sus hallazgos a otros que se estén desempeñando en situaciones parecidas. Por consiguiente, el escribir para publicar, es parte vital del proceso de investigación. La habilidad para escrutinizar los informes de otras personas puede mejorar nuestra habilidad para valorar la validez general de los hallazgos de investigaciones, así como mejorar el uso selectivo de tales hallazgos o de algunos de los instrumentos y métodos utilizados por un determinado investigador.

La preocupación por la autonomía del cliente y las revelaciones de abusos en investigaciones a costa de la seguridad del sujeto y de su bienestar, han dado por resultado restricciones federales a la investigación que involucre seres humanos. En la preparación de estudios de investigación, hay que tomar los debatidos asuntos de riesgo y protección contra el mismo; los sujetos deben ser previa y plenamente informados para que sepan lo que están haciendo cuando consientan en cooperar. Quienes abogan por el cliente deben preocuparse por el bienestar del sujeto independientemente de quien esté llevando a cabo la investigación de maras.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELLAH, FAYE G., et al. *New Directions in Patient-Centered Nursing*. Nueva York: The Macmillan Co., 1973.
- BAKER, ROBERT Y SCHULTZ, RICHARD, eds. *Instructional Product Research*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Co., 1972.
- BROOK, ROBERT H. *Quality of Care Assessment: A Comparison of Five Methods of Peer Review*. (HEW Publication No. HRA74-3100). Washington, D. C.: Government Printing Office, July 1973.
- DYER, ELAINE, et al. *Improved Patient Care Through Problem Oriented Nursing*. Nueva York: Springer Co., 1974.

- FESTINGER, LEON Y KATZ, DANIEL, eds. *Research Methods in the Behavioral Sciences*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston, 1953.
- FOX, DAVID J. *Fundamentals of Research in Nursing*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- GANS, HERBERT. *Urban Villagers*. Nueva York: The Free Press of Glencoe, 1962.
- GLASER, BARNEY G. Y STRAUSS, ANSELM L. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.
- GOFFMAN, ERVING. *Asylums*. Nueva York: Doubleday, 1961.
- JUNKER, BUFORD H. *Field Work*. Chicago: University of Chicago Press, 1960.
- KESSNER, D. M. Y KALK, C. E. *A Strategy for Evaluating Health Services*. Washington D. C.: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973.
- LEWIS, OSCAR. *The Children of Sanchez*. Nueva York: Random House Inc., 1961.
- *La Vida*. Nueva York: Vintage Books, 1968.
- A Manual of Style*. 12a. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1969.
- MILLER, DELBERT C. *Handbook of Research Design and Social Measurement*. 2a. ed. Nueva York: David McKay Co., 1970.
- NAROL, RAOUL Y COHEN, RONALD, eds. *A Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Nueva York: Columbia University Press, 1973.
- PAPE, RUTH H. "Touristry: A Type of Occupational Mobility." *Social Problems* 11 (1964):336-344.
- PAUL, BEN. "Interview Techniques and Field Relationships." En *Anthropology Today*, editado por Alfred C. Kroeber. Chicago: University of Chicago Press, 1953.
- PAYNE, STANLEY L. *The Art of Asking Questions*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1951.
- ROSSI, PETER H. Y WILLIAMS, WALTER, eds. *Evaluating Social Theory, Practice and Politics*. Nueva York: Seminar Press Inc., 1972.
- SCHATZMAN, LEONARD Y STRAUSS, ANSELM L. *Field Research*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1973.
- SELTIZ, CLAIRE et al. *Research Methods in Social Relations*, ed. rev. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston, 1965.
- SIMON, JULIAN L. *Basic Research Methods in Social Science*. Nueva York: Random House, 1969.
- STRUNK, W., JR. Y WHITE, E. B. *The Elements of Style*. 2a. ed. Riverside, Nueva Jersey: Macmillan Publishing Co., Inc., 1972.
- SUCHMAN, EDWARD A. *Evaluative Research*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1967.
- TERKEL, STUDS. *Working*. Nueva York: Pantheon Books, 1972.
- WHYTE, WILLIAM. *Street Corner Society*. 2a. ed. Chicago: University of Chicago, Press, 1955.

EPIDEMIOLOGIA: EL CUENTO DE DETECTIVES DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

5

Wayne S. Morris

Introducción

Al llegar al trabajo un día descubrimos que una ventana de la oficina, así como otras más del edificio, tenía grandes grietas. Conversando en la cafetería con el ingeniero del primer piso nos enteramos de que él había estado tratando de entender qué había pasado con la ventana de su oficina que había aparecido resquebrajada. Pero las pistas que él había estado buscando y nuestras especulaciones diferían tanto como el día y la noche. El ingeniero había estado hurgoneando y explorando su ventana para responder a preguntas por el estilo de las que siguen: (Y estas preguntas no están expresadas como para satisfacer a ningún ingeniero que las lea).

1. ¿Qué dimensiones tiene la ventana?
2. ¿Qué espesor tiene el vidrio?
3. ¿Qué dirección sigue la grieta?
4. ¿Ha habido alguna variación de carga y de tensión en el marco de la ventana? (lo cual supone un posible asentamiento del edificio).
5. ¿Falta algún trozo a lo largo de la grieta?

Nuestras preguntas fueron por completo diferentes a las del ingeniero.

1. ¿Cuántas ventanas más del edificio estaban rotas? ¿Cuántas intactas?
2. ¿Ha ocurrido esto antes?
3. ¿Cuándo se observó la primera ventana rota? ¿Cuándo fue vista intacta por última vez?
4. ¿Las grietas ocurrieron en sólo un lado del edificio; en dos o más lados?
5. ¿Hasta qué altura aparecen ventanas rotas?
6. ¿Hay en los alrededores algo que pudiera haberse utilizado para causar las grietas?

¿Se notan diferencias en las dos maneras de considerar las cosas? El ingeniero ha estado atareado con las características de la ventana en su oficina. Su preocupación eran las características de una ventana en particular. Nuestro entrenamiento epidemiológico en cambio, nos hizo comenzar a mirar en el contexto más amplio, considerar la ventana rota de nuestra oficina como un ejemplo de varias que posiblemente estaban rotas. Estábamos buscando factores causales y tratando de describir el evento de acuerdo con su prevalencia. En el caso de las ventanas, la tasa de prevalencia se calcula como la proporción de esa población (Número de ventanas) que presentaba el problema (estar rotas) en un momento dado. La fórmula es

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Número de casos (ventanas) que presentan una condición dada (estar rotas)}}{\text{número total de ventanas expuestas}}$$

También estamos interesados en la dimensión tiempo y por lo tanto calcularemos la tasa de incidencia. La incidencia se expresa por el número de casos (ventanas rotas) que ocurrieron o se dieron durante un período de tiempo dado entre una población dada (número de ventanas).

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Número de casos (ventanas) que presentan una condición dada (estar rotas)}}{\text{número total expuesto}} \text{ por unidad de tiempo}$$

Estas dos fórmulas tal vez parezcan ser la misma exactamente, pero la diferencia entre calcular la prevalencia y la incidencia está en la introducción del factor tiempo en la fórmula de la incidencia. Al final de este capítulo hay otras fórmulas para calcular tasas. El concepto de riesgo supone el número de objetos o personas expuestas a una situación y por lo tanto propensas a presentar el problema que se está estudiando. En nuestro ejemplo, todas las ventanas estaban expuestas al riesgo de ser agrietadas y por esto el número total de ventanas es el denominador en nuestras fórmulas de incidencia y de prevalencia.

Hemos comenzado este capítulo con un ejemplo fuera de la medicina para ilustrar el proceso de solución de problemas llamado epidemiología. Nuestro propósito al hacerlo fue ilustrar que la epidemiología, igual que todos los demás procesos de solución de problemas, se puede aplicar a diversas situaciones, médicas o no. Estamos usualmente aplicando métodos epidemiológicos a problemas tales como el desarrollo de enfermedades crónicas, la ocurrencia de accidentes de automóvil y la distribución de varias enfermedades mentales y físicas. Lo más sencillo es estudiar la epidemiología en el contexto de las enfermedades transmisibles, en las cuales el huésped o víctima, el agente causante, y por lo menos algunas de las influencias ambientales se pueden identificar más fácilmente que en otras clases de problemas de salud.

La epidemiología es una ciencia de observación cuyo centro de estudio son los grupos o poblaciones en vez de los individuos. La epidemiología es el estudio de la distribución de los fenómenos observados en poblaciones y trata de averiguar relaciones causales de la ocurrencia y distribución de estos fenómenos (MacMahan y Pugh 1970:1). Gran parte de la epidemiología se ocupa de la recolección sistemática de información sobre los muchos factores causantes e influyentes asociados a un fenómeno dado. El análisis de dichos datos nos permite comprender lo que está ocurriendo y nos ayuda a desarrollar estrategias para intervenir, incluidos los medios por los cuales los eventos estudiados se pueden evitar o acentuar. El interés por el estudio de grupos y no de los individuos, constituye una diferencia notoria entre el epidemiológico y el clínico.

El resto de este capítulo trata de investigaciones epidemiológicas de enfermedades transmisibles. Se utiliza el estudio de un caso para presentar un ejemplo detallado del proceso. Al final del capítulo se definen otros términos utilizados en epidemiología.

EMPLEO DE METODOS EPIDEMIOLOGICOS

Vamos a presentar un ejemplo en el cual se emplea el método epidemiológico para establecer medidas objetivas de las condiciones existentes como punto de partida para la acción.

La enfermera de Salud Comunitaria recibe la información de que hay diez casos de una enfermedad que parece influenza entre la población de la escuela local. El director desea cerrar la escuela pensando que se trata de una "epidemia". Antes de que la enfermera pueda estar de acuerdo con esta manera de valorar la situación, desearía hacer una investigación epidemiológica preliminar. Esta comprende los siguientes tipos de información:

1. ¿Son los diez casos de influenza de la misma clase, o se trata de condiciones diferentes? El número real de casos de influenza es el numerador para calcular las tasas de incidencia y de frecuencia.
2. ¿Cuántas personas están expuestas, esto es, a cuánto asciende la población escolar expuesta a la enfermedad que parece influenza y en consecuencia sujeto potencial de la enfermedad? Esta cifra es el denominador para calcular las tasas de incidencia y de prevalencia.
3. ¿Cuántas personas no presentan síntomas de la entidad que parece influenza? ¿Ya han estado enfermas? ¿Cuáles son las características del grupo no enfermo? ¿Cómo se comparan con las del grupo que padece la enfermedad parecida a influenza?
4. ¿Cuál es el número de casos esperados de la enfermedad que parece influenza, para esta época particular? La respuesta a esta pregunta se deriva de experiencias en la misma época y con esta misma población los años anteriores. Tales

comparaciones deberían hacerse para períodos de varios años en la misma época y en la misma escuela.

5. ¿Hay otras zonas, escuelas o instituciones que también estén informando casos del mismo tipo de enfermedad, o bien, es esta la única escuela que tiene el problema?

La pregunta 1 empieza por verificar que todos los casos sospechosos de la enfermedad que parece influenza sean efectivamente eso y no otra cosa. Si se tienen cuatro o cinco entidades diferentes en vez de solo una, el problema nuestro es de naturaleza muy diferente a la del de una "epidemia". La pregunta 2 proporciona el denominador para calcular las tasas de incidencia y de prevalencia. Con una población conocida como la de una escuela, el determinar el número de personas expuestas es cosa relativamente sencilla. En el estudio de condiciones tales como los accidentes automovilísticos o los ahogamientos, la definición de la población expuesta puede ser uno de los mayores problemas de la investigación epidemiológica. Para calcular las tasas de estas condiciones; tenemos que saber no solamente cuál es el número de personas heridas o ahogadas sino también el de personas que manejan automotores o nadan durante el período del estudio y que, por lo tanto, que están expuestas.

El examen de las características de las personas que están y que no están enfermas de lo que parece influenza, puede servirnos para averiguar lo que está ocurriendo y cuáles son las intervenciones que se pueden necesitar. Por ejemplo, si hay biológico disponible y las personas que presentan la enfermedad no estaban inmunizadas, seguramente queremos proteger a quienes no estén inmunizados y que aun no están enfermos. La pregunta 4 trata del grado hasta el cual el brote no es un problema. Si es la estación de la influenza y en varios años anteriores la población ha tenido aproximadamente el mismo número de casos de influenza la acción que iniciemos será diferente que si los registros de años pasados indican que la incidencia actual es más elevada que lo usual. Chi cuadrado (χ^2), que es una prueba de la significancia estadística de la relación entre las tasas de incidencia observada y esperada, puede ayudarnos a determinar si la incidencia observada es superior a la esperada por circunstancias ajenas al azar. Otros datos que pueden apoyarnos proceden de la experiencia de instituciones parecidas a la nuestra y por esta época del año. Si esas instituciones también muestran una tasa mayor que la esperada en esta época del año, de la enfermedad parecida a la influenza, entonces verdaderamente tal vez tengamos un problema para resolver. La preocupación del director de que hubiera una "epidemia" de una enfermedad parecida a la influenza, se basaba en información sin base científica. La investigación epidemiológica de la enfermera puede llevar a la misma conclusión, pero ya de una manera científica y sistemática.

Veamos ahora un estudio epidemiológico en detalle. Como ya se ha ilustrado, gran parte del trabajo de la enfermera de Salud Comunitaria involucra la solución de problemas; la epidemiología es un proceso de solución de problemas del cual ya tenemos un cierto sentido para ponerlo por obra. En el estudio del caso si-

guiente, informo sobre una de mis experiencias con investigaciones epidemiológicas en enfermería en Salud Comunitaria. El estudio se llevó a cabo en un consultorio gratuito que atiende jóvenes en una ciudad de mediano tamaño.

Estudio de un Caso

La mayoría de los informes formales sobre estudios epidemiológicos presentan en sentido contrario: primero las conclusiones y luego los interrogantes. Es decir, que describen el agente causal como si los analistas hubieran sabido desde el principio cuál era la enfermedad frente a la cual se encontraban, sin indicar que se necesitó clasificar y eliminar muchas para llegar a esa conclusión. Vamos a discutir brevemente algunos de los procesos de base y procedimientos de diagnóstico diferencial por los que se pasa.

El problema

Muchos adultos jóvenes que concurren a los consultorios gratuitos y a otras fuentes de cuidados médicos buscan tratamientos contra un conjunto generalizado de dolencias que denominamos infecciones genitales no específicas. Los síntomas específicos pueden variar, pues pueden intervenir diferentes organismos causantes, pero lo más corriente es que se quejen de secreción genital, irritación local, ligera elevación de la temperatura, micción dolorosa y frecuente, dolor de espalda, dolor pélvico y dolor durante las relaciones sexuales. Como hay diversos organismos que pueden causar estos síntomas, hubo que apelar a procedimientos de laboratorio para determinar cuál era el organismo u organismos causales en cada caso.

Las secreciones genitales se agrupaban antes en dos clases: gonocócicas y no gonocócicas, pero esta manera de clasificarlas ya no es adecuada. Se están acumulando datos para identificar infecciones genitales distintas de la gonorrea, y entre estas se encuentran el virus del herpes, la sífilis, las tricomonas, y un organismo identificado más recientemente, la *bedsonia*. Los estudios están demostrando que las infecciones genitales que no sean sífilis ni gonorrea, pueden y deben diagnosticarse y tratarse. Pese a nuevas técnicas de diagnóstico y de tratamiento, hay numerosos casos que no se identifican por el organismo causal y en estos casos el tratamiento es menos racional que en el caso contrario.

Como teníamos pocos datos recolectados sistemáticamente sobre los clientes que venían a buscar tratamientos de infecciones genitales, y ninguna información sobre la incidencia y la prevalencia de infecciones por *bedsonia* en nuestro grupo, emprendimos el desarrollo de un instrumento para recolectar datos que nos suministrara los que necesitábamos. Esto significa instituir nuevos procedimientos de laboratorio, lo cual hicimos en cooperación con el centro médico local cuyos servicios de laboratorio eran más amplios que los nuestros. Basadas en el estudio piloto al cual nos estamos refiriendo aquí y de acuerdo a nuestros hallazgos, planeamos otros estudios más detallados y específicos, lo mismo que el cambio de nuestras rutinas de laboratorio y tratamiento.

Diagnóstico Diferencial

En primer lugar tuvimos que establecer procedimientos para hacer el diagnóstico diferencial entre los organismos causales conocidos. Este es el primer paso hacia la determinación de la distribución de las diferentes enfermedades en una población, y nos permite instituir el tratamiento apropiado y específico de los individuos. Los clientes cuya infección no se pudiera relacionar con ningún agente causal conocido se tratarían en base a sus síntomas del momento a discreción del médico.

Gonorrea La infección primaria con *Neisseria gonorrhoeae*, el gonococo, suele ser resultado de relaciones sexuales, si bien ocurren infecciones extragenitales, como en los ojos. Tras un período de incubación de dos a ocho días, los varones desarrollan generalmente una uretritis aguda. La sintomatología en las mujeres es muy variable. En ciertos casos puede haber ligera fiebre, ligera secreción vaginal de materia espesa y purulenta, y disuria. Sin embargo, el 85 por ciento de las mujeres con cultivos positivos de gonococo no presentan síntomas en las primeras etapas de la enfermedad. Por esta razón deben hacerse rutinariamente en las mujeres frotis y cultivos, no solo cuando buscan tratamiento contra infecciones genitales sino también durante los exámenes ginecológicos de rutina.

El diagnóstico autorizado en mujeres sólo se puede hacer a base de cultivos obtenidos de material tomado de las paredes vaginales. En los clientes varones se toman muestras del pus presente en el meato urinario y se traslada a un porta-objetos. Si la supuración es poca, se puede permitir que se acumule durante la noche y hacer los frotis antes de que el cliente vacíe la vejiga. Puede ser necesario obtener la muestra por medio de un masaje prostático.

Las placas positivas muestran gonococos Gram-negativos de forma de frijol con manchas y que se presentan por pares dentro y fuera de las células de pus. Es aconsejable el cultivo porque permite confirmar el diagnóstico hecho por medio de placas y a veces da resultados positivos cuando el frotis ha dado negativo. Los cultivos también permiten experimentar la relativa eficacia de drogas que se pueden valorar aplicándolas a las colonias de cultivo y observando los efectos del fármaco.

Sífilis El *treponema pallidum* puede entrar al cuerpo por la piel sana o bien por rasguños de la piel o de las mucosas. La puerta de entrada suele ser los genitales, pero puede ser cualquiera otra parte del cuerpo.

Tras un período de incubación de hasta dos meses, se forma un chancro en el sitio de entrada. Generalmente es duro e indoloro y por lo general se ulcera. Desaparece sin tratamiento. La espiroqueta es destruido rápidamente por ácidos y por eso los chancros en las mujeres rara vez aparecen en la vagina sino más bien en los genitales externos. Las píldoras anticonceptivas crean un medio más alcalino y aumentan así la posibilidad de chancros vaginales que pueden pasar desapercibidos. Las glándulas linfáticas que drenan el área de la puerta de entrada, por

lo general en las ingles, pueden infectarse y convertirse en grandes buhones de consistencia de caucho e indoloras.

En la primera etapa de la sífilis, las espiroquetas pueden ser vistas a través del microscopio de campo oscuro en lo que se llama examen de campo oscuro. El material examinado procede de chancros o de buhones. Esta técnica exige considerable habilidad, pues la sangre que haya en la muestra puede ocultar las espiroquetas y además es posible que otras espiroquetas que no son el *T. pallidum* confunden al examinador.

En las etapas secundaria y terciaria de la sífilis, las espiroquetas están todavía presentes en las lesiones pero es tan difícil localizarlas que el diagnóstico se reduce a pruebas serológicas hechas en el suero o en el líquido cerebroespinal. Hay muchas de esas pruebas. También se las emplea en el diagnóstico de la sífilis primaria cuando el período de incubación ha avanzado lo suficiente para producir cambios serológicos.

Tricomoniasis Un protozoo flagelado, *Trichomonas vaginalis*, causa vaginitis durante la etapa reproductiva, cuando el medio vaginal es más receptivo que antes de la pubertad y después de la menopausia. El organismo se suele propagar, pero no siempre, por contacto sexual. Incluso cuando se puede demostrar su presencia en el hombre, este suele no tener síntomas de tricomoniasis. En su forma aguda, particularmente en la mujer, la infección causa irritación, frecuencia urinaria, disuria y una abundante secreción amarilla grisosa. Puede parecer gonorrea.

La *Trichomonas vaginalis* tiene forma de pera y un núcleo. De su extremo anterior como se proyectan de tres a cinco cortos flagelos y desde el mismo punto hacia atrás se proyecta otro flagelo más grueso y más largo. Al microscopio generalmente se ven tricomonas y numerosas células de pus en la secreción.

Herpes El *Herpes virus hominis* tiene por lo menos dos tipos cuyas diferencias aun no se comprenden completamente. Estos tipos de virus causan lesiones en las membranas mucosas parecidas a las ampollas de la fiebre. Se cree que el tipo 2 se transmite por contacto sexual. Las lesiones en las mujeres aparecen en la vagina y hay pruebas crecientes de que la infección del herpes del tipo 2 puede estar asociada con el desarrollo de carcinoma del cuello de la matriz. Los virus del herpes son flora normal de la piel de muchas personas; las lesiones se desarrollan en diferentes circunstancias incluyendo la fiebre y estados tensionales.

El diagnóstico del herpes se hace por examen directo de las lesiones y se confirma por cultivos del virus, niveles crecientes de anticuerpos, y biopsia de las lesiones. Estos últimos procedimientos son necesarios únicamente en casos de lesiones genitales en la mujer.

Bedsonia La bedsonia, miembro del grupo Chlamydia, es ahora uno de los tipos más comunes de enfermedad contagiosa venérea en muchas zonas, lo cual, unido a las complicaciones de la enfermedad, la falta general de conocimientos sobre la

misma y las dificultades e incertidumbres del tratamiento cada vez es más importante incluirla en los estudios epidemiológicos y clínicos.

El período de incubación de la bedsonia es generalmente de siete a veintidós días. La aparición de los síntomas suele ser insidiosa, la supuración es con frecuencia acuosa y puede haber sólo ligera disuria y micción frecuente. En ciertos casos la supuración es abundante y purulenta y por lo tanto el cliente no la puede diferenciar de la gonorrea o de la tricomoniasis. Generalmente los síntomas son tan leves que la enfermedad pasa sin notarse y por lo tanto sin tratamiento. Las complicaciones que pueden ocurrir comprenden: epididimitis, generalmente unilateral; prostatitis crónica, que es la complicación más frecuente; el síndrome de Reiter o asociación de uretritis no específico, poliartritis y conjuntivitis o uveitis; y estrechez uretral resultante de la formación de tejido cicatricial.

Los contactos sexuales de la mujer con varones infectados con bedsonia son con frecuencia asintomáticos. Aquellas que presentan síntomas tienen algo de cervicitis, vaginitis, uretritis y unas cuantas presentan secreción vaginal, disuria, dolor de espalda o dolor pélvico. Suele presentarse proctitis en los sujetos pasivos de contactos sexuales con varones infectados de bedsonia. Los procedimientos de laboratorio para el diagnóstico de bedsonia son más elaborados y dispendiosos que para las otras enfermedades que hemos estudiado. Por esta razón, muchos clínicos no hacen pruebas para detectarla y esta continúa estando en el grupo de las enfermedades llamadas uretritis no específicas. La puesta en práctica del procedimiento de diagnóstico (incluido el enlace con el laboratorio del centro médico) fue responsabilidad mía como enfermera de Salud Comunitaria en este estudio epidemiológico. A continuación se describe nuestro procedimiento para el diagnóstico:

Se tomaron muestras de clientes que llegaron a la clínica quejándose de infecciones genitales. Era necesario que no hubieran sido tratados con tetraciclina o sulfonamidas durante episodio de infección presente.

El método de recolección de muestras fue como sigue: a. utilizando torundas (tórulas) se recolectaron muestras endo-uretrales de un total de 47 varones. b. Se recolectaron muestras cervicales de un total de ochenta y cuatro mujeres.

Las muestras se colocaron en frascos que contenían un medio de recolección consistentes en vancomicina, estreptomycin y micostatin, combinación que eliminaba todo organismo salvo el que se estaba buscando. Se mantuvieron a 4°C una noche en el consultorio y luego se transportaron al laboratorio universitario vecino.

El laboratorio utilizó técnicas de cultivo celular que exigían sesenta y cinco horas de incubación y luego hizo el examen de la muestra coloreada para buscar el germen.

Las pruebas para detectar sífilis, tricomonas, gonorrea y herpes se realizaron todas en el consultorio gratuito.

Procedimiento Epidemiológico

La discusión que precede de las diversas enfermedades y los procedimientos de diagnóstico diferencial utilizado en este estudio debería proveernos un marco de referencia para comprender las características de los agentes responsables de las diversas enfermedades cuya distribución vamos ahora a tomar en cuenta en nuestra población de adultos jóvenes en el ambiente de un consultorio gratuito. La información sobre los agentes causales y el diagnóstico diferencial es esencial para la función descriptiva de la epidemiología, que trata de las distribuciones de la enfermedad en las poblaciones. Es también necesaria para comprender las causas, lo cual nos ayuda a seleccionar las intervenciones apropiadas. Nuestro interés particular en este estudio era determinar la prevalencia de las infecciones por *bedsonia* pues anteriormente no habíamos estado haciendo pruebas para detectarla y los estudios hechos por otros profesionales indicaban que la *bedsonia* era ciertamente una enfermedad venérea tan importante como la gonorrea. Hicimos los arreglos para las pruebas de laboratorio que son útiles en el diagnóstico de la *bedsonia*, y se informó al personal del consultorio de la presencia de la enfermedad y de nuestro interés en la misma. Una vez completados estos arreglos, estábamos listas para empezar nuestra recolección de datos empleando el instrumento que se ve en la tabla 5.1.

El instrumento de recolección de datos fue ideado para dar información descriptiva sistemática sobre la incidencia y prevalencia de las infecciones estudiadas, la relación de la *bedsonia* con otras infecciones venéreas, las posibles variaciones que podían darse entre sexos, con prácticas sexuales diversas y entre razas. Las limitaciones de nuestro estudio que hay que tener en cuenta, se refieren a nuestra población que era blanca de un nivel socioeconómico generalmente bajo. No se obtuvieron muestras anales en forma rutinaria; esto sería necesario si se quisiera establecer el diagnóstico en caso de contactos homosexuales y heterosexuales de aquellos que practican relaciones sexuales por el ano.

Un problema eterno en los estudios epidemiológicos de enfermedades venéreas es la dificultad para obtener los nombres de los contactos. Y el seguimiento del contacto es importante porque los contactos sexuales de casos conocidos o indicadores de una enfermedad venérea son los que están en mayor riesgo de infectarse. Al menos que se les diagnostique y trate cuando sea necesario, estos contactos son potenciales transmisores de la enfermedad a otras personas. Así pues, hay que decirlo otra vez, la epidemiología no es sólo un medio de comprender la distribución y origen de la enfermedad, sino también la base para interrumpir la transmisión de la enfermedad, valiéndose de intervenciones sugeridas por el estudio cuidadoso de la enfermedad, de la población y del medio en que se presenta.

Ya sabíamos bastante sobre la población cliente, la naturaleza de las enfermedades venéreas y sus modos de transmisión, y teníamos las facilidades necesarias de laboratorio para comprobar la presencia de estas enfermedades venéreas. Nuestra verdadera preocupación en el estudio piloto era describir la distribución de las

TABLA 5.1 Continuación

<i>Microscopia</i>	<i>Pos.</i>	<i>Neg.</i>	<i>SEROLOGIA</i>	
Gonorrrea	_____	_____		
TRIC	_____	_____		
Herpes	_____	_____	Gonorrrea	<i>Pos. Neg.</i>
Sífilis	_____	_____	TRIC	_____
			Sífilis	_____

<i>Tratamiento anterior</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Hace días</i>
Penicilina	_____	_____	_____
Tetraciclina	_____	_____	_____
Estreptomycin	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

<i>Tratamiento en esta visita</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Penicilina	_____	_____
Tetraciclina	_____	_____
Estreptomycin	_____	_____
Otros	_____	_____

Visitas de seguimiento

Fechas

1. _____

2. _____

3. _____

*O —Chinos, japoneses, coreanos y vietnameses.

*Latinos —Filipinos, Mexicanos, Españoles y Latinoamericanos.

*Otros —Miembros de grupos étnicos no incluidos en lo anterior.

infecciones por bedsonia en nuestra clientela. Son estos datos los que ahora presentamos.

Resultados de la Investigación

La epidemiología depende fuertemente de técnicas estadísticas para la interpretación de los resultados de sus actividades investigativas. Nuestro estudio piloto abarcó 131 personas, cuarenta y siete hombres y ochenta y cuatro mujeres. La

distribución de los patógenos que se buscaron en ellos se muestra en la tabla 5.2. Tablas como esta se hacen tan claras como sea posible para que la interpretación no se dificulte por una presentación pobre. Se presentan los resultados de todo el estudio de la población; así podemos decir cuántos clientes de cada sexo tenían las enfermedades para cuya detección fueron examinados y en cuántos clientes los resultados fueron negativos en todas las pruebas. Sumando los totales marginales que aparecen en la parte inferior y en el extremo derecho de la tabla, se obtienen cifras útiles para el análisis inicial de nuestros hallazgos.

Una ligera ojeada muestra que el total marginal en la esquina inferior derecha de la tabla 5.2 es mayor que el número de clientes de la población en estudio. El primer paso consiste en verificar los cálculos para asegurarse de que el aparente error no es resultado de errores matemáticos. Si todos los números están correctos, como lo son estos, la pregunta-siguiente es, ¿por qué hay cuatro fenómenos más en el total marginal que el número de clientes de nuestra población en estudio? Nuestra sospecha de que en las muestras de algunos clientes se identificó más de un patógeno se confirma examinando nuevamente los hallazgos del laboratorio. Como se ve en la tabla 5.3, dos hombres y dos mujeres tenían muestras que fueron positivas para gonococos y bedsonia. Pero examinemos primero algo más la tabla 5.2.

TABLA 5.2 Distribución de agentes patógenos de muestras uretrales o del cuello de la matriz en 131 clientes de clínicas

Grupos de clientes	Agente patógeno presente en la muestra				No se hallaron patógenos	Total
	Gonococos	Bedsonia	Herpes	Tricomonäs		
Varones (uretra)						
No. de pats =	47 8	11	2	1	27	49
Por ciento	17.0%	23.4%	4.3%	2.1%	57.4%	104.2%
Mujeres (cuello de la matriz)						
No. de pats =	84 6	10	6	3	61	86
Por ciento	7.1%	11.9%	7.1%	3.6%	72.6%	102.3%
Total N =	131	14	21	8	88	135*
Por ciento	10.7%	16.0%	6.1%	3.1%	67.1%	103.0%

*El total pasa de 131 porque cuatro muestras dieron positivo para gonococos y bedsonias. Véase tabla 5.3.

TABLA 5.3 Distribución de organismos gonococos y bedsonias en muestras de 131 clientes positivas para uno o ambos organismos

<i>Distribución de Organismos</i>	<i>Varones N = 17</i>	<i>Mujeres N = 14</i>	<i>Total N = 31</i>
Positivos para gonococos y Positivos para Bedsonias			
Número	2	2	4
Por ciento	11.8%	14.3%	12.9%
Positivos para gonococos y Negativos para Bedsonias			
Número	6	4	10
Por ciento	35.3%	28.6%	32.3%
Negativos para gonococos y Positivos para Bedsonias			
Número	9	8	17
Por ciento	54.8%	57.1%	54.8%

La tabla 5.2 de la distribución de los cuatro patógenos en la población estudiada por sexo. Así, de los cuarenta y siete clientes varones, ocho (el 17 por ciento) dieron gonorrea positiva, once (el 23,4 por ciento) dieron bedsonia positiva, dos (el 4,3 por ciento) fueron positivos para el virus del herpes y uno (el 2,1 por ciento) positivos para la tricomoniasis. Las muestras uretrales de 27 clientes (57,4%) fueron negativas. Como ya se observó, los resultados de las muestras tomadas a dos varones fueron positivas, para gonococo y bedsonia. El patógeno más frecuente en los clientes varones fue la bedsonia la cual afectaba a casi una cuarta parte del grupo. La gonorrea viene en segundo lugar, el herpes en tercero y la tricomoniasis en cuarto. Más de la mitad de los varones estudiados no presentaba ninguno de tales organismos. Como todos los clientes de la población en estudio tenían algunos síntomas de uretritis, hemos de suponer que estos veintisiete hombres tienen problemas de salud que caen en el saco de la uretritis inespecíficas y fueron tratados de acuerdo con los síntomas que presentaban. Los clientes en quienes los resultados de laboratorio fueron positivos para uno o más de los patógenos investigados, se trataron según su condición o condiciones específicas.

Exactamente el mismo proceso de describir la distribución de estas enfermedades se puede seguir con las ochenta y cuatro mujeres estudiadas. También en ellas la bedsonia es el patógeno que va a la cabeza, con la gonorrea y el herpes disputándose el segundo lugar. Debido a los datos epidemiológicos nacientes que

están señalando una asociación entre lesiones de herpes vaginal y el desarrollo subsecuente de cáncer del cuello de la matriz, las seis clientes deberán ser aconsejadas para que sean especialmente cuidadosas y se hagan frotis de Papanicolau como medida de precaución.

Continuamos nuestra investigación examinando más detalladamente la distribución de los dos patógenos más prevalentes, bedsonia y gonococo. La tabla 5.3 muestra la asociación de la bedsonia y/o gonococo en las muestras de los diecisiete clientes varones y catorce clientes mujeres cuyas muestras fueron positivas para uno o ambos patógenos. El denominador, o sea la población que tiene una o ambas enfermedades, es treinta y uno. De estos treinta y un clientes, cuatro, dos mujeres y dos hombres, o sea el 12,9 por ciento son positivos para bedsonia y gonococo. Nueve hombres y ocho mujeres (el 54,8 por ciento) son positivos para bedsonia pero negativos para gonococo; seis hombres y cuatro mujeres (el 32,3 por ciento) son positivos para gonococo y negativos para bedsonia. La bedsonia es el patógeno más prevalente identificado en este estudio y el más frecuente sin la presencia de los demás patógenos que se investigaron en nuestros clientes. La bedsonia es asimismo más frecuente en los hombres que en las mujeres en la población estudiada. En realidad, las cifras porcentuales de la tabla 5.2 muestran que la bedsonia es casi dos veces más prevalente en los hombres que en las mujeres en dicha población.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio epidemiológico de 131 clientes en la población de un consultorio gratuito que fueron examinados para detectar la presencia de cuatro patógenos en muestras obtenidas de sus regiones genitales, muestra que la bedsonia es el más frecuente de los cuatro organismos, y se presenta en veintiún clientes. De los veintiún clientes cuyas muestras fueron positivas para bedsonia, solamente cuatro (el 19,0 por ciento) también fueron positivos para gonococo. Diecisiete muestras tomadas a estos clientes (el 81 por ciento) dieron positivo para bedsonia y negativo para los otros tres patógenos investigados. Antes de este estudio, nuestra clínica no hacía exámenes rutinarios para detectar la presencia de bedsonia en clientes que presentan síntomas de infección genital.

Nuestra población de estudio que es demasiado pequeña, y las limitaciones que señalamos antes nos impiden proyectar los resultados a poblaciones más numerosas partiendo de los datos de este estudio incluida la de nuestro propio consultorio gratuito. Lo que estos datos dicen es: 1. La investigación de bedsonia se debe incluir en las pruebas rutinarias de laboratorio que hagamos en todos los clientes que busquen tratamiento contra infecciones genitales. También puede ser prudente hacer tales pruebas junto con las pruebas rutinarias para detectar gonococo en todas las mujeres que se examinan en el consultorio. 2. Es necesario hacer estudios más amplios de la prevalencia de la bedsonia y de su asociación con otras infecciones venéreas tanto en nuestra clínica como en cualquiera otra parte de

nuestra área. 3. La educación del cliente es esencial porque los síntomas de la bedsonia son con frecuencia insidiosos o están ausentes y la enfermedad es más común de lo que generalmente se cree.

Si la infección por bedsonia estuviera incluida en la lista de enfermedades de declaración obligatoria en un buen número de Estados, se podría tener información más generalizada sobre la prevalencia y distribución demográfica de esta enfermedad. Tales datos demográficos describen casos por edad, sexo, raza, localización y otras varias características de las personas que padecen la enfermedad. Estos datos ayudan a identificar poblaciones de alto riesgo potencial y que requieren de especial atención. El exigir un informe sobre casos de bedsonia diagnosticados nos daría datos sobre tasas esperadas de casos en poblaciones dadas, de manera que podríamos detectar amenazas de epidemia cuando la tasa de morbilidad aumente significativamente por encima del nivel esperado. Como sucede con todas las enfermedades de notificación obligatoria, podemos anticipar que encontraríamos un subregistro de la bedsonia. Esto se podría tener en cuenta en nuestras consideraciones de la misma manera que actualmente suponemos que hay subregistro de las denunciabiles (como la sífilis y la gonorrea). La información obligatoria enseñaría a quienes se dedican a la clínica, a percatarse mejor de la bedsonia y a investigarla en sus clientes.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

Como se ha observado, mi papel en este estudio epidemiológico piloto fue el de actuar como enlace con el centro médico para hacer las pruebas de investigación de la presencia de bedsonia, el desarrollar el instrumento de recolección de datos que se muestra en la tabla 5.1, y participar en todo el estudio. La experiencia mostraba que a menos que yo estuviera presente en el consultorio, los procedimientos de selección de casos y toma de muestras no se realizaban sistemáticamente de acuerdo con las reglas del estudio. Esto fue particularmente cierto en la recolección de muestras anales. El frotis del ano utilizando una torunda era algo muy desagradable para muchos de los trabajadores sanitarios que se ofrecieron en la clínica. Muchos de estos profesionales hacían juicios acerca de qué tipo de cliente podía ser o no candidato apropiado para tomarle frotis del ano, todo ello sin preguntar siquiera al cliente si él o ella practicaban relaciones anales. Pese a los intentos de persuadir a todos los que trabajaban en clínica, para que hicieran frotis anales de rutina, no se hicieron. Si bien este proyecto era muy interesante e importante para el pequeño grupo de epidemiólogos que trabajaban en él, teníamos que recordarnos constantemente que el examen necesario para este estudio era, para los clínicos, solamente una pequeña y con frecuencia enojosa parte del trabajo regular que conlleva al examen de los clientes. Como yo era la única entre el personal del consultorio que estaba empeñada en este trabajo de detective,

tenía que estar constantemente alerta e insistir muchísimo o si no los procedimientos no se cumplían en absoluto.

Con frecuencia es la enfermera de Salud Comunitaria quien tiene que asumir el liderazgo y vigilar los procesos comprendidos en un estudio epidemiológico, para que los datos que se recolecten tengan alguna validez epidemiológica. Esto ocurre porque ella los comprende mejor que otros profesionales de la salud que concentran su atención en su clientela individual más bien que en la colectiva. Para mí, trabajar en este estudio fue sumamente interesante y estimulante, si bien a veces me desanimaba. El trasladar al papel estos sentimientos es difícil. Espero que la experiencia de las enfermeras pueda incluir los tipos de investigación detectivesca que aquí he descrito, pues sólo entonces sabrán realmente a qué sabe.

Resumen

El estudio de caso de un proyecto piloto epidemiológico descrito en detalle en este capítulo, sirve para ilustrar el proceso epidemiológico. La epidemiología es un proceso de solución de problemas que se ocupa de describir la distribución de los fenómenos, generalmente enfermedades, en una población y de las razones y causas de las distribuciones observadas. Fuera de sus funciones descriptivas, los estudios epidemiológicos suministran información sobre los tipos de intervenciones que pueden aportar para tratar de reducir la incidencia o prevalencia de enfermedades y en qué momento estas intervenciones se pueden aplicar de la mejor manera.

Quien reportó este caso fue la enfermera de Salud Comunitaria que sirvió de enlace entre el consultorio gratuito donde se hizo el estudio y la unidad de investigación epidemiológica de un centro médico que efectuó gran parte del trabajo de laboratorio. Como sucede con frecuencia, de todo el personal del consultorio esta enfermera era la que estaba mejor informada sobre el proceso y la utilidad del estudio. Las enfermeras de Salud Comunitaria se encuentran a menudo en esta posición y tienen que interpretar los procedimientos y los méritos de los estudios epidemiológicos a los colegas y a los clientes. La epidemiología es un juego detectivesco fascinante cuyos resultados, como en este estudio, muchas veces tienen efecto directo y significativo sobre la clase de cuidados que los clientes reciben.

Glosario y Definiciones Breves

Tasas Utilizadas en Estadísticas Vitales

<i>Nombre de la Tasa</i>	<i>Cómo se calcula</i>
1. Tasa de prevalencia	$\frac{\text{Todos los casos de enfermedad específica en un momento dado} \times 1.000}{\text{Población en el momento dado}}$

2. Tasa de letalidad	$\frac{\text{Muertes por la enfermedad específica en un período dado}}{\text{Casos de la enfermedad específica en el período dado}}$
3. Mortalidad general	$\frac{\text{Muertes por cualquier causa en el año calendario} \times 1.000}{\text{Población al 1o. de julio}}$
4. Tasa anual de mortalidad por grupos de edad	$\frac{\text{Muertes por cualquier causa en el grupo de edad dado} \times 1.000}{\text{Población del grupo de edad dado al 1o. de julio}}$
5. Mortalidad por Causas	$\frac{\text{Muertes por causa específica en el año} \times 1.000}{\text{Población al 1o. de julio}}$
6. Incidencia	$\frac{\text{Nuevos casos de la enfermedad específica en el año} \times 1.000}{\text{Población al 1o. de julio}}$
7. Natalidad	$\frac{\text{Nacidos vivos en el año} \times 1.000}{\text{Población al 1o. de julio}}$
8. Mortalidad fetal	$\frac{\text{Nacidos muertos en el año} \times 100 \text{ (o 1000)}}{\text{Nacimientos totales en el año}}$
9. Mortalidad infantil	$\frac{\text{Muertos de menos de un año de edad en el año} \times 1.000}{\text{Nacidos vivos en el año}}$
10. Mortalidad neonatal	$\frac{\text{Muertos de menos de un mes de edad en el año} \times 1.000 \text{ (o 10.000)}}{\text{Nacidos vivos en el año}}$
11. Mortalidad materna	$\frac{\text{Madres muertas en el año} \times 1000 \text{ (o 10.000)}}{\text{Nacidos vivos en el año}}$

ESTUDIOS DE CASO Descripción detallada, completa, y basada en hechos de individuos, instituciones, comunidades, sociedades enteras, o aún de incidentes, situaciones, objetos inanimados o animales.

ESTUDIOS DE COHORTE Conjunto de sujetos de estudio agrupados según ciertas características y observados longitudinalmente. Los estudios de cohorte son en esencia estudios transversales repetidos en los cuales intervienen los mismos sujetos.

DEMOGRAFIA El estudio de la humanidad colectivamente; especialmente de su distribución geográfica y de su ambiente físico.

CONTACTO DIRECTO El término se aplica cuando una infección se propaga más o menos directamente de persona a persona. No significa necesariamente contacto corporal efectivo pero indica una asociación más bien íntima.

EPIDEMIA La ocurrencia de un grupo de enfermedades de naturaleza semejante en una comunidad, que exceda claramente lo que es de esperar normalmente.

ESTUDIOS EXPERIMENTALES Todos los elementos de la investigación están bajo el control del investigador, y se suele hacer en un ambiente de investigación especializado.

CONTACTO INDIRECTO La propagación del agente causante de una enfermedad por medios de transmisión tales como la leche y otros alimentos, agua, aire, manos contaminadas y objetos inanimados.

ESTUDIOS DE INTERVENCION Las condiciones para el estudio se manipulan o controlan conscientemente... el investigador interfiere realmente en la naturaleza.

CAUSACION MULTIPLE Se pueden relacionar muchas variables a un solo efecto mediante un mecanismo directo-indirecto en el cual A está causalmente relacionado con B, B con C, C con D y así sucesivamente hasta que por último tal vez sea R lo que juegue un papel importante en el desarrollo de la enfermedad.

EXPERIMENTO NATURAL Abstenerse de controlar el ambiente. El medio se estudia tal cual es sin modificación alguna.

ESTUDIOS NO EXPERIMENTALES No todos los elementos de la investigación están bajo el control directo del investigador, y se lleva a cabo en un medio natural tal como una escuela, un organismo de salud pública, un hospital o el hogar de un paciente.

BIBLIOGRAFIA

- BAKER, D. J. P. *Practical Epidemiology*. Londres: Churchill Livingstone, 1973.
- CATTERALL, R. D. *Epidemic Venereal Disease*. Nueva York: Pfizer Laboratories, 1973.
- *Control of Communicable Diseases in Man*. Washington, D. C.: American Public Health Association. Revised periodically.
- CORRIGAN, MARJORIE Y CORCORAN, LUCILLE. *Epidemiology in Nursing*. Washington, D. C.: The Catholic University of America Press, 1961.
- DUNLOP, E. M. C. *et al.* "Chlamydia Infection of the Urethra in Men Presenting Because of 'Non-specific' Urethritis." In *Trachoma and Related Disorders*, editado por R. E. Nichols. *Excerpta Medica*, 494-500, 1971.
- MACMAHAN, BRIAN Y PUGH, THOMAS F. *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little, Brown and Company, 1970.
- MAUSER, JUDITH S. Y BAHN, ANITA K. *Epidemiology: An Introductory Text*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1974.
- PANUM, PETER. *Observations Made During the Epidemic of Measles on the Faroe Islands in the Year 1846*. Nueva York: Delta Omega Society, 1940.
- PAUL, JOHN. *Clinical Epidemiology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1966.
- PHILLIP, R. N., *et al.* "Study of Chlamydia in Patients With Lymphogranuloma Venereum and Urethritis Attending a Venereal Disease Clinic." *British Journal of Venereal Diseases* 14:114-121.
- WALKER, HELEN M. Y LEV, JOSEPH. *Elementary Statistical Methods*. 3a. ed. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969.

ASPECTOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

6

Ruth P. Fleshman

Introducción

Durante los primeros años de funcionamiento del consultorio médico gratuito Haight Ashbury, la hepatitis era un problema grave y recurrente de salud de muchos de los jóvenes que acudían a solicitar nuestros servicios. Como enfermera voluntaria, empecé por observar que había contradicciones en las explicaciones y consejos que distintos médicos daban al respecto a sus clientes. Algunos pensaban que quienes estaban ictericos era porque utilizaban ilegalmente las agujas hipodérmicas. Algunos aconsejaban una dieta pobre en grasas y otros una rica en carbohidratos. A algunos clientes se les decía que practicaran medidas de aislamiento apropiadas para evitar la transmisión de microorganismos presentes en las gotitas de saliva a otros en las heces fecales. La advertencia que se les hacía a los clientes sobre la duración del período de contagio también variaba con el médico a quien consultarán. Semejante confusión sugería que ni siquiera los médicos dominaban el asunto, así que me puse a ver si podía disminuir las inconsistencias y aumentar nuestra confiabilidad organizando la información para distribuirla en un boletín. Comencé por examinar textos de medicina y luego cambié a revistas puesto que la investigación sobre hepatitis estaba en marcha y la información cambiaba constantemente. Me encontré con que también estas fuentes de información se contradecían entre sí y había mucho que aún se desconocía sobre la enfermedad.

Tuve la buena suerte de que en el hospital del condado hubiera una unidad de investigación trabajando sobre hepatitis, y entrevisté al director médico quien declaró llanamente "si quieren saber algo más sobre su enfermedad, que se enfermen de algo que no sea hepatitis". Así pues, hasta un vanguardista de la investigación médica admitía que era poco lo que podía contribuir. Pronto quedó claro que el deseo de responder a las preguntas y de dar consejo adecuado sobrepasaba los conocimientos de cualquiera. Al parecer, la práctica corriente de administrar

gamma-globulina a los expuestos a la hepatitis, no era otra cosa que un componente del síndrome de la ayuda que se podía ofrecer, ya que los estudios mostraban que incluso en condiciones ideales, las tasas de la enfermedad eran iguales entre los inyectados y los que no habían recibido el suero. En términos de tratamiento, tampoco se sabía para cuál de las clases de hepatitis era efectiva la gama globulina.

Las tres primeras veces que ensayé escribir la información dirigida a nuestros clientes produce una prosa libresca seca como el polvo, que mataba de tedio inclusive a mi misma. Al fin caí en cuenta de que estaba escribiendo como para alguien que observara desde afuera, para el profesional, no para el paciente o posible paciente. Por último, volviendo el material casi al revés, pude traducirlo a algo que podría ser útil a una persona que tuviera o pudiera tener hepatitis. Era cosa muy distinta describir el curso de la hepatitis vista desde afuera, que explicar cómo hacía sentirse al paciente para que él pudiera describir lo que estaba sintiendo. Advertí que esta era una de las diferencias entre los textos médicos y lo que tenía que formar parte de la educación para la salud. Me preguntaba si ésto podría ser también una de las razones por las cuales los profesionales de la salud a menudo predicán pero no aplican, como ocurre cuando fuman o no hacen ejercicio. El conocimiento libresco es remoto, abstracto, exterior, mientras que el material educativo tiene que ser personal, interior, específico. Los textos médicos son para los observadores, la educación para la salud es para los participantes.

Por otra parte, había que tender puentes entre la teoría y la práctica. Muchos folletos no hacían más que presentar recetas de lo que había que hacer, sin decir por qué o cuáles eran los riesgos de no hacerlo. Los textos, por otra parte, presentaban hallazgos de investigaciones, pruebas de laboratorio, información epidemiológica y procedimientos terapéuticos sin explicar lo que podía hacer la gente en la vida diaria para habérselas con la enfermedad propia o de un miembro de la familia.

Aún con este boletín, pronto me percaté de que se necesitaba de otros enfoques. La gente se llevaría el folleto a la casa, para regresar la tarde siguiente a preguntarme sobre el material que habían leído. Cuando yo respondía con información coherente con lo que decía el boletín, parecían satisfechas. Esto me llamaba la atención, pues sabían que yo la había escrito. Sin embargo, parecía que algunos necesitaban escuchar además de leer. Algunos no podían hacer referencia a la información escrita y necesitaban escuchar comentarios sobre el contenido antes de poder absorberlo. Hasta cierto punto, el material tenía que ser repetido o presentado en otras palabras para que las personas lograran captarlo.

Para mi era muy satisfactorio haber profundizado así fuera un solo tema como la hepatitis, pero al intercambiar ideas con personas inquietas sobre las consecuencias que esta enfermedad podría acarrearles, pronto me di cuenta de que en esta sola enfermedad jugaban un papel importante otros aspectos impactantes.

Uno era el problema de contaminación fecal del agua, que me condujo a estudiar más de lo que pensaba sobre la purificación del agua y la eliminación de los desechos humanos, inclusive sobre cómo construir una letrina adecuada en el campo. La otra área importante de interés inmediato fue la nutrición. "Como usted dice que la dieta es tan importante para evitar o curar la hepatitis, enséñame como hacerlo, siendo yo vegetariano". Sobre esto los libros nada aportaban, ya que no incluían algunas de las dietas insólitas que seguían algunas personas y tuve que dirigirme a nuestros clientes para aprender de ellos. Descubrí que no me gustaban algunas de las pretensiones de los indoctrinados de la Dieta Macrobiótica o la Dieta de Ehret, pero no tenía suficientes conocimientos científicos para refutarlos, o por lo menos satisfacerme a mí misma y mucho menos a mis clientes. Acudí entonces a las nutricionistas, quienes también tuvieron que leer una buena porción para poder analizar los problemas específicos que se manejan con estas dietas. (Esta experiencia resultó educativa para algunos de ellos también, ya que les hizo caer en cuenta de las lagunas que había entre sus creencias científicas y las prácticas dietéticas de varios grupos de adultos jóvenes en nuestra propia comunidad).

Por esta época, yo estaba perdidamente enredada en la información sanitaria pertinente que estaba reclamando esta población de adultos jóvenes; la nutrición me condujo a los problemas del embarazo en las vegetarianas genuinas, lo cual a su vez me condujo a la cuestión de que ellas preferían el parto domiciliario. La nutrición también planteaba problemas sobre alimentos baratos en la ciudad, sobre conjuras alimentarias (los vecinos se hacían un fondo común para comprar alimentos al por mayor y distribuirlos directamente) y otras formas de actuación colectiva. Esto a su turno me puso en contacto con grupos interesados en temas sanitarios, tal como la Congregación para la Salud de la Mujer en Berkeley, la cual pasaba años refinando sus propios conocimientos sobre nutrición para sacar a luz un folleto sensato y correcto sobre la materia. Este se había convertido en parte fundamental del material que se distribuye a los adultos jóvenes que constituyen mi grupo cliente actual en la comunidad. Está mucho mejor adaptado a su estilo y nivel de conocimientos que algunas de las tonterías tipo Alimentos Básicos para Cuerpos Sanos que habían sido parte obligada de la vieja biblioteca de salud pública.

La multitud de otros temas que me sentí impelida a estudiar llevaron a algunas de mis colegas a preguntarse cuál es exactamente mi especialidad. Un nutricionista nos pregunta constantemente "si la dieta es tan importante para esta gente, ¿por qué no contratan nutricionista y acaban de una vez? Otras personas se preguntan por qué acudimos a odontólogos, inspectores sanitarios, veterinarios (hasta los animalitos tienen problemas de salud) o dermatólogos. Y yo persisto en preguntarles ¿qué pueden enseñar ellos fuera de su especialidad? No soy "experta" en embarazos y partos, ni en dietas, ni en sanidad rural, ni en organización de la comunidad, ni siquiera en educación para la salud. Soy una enfermera de salud comunitaria y he aprendido acerca de un grupo humano, me esforcé por respon-

der a sus preguntas, trabajé con algunos de ellos para mejorar sus conocimientos y los míos. He logrado aprender bastante sobre los adultos jóvenes y su ansia de saber más sobre sí mismos. Me he llegado a convencer de que otras enfermeras de salud comunitaria tienen una contribución vital por hacer de este modo con quienes quiera que sean sus clientes: el anciano, un vecino, un determinado grupo étnico, algún grupo de personas que compartan las mismas necesidades o problemas de salud, en suma, con quienes quiera que sean los clientes a quienes prestan sus servicios.

COMUNICACION ENTRE EL PROFESIONAL Y EL CLIENTE

Una cuestión del mayor interés es la dificultad que los profesionales de la salud de todo tipo tienen para compartir la información con sus clientes, pacientes y con los legos en general, en términos que éstos puedan entender. Hasta hace unos veinte o treinta años, el profesional de la salud podía proceder tranquilamente con el paciente pasivo, y cuando menos interferencia mejor. Se apreciaba mucho que los pacientes cooperasen, esto es, que fuesen dóciles. Pero ahora hemos llegado a la etapa en que mucho depende de la participación activa del paciente. Siendo los costos de hospitalización lo que son, ya un paciente no se puede sentar pasivamente en el lecho a que le hagan lo que hay que hacerle. Los cuidados domiciliarios y los servicios ambulatorios son la manera más factible de tratar muchas enfermedades crónicas. Con la antigua enfermedad infecciosa, breve y espectacular, los pacientes o se recuperaban, o morían. Pero no tenemos ninguna de esa especie de trucos mágicos que solían bastar antes. La curación ha sido reemplazada por la conservación. La prevención ya no se logra solamente por medio de vacunas puesto que la educación es la única prevención primaria que conocemos para muchas enfermedades crónicas.

La complejidad del campo de la salud es tremenda. El conocimiento se ha expandido de manera explosiva, y la información técnica aumenta más de prisa de lo que podemos aplicarla. Hay una diversidad creciente de profesionales que intervienen en la atención de la salud. Su conocimiento especializado se va alejando del conocimiento ordinario general a una velocidad creciente. No ha sido pues, nunca tan importante como ahora que los clientes estén plenamente informados como miembros del equipo de salud.

OBSTACULOS PROFESIONALES A LA ENSEÑANZA

Un problema en la educación de los clientes es la desconcertante mala disposición que ocasionalmente encontramos en los colegas para aceptar la idea de que el conocimiento debe compartirse. A veces ocurre sencillamente que no quieren tomarse el tiempo o el esfuerzo necesarios para traducir el conocimiento ex-

perto que les ha llevado años adquirir, a un idioma que sea dirigitble para los clientes que no tienen formación médica. Otros creen que es imposible que los clientes entiendan, careciendo como carecen de toda esa preparación básica, de modo que se perdería el tiempo ensayando: sólo serviría para confundirlos. Otros parecen creer que los clientes son algo obtusos, incapaces del pensamiento complejo. Toda información compartida en este caso se suele expresar en Inglés Básico o con lógica acicalada y el juego parece consistir en: "Si es tan vivo, ¿por qué se enfermó? Todos tendemos a hacer esto de vez en cuando, sin haber comprobado antes que los clientes verdaderamente sean tontos, simplemente ignorantes o bien víctimas de sucesos fuera del control de todos nosotros. Nunca es esto tan claro como cuando alguno de los nuestros cae enfermo.

Algunos colegas, cuyo concepto de ejercicio profesional no concede, a los demás miembros del equipo la misma autonomía que ellos se atribuyen, crean un conjunto de problemas enteramente distintos. Por muchas razones, esas personas no pueden compartir o permitir que otros compartan la información especial que podríamos considerar esencial para el cuidado del cliente. Parece que algunos temen que el ceder aunque sea este poquito de lo que tenemos en nuestra bolsa de trucos profesionales les resta capacidad para seguir siendo un trabajador de la salud. Otros parecen afiliarse a la escuela que dice "saber un poco es un peligro". Los mayores obstáculos para las enfermeras que tratan de dar a los clientes la información necesaria son los profesionales, que creen que toda la empresa de atención de la salud, está en sus manos y que sin ellos no puede decidirse nada. Tengo la impresión de que las enfermeras hospitalarias padecen más este problema que las enfermeras de salud comunitaria, ya que se encuentran en una situación estrictamente jerarquizada en la que el poder y la autoridad parecen estar depositados en las filas profesionales. Pero sería un engaño jactarse de que todos estamos de acuerdo en que el cliente debe ser informado a conciencia, como pensamos algunos. El primer paso de enfermería al valorar una situación de esa clase, puede perfectamente ser la identificación de los obstáculos presentes para la enseñanza de salud y el diseño de estrategias para vencerlos.

Muchas enfermeras tienden a pensar que los médicos son los únicos obstáculos autoritarios con los que tienen que lidiar. Esto se aplica principalmente a los médicos formados según la tradición que decía que sus responsabilidades son onerosas pero sacrosantas. Al comenzar los años setenta, la experiencia les demostró a las enfermeras de Nueva York que estaban capacitadas para desafiar exitosamente el punto de vista de sus colegas médicos, quienes opinaban que ellos eran incapaces de discernir. Al rehusar hacerlo durante veinticuatro horas, las enfermeras dieron pruebas fehacientes de su capacidad para pensar, sacando a los médicos de la cama para que confirmaran la lectura de los termómetros, las prescripciones ad lib y prn., informando a destiempo lo que habían observado en el post-operatorio de los pacientes, hasta que su punto de vista quedó claramente demostrado.

Sin embargo, sería imprudente dar por hecho que aún los colegas de la propia

disciplina comparten la misma ideología. He visto a muchas enfermeras trasladar asuntos completamente triviales al médico, aún en casos en los cuales la política de la institución no lo exige, eludiendo de este modo la responsabilidad de formular juicios independientes. Por ejemplo: ¿dónde está escrito que a los pacientes no se les pueda informar qué temperatura tienen? Y hay muchas de nosotras muy dispuestas a reforzar la idea que tienen los médicos de que aquello que es verdaderamente importante, como la enseñanza u otras actividades de preparación para el alta, requieren prescripción médica. Algunas de mis colaboradoras en el consultorio gratuito les ha molestado mucho verme llevando a cabo sesiones relámpago con clientes y una de ellas hasta admitió que temía que lo mismo iba a esperarse de ella y que no podía soportar la idea de que no pudiera hacerlo. Muchas veces nos damos cuenta de que estamos eludiendo preguntas acerca de lo que estamos haciendo, no tanto por temor de soltar un precioso secreto, sino porque realmente ignoramos sobre qué base estamos sustentando nuestra actuación y detestamos que esto se sepa. Bastante de nuestra renuencia a dar información, probablemente se deba a que consideramos muy importante mantener la impresión de que somos unas expertas.

Cuando planificábamos un programa de detección de casos de hipertensión, encontramos que los médicos del equipo planificador se horrorizaban de que estuviéramos resueltas a dar a cada cliente una copia de las cifras de su presión sanguínea. Saberlo, dijo uno, trastornaría demasiado a los clientes hasta que pudieran conseguir un médico que los tratara o les asegurara que no corrían peligro. Nuestro punto de vista era que esconderles la información con eufemismos podría más bien aumentar su ansiedad: "Su presión parece un poco alta hoy, veamos, tal vez debiera consultar a su médico, pronto, y tener cuidado". Nuestros colegas convinieron en que había razones de ambos lados pero aceptaron nuestra firme decisión de proceder como queríamos. Se escucharon muchos comentarios de los clientes respecto a que antes nunca se les había explicado nada sobre la presión sanguínea, y que generalmente se les despachaba con un jovial "Oh, está muy bien" y completamente ignorantes de la presión que tenían. Para nadie fue problema saber que la tenía normal o que la tenía elevada, y los que la tenían alta seguramente acataron mejor nuestra sugerencia de que debían hacerse examinar de un médico, porque ya conocían las bases sobre las cuales les habíamos dado ese consejo. La experiencia del proyecto finalmente convenció a los médicos que intervinieron en él, de que a lo mejor la idea después de todo no había sido tan mala.

Otro obstáculo a la transmisión de información es el vocabulario que usamos, que es un problema común a todos los profesionales de la salud. Tal vez sea más fácil caer en cuenta de esto en los servicios de salud comunitaria que en los institucionales, pero todos tenemos una especie de jerga del negocio que nos permite hablar de cosas muy complicadas en pocas palabras: pronosis, síndrome, taquicardia, metastásico. Pero realmente es un idioma extranjero para el público en general, cosa que tendemos a olvidar. Si los trabajadores que se molestan en

explicar lo que está ocurriendo utilizan esta parla de iniciados, es casi como si no hicieran nada. Sin la traducción, la jerga profesional suele ocultar más de lo que revela.

A menudo, no obstante, pasamos por alto que el nivel de educación general se ha elevado. En los años 1940, por ejemplo, era justo esperar que una escasa mayoría hubiera terminado la escuela secundaria. Pocos entraban a la universidad y generalmente la flor y nata de esa generación iba a la escuela de medicina, la profesión de más prestigio. La Medicina para la mayoría de las personas era un misterio imponente. Pero esto ha cambiado ya. La explosión de conocimientos ha dado origen a nuevas disciplinas y profesiones igualmente misteriosas. Hay otras carreras además de la medicina que están abiertas a hombres y mujeres capaces. También se ha elevado el conocimiento público sobre asuntos de salud y se ha ensanchado la posibilidad de obtener información específica. Obsérvense las publicaciones de circulación general, y casi siempre se encontrará alguna columna o artículos sobre temas de salud. Es algo que a la gente le interesa e inquieta.

La explosión de la información se aplica también a la creciente circulación de informaciones no confiables, incompletas o completamente falsas sobre asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. Se pueden encontrar ejemplos en el inmenso número de libros sobre nutrición que atraen a numerosas personas. Autores que parecen basar sus doctrinas en grandes dosis de fervor religioso y alienación de la autoridad científica, invocan prácticas de salud potencialmente nocivas. Otro tema fascinante se puede hallar en el tipo de paranoia impresa por editores en pequeño con sus propias obsesiones. He visto un folleto que afirma que la aspirina es veneno, una confabulación de la medicina organizada para inducirnos a introducir en el cuerpo una sustancia extraña, que los médicos no saben cómo obra, que la aspirina afecta los cromosomas, que se deriva de sustancias petroquímicas que, como todos sabemos, contaminan el aire y causan cáncer y que tenemos que volver a la infusión de corteza de sauce, la cual contiene un principio activo natural. En cierto modo todo eso se puede comprobar: no sabemos cómo obra la aspirina, se deriva de una sustancia petroquímica, más niños se envenenan anualmente con aspirina que con cualesquiera otra sustancia, da lugar a rupturas cromosómicas (si bien no se ha determinado aun qué consecuencias tendrá este fenómeno). Se relaciona directamente con el principio activo que se encuentra en la infusión de corteza de sauce (sauce o salce, salicina) pero con un potencial de toxicidad mucho menor que en la llamada forma natural.

Las preguntas sobre salud enviadas a la columna médica de periódicos y revistas, la clase de libros que se escriben sobre salud, y que son comprados y leídos por un número creciente de personas, el hecho de que los libros de dietas, por ejemplo, aparezcan realmente en las listas de los que más se venden, todo ello sugiere que la gente está ávida de conocimientos. Nuestra prensa libre permite que se imprima cualesquier cosa que no sea franco libelo, sea cierto o no. Esto

hace todavía más urgente que los profesionales de la salud se empeñen en compartir información confiable y científica. Caemos en cuenta de ello cuando vemos que la gente busca atención médica para problemas que se hubieran podido evitar administrando oportunamente información precisa, en casos en los cuales un poco de conocimiento fiable puesto en práctica puede hacer la diferencia entre enfermedad y ausencia de enfermedad.

LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LAS ESCUELAS

Los que estamos profesionalmente comprometidos hacia la salud, a menudo nos preguntamos por qué hay tan poca gente que tenga la información fundamental sobre salud que damos por descontada. La educación formal es parte de la niñez y muchos suponen que a los niños se les enseña todo sobre la salud en la escuela. Pero los maestros saben poco o nada de ciencias de la salud, a menos que estén pensando en enseñarla como materia aparte, así que su nivel de información probablemente no supera la del lego promedio. Claro es que los maestros de ciencias y de biología suelen incorporar material aplicable a los seres humanos en el silabario de sus cursos pero sus objetivos no suelen ser la creación de buenos hábitos para conservar la salud. La mayoría de los distritos escolares emplean enfermeras ya sea directa o indirectamente. La presencia de un recurso tan conocedor debería caer como anillo al dedo. Sin embargo son tan pocas las enfermeras escolares que consiguen ejercer su función de educar para la salud, que en enfermería escolar todavía se considera una innovación destinar horas de clase con ese propósito.

Sería de esperar que hubiera educadores para la salud interviniendo en programas educativos destinados a individuos o a grupos. Pero, como ocurre con los maestros, con frecuencia se les enseña más sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje que sobre el mejoramiento de la salud, más sobre como organizar grupos y bibliotecas y tableros informativos y campañas sanitarias que a transmitir realmente información confiable sobre la salud a una población. Como la función de la educación para la salud suele pasar desapercibida, y periódicamente se la recorta de los presupuestos como si fuera un adorno, muchos educadores para la salud explotan el resto de su preparación por sendas más remunerativas: en organización de la comunidad, desarrollo y evaluación de programas, administración sanitaria, o a lo que sea que apunten las asignaciones presupuestarias del año.

¿Cómo se hace entonces la educación formal para la salud? Gran parte con frecuencia depende de los intereses individuales de los maestros o de campañas enfocadas en las crisis situacionales, hacia un tema particular de salud, ejemplo de lo cual es el gran impulso contra las enfermedades venéreas que comenzó cuando las comunidades se dieron cuenta del carácter epidémico de estas enfermedades en la población joven. El asunto ha sido machacado por todos los medios de comunicación masiva, hasta el punto de que muchos adolescentes protestan de

aburrimiento ante cualesquiera otro intento de ampliar lo que saben sobre enfermedades venéreas. En la práctica, con frecuencia carecen de información suficiente para detectar riesgos y síntomas, pero están tan disgustados con el enfoque de la campaña que cierran los oídos a toda nueva información sobre el tema. En tales cuestiones, los maestros pueden aprovechar las inquietudes individuales para introducir temas de salud especiales. En un curso sobre salud, el maestro introdujo discusiones sobre la muerte después de tres muertes violentas que habían ocurrido en una escuela secundaria local. La muerte y la agonía son para muchas personas asuntos a menudo demasiado escabrosos y el solo intento de tratarlos en la escuela es digno de aplauso, ya que el suicidio de adolescentes es un problema de salud importante al cual se le pone poca atención en la escuela o fuera de ella.

Hay por lo general dos criterios para enseñar la salud en las escuelas. Uno es incorporarla al flujo general del curriculum, utilizando las capacidades y facilidad del maestro con los estudiantes. Muchas escuelas incluyen temas específicos que las leyes exigen en el diseño curricular, entre los cuales suelen estar el cigarrillo, las drogas y el alcohol, los cuidados dentales y el ejercicio. Frecuentemente los distritos escolares preparan un plan curricular detallado de salud que incluye muchos otros temas. Pero examinándolo de cerca entra uno en dudas respecto a la medida en que ésto se lleva a cabo. Difícilmente se puede esperar que maestros que poco o nada saben sobre un asunto, logren hacerlo atrayente o por lo menos suficientemente claro y útil.

Para atacar el problema, los temas de salud se enseñan a veces en clases especiales a las que se invitan "expertas" para que traten asuntos importantes que escapan a los maestros corrientes. Este segundo método a menudo en los distritos que no permiten la educación sexual, pues este es otro tema espinoso para maestros, padres y juntas escolares. (En un distrito se instruyó a la enfermera para que enseñara la prevención de las enfermedades venéreas, sin abordar la educación sexual ya que los padres habían armado una tremolina la última vez que se incluyó ese tópico. Aislar una materia conduce a que ésta nunca se integre con el resto del curriculum ni, para el caso, en la mente de los estudiantes). Esto puede ocurrir aun cuando sea la enfermera escolar la pistolera a sueldo. Obviamente difiere del resto del proceso de enseñanza y es fácil que la mente del estudiante la separe de lo demás que está aprendiendo.

En muchas escuelas, a las enfermeras aún no se les reconoce como expertas en un área del conocimiento que es importante para la formación de los estudiantes, e igualmente del cuerpo docente. Estas enfermeras suelen verse relegadas a procedimientos de primeros auxilios y al papeleo. No obstante, unas cuantas están comenzando a demostrar que las enfermeras no solo tienen un área de idoneidad sino también un bagage de cursos académicos que integran teorías del aprendizaje, sicología, crecimiento y desarrollo, y conducta normal. Se pueden desarrollar estrategias para crear un programa de educación que aprovecha la pericia del maestro en los métodos y los conocimientos de la enfermera sobre el conte-

nido de salud. Si no siempre es posible la enseñanza en el aula, aún en su papel de asesora puede la enfermera hacer su contribución especial.

EDUCACION SANITARIA PARA ADULTOS

Buscando libros para sugerir como referencias en este capítulo, me di cuenta de que la mayoría de los títulos que aparecen bajo educación para la salud estaban destinados obviamente a programas escolares. Unos cuantos trataban de enseñar al paciente, que difiere un tanto de la anterior y a la cual nos referiremos dentro de poco. Pero casi en ninguna parte pude hallar un esfuerzo significativo dirigido hacia quienes han dejado ya el sistema escolar, lo cual puede ser reflejo de la filosofía educacional que sostiene que el aprendizaje termina al dejar la escuela. Esto nunca ha sido así, pero ahora se hacen más esfuerzos por cambiar esa actitud a través de escuelas para adultos, programas nocturnos y alternativas de escuelas, universidades libres, grupos de autoayuda en salud, etc. Si no les llega por esa vía, la información que reciben los adultos sobre salud proviene de los medios de comunicación masiva. Las fuentes pueden ser anuncios de productos para la salud acompañados de consejos premeditados para resolver problemas con alguna medicina que no requiere receta. También se aplican técnicas publicitarias a campañas de salud: apréndase las Siete Señales de Alarma de Cáncer. Hay un Nombre para los que No Usan Cinturón de Seguridad: Estúpidos, Advertencia: El Ministerio de Salud ha establecido que Fumar Cigarrillo es Peligroso para Su Salud. En el mejor caso, las campañas a través de los medios de comunicación masiva se diseñan para presentar solamente un tema cada vez, para despertar conciencia de lo que atañe a la salud, para transmitir únicamente el mensaje más simple. Los mensajes que remiten a la dirección de un organismo o a su número de teléfono ofrecen información adicional, pero eso significa que toda acción posterior esté a cargo de los interesados en el tema.

Generalmente, el material destinado a una audiencia masiva es colectivo y no individualiza las medidas de esta naturaleza, se pueden comparar a un disparo de escopeta con el cual se espera alcanzar algo gracias a la dispersión del tiro. El examen de la información de salud por medios de información a las masas revela varias deficiencias. Gran parte de ellas va dirigida a una audiencia cuyo intelecto se considera ofensivamente bajo. El material sobre salud frecuentemente se presenta de manera autoritaria, lo cual concuerda con el nivel de comprensión que se le adjudica al público, dejando con frecuencia la sensación de que "el único que sabe es el médico". Muchas veces da direcciones específicas para actuar, sin explicar las razones para ello o las consecuencias de no sugerir las instrucciones. Por otra parte, hay veces que el material se desvía tanto hacia las bases técnicas de lo que se recomienda, que los mensajes no permiten entender como es que toda esa información se puede aplicar en la vida real. Esto se puede ver en los tipos de artículos supertécnicos que generalmente van dirigidas a los profesionales y que ocasionalmente se ponen en circulación sin pensar si van o

no a ser útiles. Como la divulgación extensa de información sanitaria suele ser costosa, generalmente se imprimen grandes cantidades, así que a menudo pierden actualidad, tanto en lo que se refiere al conocimiento de base, que se amplía rápidamente, como a los cambios que hacen necesario redefinir los problemas y las premisas de las cuales se partía. Estos últimos se reflejan en los sesgos racista o sexista de la literatura, hacia los cuales sólo recientemente nos hemos sensibilizado. Muchos materiales también reflejan la presunción de que los recursos son ilimitados (los retretes necesitan por lo menos 10 litros de agua cada vez que se usan, las normas de construcción exigen materiales para hacer frente a contingencias muy remotas para cualquier hogar). La mayoría de los materiales sobre salud dan por sentado que la cobertura de la atención médica tiene que ser igual para todos y para todo, y dan pocas o ninguna directiva para que la gente pueda ayudarse a sí misma, omitiendo referirse en absoluto a aquellos que tengan otros puntos de vista sobre el cuidado de la salud.

ENSEÑANZA EN CASO DE ENFERMEDAD

Así como muchas personas tienden a utilizar el término cuidado de la salud para referirse a los servicios que abarcan atención de enfermos, sin pensar en la salud positiva u óptima, demasiadas personas que hablan de educación para la salud la confunden con el proceso de enseñar a los clientes y a sus familias como vérselas con la enfermedad. Naturalmente se pueden incluir aspectos de prevención cuando se detectan síntomas precoces o cuando hay indicios de complicaciones.

Estancias hospitalarias más breves y más costosas, así como también el aumento de las enfermedades crónicas, han puesto de manifiesto que se necesita mayor información para el auto-cuidado en casos de enfermedad. Todas las enfermeras, dentro y fuera de los hospitales tienen que estar preparadas para impartir con otros miembros del equipo, este tipo de información. Por esta razón presumo que los estudiantes ya habrán comenzado a desarrollar destreza en la enseñanza individual, que es la que más comúnmente caracteriza esta forma de educación, antes de iniciar su práctica en enfermería en salud comunitaria. Sin embargo, las enfermeras de salud comunitaria encuentran más casos de pacientes ambulatorios en el hogar y deben estar preparadas para ese tipo de enseñanza.

La enfermedad despierta una conciencia nueva en la persona afectada, pues lo que antes sólo era algo abstracto se vuelve muy real y personal. Así pues, es perfectamente posible que el cliente se halle más receptivo a la enseñanza que en ningún otro momento. Sin embargo, puede ser necesario valorar en primer término la comprensión que el cliente tenga en su estado y verificar que esta concuerde tanto con la opinión de la enfermera como con la del médico y demás miembros del equipo. No es raro que se interprete erróneamente la jerga médica y la enfermera puede ser la persona apropiada para traducírsela al cliente ampliando su ilustración. En otros casos, el cliente no ha absorbido todavía todo el impacto que le produce el cambio de papel de sano a enfermo. En las unidades de reha-

bilitación es corriente que la terapia no pase de ejercicios pasivos hasta que la nueva víctima haya aceptado su situación y dejado de esperar que un milagro le devuelva el movimiento. Hay diagnósticos cargados culturalmente o por la persona misma, de connotaciones vergonzosas que tienen que ser superadas antes de que se puedan instituir medidas de control. Esta es sencillamente otra de las maneras en que todo maestro debe tratar de poner en vigor una de las máximas de la teoría del aprendizaje. Empieza donde se encuentra el aprendiz.

Como en toda transacción enseñanza aprendizaje, es importante saber a cabalidad quien es el cliente: no solo desde el punto de vista del problema de salud que padece, sino también sus características individuales y el trasfondo de donde obtiene su manera de hacer frente a la enfermedad. Naturalmente que las diferencias individuales son vitales al trabajar con un cliente. Pero las características que han conducido a ese cliente a afiliarse a determinados grupos, también influyen en la selección de enfoques para la enseñanza. Cuando una estudiante investigó los servicios de salud accesibles a adolescentes negras embarazadas, pronto se puso de manifiesto que aunque todos los servicios estaban dirigidos al embarazo y muchos manejaban bien los factores especiales de la raza, ninguno (ninguno absolutamente) partía del hecho de que eran adolescentes: más jóvenes que la cliente "corriente", con toda la confusión, incertidumbre de su papel, labilidad emocional, etc., etc., que hacen parte de ese período de la vida en cualquier circunstancia.

Sean cuales fueren los detalles de la enfermedad de que se trate, deberíamos pensar a fondo cuales serán los conocimientos que los clientes van a necesitar para manejar sus enfermedades dentro de sus propias circunstancias. Cuando yo hacía enfermería domiciliaria, mi sugerencia favorita a las enfermeras del hospital que trataban de planear el alta de un paciente era "Imagínese lo que tendrían que preparar ustedes si este paciente fuera a llegar a su apartamento". Los hogares carecen de servicio central de suministros, de autoclaves o de todos esos terapistas especiales. Todo lo que sea especial tiene que adquirirse anticipando la necesidad o habrá que valérselas sin ello.

La planeación oportuna también se extiende a los procedimientos que tengan que realizarse en el hogar. Una cosa es mirar a alguien, administrar insulina o irrigar una colostomía; hacerlo es otra cosa. En el hospital, o en el hogar, el cliente necesita una oportunidad de practicar bajo vigilancia antes de que se le deje a su propia merced. A menudo solamente la práctica aclara los problemas, y es entonces cuando el cliente sabe qué es lo que tienen que preguntar. Y en estos casos, como en muchos otros, el hecho de proporcionarle al cliente un número de teléfono para que pueda llamar cuando necesite algo que no podía anticipar, puede darle una sensación de seguridad aun cuando la necesidad no llegue a presentarse.

Modelos de Educación para la Salud

Los diagramas tradicionales que se utilizan para analizar el proceso de la educación para la salud se suelen presentar linealmente (figura 6.1). La mayoría omi-

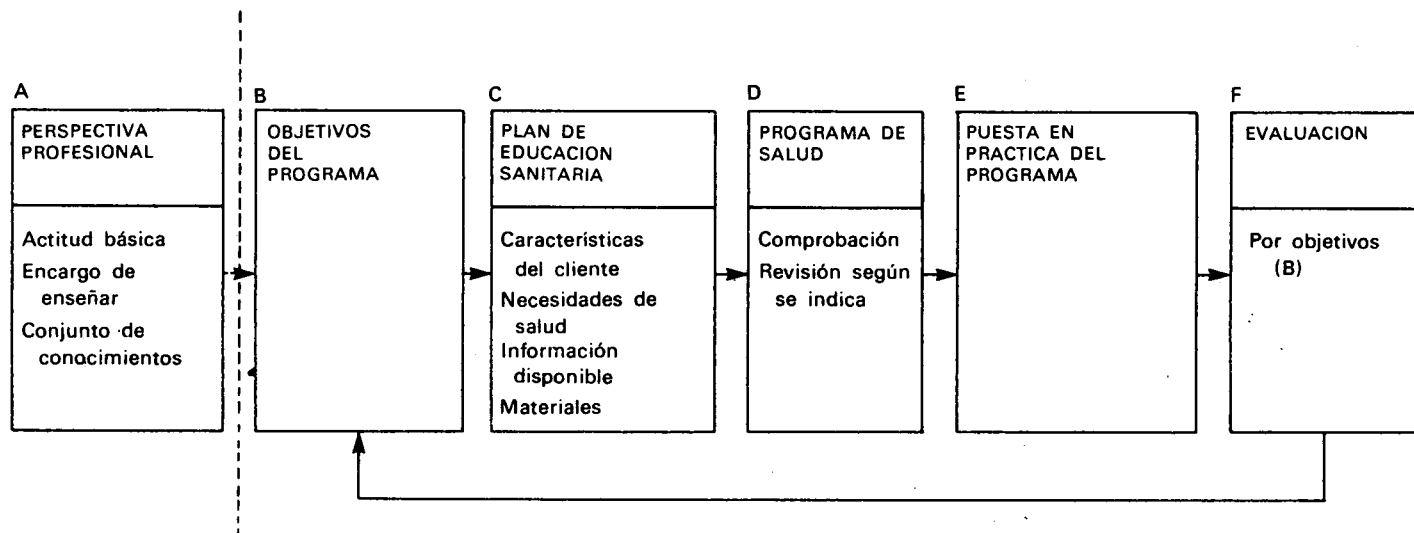


FIGURA 6.1 Modelo de plan tradicional de Educación Sanitaria.

ten señalar el punto de partida nuestro, que es la perspectiva profesional (cajón A), esto es, la premisa básica de que hay un cuerpo de conocimientos, una actitud científica, una obligación y una misión que confiere el derecho de fijarse objetivos, (B) de los cuales emerge el plan (C) para la educación sanitaria. En este punto se necesita tomar en cuenta las características de la población cliente y la clase de materiales o recursos disponibles. Con estos se crea un programa tentativo (D) que se comprueba y revisa según sea necesario antes de ponerlo en ejecución a plena escala (E). Ya con objetivos de comportamiento mensurables bien establecidos, la evaluación (F) sigue a la ejecución, que es el eslabón que retroalimenta el proceso.

Este modelo de proceso puede ser adecuado en ciertas situaciones de enseñanza pero no ha sido diseñado para lograr niveles elevados de acuerdo e intervención del cliente o siquiera el alto grado de aprendizaje o de cambio de conducta que el profesional ha esperado o previsto. La demanda creciente de participación comunitaria en un mayor número de servicios de todas clases, ha suscitado críticas a la prestación y contenido de la atención médica y de la educación para la salud.

Las enfermeras del Proyecto de Educación para la salud en las Comunas han trabajado sobre diversos estilos de vida durante cuatro años con adultos jóvenes. Habiendo acumulado experiencia en consultorios gratuitos, sabíamos que no nos convenía cargar con el "problema" del uso ilegal de drogas, ya que nuestros clientes eran más expertos en ello que nosotras mismas. No obstante tratamos de ensayar algunos de los materiales que se utilizan para prevenir el abuso de drogas, pues muchos otros trabajadores de la salud estaban ansiosos por saber cómo estábamos abordando este "problema". Primero eliminamos todo lo falso, estúpido y alarmante, y luego ensayamos varios de ellos con nuestra clientela. El material escrito recibió escasa atención y lo dejaban de lado apenas encontraban en él algo inexacto. Varias películas fueron rechazadas por los espectadores con el gesto elocuente de pararse e irse. Unas cuantas provocaron carcajadas y sólo una o dos atrajeron suficientemente la atención como para inducir a los espectadores a presentar argumentos. Así llegamos a la conclusión de que los materiales sobre uso y abuso de drogas no eran apropiados para nuestra clientela de jóvenes, la cual no veía por qué se les sermoneaba para que cambiaran su comportamiento hacia las drogas. Todos tenían amplia experiencia en y en torno a las drogas y habían tomado decisiones personales sobre lo que debían hacer, ya fuera dejarlas mantenerse dentro de ciertos límites, o cambiarlas por otras que no fueran ilegales como el alcohol o algunas yerbas. La educación sobre drogas parecía casi toda dirigida a alguna audiencia muy juvenil o protegida que no conociera su uso y a la cual se deseara disuadir de experimentarlas. No importa aquí si esto es expectativa dable, pero semejante enfoque no se puede utilizar con una audiencia que esté utilizando drogas o ya las haya utilizado. Su idea de lo que sería una presentación ideal de información era que ésta proporcionara respuestas autorizadas a preguntas positivas y negativas sobre los efectos de las drogas más conocidas. Semejante enfoque no existe, porque ninguna presentación puede

equilibrar adecuadamente los efectos nocivos usuales con el placer o los efectos beneficiosos que se dice que producen, en tal forma que no critiquen a su autor de que toma partido en pro o en contra.

Diversas situaciones parecidas nos han llevado a proponer un modelo de educación para la salud partiendo del cliente (Figura 6.2). El punto de partida en éste (A) es la población cliente con todas sus características, estilo de vida, posición en el tiempo y en el espacio; lenguaje e inquietudes respecto a la salud. El trabajador de la salud, portador siempre de la perspectiva, conocimiento y misión profesionales (B) propone al grupo cliente que trabaje con él en el área de su especialidad: la salud. Si se acepta su ofrecimiento, y a veces puede no serlo si los clientes no tienen inquietudes de salud o tienen otro sistema que responde adecuadamente a sus necesidades, el proceso de comunicación entre ellos conduce a identificar el problema de salud (C). En vez de decidir qué es lo que el cliente necesita, esta primera etapa consiste en averiguar qué es lo que se desea. En uno de los primeros consultorios controlados por los usuarios, los trabajadores de la salud estaban firmemente convencidos de que la contracepción era el principal problema de salud. La comunidad, sin embargo, declaró firmemente que lo que les interesaba y querían era un programa de control de cucarachas. Pronto quedó claro que a pesar de que las cucarachas no eran un problema de salud y ni siquiera un problema importante de infestación, eso era lo que la comunidad quería. Consecuentes con esto, los profesionales de la salud llevaron a cabo el programa de control de cucarachas, tras de lo cual los clientes estuvieron dispuestos a escuchar lo que querían decir los profesionales. Desde luego, contando ya con la credibilidad y legitimidad que la comunidad les concedió por haber respondido a sus inquietudes, los profesionales aclararon que ahora les tocaba el turno. Habían probado que no estaban hablando de dientes para fuera, cuando expresaban que tomaban en cuenta los intereses de la comunidad, en lugar de hacerla engullir servicios que no quería.

Una vez identificado un problema, el equipo comunidad-profesional labora hacia un plan conjunto (D). Sobre la base del problema identificado, definen el resultado que se desea: si el programa sobre enfermedades venéreas se dirige a prevenir el contagio, o a inducir a los enfermos a buscar el tratamiento correspondiente: son dos resultados bien diferentes. China, con su moralidad puritana y con raras uniones extramaritales, ha terminado con las enfermedades venéreas según se informa. Su estructura autoritaria combinada con suficiente producción de penicilina permite administrar tratamiento a toda la población. Nuestra nación puede tener suficiente penicilina pero no tiene la moralidad, autoridad o una población controlada que haga factible este enfoque para el control de las enfermedades venéreas. Si el organismo local de salud invocara la castidad como medio de control de las enfermedades venéreas, daría la impresión de que ignora la realidad social. La aplicación por orden judicial, de dosis terapéuticas de penicilina a todas las calles de la ciudad, a las prostitutas que se apresan en las redadas de las calles de la ciudad, ha dado bases para achacar a las autoridades entre otras cosas, la utilización de la medicina como forma de castigo. La mayor parte

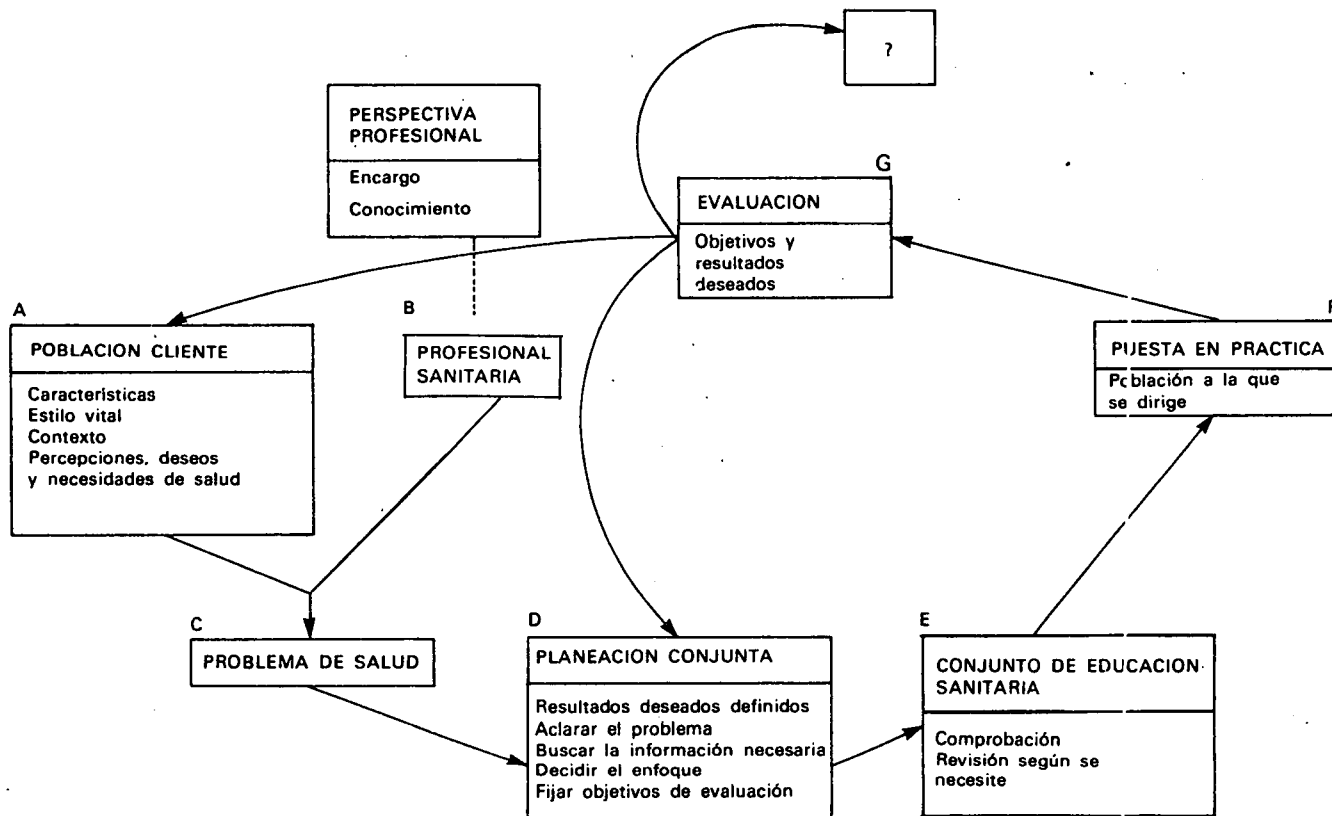


FIGURA 6.2 Modelo de Educación Sanitaria centrado en el cliente.

de nuestros compatriotas consideran los viajes casi como un derecho constitucional y éstos suelen ponerlos en contacto con diversas enfermedades contagiosas exóticas. La población sólo estaría libre de enfermedades venéreas mientras la actividad sexual se limitara a aquellos que comprobadamente estén exentos de ellas.

Una vez que se ha decidido claramente cuál es el resultado que se espera, es necesario buscar el insumo que se requiere, sea material o información. Este puede ser la primera decisión que se tome respecto a la educación. Muchas personas han propuesto que los problemas de la pobreza se resuelven dando directamente a los pobres el dinero para que compren las soluciones. En caso de clientes que necesitan atención médica de emergencia, la ayuda que se les dé tiene que ser directa y experta para salvarles la vida. Las enfermedades crónicas, por el contrario, exigen grandes insumos de educación para prevenir deterioro y estabilizar la condición, dirigidos especialmente a la población en riesgo. El desarrollo de técnicas quirúrgicas o químicas altamente refinadas repercutiría menos sobre el control del cáncer cervical que el empleo más generalizado y regular del método de detección de Papanicolaou.

El paso siguiente en la planificación será predecir cuál será la manera más útil de presentar el material y cómo van a reaccionar los clientes. El proyecto de las comunas mostró, por ejemplo, que la presentación del material en forma de producción cinematográfica vistosa y terminada coloca a la audiencia en una relación pasiva con el material; las películas son una entretención. Preséntesele en cambio una cinta de televisión y la relación que se establece es bien diferente: los oyentes discuten con un receptor de televisión, comentan entre sí lo que se está presentando. La discusión posterior se inicia más fácilmente que con una película. Claro está que las grabaciones para televisión sobre temas de salud no se han perfeccionado tanto como las películas al respecto, pero la presente generación de jóvenes creció con receptores de televisión en su propio hogar y el cine se sigue considerando como algo que hay que ver en el teatro. De ambos, por supuesto, se puede aprender, pero nosotros hallamos que a los habitantes de las comunas les resultaba más fácil aplicar lo que aprendían de películas menos vistosas pero hechas más a la medida, que lo que carecían en acabado lo tenían en sinceridad, que de las producidas profesionalmente para proyectarlas a las masas.

Cuando se llega a este punto hay una tendencia natural a precipitar la acción. Pero si no se tiene de antemano alguna idea sobre los indicadores de calidad y cantidad de los resultados, estos pueden ser ínfimos en términos del esfuerzo realizado. Este es el momento de elaborar los objetivos mensurables que servirán para evaluar. Por ejemplo, para reducir la incidencia de las enfermedades venéreas, se pueden mejorar los conocimientos del grupo sobre los síntomas y recursos para el tratamiento, incrementar la utilización de los servicios de detección y tratamiento y disminuir el número de reacciones positivas a las pruebas de enfermedades venéreas en una población dada.

La interacción de todos los pasos de esta etapa terminará en la producción de

un módulo de educación para la salud (E). Al llegar a este punto todos los participantes están plenamente sumergidos en el tema, se ha hecho más y más expertos en el mismo y a menudo se han acercado más a la manera de pensar de los profesionales sobre el tema. Así pues, es en extremo importante probar el módulo con una audiencia que ignore su contenido. La prueba de campo casi inevitablemente revelará áreas que hay que revisar para evitar que se omita información esencial, o innecesaria insistencia en algo que la audiencia ya conoce o ha captado hace tiempo. Es esta una de las razones por las cuales una sola dosis de experiencia en educación para la salud resulta insuficiente para los estudiantes. Sólo después de presentar el material se cae en cuenta de qué era lo que se necesitaba para conseguir mejores resultados.

Aún cuando se requieren revisiones periódicas, (después de todo el conocimiento continúa avanzando, y hay que incorporar lo nuevo) el material ha quedado por fin listo para ponerlo en práctica (F). Esto puede significar lanzar un folleto o libro, distribuir carteles, exhibir una película o transparencias, hacer arreglos para presentar una cinta grabada por la estación comercial de TV. También puede comprender la incorporación de la enseñanza sanitaria en las actividades regulares del profesional en ejercicio. Si bien esto es más a menudo un efecto secundario del proceso, el trabajador de la salud tal vez llegue a entender mejor la importancia de compartir la información y hacerse más diestra en este sentido.

La evaluación (G) consiste en esencia en probar el módulo ya terminado frente a los objetivos fijados durante la etapa de planeación, valorar la eficacia del resultado frente a lo esperado, y determinar cuál fue la calidad de todo el proceso. De la evaluación emanan por lo menos tres consecuencias posibles 1) a veces los programas no funcionan en la práctica, ya sea por circunstancias imprevistas o por modificación de los eventos; o bien porque el problema es mayor o más complicado de lo que se esperaba; sea cual fuere la razón, el problema sigue en pie y hay que buscarle soluciones. Esto retro-alimenta la etapa de planeación (D). 2) Todo puede marchar sobre ruedas, el módulo planeado respondiendo a la necesidad. Semejante resultado demuestra la credibilidad de la empresa de educación para la salud e impulsa una mayor participación conjunta en esfuerzos posteriores para la resolución de otro problema. 3) La evaluación puede cambiar totalmente la dirección que lleve el proyecto, lo cual también lo convierte en un proceso en marcha.

Los problemas de todo tipo rara vez tienen límites tan definidos como para que su solución no cree problemas nuevos o revele otros que estaban al acecho detrás del más prominente. Aún el éxito total de una campaña de tratamiento de venéreas, por estimulante que pueda ser, podría poner al descubierto otro problema que antes pasaba desapercibido. Un ejemplo de estos problemas podría ser una cautela creciente respecto a los repitentes: individuos que, pese a los conocimientos, detección y tratamiento, siguen presentando reacciones positivas a las pruebas de laboratorio. Es claro que de la población en riesgo, algunos no podrán mantenerse libres de la enfermedad. Si los enfoques utilizados no logran los

resultados que se desean, lo indicado es utilizar otros diferentes. Estos pueden implicar más enseñanza sobre profilaxis, exploración de las posibilidades de modificar la conducta individual, o que se estimule el desarrollo de vacunas contra las enfermedades venéreas. El resultado puede ser la decisión de que los gastos que demanda la solución son mayores que los beneficios que se obtendrían. En casos así, se pueden idear maneras de detener el problema, en tanto que el volumen de nuestras energías se invierte en aspectos de la salud más accesibles a los cambios.

Deseo de saber frente a necesidad de saber

No es siempre fácil averiguar qué tipos de información sanitaria desean los clientes. Preguntárselos abiertamente suele dar como resultado un prolongado silencio o torpes intentos de responder lo que creen que uno quiere escuchar. Presentar una lista de posibles temas puede ser algo más útil, aún cuando utilizando este enfoque me he encontrado con dos extremos. Un grupo respondió "todo" a una lista de tres páginas a un espacio, mientras que otro aprobó mucho con la cabeza durante la introducción, pero no votó por ninguno de los incisos que aparecían en la lista que se colocó en un pizarrón de exhibiciones. A menudo, seleccionando previamente problemas de salud probables, puede la enfermera presentar una lista de posibilidades para que los clientes las clasifiquen en razón de su interés por ellos. El dejar espacios libres para que los clientes agreguen otras cosas que les interesan, puede resultar en sugerencias inesperadas. Informarles los resultados de la votación, prepara a los clientes y los estimula a pensar sobre un tema y, cabe esperarlo, a preparar preguntas que estén interesados en plantear. Una de las cosas que la enfermera puede aportar a tales discusiones, son métodos para lograr mayor participación del cliente en esos procesos.

Hay, sin embargo, un defecto en el proceso enfocado hacia el cliente, el cual se hace evidente cuando existen francos problemas de salud que están incidiendo sobre la población y ésta se niega repetidamente a aprender algo al respecto. Para la enfermera este dilema es difícil de resolver. Y es aquí donde hay que tirar por la borda los modelos lógicos. Por ejemplo, Eileen estaba trabajando con un grupo de escuela secundaria y les pidió que señalaran qué prioridad le daban como tema de estudio a las enfermedades venéreas. La respuesta que obtuvo fue un coro de gruñidos y miradas exasperadas. Aceptando el veredicto que le habían dado, y los resultados de la votación en la encuesta que hizo, inició la enseñanza sobre temas por los cuales habían demostrado interés. Antes de terminarse el semestre se las había arreglado para volver varias veces a las enfermedades venéreas sin llegar al fondo del tema. Por último, algunos alumnos no pudieron resistir más y comenzaron a plantear preguntas que indicaban claramente que, a pesar de su sorna cuando se les hablaba más del asunto, tenían muchas lagunas y estaban dispuestos a llenarlas. Sin embargo, este proceso tomó tiempo y planificación lo cual no hubiera ocurrido si Eileen hubiera

dispuesto solamente del tiempo necesario para dar la lección anual de la enfermera sobre enfermedades venéreas.

Algo parecido ocurrió cuando varias de nosotras estábamos conduciendo una discusión incidental de grupo en la sala de espera del consultorio gratuito. Una mujer se registró y entró vacilando antes de sentarse. "Siga dije, precisamente estamos charlando sobre enfermedades venéreas". Ella replicó con altivez: "Se todo lo que necesito saber sobre venéreas". "Espléndido", dije yo, ¿entonces usted sabe que el 85 por ciento de las mujeres con pruebas positivas de blenorragia no presentan ningún síntoma? A esto ella, alzando la vista del libro que acababa de abrir, dijo con voz serena: "Entonces tal vez me conviene que hoy mismo me tomen una muestra".

Es bien sabido en los círculos de control de las enfermedades venéreas que en cuanto cesan los programas educativos, la tasa empieza a subir. Pero llega un momento en que quienes son sometidos al programa se vuelven sordos si se les sigue machacando sobre el tema. Esto sugiere que los cambios de comportamiento no son solamente producto de la cantidad de material, sino también de la variedad de enfoques que se utilice para hacerlo llegar a porciones de la audiencia potencial a niveles o desde direcciones que mejor atraigan los intereses individuales. Se puede introducir la variedad de muchas maneras: el uso de diferentes medios de difusión, estilos de presentación o ambientes donde se lleve a cabo. Dentro de una misma presentación se pueden introducir variaciones: en la oportunidad, en el uso de los diferentes auxiliares de la enseñanza y en cambios en el tono emocional. La industria publicitaria ha hecho numerosos estudios que muestran el efecto de modificar el carácter emocional en las ventas. Como los anuncios humorísticos aumentaban las ventas, todas las agencias comenzaron a producir anuncios graciosos. Luego las ventas se nivelaron, pero al cambiarlos por anuncios que tenían como escenario la naturaleza, el tono y tema nuevos que había en ésta hizo que de nuevo se elevaran las ventas. La conclusión, cosa que no sorprende a los maestros, era que no se trataba de que un estilo fuera mejor que el otro, sino que el solo hecho de cambiar de estilo hacía que la gente mantuviera la atención durante todo el anuncio.

Motivación del estudiante

Si hubiera recetas sencillas para aumentar la motivación del aprendiz, estoy segura de que las escuelas no estarían ante los dilemas que ahora enfrentan. Pero hay ciertos factores que podemos tener en cuenta para hacer más atractiva a nuestros clientes la información sobre la salud.

Una persona, si no es hipocondríaca, tiende a dar por hecho que está bien mientras ésta no comience a flaquear. En ese momento comienza a ser de interés vital y casi de preocupación agobiante. La persona a quien le acaban de diagnosticar una afección cardíaca, o que tiene un miembro de la familia en iguales circunstancias, súbitamente empieza a alterarse por todo aquello que se refiere al corazón: artículos de periódico sobre alguien de 46 años que acaba de morir de un ataque

cardíaco, una estrella de cine que está en observación porque tiene palpitaciones, personajes históricos que padecieron de enfermedades cardíacas. Estas cuestiones que antes no tenían significado personal alguno, ahora le saltan a los ojos. A menudo la gente busca libros de biblioteca sobre la enfermedad que le han diagnosticado y se hacen expertos instantáneos sobre los diversos tratamientos que existen para lo que él tiene. Es esta una de las razones por las cuales es mucho más fácil enseñar a las gentes sobre sus enfermedades y como manejarlas, que persuadirlas a que actúen para prevenirlas o evitar problemas antes de que se presenten. Es mucho más relevante curar una enfermedad que ya está declarada, que prevenir una que nos amenaza. Es pues importante tratar de personalizar la educación para la salud las necesidades que perciba el cliente. Un adolescente está menos interesado en aprender sobre desarrollo infantil que los que acaban de convertirse en padres. La enseñanza sobre contracepción es generalmente más eficaz cuando se hace como parte de la asesoría durante un aborto, pues en ese momento es cuando se le ve su publicación al caso personal.

Ciertos profesionales confían mucho en el empleo del temor y las amenazas cuando educan para la salud. "Si no inmuniza el niño contra la tosferina, la va a pescar y se le va a morir", "Si bebe leche cruda, le va a dar fiebre ondulante, salmonelosis y tuberculosis". "Si fuma marihuana se va a volver adicto a la heroína, impotente y pordiosero". La totalidad del patrón con que nuestra juventud está experimentando con drogas está impregnado de rebelión contra este estilo de enseñanza, que ha comenzado a permeár otras áreas. Ahora muchos jóvenes dudan de la fiabilidad de toda autoridad médica, planteando preguntas sobre cosas que antes no las suscitaban. La gente también está comenzando a cuestionar el grado de riesgo que realmente se corre en más de una situación de salud. La vacuna contra la viruela, por ejemplo, ya no es práctica corriente en los Estados Unidos porque el riesgo de padecer efectos nocivos de la inoculación es mayor que la probabilidad de verse expuesto a la viruela. Claro es que quienes viajan a regiones del globo donde la enfermedad todavía existe, están aumentando el riesgo y tiene que vacunarse. Si se diagnosticara un caso de viruela en los Estados Unidos, nos veríamos obligados a realizar programas de inmunización masiva porque el nivel de inmunidad de la población está disminuido. Trabajar sobre la base de riesgos diferenciales es más complicado; cuando teníamos por regla general inmunizar a los niños contra todo según un esquema de vacunación so pena de que no los recibieran en la escuela, las cosas eran mucho más fáciles. Esto dejó de ser un castigo grave a los ojos de algunos padres, especialmente a los de aquellos que dudan tanto de la escuela como de la medicina tradicional.

La Decisión del Cliente

Muchos trabajadores de salud creen que su misión es obligar a las personas a evitar la enfermedad. Cuando se escucha a muchas de entre nosotras, es frecuente que se piense que nos hemos vuelto obsesionadas con la salud. Como es el foco

de nuestra ocupación, actuamos como si todos nuestros clientes estuvieran tan ansiosos de recibir consejo como lo estamos nosotras de darlo. Para muchas es sorprendente que cuando se le dice a las gentes que enumeren sus veinte intereses principales, rara vez aparece la salud por encima del décimo sexto o décimo sexto. Pero entonces, ¿cómo es que tantos profesionales de la salud distribuyen consejos que ellos mismos no siguen? (fumar, peso excesivo, falta de ejercicio, demasiado trabajo).

Así como el caso de la advertencia paternal a los hijos: Haz como te digo y no como yo hago, muchos profesionales proyectan una imagen de gobierno, paternal, en sus relaciones con los clientes. Un folleto sobre cuidados prenatales exhorta a las mujeres así: "Obedece las órdenes que se te dan; los médicos saben qué es lo mejor para tí" (Obsérvese el desliz autoritario).

Otras de entre nosotras, aspirando hacia una mayor participación del consumidor, han tratado simplemente de suministrar un insumo de decisión para el cliente cuando su decisión lo afecta solamente a él y cuando hay tiempo de ir por el proceso de aprendizaje. Como todo principio, este tampoco puede ser la única base de operación. Hay veces en que no quiero tener la cabeza agobiada con los factores que intervienen en decidir qué es lo que hay que hacer. La única decisión en la que tengo que participar para la reparación de mi automóvil, es sobre si puedo o no lograr que se haga o aceptar las consecuencias de que no se haga. Así también en las circunstancias de economía vital yo prefiero tener trabajadores bien adiestrados, espléndidamente disciplinados en los cuales yo tengo una fe más o menos ciega. Pero hay muchas otras ocasiones en que yo me resentiría de que alguien más usurpara mi derecho a tomar mis propias decisiones, y a cometer mis propios errores. Cuando hay alternativas en asuntos que afectan a mi salud, yo quiero ser participante informada en la decisión que se toma. La misma prerrogativa se debería garantizar a todo cliente dentro del alcance de su capacidad para participar.

Hay veces en que la decisión final no corresponda a aquella por la que se hubiera abogado, pero si el cliente la toma con base en la mejor información que le podamos suministrar, es su decisión la que se cumple. Las consecuencias, después de todo es el quien las ha de aceptar. Las mujeres que quieren tener sus partos en el hogar, a menudo cambian su manera de pensar en cuanto aprenden más sobre el embarazo y el parto. Otras no, y prefieren aceptar todos los riesgos posibles porque creen que las ventajas que ganan compensan con mucho los peligros. La mayoría de los trabajadores de salud se sienten muy incómodos en esta situación y algunos hasta creen que deben en cierta manera obligar a las mujeres a aceptar la hospitalización "por su propio bien".

COMO HACER ENTENDER LA INFORMACION

Hay límites sobre la cantidad de material que una persona puede absorber en un tiempo dado. La información totalmente nueva es siempre más difícil de

comprender que la que ya se ha escuchado anteriormente. Así, algunas nociones básicas en educación sanitaria son limitar el insumo y repetir su contenido más de una vez. La capacidad de absorber está limitada por una capa emocional; los momentos de gran tensión emocional o de indiferencia total son inapropiados para recibir información. Los niveles medios de ansiedad son los que se consideran óptimos en el aprendizaje, lo cual puede explicar mucho de lo que les ocurre a los estudiantes.

La absorción se ve también inhibida si el insumo no corresponde al nivel de necesidades sin atender que enfrenta al cliente. La guía del grupo de autoayuda de mujeres identificó el objetivo primario de grupo como acción política a todo nivel para mejorar la situación de las mujeres. Las clientes de más edad del grupo, sin embargo, se sentían inmovilizadas por sus fracasos en conseguir trabajos que les dieran dinero para alimentación y alquiler. La educación sanitaria también estaría lejos del blanco si tratara de fomentar la mejor salud dental utilizando la seda dental cuando el cliente sufre de apendicitis aguda.

Si los profesionales de la salud van a pasar del tipo de tratamiento de "cósanlos y que se vayan", es importante incorporar información a un nivel más alto que el mínimo de supervivencia. Un diabético recientemente diagnosticado debe tener información y practicar todo el conjunto de actividades que se necesitan para cuidar de sí mismo en su casa. El procedimiento más espectacular para los legos es el de la autoinyección de insulina, pero igualmente vitales son el manejo de la dieta, los procesos de pruebas de orina, el cumplimiento de las citas médicas y los diversos procedimientos de defensa de que el diabético debe estar advertido, tales como el examen de los pies para buscar heridas no notadas. La educación puede dirigirse a un nivel de procedimiento que haga entender los aspectos técnicos sin que el cliente tenga que entender los principios de las mismas. También se la puede dar a un nivel teórico tal que el diabético pueda pasar un examen en endocrinología sin sospechar siquiera como dar explicación a tales conocimientos para su propia supervivencia. El equilibrar las actuaciones es difícil pero esta es quizás una de las principales características de la educación sanitaria en su mejor forma.

La información sanitaria debe ser útil a quienes la reciben. Tienen que poder aplicarla a sus propias situaciones. Los principios en que se base deben poderse traducir en términos de acción. Pocas personas se interesan en hechos o teorías como fines en sí mismos. Ni tampoco muchas se interesan en hechos que solamente explican lo sucedido (no sirve de mucho saber que la razón de sentirse mal, es que tiene una infección paragripal, a menos que se diga también al paciente lo que debe hacer para sentirse mejor). A veces puede ser tranquilizador disponer de una etiqueta para clasificar lo que se está experimentando: "eso es parte de la enfermedad" y "eso es normal" o tal vez "eso hace parte de algo que vamos a investigar más a fondo". Pero generalmente las personas desean información asociada a normas para lo que se ha de hacer.

Las normas deben quedar dentro del alcance de las posibilidades del cliente.

Una excursión alrededor del mundo es buena terapéutica para los ricos; las dietas con carne abundante no son apropiadas para vegetarianos, y la cirugía al alcance de todos no es todavía posible en general. Además, las situaciones deben parecer posibles a los clientes, deben conformarse a su propia imagen. Una joven me dijo hace poco que rechazaba el procedimiento de un hospital al momento del parto porque toda mujer en trabajo de parto recibía soluciones intravenosas que empezaban al momento de entrar a la sala. Para ella iV tubos indicaban que "alguien estaba muy, muy enferma" y ella no podía aceptar simplemente tal cosa como característica de un parto sano. Buscaba con mucho esfuerzo y costo para llegar a una situación que ofreciera el tipo de cuidados que ella pudiera aceptar.

Para ilustrar mi imagen favorita de cómo hacer que la información sanitaria se ajuste al punto de vista del cliente, me parece un útil ejercicio para las enfermeras que deben enseñar la autoinyección a los diabéticos, aplicarse ellas mismas una inyección subcutánea en el muslo. Es lección de humildad aprender que la propia mano tiembla como una hoja cuando se trata de inyectarse en el propio cuerpo. También sugiere esto que así como hay una diferencia real en inyectar a otro, así también la información necesaria para cuidar de los problemas de salud de una persona es bastante diferente de la que se necesita por parte de un trabajador de la salud en sus tareas.

También es difícil con frecuencia para los profesionales el recordar que su lenguaje especial no es el del resto de las personas. En ciertos sectores, la jerga médica ayuda a hacer que ciertos temas espinosos se vuelvan manejables para los trabajadores de la salud, que no son más que humanos. La muerte, el sexo, las funciones corporales y los problemas emocionales no son más que cuatro temas que encubrimos con lenguaje distante especial que desvía su personal impacto. Tales asuntos no se pueden tratar cómodamente en términos corrientes y puede ser necesario enseñar a toda persona un lenguaje frío antes de entrar en ellos. Pero esto puede convertirse en una clase de lenguaje y no pasar de ahí. Un grupo de estudiantes lentos de escuela secundaria se resistían a aprender términos médicos de anatomía sexual y la enfermera acabó por pedirles que le enseñaran los términos que ellos tenían para las diversas partes; luego utilizó esos términos en sus exposiciones. Siempre que veía que carecían del concepto para ciertas partes del cuerpo, por lo general las internas, les enseñaba los nombres médicos aun cuando los comparaba, siempre que era posible, con ciertos términos corrientes, como útero-matriz. Los términos empleados dependían del nivel confortable tanto para ella como para sus estudiantes. Los clientes descubren en seguida cuando se utiliza su propio lenguaje con condescendencia y les molesta aun más que el uso de términos técnicos. Probablemente es algo definitivo que el educador esté cómodo con el lenguaje del cliente y con el contenido antes de tratar de discutir sobre dicho lenguaje. La incomodidad del maestro es probablemente una de las razones principales del fracaso de las clases de educación sexual en el aula escolar.

Los clientes también hablan variedad de lenguajes y dialectos. El inglés puede ser muy diferente en los Estados Unidos o en el Reino Unido, cuanto más en lugares donde no es la lengua nativa. Hay diferencias regionales en todas las lenguas. Y aunque no es ésta la única manera como nos comunicamos, la lengua puede ofrecer claves de que un grupo de clientes determinado no comparte necesariamente los supuestos culturales de la enfermera. Cuando nos encontramos perplejas ante lo que sucede, es prudente por lo general volver atrás y preguntarnos por nuestros propios supuestos. Es importante aprender como la lengua y el punto de vista del cliente se pueden incorporar de la mejor manera al intento de traducir aspectos médicos en algo accesible a las personas.

La información sanitaria se dirige a una audiencia real y es importantísimo identificar quienes la forman antes de tratar de presentar materiales de salud. Muchos productos costosos intentan llegar a todo el mundo y terminan por no llegar a nadie. Además hay una tendencia, especialmente para un novicio, de tratar de hablar no solo a la audiencia cliente sino también a la audiencia oculta de colegas. Cuando los trabajadores de salud de fuera pidieron a nuestro Proyecto de Comuna mostrar nuestros artículos, quedó claro que no estaban considerando estos en relación con su propia salud sino de una manera instrumental: ¿teníamos algunos nuevos instrumentos que pudieran utilizar para sus clientes? ¿Qué fórmula mágica teníamos nosotras que ellos pudieran tomar? Era claramente imposible presentar información de salud cuando la audiencia se repartía entre consumidores de la información y los que la utilizarían para beneficio de otros. Era desconcertante encontrarse en medio de una presentación y tener parte de la audiencia volviéndose unos a otros y empezando a comentar sobre los materiales empleados: "Sí, eso lo tenemos en el departamento" o "Nunca tuvimos mucha suerte para lograr que utilizaran esa película en la escuela" y otras observaciones impertinentes.

Aprender lo suficiente para enseñar

Lléguese como se llegue al asunto de una presentación educativa, se hace importante considerar dos aspectos: el método y el contenido. Los manuales y revistas de adiestramiento de maestros están llenos de proyectos graduados por edades para impartir conocimientos sobre varios temas de salud. Pero se presume que el contenido viene de un "experto" en el ramo que, en la situación escolar, suele ser la enfermera. Ya tenemos un montón de información útil sobre salud así como también conocimientos especiales sobre donde buscar más todavía. Con frecuencia damos por sentado nuestro conocimiento de referencias y de otros recursos básicos. Hay también ciertas cuestiones que se pueden llevar directamente a los trabajadores de salud locales en el campo que se considere. En un programa de enfermedades venéreas hay siempre epidemiólogos y educadores de salud en enfermedades venéreas que dan información interesante científica y humana, así como también indicaciones sobre referencias confiables. Sólo pasar

información de libros no es particularmente útil. Hay que hacérsela propia y comprenderla completamente antes de que se la pueda volver para el uso de otros. Ensayando unas cuantas veces sobre individuos o pequeños grupos, pronto se empieza a ver claro qué es lo que desean saber, y por tanto qué es lo que uno tiene que volver a mirar.

A menudo es muy difícil admitir ante los clientes que hay cosas que no sabemos. Problema mucho más espinoso es no advertir que no se sabe. Todos tenemos deseos de ser útiles y algún consejo medio olvidado puede parecer precisamente lo que se necesita, pero a veces lo que se recuerda es la mala mitad del consejo. Una enfermera que oyó una vez con simpatía mi informe sobre náuseas tras tomar tetraciclina, explicaba que ello se debía evidentemente a haberla tomado con el estómago vacío, cosa que a cualquier persona le produce náuseas. Mi propio conocimiento me decía que ella estaba equivocada, que los alimentos estorban la absorción del medicamento y que mi problema era una respuesta alérgica. Pero aun sabiendo esto, no tenía yo manera de enfrentar su tranquila certidumbre. En realidad tuve que volver a mis libros para asegurarme. Si todos estuviéramos menos amenazados por desacuerdos o dudas, tales falsos consejos no quedarían sin respuesta. Yo no estoy segura de cómo modificar esto, pero tal vez lo que todos necesitamos es ser sensibles a las expresiones ligeramente persistentes de "¿Pero está usted seguro?" u otras claves de que hay desacuerdo con lo que decimos.

Materiales variados

En mi ejemplo del principio, mencioné que ciertas personas absorbían las palabras habladas mejor que las impresas. Esto puede deberse a varias razones. En este ejemplo era simplemente una de las diferencias en los estilos de aprendizaje que se encuentran en todo grupo de personas. Pero hay también ocasiones en que la palabra hablada se debe emplear porque los clientes no pueden leer. Esto es naturalmente el caso con los niños pequeños, pero también puede ocurrir con inmigrantes que pueden o no ser capaces de leer su propia lengua nativa. Los individuos con formas de afasia simbólica pueden también ser incapaces de leer material escrito.

La restricción al empleo de palabras limita lo efectivo de muchas presentaciones. Lo vívido del material gráfico lo convierte en un útil suplemento al material impreso, y en ciertos casos incluso puede ser más efectivo. La utilización de atractivos sensoriales e intelectuales puede aumentar el interés y la atención que se presten a varias presentaciones sobre salud. Pero desde luego hay un punto en que el empleo de muchos medios se convierte en demasiado y o bien sumerge el tema o bien es percibido como al servicio de otro propósito. Un ejemplo de esto lo recordamos todos en lo que ocurría cuando se oscurecía el aula de clase para dar películas: tomarse de las manos, dormir, silbar, muchas cosas distintas de atender a la película.

La educación está en todas partes

Las oportunidades de enseñanza sanitaria se presentan también siempre que se reúna un grupo interesado en la salud. Las personas mayores en un servicio de recreación están ávidas de información general sobre el empleo de vitaminas, el ejercicio, los problemas del sueño (ya sea mucho o insuficiente) y de cómo obtener cuidados médicos. Los padres que pertenecen a una iglesia local desean grandemente examinar los problemas de la crianza de los niños. La sala de espera del consultorio gratuito ha sido un sitio excepcionalmente adecuado para iniciar grupos sobre alimentación, contracepción, cáncer, o todo tema de interés para quien quiera que esté allí.

Pese a los muchos intentos de innovación dentro de los servicios de salud, hay un sorprendente número de trabajadores de la salud que sienten limitaciones para trasladarse a otros tipos de localidades. Yo me estuve valiendo del ejemplo de las visitas domiciliarias que las Panteras Negras de Chicago habían hecho para comprobar la tuberculosis en los residentes de tugurios y utilizar los resultados como base de politización. Un estudiante de farmacia se mofó de la idea, diciendo que no podía imaginarse viéndonos de puerta en puerta vendiendo salud. Al principio estuve de acuerdo, pero pensándolo mejor, me pregunté: ¿por qué no? El pasarse al terreno del cliente puede alterar varias de las reglas según las cuales operamos, pero ciertamente nos da una oportunidad de volver a pensar los valores de nuestros servicios así como también demostrar nuestro empeño en prestar tales servicios a nuestros clientes. Ciertamente una farmacia es un servicio de salud, pero la idea de enfermeras que trabajen en ella sorprende a muchos. Pero esto ha resultado un sitio valioso para información confiable sobre salud así como para diversas funciones de exámenes y dirección. La clase de localizaciones casuales mencionada en nuestro último caso estudiado de comunidad (páginas 203-204) demuestra las maneras como las enfermeras sociales pueden aportar sus conocimientos a las personas donde se encuentren éstas.

Entre los problemas que tienden a impedir que las enfermeras aprovechen estas oportunidades, está nuestra frecuente falta de identificación de nosotras mismas como las personas apropiadas para enseñar sobre la salud y la enfermedad, o el omitir el organismo definirnos y por tanto remunerarnos por empeñarnos en tales actividades como parte de nuestras tareas. Otro problema es la dificultad que muchas tenemos en tomar la iniciativa para iniciar un intercambio sobre educación sanitaria. La sala de espera del consultorio, por ejemplo, se siente como territorio del cliente y muchas vacilamos en invadirlo por primera vez. Pero si se utiliza lo que para muchos clientes que esperan es tiempo perdido, ofreciéndoles la oportunidad de hacer preguntas sobre la salud o presentándoles material de educación sanitaria, parece algo valioso para el mejoramiento de los niveles de función de esos clientes.

Hay también un aspecto interesante de la enfermería que con frecuencia opera para impedirnos extendernos a nuevas áreas de ejercicio o que justifica el conti-

nuar laborando al viejo estilo sin intentar evaluar su eficacia. Se trata de la noción de que por mucho que se haga hay siempre mucho más de lo mismo por hacer: más familias que visitar, más grupos de padres por organizar, más personas sin inmunizar a las cuales hay que llegar. A menudo es muy difícil romper con esto, incluso para algo tan claramente relacionado con la salud como el tipo de educación de que he estado tratando. Por otra parte, hay quejas muy reales contra los miembros del equipo de salud cuando algún trabajador selecciona todas las tareas fáciles y deja lo pesado a los demás. La enfermera jefe del servicio de salud de una escuela superior se quejaba, con razón, de que una enfermera nueva gastaba todo su tiempo enseñando a los clientes o en asesoría de grupo y no dejaba tiempo para hacer tareas tan aburridas pero tan esenciales, como lavar espéculos o arreglar las salas para la clínica de la tarde. Sería estupendo que hubiera trabajadores menos capacitados para encargarse de ese tipo de cosas, pero eso no sirve de nada cuando las realidades del presupuesto ponen en escena a solo enfermeras. Tal vez la enfermera jefe consideraba la educación sanitaria menos valiosa de lo que pensaba la nueva; está evidentemente no consideraba los oficios de la clínica tarea de enfermería tan legítima como pensaba su supervisora inmediata. Tal vez un entendimiento hubiera rebajado las tensiones en este trabajo.

Resumen

Los clientes deciden sobre la salud basándose en la información de que dispongan. Las enfermeras (y otros trabajadores de la salud) pueden mejorar la confiabilidad y el alcance de esta base de información compartiendo lo que sabemos y empeñándonos en intercambios educativos sobre salud con los clientes en toda oportunidad. La educación formal en las escuelas, la educación permanente para los adultos y la enseñanza al paciente concentrada en la enfermedad, son tres variedades de experiencias que pueden utilizar las enfermeras. Se propone y se estudia un modelo de programas sanitarios de participación y centrados en el cliente. Se incluyen principios escogidos que afectan el aprendizaje sobre salud.

BIBLIOGRAFIA:

- AILEN, ROBERT E. Y HOLYOAK, OWEN J. "Evaluation of the Conceptual Approach to Teaching Health Education: A Second Look." *The Journal of School Health* 43 (1973):293-294.
- BANTA, JAMES E. "Effecting Changes in Health Behavior in Developing Countries." *Archives of Environmental Health* 18 (1969):265-268.
- BLAYNESY, KEITH. "Consumer Health Knowledge: Problems and a Comprehensive Proposal." *Alabama Journal of Medical Sciences* 9 (1972):403-409.
- BOOTH, ALAN Y BABCHUK, NICHOLAS. "Seeking Health Care from New Resources." *Journal of Health and Social Behavior* 13 (1972):90-99.
- CADY, RUTH. "Oh Where, Oh Where Should Health Educators Be?" *American Journal of Public Health* 62 (1972):79-81.

- CONANT, RICHARD K., DELUCE, A. J., Y LEVIN, LOWELL S. "Health Education —A Bridge to the Community." *American Journal of Public Health* 62 (1972):1239-1244.
- DALLAS, JAMES LEE. "Health Education: Enabler for a Higher Quality of Life." *Health Services Reports* 87 (1972):910-918.
- DOWLING, IMELDA. "The Nurse's Role in a Community Health Education Program—Part I." *The World of Irish Nursing* 2 (1973):159-163.
- FELDMAN, JACOB J. *The Dissemination of Health Information*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1966.
- KIESLER, CHARLES A., COLLINS, BARRY E., Y MILLER, NORMAN. *Attitude Change*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc., 1969.
- KLEINSCHMIDT, H. E. Y ZIMAND, SAVEL. *Public Health Education: Its Tools and Procedures*. Nueva York: The Macmillan Company, 1953.
- MACQUEEN, IAN A. G. "Organization of Health Education." *Community Health* 4 (1973): 239-243.
- MEANS, RICHARD K. "Health Education: What, Why, and How." *The Journal of School Health* 39 (1969):209-216.
- MOSS, BERNICE, SOUTHWORTH, WARREN H., Y REICHERT, JOHN LESTER, eds. *Health Education*. 5a. ed. Washington, D.C.: National Educational Association of the United States, 1961.
- NEWELL, ALLEN Y SIMON, HERBERT A. *Human Problem Solving*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1972.
- PAUL, BENJAMIN D., ed. *Health, Culture, & Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1955.
- POHL, MARGARET L. *Teaching Function of the Nursing Practitioner*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1968.
- REDMAN, BARBARA KLUG. *The Process Patient Teaching in Nursing*. 2a. ed. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1972.
- RUDDICK-BRACKEN, HUGH, "The District Nurse as Health Educator." *Nursing Times* 69 (1973):1187-1189.
- RYAN, THOMAS ARTHUR. *Intentional Behavior: An Approach to Human Motivation*. Nueva York: The Ronal Press, 1970.
- YACENDA, JOHN A. "Turning-On High Schoolers (About Health)." *The Journal of School Health* 42 (1972):597-599.
- YARROW, A. "The Use of Mass Media in Health Education." *Community Health* 4 (1973): 244-248.

POLITICA Y ECONOMIA: COMO OCURREN EN REALIDAD LAS COSAS

7

Sarah Ellen Archer

Introducción

Este capítulo trata de algunos de los conceptos principales en política y economía relacionándolos con la prestación de servicios de salud en general y específicamente con nosotras. Muchas enfermeras no parecen saber de economía y política mucho más de lo que la intuición les dice, lo cual se debe en parte al poco énfasis que se les pone en los programas de más de una universidad de enfermería. Las enfermeras tienden generalmente a evadirlos en parte porque sienten que la política es algo “sucio” y que la economía es difícil porque exige matemáticas. Como lo indica el título de este capítulo, creemos que la política y la economía tienen mucho que ver cómo ocurren en realidad las cosas. Si las enfermeras queremos que se nos escuche, lo mejor que podemos hacer es aprender algo sobre ambos temas. Esperamos que este capítulo le abra al lector el apetito por continuar estudiándolos pues esto es sólo el aperitivo. Es de esperar también que sabiendo más uno se siente más comprometido.

Aun cuando este capítulo está dividido claramente en dos partes —política y económica— no hay que confundirse creyendo que esta separación puede darse más allá del papel. La política y la economía son dos caras de la misma moneda. La economía, como veremos luego, trata de explicar el cómo, el por qué y al quién de la distribución de recursos. La política trata de los medios por los cuales las personas y organismos que deciden el destino de las asignaciones, obtienen y ejercen el poder y las prerrogativas de otorgarlas. En resumen, la política determina quién entra al juego de las decisiones y la economía define los premios y las pujas. Por ejemplo, los servicios de salud tienen presupuestos que constituyen declaraciones de prioridades en relación con la cuantía y los fines de los recursos que se van a gastar durante un período dado de tiempo. El presupuesto se puede considerar como una presentación del propósito económico de la organización. La política hace en entrada al proceso presupuestario en el minuto en que hay más de una alternativa para gastar los recursos de la organización, o cuando hay más de un grupo cuyos intereses se han de atender.

Los administradores de hospitales, apoyándose en sus responsabilidades hacia la junta directiva y el público, tratan de ejercer la autoridad definitiva. Los médicos buscan que se cumplan sus deseos basándose en su idoneidad y en sus responsabilidades hacia el cuidado del paciente. Las disciplinas de apoyo tales como enfermería, farmacia, dietética y servicio social tratan de que se aumenten sus presupuestos. La población de la comunidad puede exigir u oponerse a una ampliación de los servicios. Lo que sigue es una pugna para lograr que se acepten las prioridades de un grupo a expensas de las de otros grupos. Así, el grupo que gana lleva la voz cantante en las políticas y por consiguiente en la distribución de los recursos. El proceso es a menudo una fiera batalla por el poder, ya que rara vez todos los participantes verán cumplidas sus metas debido a las limitaciones de los recursos disponibles. La enjundia de la batalla es retener el control o, en el caso de un grupo que de antemano carezca de poder, ganar acceso a las filas de los que toman las decisiones. Estas realidades conducen a hacer tratos, a formar coaliciones temporales, o cabildeos, sobrenombres, úlceras e hipertensión. Uno de los obstáculos más significativos en las negociaciones durante las recientes huelgas de enfermeras, no es el salario o los aumentos en los beneficios suplementarios, sino las demandas de las enfermeras de que su voz se escuche en las decisiones sobre el número y nivel de preparación de las que son asignadas a unidades de servicios especiales en los hospitales. Así que la cuestión se vuelve asunto de poder y no de dinero, pues las enfermeras están exigiendo el legítimo derecho de que se les incluya en la toma de decisiones, basadas en su responsabilidad profesional por la calidad del cuidado del paciente. Al parecer, los administradores de hospitales y algunos médicos ven esto como una amenaza a su autonomía, y, por consiguiente, como algo mucho más siniestro que las cuestiones meramente económicas y de bienestar general.

Nuestra discusión empieza con la política y luego pasa a consideraciones económicas más específicas. Esta información se presenta aquí para ayudar a las enfermeras de Salud Comunitaria a convertirse en abogadas, coordinadoras, suministradoras de servicios, facilitadoras, organizadoras y planificadoras más eficaces.

La Política

INTRODUCCION Y DEFINICIONES

¿Por qué, se preguntará acaso el lector, un texto de enfermería en Salud Comunitaria tiene un capítulo dedicado en parte a la política? La respuesta es que si en verdad nos detenemos a pensar honradamente, estamos más o menos donde estaba Milio cuando comenzó el "Centro para Madres y chiquitines" en Detroit; más tarde observaba ella: "Mi ingenuidad en esa época era inmensa en cuanto a la política del existir, el uso del poder, la fuerza de los intereses creados" (1971:22).

En el capítulo 2 expuse un modelo de intercambio como concepto básico para las enfermeras de Salud Comunitaria. La política es virtualmente una parte integral y esencial, de todo intercambio o transacción que ocurra en una comunidad, independientemente del tipo de comunidad que sea. La política es igualmente importante en las interacciones mutuas o de grupo pequeño. Una comprensión de las realidades políticas —el poder, la necesidad de tomar decisiones, los grupos por interés, y la “política del existir” en general— que conforman las situaciones en virtud de las cuales o a pesar de las cuales tenemos y tienen que actuar nuestros clientes, puede ayudarnos en nuestro trabajo con ellos.

Ante todo, ¿las enfermeras de Salud Comunitaria tenemos que decidir qué es lo que creemos y decírnoslo a nosotras mismas, a nuestros clientes y a nuestros colegas. Creemos realmente en que todos tenemos derecho a las mismas oportunidades, que la salud es un derecho y que por lo tanto todos deberían tener acceso a la enseñanza y cuidados, que los ancianos en nuestra sociedad tienen derecho a tratamiento digno y humano, y que la calidad de la vida de todos nosotros se puede mejorar si todo esto se realiza? Estas son aseveraciones ideológicas —declaraciones de creencias y valores normativos; adherirnos a estas creencias nos coloca en conflicto directo con otros grupos por interés cuyas ideologías tengan bases diferentes. Las ideologías de un grupo por interés son importantes porque conforman las metas precursoras o dominantes que influyen en todos los demás propósitos, objetivos, planes para el cambio y evaluaciones de sus resultados— en suma, la manera como el grupo considera el mundo.

¿Podemos nosotras como enfermeras de Salud Comunitaria desarrollar una ideología en la cual podamos estar de acuerdo? El hacerlo sería un proceso altamente político. Una vez acordadas, estas creencias se deberían declarar explícitamente y luego sostenerse incluso frente a conflictos. Es esta una de las cuestiones más críticas que confronta la enfermería en todos sus aspectos (Shaefer 1973: 887-889). Benveniste afirma esta necesidad en términos más generales:

Es evidente que las profesiones fragmentadas no pueden esperar cumplir actuaciones políticas en tanto se comporten como si no estuvieran políticamente comprometidas y mientras limiten tajantemente el ámbito de sus normas y valores profesionales... Si toda o parte de la profesión comparte aún cuando sólo sea un conjunto mínimo de valores, debería averiguar cuáles son y defenderlos (1972:21).

Por si acaso hubiera dudas: no me estoy refiriendo aquí a la política de partidos, aún cuando muchas de las principales cuestiones relacionadas con la salud, tales como el Seguro Nacional de Salud, han sido convertidas en “pelotas políticas” por los principales partidos. La política, según utilizamos aquí el término, es algo que se parece mucho a la definición de Novack:

La política es el arte de generar acciones por parte de las comunidades como un todo. La política es el arte de darle forma a muchos elementos sociales dispares hasta convertirlos en acción social y no en acción privada. Es el arte de dirigir las sociedades (1973:9).

En esta definición, la política se considera como un medio de organizar las comunidades de modo que puedan actuar. La política ayuda a atraer grupos dispares para formar coaliciones. Las actuaciones colectivas son a menudo más efectivas y seguras que las individuales; hemos aprendido esto de grupos como el de los Derechos al Bienestar, Granjeros Unidos y la Organización Nacional para la Mujer. A menudo surgen grupos que persiguen objetivos sociales en lugar de objetivos privados y tienen que vivir en conflicto. Para sobrevivir, muchas más para lograr realizar algo, un grupo tiene que ser razonablemente numeroso, tener una organización centralizada, y defender sus convicciones, aún cuando ello signifique librar una batalla (Gamson 1974:35-41). Enfermería se ve frente a fuerzas internas y externas con las cuales tiene que llegar a entenderse para sobrevivir. Y puede ser una ayuda al saber algo acerca de las fuerzas en la liza y de ciertas estrategias para hacerles frente.

El poder

El poder se ha definido de diversas maneras, pero la mayoría de las definiciones se refieren a la habilidad de una persona, grupo u organización para provocar o restringir acciones de un tercero. Individuos y agregados buscan el poder ya sea como instrumento para influir en el comportamiento de los demás, o como fin en sí mismo, de donde viene la frase: "está borracha de poder". El poder puede ser aplicado o empleado por individuos y grupos para alcanzar sus fines; el poder también se puede arrebatar a las gentes dejándolas desvalidas o por lo menos en posición de inferioridad. La arenga con el grito "El poder para el pueblo" trataba de galvanizar la gente que se sentía impotente ante "el establecimiento" y aglutinarlas para ganar tanta seguridad como fuerza. Estudiantes, grupos étnicos, clientes que necesitan subsidio, toda clase de personas impotentes hallaban breves toques de poder bajo ese estandarte. Aún cuando hubo una breve respuesta a la presión de los grupos organizados, no se consiguieron cambios permanentes en la distribución del poder dentro del orden social establecido. Nuestra sociedad no se ha hecho realmente más sensible a las necesidades de estos tipos de grupos, así que no deberá sorprendernos que surja otro lema y otra oleada de esfuerzos de grupo buscando compartir el poder; siempre ha sido así (Alinsky 1972; Altschuler 1970; Hawley y Wirt 1968; Kahn 1970; Scholnick 1969; Walzer 1971).

Weber vinculó estos tres tipos de autoridad, racional, tradicional y carismática, a la clase de argumentos en que basaban su legitimidad. Para conseguir poder, autoridad racional tiene que probar que lo que hace está basado en la ley, de esa manera lo legitima; la enfermera jefe tiene autoridad porque las leyes de la organización se la otorgan. La autoridad tradicional reside en costumbres de larga data; se suelen invocar las costumbres como razón para establecer políticas como esta: "Siempre lo hemos hecho así". No hay que extrañarse de que las tradiciones sean con frecuencia un obstáculo a las reformas. Por otra parte, hay muchas leyes que se expiden para consagrar lo que ha estado ocurriendo por cierto tiempo. Las nuevas leyes del estado, redactadas para formalizar la decisión de la Corte Su-

prema sobre el aborto son un ejemplo. La autoridad carismática de que se inviste a un individuo se basa en características individuales ejemplares (Weber 1970: 35-44). Algunos de los primeros dirigentes del movimiento en favor del consultorio gratuito fueron carismáticos.

May define y caracteriza cinco clases de poder: el de explotación o sea apoderarse del poder de otros a pesar suyo; el de manipulación o poder sobre otros; el competitivo o poder contra los otros; el poder nutriente o poder para otros, y el poder integrativo o poder con otros (1972:105-113). Creo que las enfermeras de Salud Comunitaria tienen que estar preparadas para comprender y emplear las cinco clases de poder según sean la necesidad y las circunstancias. Tenemos que saber qué tipo de poder estamos utilizando en un momento dado, esto es, tenemos que estar conscientes de que estamos manipulando una situación en vez de hacerlo intuitivamente. Creo que cualquier empleo del poder, que no sean la violencia y el comportamiento criminal, está justificado para ayudar a los clientes a alcanzar y conservar su nivel funcional óptimo; de hecho, como enfermera tengo la responsabilidad de utilizar el poder con ese fin.

Los tres primeros tipos de poder según May, el de explotación, el de manipulación y el competitivo, son los que con más frecuencia se asocian a políticas "sucias". Como se verá en el estudio de los grupos por interés, la explotación, la manipulación y la competición son tres tácticas de importancia primordial para lograr que se hagan las cosas. Al tratar de que se hagan en favor de los clientes, la enfermera de Salud Comunitaria también tendrá indudablemente que valerse de alguna o de todas estas técnicas. Por ejemplo, hay una cliente que tiene dos niños pequeños y con el marido en la cárcel. Las condiciones en que está le dan derecho a recibir un subsidio, cupones para alimentos y atención médica para ella y los niños, pero se encuentra sometida a las dilaciones burocráticas del departamento de bienestar social. En tal situación, la enfermera de Salud Comunitaria tiene mucho más poder que ella, pues es funcionaria en lugar de cliente, así que llama al dicho departamento y hace un alboroto. Si conoce a alguien del departamento, se le puede pedir ayuda: esto es poder de manipulación. Otro empleo del poder manipulador fue la preparación que dábamos a las clientes que querían abortar antes de que se modificaran las leyes. Sabíamos que la única manera de obtener un aborto terapéutico era que la mujer alegara que el embarazo estaba poniendo en peligro su salud física o mental. Como esas aseveraciones tenían que ser respaldadas por un médico o por un psiquiatra, aconsejábamos a nuestras clientes cómo obtener ese respaldo. Con frecuencia, este adiestramiento y la discusión consiguiente precipitaban oportunidades efectivas de asesoría en crisis —poder nutriente— ya que no era raro que la idea de suicidarse asaltara a estas mujeres, pero antes no se hubieran atrevido a exteriorizarlo. Como la mayoría de otros fenómenos teóricos, los tipos de poder que estamos estudiando no son entidades discretas sino que se superponen entre sí.

La enfermería de Salud Comunitaria centrada en el cliente se vale del poder competitivo dándole al cliente la información que creemos más sólidamente fun-

dada en la evidencia científica de que actualmente se dispone. No se puede evitar, pues, que se establezca conflicto directo o competencia con muchas de las últimas modas en cuanto a la salud. Las dietas son un ejemplo espléndido. Es responsabilidad nuestra aconsejar a los clientes sobre el peligro de tantas dietas de moda y animarlos a que se nutran correctamente. Estamos también en situación de ayudar a los clientes a beneficiarse de la rivalidad entre competidores.

El poder para los demás, o poder nutriendo, es el tipo que las enfermeras más utilizamos con los clientes. El poder nutriendo implica trabajar en favor de los clientes, hacer por ellos y cuidar de ellos; es esencial en muchos de los papeles de la enfermera de Salud Comunitaria que ya fueron definidos.

El poder integrativo significa compartir la toma de decisiones, planeación y evaluación con nuestros clientes. Es la base filosófica que nos lleva a utilizar el término cliente en vez de paciente. Comprometernos a utilizar el poder integrativo nos pondrá con frecuencia en situaciones en las que hemos de valernos de las otras clases de poder igualmente. Al asumir los papeles de abogado, facilitador y organizador, podemos vernos llamados a utilizar todos los tipos de poder. Esto es algo que ilustra bien Teresa Bello en su estudio de las actividades de organización de la comunidad en el capítulo 16.

Por último, una de las maneras de adquirir poder es actuar como si se lo tuviera. Las enfermeras aceptaron mucho tiempo la sentencia ajena de que no podíamos hacer huelgas para conseguir que se consideraran nuestras diversas demandas. Pese a ello y aún a la legislación que prohibía las acciones de esa naturaleza, las enfermeras resolvieron organizar huelgas en ambas costas, cosa que se hizo más corriente en la segunda mitad de los años sesenta. Al tomar el poder en nuestras manos para hacerlo, las enfermeras hemos ganado más poder para volverlo a hacer en el futuro, así que las solas amenazas de huelga también tienen poder.

Grupos por interés

Todos pertenecemos a muchos grupos; en gran parte porque por lo general muchos somos "gregarios". También pertenecemos a grupos por razones de sexo, edad, ocupación, religión, situación, etc., etc. Muchos de los grupos a los cuales pertenecemos tienen opiniones y creencias que están en pugna con las ideologías de otros grupos a los cuales también pertenecemos. Las decisiones respecto a qué partido tomamos en una cuestión dada, pueden ser resultado de una consideración cuidadosa del asunto y de nuestros sentimientos acerca del mismo, o de simple adhesión al grupo al cual somos absolutamente leales. La lealtad en el sentido que le estoy dando puede significar la adhesión emocional a una ideología o simplemente la adopción de la posición de un grupo por necesidad, como cuando se trata de conservar el puesto. Así pues, tenemos que debatir en nuestro interior cuál de las cosas que nos son caras vamos a apoyar en un asunto dado. Esto es, en microcosmos, lo que ocurre a mayor escala dentro de los grupos por interés.

Los grupos por interés son conjuntos de personas o de organizaciones atraídas

a ellos por algo que tienen en común con los otros miembros. Son las comunidades de intereses especiales discutidas en el capítulo 2. Su propósito es hacer avanzar la causa en la cual creen y que se enuncia en su ideología. La Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos (ANA) es un grupo por interés especial cuyo propósito es el progreso de la profesión de Enfermería. En nombre del progreso de enfermería, la ANA tiene, como muchos otros grupos por interés, un componente de grupo de presión que busca influir en la opinión pública y en las decisiones del gobierno en favor de enfermería. Muchas otras organizaciones profesionales en el campo de la salud cumplen las mismas funciones para su profesión. La más poderosa es la Asociación Médica de los Estados Unidos, si bien la Asociación de Salud Pública le está haciendo clavija.

Los grupos por interés especial difieren de los partidos políticos en que los primeros buscan influir en favor de su grupo y los últimos buscan asumir cargos públicos. Otras diferencias son que los grupos por interés tienden a poseer ideologías bastante bien definidas y que apelan a un público algo más selecto, en tanto que los partidos políticos deben apelar, o tratar de apelar, a muchos estratos de votantes y por ello tienden a hacer definiciones más generales de sus creencias. No pueden permitirse ser tan especializados o específicos como pueden serlo los grupos por interés. Para poder juzgar la naturaleza de los grupos por interés, necesitamos saber cuáles son sus creencias y cómo se las arreglan para ponerlas en práctica. (Monsen y Cannon 1964; Dahl 1961). Los grupos por interés pueden utilizar, y lo hacen en favor de sus causas, todos los tipos de poder estudiados previamente.

Una de las principales razones para la existencia de grupos por interés especial, es la de facilitar la articulación de intereses, lo cual significa que el grupo habla como una sola voz por los intereses de sus miembros. La presión de grupo es de gran valor, particularmente en una sociedad tan compleja como la nuestra. El gobierno es demasiado grande y complicado y los partidos demasiado amplios en su enfoque para satisfacer a la mayoría de los grupos, y por lo tanto tienen camarillas y dependencias especiales para presionar en sus reclamos.

Los electores de la mayoría de los grupos por interés están muy diseminados. Las enfermeras están regadas por todo el país, pero deben unir su voz en los Capitulos estatales y en la Capital. Por esto hay asociaciones provinciales (departamentos) de enfermeras, que constituyen núcleos o filiales de la Asociación Nacional, igual que ocurre con los granjeros, veteranos, maestros y otros que tienen necesidades que expresar. Desde luego, todos los grupos por interés tienen conflictos internos que se resuelven mediante avenencias —o fraccionándose, si no llegan a transigir. Este último fue el caso que condujo a crear la Asociación Médica Nacional, cuando los médicos negros buscaron autonomía rompiendo con la ANA. Ciertas luchas internas son viciosas y no llegan realmente a resolverse; tales disensiones pueden reducir la eficacia del grupo al hablar por todos los electores.

Cater y Lee (1972) definen un grupo por interés que llaman el "sub-gobierno de la Salud". Se compone de ciertos ejecutivos políticos, es decir, de personas

nombradas en altas posiciones por funcionarios elegidos; burócratas de carrera, tales como los funcionarios civiles; y oficiales de las Fuerzas Armadas asignados al Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, miembros clave de Comités del Congreso como Kennedy, H. Humprey y W. Magnuson, quienes han edificado imperios abogando por la salud; profesionales miembros de grupos por interés quienes, como los de la ANA, buscan protección gubernamental para su grupo en tanto se oponen a cualquier interferencia gubernamental; y las élites de interés público, como los Nader y los Mendelson, que investigan y preparan información para el uso de otros grupos.

Tenemos que estar conscientes de nuestros propios intereses particulares, porque influyen en la manera como consideramos muchas de las cuestiones que enfrentamos. Digo esto para que seamos más sensibles al hecho de que nosotras, como todos los demás, tenemos prejuicios. Tenemos que estar preguntándonos constantemente si la manera como estamos reaccionando ante un asunto una situación, y, en especial, a un cliente, se basa en lo que realmente está sucediendo o si se debe a nuestros intereses particulares.

Por la misma razón, tenemos que ser conscientes de la postura ideológica de un grupo antes de utilizar la información que nos suministra, cuanto más para adoptarla. En suma, hay que conocer las propias fuentes de prejuicio. Si se sabe algo sobre un autor, ésto ayuda a juzgar sus aseveraciones. Al recolectar datos para un análisis de una comunidad, se sugiere que se obtenga información de muchas fuentes y se consideren los puntos inherentes de vista que cada una pueda reflejar. Dificilmente se puede esperar que la información de la Cámara de Comercio pueda describir cabalmente las áreas problema de la ciudad. La información del departamento de Policía trata de solo una parte de los residentes del área. Por otra parte, si se están buscando datos sobre enfermedades cardíacas, una fuente de información excelente es la Asociación de Cardiología. Tenemos que aprender a conocer los grupos de nuestras comunidades y a utilizarlos de manera suficiente y eficaz. Las personas y los grupos sin alguna clase de intereses creados son más bien cobardes e inactivos. Cuando mejor conozcamos nuestros propios intereses y los de los individuos y grupos que nos rodean, tanto más valiosos serán para nosotras.

Toma de Decisiones

La toma de decisiones es una parte esencial y omnipresente del diario vivir. No podemos escapar, aún cuando sí postergar, la toma de decisiones. A veces, si rehusamos o retrasamos demasiado la decisión, otras personas la tomarán por nosotras, situación que algunas personas parecen disfrutar. Otra "no estrategia" es esperar hasta que solo queda una alternativa posible y entonces decidirse por ella. Yo llamo esto decisión por negligencia. Realmente se trata de una decisión insincera en cuanto a que el negligente decide aguardar a que se resuelve la situación Sabiendo ya que hay maneras de evadir la toma de decisiones, veremos ahora algunas tácticas para seleccionar entre las alternativas.

Desde el momento en que tenemos más de una alternativa, o se dan varias opiniones sobre una de ellas, estamos frente a una situación que exige que elijamos. Así pues, la toma de decisiones supone algo menos complicado que elegir una o más alternativas y eliminar las otras. En la mayoría de las situaciones, es necesario hacer más de lo que nosotros humanamente podemos y en consecuencia tenemos que establecer prioridades. Esto exige que seleccionemos y ordenemos ciertos cursos de acción y que eliminemos los otros —un proceso de decisión. Consideramos ahora ciertas estrategias específicas para tomar decisiones.

Estrategia Normativa La toma de decisiones, mediante una estrategia normativa enfoca la atención en lo que “debería” ser. Muchas decisiones se toman sin debatirlas lo suficiente, simplemente sobre la base que lo “correcto” es tal y tal cosa y eso es por lo tanto lo que hay que hacer. Muy sencillo, pero no lo es realmente. Cuando la vida era sencilla y lo bueno y lo malo eran claro como el cristal, por lo menos en la mente de ciertas personas, las decisiones normativas eran más fáciles de tomar, según se dice. “La ética de la situación” evolucionó al parecer para ayudar a tomar en cuenta las circunstancias del momento, así como también de lo que “debería ser”. Nuestra sociedad se ha hecho mucho más compleja, y la población que la constituye mucho más heterogénea, haciendo más difícil la decisión normativa, basada en doctrinas de larga data. Ahora tenemos situaciones en las cuales la norma de una persona es anatema para otra. Y este es el campo de batalla para transar o entrar en conflicto.

Compromisos Las gentes tratan, al menos hasta cierto punto, de resolver sin violencia las diferencias de opinión sobre lo que debería y no debería hacerse. La forma estadounidense de gobierno ha sobrevivido en gran medida debido a la capacidad de las personas y grupos para conciliar sus diferencias mediante arreglos. Nadie consigue todo lo que quiere, pero también nadie se queda sin nada de lo que desea. Falla desdichada de nuestra capacidad para hacer arreglos fue la Guerra Civil. En tanto que el arreglo generalmente ayuda a evitar la violencia, también resulta en la aprobación de programas y presupuestos que son versiones diluidas de las propuestas originales. La mentalidad parece ser que es mejor lograr menos de lo que quería, a no lograr nada en absoluto. A veces me pregunto si esto es cierto.

Transacción Es una forma de intercambio y transcurre más a menos así: “Voto por la emisión de bonos en que ustedes están interesados si ustedes afirman mi petición de reformar las disposiciones sobre gastos para campañas políticas”. Es una variante de “Yo le rasco la espalda si usted me la rasca a mí”. Pero en muchas situaciones es una solución más realística que la avenencia. Esto es particularmente cierto cuando se trata de dar un voto; medio voto no sirve. La avenencia puede estar implícita en la expresión del asunto sobre el cual se va a votar, pero las únicas alternativas en un voto son sí, no o abstención. La transacción es un mecanismo por el cual se consigue hacer las cosas. Si yo ofrezco mi apoyo en un

asunto y se me acepta, entonces tengo derecho a que se me apoye en algo que me interesa. El otro está en deuda conmigo y el intercambio quedará incompleto hasta que se me "pague". Cuando yo "reciba" se ha completado la transacción. Si realmente quiero que se haga alguna cosa, yo puedo esperar para introducir la idea cuando la mayor parte de los votantes están en deuda conmigo por cosas que yo haya hecho por ellos. En ese momento puedo recolectar lo que me deben y hacer que se adopte mi propuesta. Esta es precisamente la manera como muchos individuos, grupos por interés, corporaciones políticas y naciones logran decisiones que se traducen en políticas. (Lindblom 1968).

Juegos En la teoría del juego, estos se describen como "...el grupo estructurado de actividades que coexisten en un sistema territorial particular. . ." (Long 1968: 229). Los jugadores (las personas que participan en la toma de decisiones) tienen metas que están interrelacionadas y con frecuencia en pugna con las metas de los demás. Los grupos por interés, igual que los individuos y las jurisdicciones políticas y organismos, pueden ser los jugadores. Hay ciertas reglas que los jugadores deben respetar; por lo general, las reglas estipulan como han de emplearse los recursos de cada jugador. Cada jugador trata de idear anticipadamente estrategias, esto es, planes de acción que se ajusten a toda contingencia. Las ganancias son los resultados del juego, y su valor se debe estimar en función de los costos y beneficios para cada jugador. Si la ganancia justifica la aventura o riesgo inherente a una estrategia dada, un jugador puede decidir correr el riesgo; si las ganancias no justifican ese riesgo, un jugador puede pasar o retirarse del juego. Los juegos de cartas y el ajedrez son ejemplos microcósmicos de los juegos que se juegan en política, empresas y diplomacia. Los juegos de ganancia total son aquellos en los cuales todos los jugadores ganan, y en el capítulo 15 describo un juego de esa clase. Los juegos que suman cero son aquellos en los cuales las ganancias del que gana se hacen a expensas de los otros jugadores; las elecciones son un juego de suma cero ya que el ganador obtiene la totalidad del premio mayor y el perdedor o perdedores lo pierden (Shubik 1964; Smith 1968). Los escritos de Berne han hecho que la gente se de cuenta de que los juegos son parte de los procesos de decisión que todos utilizamos (1964; Levin y Berne 1973).

Matriz para la Decisión Siempre o casi siempre hay más de una manera de alcanzar un objetivo. Como ya lo observamos en el estudio del proceso de planeación en el capítulo 2, las decisiones han de tomarse entre varias alternativas. Aquí presentamos una técnica para tomarlas objetivamente. Esta técnica consiste en valerse de la matriz de decisión, que es una red de líneas verticales y perpendiculares uniformemente espaciadas que, por medio de las coordenadas, pone en correspondencia cruzada los factores que han de considerarse en la evaluación de un conjunto de alternativas posibles.

Nuestro problema consiste en determinar cuál es la mejor manera de hacer accesible la vacuna contra la influenza a la población de alto riesgo, ya que se está

extendiendo una epidemia. Los objetivos del programa son inmunizar en diez días al 80 por ciento de la población de alto riesgo empezando dentro de tres días. Estos objetivos quedan claramente expresados en términos medibles.

En la tabla 7.1 se presenta un modelo de matriz de decisión. Los criterios que aparecen en el eje vertical de la matriz para evaluar la factibilidad de cualesquiera alternativas para alcanzar los objetivos, son bastante claros. Los dos primeros tratan de la capacidad del organismo de salud para lograr los objetivos, expresada por sus propios recursos de personal y de fondos. En este tipo de situación de emergencia, se puede utilizar personal de otros programas y actividades, por lo menos hasta cierto punto. Con los fondos ocurre lo mismo. No incluimos suministros tales como la vacuna, ya que la suministra una fuente central en cantidad suficiente para el objetivo. El tiempo naturalmente es un factor decisivo, pues tenemos un límite de 10 días para que el programa tenga valor en la prevención de la epidemia. Pese a la situación de emergencia, la alternativa elegida debe ser aceptable para la población porque de lo contrario ésta se abstendrá de participar. La alternativa tiene que ser en consecuencia, tecnológicamente factible. Por último, tenemos que llegar a la población que se quiere inmunizar (ver tabla 7.1).

Las alternativas consideradas son la campaña puerta a puerta, la aplicación de la vacuna a la clientela que regularmente concurre a consultorios y hospitales, y la instalación de varios puestos de vacunación en sitios clave que sean convenientes para la población considerada. Estas alternativas van en el eje horizontal de la tabla 7.1. Se utiliza una sencilla clave de tres puntos (no factible, medianamente factible, y muy factible) para clasificar las alternativas de acuerdo con los criterios previamente definidos. Una vez hecho esto se anota en la casilla correspondiente de la matriz la puntuación de cada alternativa según *los criterios*. Se suman las puntuaciones y se selecciona la alternativa que haya alcanzado el mayor puntaje; en este caso es la instalación de puestos de vacunación en lugares clave para el propósito.

Esto es bien claro y preciso, pero hay ciertos problemas inherentes al uso de tales instrumentos cuantitativos para tomar decisiones. Probablemente el más notable es que algunos de los criterios utilizados para evaluar alternativas son más importantes que otros. Estos criterios más importantes se pueden ponderar o asignarles puntos adicionales de acuerdo con su valor relativo. Por ejemplo, en la tabla 7.2 hemos repetido el proceso que seguimos en la tabla precedente, pero utilizando criterios ponderados. El mayor peso se le da a alcanzar la población señalada (4) ya que esa es la razón del programa. El límite de tiempo recibe un peso de 3 porque es limitado y no se puede ampliar. El personal, los fondos y la factibilidad tecnológica reciben un peso 2 cada una. La aceptabilidad para el público recibe la puntuación más baja (1), partiendo de la premisa de que si se educara suficientemente al público sobre la importancia de que la población de alto riesgo tienen que inmunizarse, se obtendría aceptación del programa. Esto elimina en sustancia la aceptabilidad como criterio para tomar la decisión. La alternativa a seleccionar es la de puestos de vacunación dispersos y se identifica utilizando el método de criterios

**TABLA 7.1 MATRIZ DE DECISION:
ALTERNATIVAS DEL PROGRAMA DE INMUNIZACION CONTRA LA
INFLUENZA**

CRITERIOS	ALTERNATIVAS		
	<i>Campaña Puerta a Puerta</i>	<i>Admisiones regulares en consulto- rios y hospi- tales</i>	<i>Puestos de vacunación dispersos</i>
Personal suficiente	0	2	1
Fondos adecuados	0	2	1
Tiempo suficiente	0	0	2
Aceptable para el público	1	1	1
Tecnológicamente factible	1	2	2
Alcanza a la población señalada	2	0	1
TOTAL *	4	7	8
Puntuación: 0 = no factible o insatisfactorio 1 = medianamente satisfactorio o factible 2 = muy factible o satisfactorio			

* El total es igual al número de puntos que recibe cada alternativa por cada criterio.

ponderados. Su margen de elección es mayor en la tabla 7.2 que en la tabla 7.1.

Otro problema de las matrices de decisión es un problema que afecta a todos los instrumentos cuantitativos de decisión. Como se trata de las vidas de las personas, tenemos que considerar a aquellos cuyas necesidades no toma en cuenta la alternativa seleccionada mediante métodos cuantitativos. Esta es una consideración cualitativa. Las personas muy expuestas que se hallan confinadas al hogar o a una institución no pueden llegar a los puestos de vacunación aún cuando éstos se instalen en el área. A estas personas habrá que buscarlas e inmunizarlas donde quiera que estén, aun cuando el objetivo del 80 por ciento se alcance sin ellas. Desde el punto de vista del economista y del epidemiólogo será difícil ver el valor de este esfuerzo suplementario. Las dudas del primero proceden de consideraciones de costo-beneficio, las del último, de la inmunidad del rebaño. Nuestra obligación de proteger a todos los que podemos se basa en un sistema de valores que tiene que ver más con las vidas de las personas que con el valor del dinero o las probabilidades. Esta es una diferencia crítica entre las decisiones de las personas y las de las computadoras. *Vive la différence!*

TIPOS DE PARTICIPACION

Hay muchos tipos de participación en la toma de decisiones. La ley ordena que los usuarios participen en la planificación nacional de la Salud y es necesario con-

**TABLA 7.2 MATRIZ DE DECISION: ALTERNATIVAS DEL PROGRAMA DE
IMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA UTILIZANDO
CRITERIOS PONDERADOS**

CRITERIOS	ALTERNATIVAS			
	<i>Peso</i>	<i>Campaña Puerta a Puerta</i>	<i>Admisiones regulares en consul- torios y hospitales</i>	<i>Puestos de vacunación dispersos</i>
Personal suficiente	2	$2 \times 0 = 0$	4	2
Fondos adecuados	2	$2 \times 0 = 0$	4	2
Tiempo suficiente	3	$3 \times 0 = 0$	0	6
Aceptable para el público	1	$1 \times 1 = 1$	1	1
Tecnológicamente factible	2	$2 \times 1 = 4$	4	4
Alcanza la población señalada	4	$4 \times 2 = 8$	0	4
TOTAL *		11	13	21

Puntuación: 0 = no factible o insatisfactorio
1 = medianamente factible o satisfactorio
2 = muy factible o satisfactorio

*El total es igual a la suma de las puntuaciones multiplicadas por los pesos de cada alternativa según cada criterio.

seguir que esa participación sea mayor en éste y en otros programas. Cada vez se escucha más el clamor por aumentar la participación comunitaria. Los usuarios se están organizando en diversos grupos por interés y buscan penetrar toda clase y todo nivel de decisión. Vamos a ver tres modelos de participación.

En el primer modelo se da al usuario la oportunidad de votar en pro o contra un curso de acción dado. Se trata de una elección forzosa o polarizada. Ejemplo de ello es la cuestión de decidir por voto si se emiten o no bonos escolares. Las personas pueden votar a favor o en contra de los bonos. Pueden haber tenido poca o ninguna voz en la decisión de que se necesitan más escuelas, cómo se pueden utilizar mejor los servicios existentes, dónde se deben localizar las nuevas escuelas y así sucesivamente. Pero pueden decidir apoyar o rechazar la decisión final. Desde luego esto es mejor que no participar, pero no es el modelo que permite mayor insumo del usuario.

El segundo tipo de participación permite a los usuarios participar en la selección de una alternativa entre varias que se les presentan. Aún cuando no hayan participado en la selección de estas alternativas, las oportunidades para elegir son más numerosas que la de un simple voto sí o no. Se puede suponer que quien quiera que haya seleccionado las alternativas entre las cuales se va a elegir, se ha asegurado de que todas ellas son factibles y aceptables para el grupo que va a tomar la decisión.

Un ejemplo es presentarle a una familia una lista de servicios complementarios de Salud y permitirle que elija. Si quienes preparan la lista son valoradores expertos de la calidad de tales servicios, este tipo de elección puede ser beneficioso, pues protege a la familia de elegir un servicio que no llena estándares mínimos. Desafortunadamente, tales listas no siempre se preparan con la mente puesta en ese objetivo, ni se basan solamente en la calidad de los cuidados (Mendelson 1974). Los grupos por interés pueden influir en las alternativas que se le ofrecen al público, y tales intereses no se perciben fácilmente.

Ciertos votos de elección forzada están genuinamente buscando decisiones de los votantes. "¿Desea usted o no anexarse al distrito de aguas municipales?" A menudo parece que la corporación presenta los proyectos solamente por fórmula, dando por hecho que los votantes están obligados a ponerse de parte de los que "tienen la razón" en el asunto. Es ésta la manera como las cuestiones de servicios de salud y de emisiones de bonos escolares se suelen presentar; y está demostrando ser políticamente ingenua. Los que los presentan están encontrando que tienen que idear planes para la contingencia de que la oposición se desarrolle y los votantes se "volteen". Se logra elaborar una mejor lista de alternativas cuando se las relaciona con sus probables consecuencias y con la aceptación que puedan merecer de las autoridades..

El tercer modelo es el que permite mayor participación y es verdaderamente democrático. En grupos pequeños, tales como familias, clases y ciertos grupos de planeación, todos los que intervienen se pueden reunir y cumplir el proceso de decisión de principio a fin. Las comunidades son generalmente demasiado grandes para que este modelo sea factible, aún cuando en algunos lugares todavía se celebran "cabildos abiertos". Si no todo el mundo puede intervenir en el proceso, hay formas de participación representativa que constituyen la segunda posibilidad.

La representación es siempre algo discutible, ya que cuando la suerte ya está echada, cada una de nosotras se representa a sí misma y sus propios intereses. Pero la participación mejora si los representantes son seleccionados por el grupo que representan y se hacen responsables ante el mismo y además pueden intervenir desde el principio en la planeación o el proceso de decisión. Los representantes se deberían buscar entre todos los grupos por interés conocidos. La publicidad utilizando los medios de difusión, puede ayudar a otros a advertir lo que va a ocurrir y a decidir si ellos o su grupo quieren entrar a participar. Asegurando suficiente participación desde el principio, se pueden anticipar y resolver o evitar muchos de los problemas que se originan en las decisiones tomadas. Esto es especialmente cierto cuando el grupo de decisión comprende representantes de quienes tienen poder potencial de vetar lo que se planea o se decide. Estos representantes deberían tener autoridad suficiente ante su grupo para tomar decisiones que comprometan al grupo. El objetivo aquí es la representación más amplia posible.

Una vez constituido un grupo de decisión, puede comenzar el proceso de planeación descrito en el capítulo 2. En la planeación con participación, se concede a tantos como sea posible, derecho a voz para determinar los objetivos, establecer

criterios de evaluación, decidir entre alternativas, discutir cómo y cuándo poner en práctica el plan, y evaluar los resultados. Se puede aumentar la participación durante el curso de deliberaciones mediante audiciones públicas bien divulgadas, que son reuniones abiertas a las que puede asistir cualquier persona o grupo. Así pueden escuchar lo que está ocurriendo y manifestar sus opiniones. Se debería dar prioridad especial a la inclusión de aquellos que se vayan a ver afectados por las decisiones que se tomen.

Este tipo de decisión está más orientada hacia el proceso que hacia el producto; toma mucho más tiempo que las decisiones hechas por "expertos" sin intervención de otros. Sin embargo, es más probable que produzca planes y políticas llamadas a tener éxito mediante la cooperación de los que serán afectados por ellos.

MODELO DE SISTEMAS POLITICOS

En el capítulo 2 presentamos una discusión de la teoría general de sistemas y definimos varios términos. Introdujimos también un modelo de sistemas abiertos que aplicamos a una familia de cuatro personas; este modelo ilustraba los intercambios que ocurren entre el sistema familiar y su ambiente. En este capítulo aplicamos a una comunidad que en este caso es un cuerpo decisorio (Figura 7-1), el mismo modelo de sistemas abiertos.

Entre los insumos están las opiniones de grupos por interés especial sobre lo que "debería ser". Este suele ser una declaración de la ideología del grupo. En este tipo de sistema abierto en las ciudades, los grupos por interés que buscan influir en las corporaciones decisorias incluirían los sindicatos, las asociaciones de padres de familia y maestros, las organizaciones empresariales, las asambleas vecinales, grupos étnicos y diversos otros. El número de grupos, el grado de su participación y las coaliciones que forman variarán con las cuestiones que estén bajo consideración. Se derivan datos de la valoración de la situación mediante el proceso descrito en el capítulo 2, "La etapa de valoración en el proceso de planeación". Los procedimientos previos son acciones que ya ha cumplido el grupo, o precedentes establecidos por otros grupos, los tribunales y la legislación. Parte de la retroalimentación proviene de sus propias decisiones previas. Los recursos disponibles constituyen un insumo pues siendo éstos generalmente limitados, habrá que decidir cómo utilizarlos. Los estándares y restricciones externas comprenden directrices tales como las que gobiernan la ejecución de los programas financiados por otras fuentes y reglamentaciones como las de los Servicios de Atención Médica Gratuita y Subsidio para Atención Médica.

En este capítulo hemos descrito brevemente el proceso de decisión. Como hemos observado, gran parte de este proceso es un intento de separar insumos que están en pugna y que compiten entre sí. Una vez logrado esto, la selección de alternativas, la formulación y puesta en práctica de planes, y la evaluación de los resultados y de sus consecuencias, se ciñen más o menos al tipo de proceso de planeación estudiado en el capítulo 2.

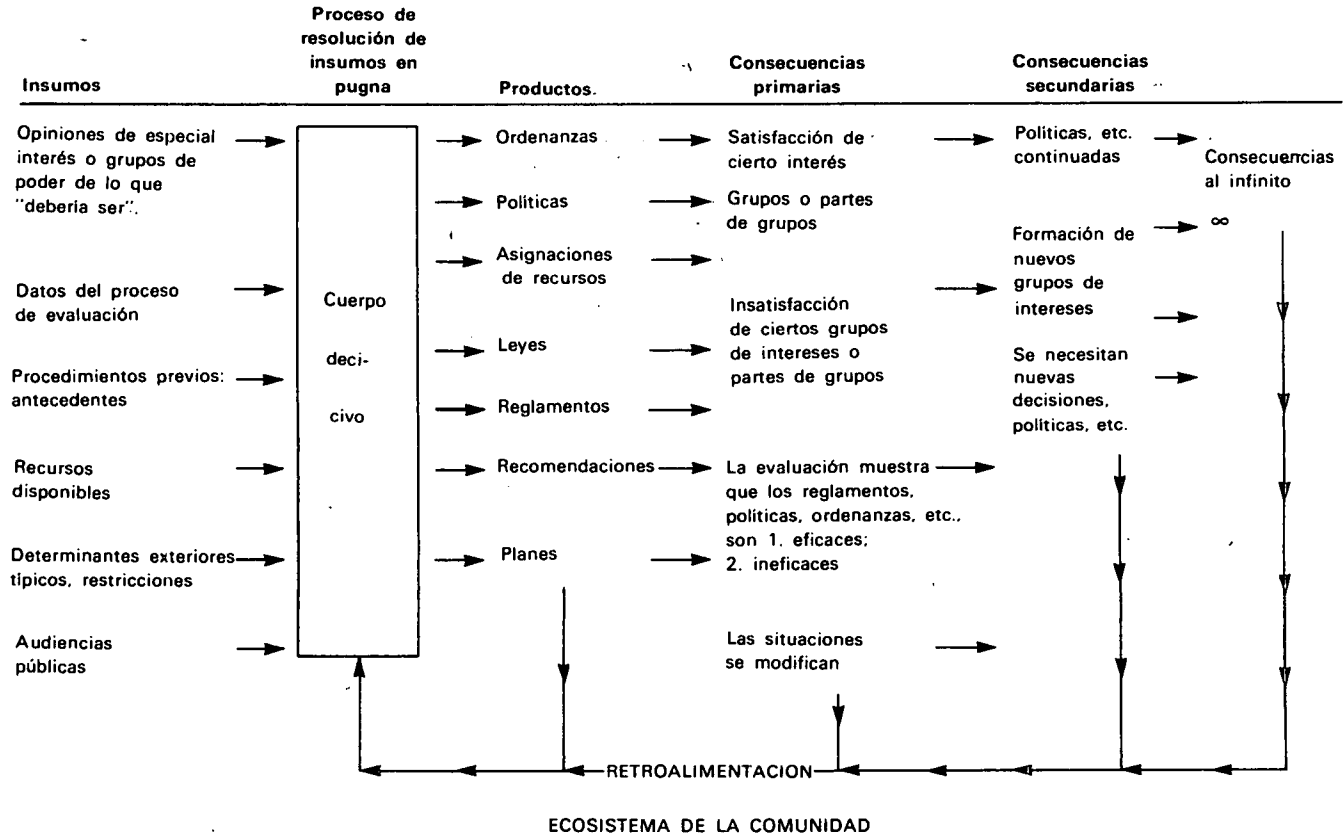


FIGURA 7.1 Modelo de sistemas abiertos de una comunidad

Los productos del sistema o del cuerpo decisorio comprenden reglas, recomendaciones, políticas y otros análogos. Todos estos productos implican acciones que hay que ejecutar o restricciones que no se pueden evitar. El cuerpo decisorio puede tener poder para hacer que se cumplan sus decisiones, puede confiar la ejecución a otras organizaciones o sistemas investidas de ese poder en el ambiente, o bien puede depender de la obediencia voluntaria a su autoridad. Sea cual fuere el caso, habrá un margen de reacciones a la decisión de parte de varios grupos por interés. La ejecución de las decisiones puede resultar ineficaz o eficaz de acuerdo con los criterios previamente definidos. Con el tiempo, las situaciones cambian y necesitarán nuevas valoraciones y decisiones basadas en nuevos acontecimientos. Todas estas consecuencias primarias suministrarán retroalimentación al cuerpo decisorio que le será útil en las deliberaciones subsiguientes. Entre las consecuencias secundarias pueden entrar la formación de nuevos grupos con intereses creados que apoyen o refuten las políticas o que reclamen atención a nuevas necesidades, a la necesidad de nuevas políticas y la continuación de las antiguas. Nuevamente, la retroalimentación proveniente de crecientes números de fuentes y secciones volverá para entrar en calidad de insumos. Estos tipos de consecuencias, sus consecuencias y la retroalimentación que dan continuará indefinidamente.

El proceso ilustrado en este modelo es uno bien complejo y muy político. No todos los intereses de grupos que pueden atender, por meritorios que sean o por bien respaldados que estén. Los recursos son siempre limitados, si bien se pueden prestar, estirar, redistribuir o reordenar completamente las prioridades. Pero queda el hecho de que tarde o temprano hay que tomar las decisiones. En sistemas abiertos tales como la mayoría de nuestras instituciones y cuerpos decisorios, los procesos políticos descritos tiene que ocurrir y deben ocurrir. Creemos que las mejores decisiones son las que incluyen la mayor cantidad de insumo posible del mayor número posible de personas y de grupos.

Economía

INTRODUCCION

La economía (o economía política, como se la ha llamado tradicionalmente) trata de las alternativas y consecuencias de la forma en que los sistemas asignan o distribuyen recursos finitos. Entre estos están el dinero, el trabajo, la tierra, y otros recursos naturales. La economía se basa en supuestos como los siguientes:

Todos los recursos —trabajo, tierra y bienes de capital y servicios— son finitos, es decir, que su disponibilidad es limitada. La disponibilidad puede aumentar temporalmente pero no indefinidamente debido a la naturaleza finita de todo lo que es material, así como también a la competencia por ellos de parte de otros sistemas. La lucha para desarrollar y convertir en ley un Plan Nacional de Seguros de Salud ilustra tanto la escasez como la competencia por los recursos. Cada vez que se discute el Seguro Nacional de Salud se presentan proyectos de ley que

proponen diversos tipos de amparo en seguros, cada uno con una estimación de costo un tanto diferente. Estos proyectos se ven respaldados o impugnados en mayor o menor medida, por parte de grupos por interés o subsistemas dentro del sistema de prestación de servicios de salud médicos, hospitales, compañías farmacéuticas, compañías de seguros, así como también por grupos de usuarios y por la administración nacional. Esta competencia interna se origina, al menos en parte, porque cada grupo advierte que no hay suficientes recursos disponibles para respaldar todos los programas propuestos. Solo una parte del presupuesto nacional total se destina al Seguro Nacional de Salud y cada grupo, naturalmente, quiere que el programa que reciba respaldo sea el suyo. Además, todo el sistema de prestación de servicios de salud tendrá que competir con los Departamentos de Defensa, de Trabajo, de Comercio, del Interior y todo el resto por la asignación presupuestaria que sea, ya que los recursos del gobierno Federal también son limitados. Es precisamente en el contexto de esta competencia donde se hacen los tratos y avenencias políticas discutidas previamente en este capítulo.

Al distribuir recursos finitos, un sistema tiene que seleccionar entre varias alternativas. Cada alternativa lleva consigo un conjunto de consecuencias que hay que tener en cuenta. Hay costos y beneficios implicados en cada alternativa y sus consecuencias. Estos costos y beneficios se pueden analizarse para comprender los efectos relativos que los diversos modelos de asignaciones presupuestarias podrán ejercer sobre el logro de las metas. El presupuesto de un organismo de salud Comunitaria ejemplifica un conjunto de recursos dados. El rango de los servicios que se ofrecen está determinado por la elección que haga el administrador de las actividades de salud que deben recibir apoyo. Es posible, si bien poco probable, que se pueda obtener más dinero. Pero si así ocurriera, la cuantía sería finita y la selección de servicios dependería del mismo proceso de decisión. Se debe determinar el costo —beneficio de cada tipo de servicio que se ofrece al cliente. Por ejemplo, una visita domiciliaria es muy costosa, y gran parte de lo que se hace durante la misma se puede hacer por teléfono o mediante servicios de consultorio. Sin embargo, ciertas familias no pueden venir a los consultorios, carecen de teléfono, o no saben leer, de modo que, para llegar a ellas hay que visitarlas en sus hogares. Los servicios de consultorio generalmente resultan más económicas por cliente atendido, que las visitas domiciliarias. Hay servicios que se suministran de la manera más eficaz en la consulta, tales como la atención prenatal y servicios que requieren el uso de rayos X u otros exámenes complicados. Estas son consideraciones de alternativas para la utilización de los recursos y de sus consecuencias, y son críticas para el éxito global de un organismo en cuanto a lograr sus objetivos. La decisión de asignar recursos a un fin, excluye la posibilidad de utilizarlos para cualquier otro fin. Esto es lo que se llama costo /oportunidad, y los otros usos a los cuales se habrían podido destinar los recursos, pero que no lo fueron, se llaman oportunidades pre-determinadas o perdidas. Volviendo a nuestro ejemplo del organismo de salud de la comunidad, una vez que los recursos se invierten en visitas domiciliarias, ya no están disponibles para financiar servicios de consultorio ni

ninguna otra cosa. La consideración del costo /oportunidad es de importancia crítica al tomar decisiones sobre asignación de recursos.

LA ECONOMIA, LAS ENFERMERAS Y LOS SUELDOS

Los esfuerzos del hombre para evitar la calamidad y el caos atribuible a la impredecible naturaleza humana, los detecta Heilbroner a través de tres etapas del desarrollo: tradición, reglamentación autoritaria y el "sistema del mercadeo" (1972:17-18). El papel tradicional de la mujer ha sido de guardián del enfermo y del lastimado de la familia. Al convertirse estos cuidados en responsabilidad de instituciones más que de familias, enfermería se desplazó a los hospitales. Estos eran generalmente organizaciones religiosas o militares, bajo una dirección fuertemente autoritaria. La secularización de los hospitales poco hizo para modificar sus aspectos tradicionales y autoritarios. Las mujeres eran adiestradas según un modelo de monitoría en hospitales locales, y generalmente se quedaban trabajando en ellos por salarios en extremo modestos o simplemente a cambio de habitación y comida. Las estudiantes "pagaban" por su adiestramiento como cualquier otro aprendiz: se lo ganaban trabajando. Hace apenas poco tiempo que se cambió este modelo.

Los exámenes estatales para obtener licencia para ejercer, unida a la migración general de la población, permitió a las enfermeras desplazarse y enterarse de que al quehacer de enfermería es un bien poco abundante por el cual la gente está dispuesta a pagar. Las enfermeras ya no están ligadas a la institución donde fueron formadas. Esta independencia ha hecho que las enfermeras sean notoriamente móviles, como lo ha señalado Pape (1964). Si se llegara a poner en práctica la propuesta de que la licencia sea para las instituciones, no sería de extrañar que regresáramos a la dependencia del pasado. Responsabilizar del control de calidad a las instituciones en lugar de dejarlo en manos de los profesionales, abriría la puerta para que los hospitales y otros servicios de salud volvieran a adiestrar aprendices de acuerdo a las condiciones de trabajo de cada institución. Debemos estar conscientes de que esa jugada no sólo limitaría nuestra movilidad sino que, lo que es más importante, nos despojaría de la licencia para ejercer libremente la profesión.

El pasar la enseñanza de la enfermería de los hospitales a las instituciones de enseñanza superior, ha colocado a enfermería entre las ocupaciones de las cuales se espera educación avanzada. Las enfermeras están ahora más a la par con otros profesionales de la salud. Hemos crecido en autoestimación, la cual, impulsada por el movimiento feminista, está sacando a enfermería de sus moldes tradicionales y reduciendo el control de las instituciones autoritarias sobre nosotras. Ahora estamos más dispuestas a negociar por nuestros derechos y convicciones en el mercado de trabajo. Las enfermeras nos hemos dado cuenta no sólo de que nuestro quehacer es valioso y que constituye un bien que escasea en el mercado, sino también de que hay fuerza en la acción colectiva. Salvaguardar la licencia profesional

individual es esencial para que las enfermeras podamos influir en el sistema de prestación de servicios de salud.

Galbraith observa que la industrialización ha producido la desaparición de la clase de los siervos y amenaza todo el campo de los servicios personales. La búsqueda de sustitutos para las personas que históricamente prestaban servicios personales, ha llevado al desarrollo del ama de casa pagada, un oficio de mujeres. Todavía hay que hacer las tareas desagradables y una manera de persuadir a las personas de que las hagan es dotarlas con lo que Galbraith llama "Virtud Social Conveniente". La asignación de mérito especial a este trabajo es algo que se ha utilizado por largo tiempo para obtener los servicios de enfermeras, personal de custodia y otros tipos de trabajadores hospitalarios. La comunidad en general considera que un status social tal compensa en parte un sueldo inadecuado. (Galbraith: 30-34). El status y el prestigio social se aplican también a diversos empleados públicos tales como profesores, universitarios, personal que trabaja en salud comunitaria, el clero y otros. Como todos sabemos, el status es algo de mucha estima pero no se puede comer.

Hemos oído decir: "Debe ser productivo ser enfermera", pero sin referirse a remuneración económica. O bien: "Yo no sería capaz, pero de veras admiro a sus hijas, que pueden ser enfermeras". Los extraños todavía consideran ocupaciones como la nuestra a través del prisma rosa de la virtud social conveniente. Muchos de los que la están viviendo sugieren que la enfermería es por el contrario explotadoras de sus miembros y están comenzando a exigir remuneraciones comparables a las de otros trabajadores. La organización de los trabajadores domésticos, el mayor valor monetario atribuido por las compañías de seguros a las amas de casa inválidas, las demandas de negociación colectiva por profesores universitarios, y las huelgas de enfermeras, iniciadas durante los últimos años 1960, son todos ejemplos de grupos informados y que tienen poder para redefinir la relación de su trabajo con el mercado del mismo.

TERMINOS ECONOMICOS

Hay una amplia diversidad de escritores que predicán sobre toda clase de especialidades económicas, pero en general comparten un lenguaje especial que, como nuestra jerga médica, tiene sentido para ellos y es ininteligible para los de fuera. Incluimos aquí una selección de términos con ejemplos de nuestro propio campo para ilustrar su aplicación a nuestros propios intereses. La lista no es de ninguna manera completa, pero representa una muestra de los términos más importantes para que comprendamos las fuerzas económicas que afectan nuestra profesión.

Capital El trabajo, la tierra y el capital son los tres recursos o insumos básicos con los que opera el mercado. El trabajo y la tierra son insumos primarios pues no son productos de la economía. El capital, abreviación de bienes de capital, es

el producto de subsistemas del mercado que otros subsistemas de la economía utilizan como insumo. El capital comprende adificaciones, maquinaria y suministros. Durante muchos años el estado ha dado fondos a los hospitales y a otros servicios de Salud para gastos de capital; parte de los reembolsos que las instituciones reciben de los Servicios de Atención Médica Gratuita y auxilio para gastos médicos tienen que ser utilizados para amortiguar deudas por gastos de capital. Es de suponer que este arreglo seguirá vigente cualesquiera que sea el esquema que se apruebe para el Seguro Nacional de Salud.

Oferta y Demanda La oferta es la cantidad de bienes o servicios que los productores están dispuestos a vender; el esquema o curva de la oferta es la relación entre el precio que ofrece el mercado y la oferta espontánea de bienes en venta. La demanda es la cantidad de bienes y servicios que los usuarios van a comprar. Obsérvese que la demanda no es lo que los consumidores quieren comprar sino la cantidad que compran. El esquema o curva de la demanda es la relación entre el precio de los bienes en el mercado y la cantidad demandada de estos bienes. En la concepción de mercado libre que tenía Adam Smith, esta se regulaba a sí misma sobre la base de la competencia entre muchos compradores y muchos vendedores, ninguno de los cuales era suficientemente importante para influir ni en la oferta ni en la demanda de algún bien o servicio. Si bien esta teoría es adorable, jamás funcionaba salvo quizás en las economías de trueque verdaderas. Ciertamente hoy día no funciona (Keynes 1964; Galbraith 1973; Samuelson 1973).

La ley de la demanda decreciente dice que en igualdad de condiciones, al aumentar el precio de un bien decrece la demanda del mismo. La curva de oferta tiende a elevarse porque los vendedores aumentan su producción ansiosos de vender más bienes a un precio más alto. El precio equilibrador sería el único estable o balanceado, pues es el punto en el cual la cantidad de bienes ofrecidos es igual a la cantidad de bienes demandados. El equilibrio competitivo es el punto de intersección de las curvas de ofertas y de demanda. Esta feliz relación se da cuando todas las demás condiciones son iguales, pero desafortunadamente, en la economía de los Estados Unidos, todas las demás cosas distan de ser iguales.

Pese a la ideología que caracteriza la economía de los Estados Unidos como puramente capitalista y la soviética como puramente comunista, en realidad no existen economías puras. Toda nación tiene una mezcla de empresa pública y privada. Nuestras principales empresas son selectivas en lo que endosan del sistema de libre empresa. Rara vez muerden la mano que les da de comer, aún tratándose de un subsidio del estado o de un sistema para mantener los precios. La medicina privada en los Estados Unidos ha estado muy dispuesto a permitir interferencias a los servicios de salud por parte del gobierno —mientras éste confine sus actividades a la atención de aquellos con quienes se corre el riesgo de que no paguen— los marineros, los indígenas y los menesterosos.

Elasticidad de la Demanda Describe el grado hasta el cual la cantidad de un bien o servicio modifica su precio en el mercado. Así, un aumento en la cantidad de un bien tiende a rebajar su precio unitario. Los productores pueden por esta razón ver disminuidas sus ganancias cuando la producción es buena y verlas elevarse cuando la producción es mala. Lo que importará al medir la elasticidad es el total en moneda, que los consumidores pagan a los proveedores. Este ingreso monetario es el producto del precio por unidad multiplicado por la cantidad total adquirida. La elasticidad de la demanda se expresa en cambios porcentuales y tiene tres formas.

Demanda Elástica Una reducción del precio de un bien o servicio aumenta la demanda del mismo; el aumento resultante en adquisición de cantidad causa un aumento en el ingreso monetario total. Recíprocamente, si el precio aumenta, hay disminución de las cantidades compradas y los ingresos monetarios totales disminuyen. Los productos propensos a elasticidad de la demanda son los artículos de lujo como las joyas.

Elasticidad Unitaria de la Demanda Una reducción del precio en un porcentaje dado, tiene por resultado un porcentaje igual de aumento en la cantidad demandada, de manera que los ingresos monetarios totales permanecen inalterados, es decir, el precio y la demanda varían en razón inversa rigidez de la demanda. Una baja en los precios no origina cambios o solamente un aumento muy modesto en la demanda, y por esta razón decrecen los ingresos; con la demanda rígida también es cierta la recíproca, es decir, que si los precios aumentan, los ingresos totales también aumentan porque la gente continúa comprando. Los servicios médicos y hospitalarios se consideran bienes cuya demanda es bastante rígida, ya que las personas compran estos servicios cuando los necesitan sin mayor preocupación por el precio de los mismos. Sabemos que esto no es enteramente cierto en teoría; hay muchos que se abstienen de buscar cuidados médicos porque no pueden afrontar los costos.

El Costo como obstáculo para adquirir servicios El costo frena a menudo a la gente al elegir en la compra de bienes o servicios. Este fenómeno opera también cuando se trata de comprar servicios de salud. En ciertos casos tales aplazamientos pagan porque hay estados de salud que desaparecen sin intervención médica, pero desdichadamente no es este siempre el caso y algunos se ven forzados a solicitar atención para aquellas condiciones que persisten. Cuando al fin se busca atención, la persona está con frecuencia tan enferma que el costo es secundario ante la necesidad de tratamiento inmediato. El cliente se preocupará luego por las cuentas. El posponer la atención de la salud en función del costo, con demasiada frecuencia trae consigo un daño irreparable o de larga duración para el nivel funcional óptimo del cliente. También puede traer consigo una cuenta más elevada pues podría necesitarse atención más larga y costosa de lo que hubiera sido nece-

sario al principio. Así pues, posponer la atención médica como manera de ahorrar dinero puede ser como exponer mucho por salvar poco. Puede hacerse necesario explicar esta posibilidad a los clientes y animarlos a buscar pronta atención, no solo para que a la larga le cueste menos sino también para evitar o reducir incapacitaciones prolongadas.

El efecto del costo como obstáculo para utilizar los servicios varía con la clase de servicios que se necesitan. La demanda de servicios para mantener la vida es la menos afectada por el costo; la demanda de servicios preventivos está más obstaculizada por el costo; la demanda de servicios para aliviar padecimientos menores queda un tanto en medio de las anteriores. Los seguros de salud reducen el obstáculo económico para la utilización de los servicios de salud (Bailey 1969: 10.10-10.5). Antes de terminar esta discusión es de observar que debido a la incidencia de las enfermedades crónicas, los servicios preventivos primarios se están haciendo más y más esenciales. Y estos son precisamente los que se omiten con más frecuencia a causa del costo.

Demanda Artificial La creación de demanda artificial o provocada es un objetivo de la publicidad. Se nos anima a comprar grandes automóviles, a viajar, a consumir cierta marca de aspirina y no otra. La demanda provocada nos induce a comprar cosas que ni necesitamos ni en realidad deseamos. La propaganda de ventas suele contener exhortaciones vocingleras a alcanzar prestigio o a estar "a la página". Las enfermeras de Salud Comunitaria deberían advertir que los renglones presupuestarios de alimentación, cuidados dentales y médicos, suelen ser los primeros que los clientes eliminan cuando tienen que hacer sacrificios para guardar las apariencias.

Costos Hay muchas clases de costos. Algunos son especialmente importantes para las enfermeras de Salud Comunitaria y vamos a discutirlos.

Costos fijos son los costos dados e invariables del funcionamiento de un sistema y la producción de sus egresos. Entre ellos están el alquiler, los sueldos, los servicios de agua, luz, etc. y son los que entran en el renglón de gastos generales. Los costos fijos son iguales para cada unidad del producto que egresa del sistema. Si los costos fijos de un día de hospitalización ascienden a \$ 100, el costo para cada paciente se calcula a partir de \$ 100 al día. Un problema que enfrentan los hospitales y otros tipos de servicios de salud, es que los costos fijos permanecen iguales utilícense o no los servicios; es decir, que los costos fijos de mantener vacía una cama de hospital, ascienden a \$ 100 diarios igual que si la cama estuviera ocupada.

Los costos variables son los de los bienes y servicios que se agregan a los costos fijos, es decir, todo lo demás que va incluido el costo total. En un hospital, los costos variables comprenden los servicios de rayos X, el trabajo de laboratorio, los medicamentos, los tratamientos especiales como la fisioterapia, etc.

El costo total es la suma de los costos fijos y de los variables. Para el cliente, el costo total de hospitalización, se compone de los costos fijos, que son los mismos

para todos, más los costos variables, que difieren para cada cliente. Debe aconsejarse al cliente que obtenga cuentas pormenorizadas de la hospitalización, de modo que puedan ver exactamente cuáles fueron los costos fijos y cuáles los variables de su estancia en el hospital. A veces se pueden encontrar errores en las cuentas estudiando cuidadosamente sus pormenores. Una cuenta detallada es también esencial cuando se aspira a obtener reembolsos del seguro de salud, ya que solo con una cuenta detallada punto por punto puede el cliente comparar la cuenta con lo que cubre su póliza y lo que la compañía aseguradora realmente le reembolsó.

El costo promedio por unidad de servicio se calcula dividiendo el costo total de funcionamiento del servicio de salud por el número de unidades de servicio suministradas. Es éste uno de los cálculos contables más importantes de que se sirven los administradores como base para tomar decisiones respecto a los programas.

Supóngase que se pone en marcha un programa de enfermería en el hogar. La unidad de servicio de nuestra institución es la visita domiciliaria de una enfermera para dar atención de enfermería. Deseamos saber cuál es el costo promedio por visita. Se dividirá el costo total, o sea la suma de los costos fijos o gastos general y los costos variables por servicios especiales, por el número total de visitas domiciliarias. Si los gastos del programa son de \$ 40.000 al año y si el personal hizo un total de 1875 visitas, el costo promedio por visita es de $\$ 40.000 \div 1875 = \$ 21,33$ por visita.

El costo promedio por visita es un guarismo en extremo importante puesto que es la cantidad básica para determinar la cuantía de la factura a los clientes o terceros que pagan por unidad de servicio, esto es, por cada visita domiciliaria de la enfermera.

En muchos casos, las visitas domiciliarias son solamente uno de varios servicios que provee el organismo de salud, o puede haber más de un nivel de personal de enfermería suministrando servicio. En tales circunstancias, los cálculos de costo promedio por visita son mucho más difíciles de hacer y habrá que consultar publicaciones como la que se titula "Cómo determinar los gastos del Servicio de Enfermería en instituciones pequeñas de Salud". (Ferguson 1966). La mayor atención que hoy se pone en la contabilidad de costos y el análisis de costo-beneficio, hace esencial que estos datos estén a disposición de los administradores, corporaciones de gobierno y, en últimas, del público mismo, que cada vez muestra más interés en saber cómo se están distribuyendo los dineros de los impuestos y las donaciones. En su calidad de ciudadanas y de empleadas, las enfermeras deberán estar conscientes de la influencia de los costos en el presupuesto de la institución y del alcance de los servicios que puede suministrar, así como también de los problemas inherentes a la recolección de los reembolsos.

Indice de Precios al Usuario Los costos de los cuidados médicos de la hospitalización han contribuido al alza del costo de la vida y a la espiral inflacionaria. Los costos de estos servicios continúan subiendo en proporción más rápida que otros artículos del Índice de Precios al Consumidor (JPC). Este índice es una medida

de los precios corrientes de los bienes y servicios en relación con sus costos en un período tomado como base (ver tabla 8.2). Por ejemplo, si una receta dada, por ejemplo de, insulina cuesta \$ 1,00 en el período base y ahora cuesta \$ 1,50, se ha encarecido en un 50 por ciento en el intervalo entre el período de base y el momento actual. Las cifras del JPC para diversos bienes y servicios nos permiten ver como se comparan los aumentos relativos de los precios de los alimentos, de los cuidados médicos y de otros artículos de consumo.

La Ley de los Rendimientos decrecientes Esta ley dice que un sistema que tenga insumos tanto fijos como variables, el aumento de los insumos variables con respecto a los fijos aumentará la producción hasta un cierto punto, más allá del cual no importa cuál sea el aumento en los insumos variables, si no se aumentan los insumos fijos, la producción disminuye. Por ejemplo, nuestra institución tiene un servicio prenatal; el producto de este servicio es el número de clientes examinadas. El consultorio prenatal tiene tres cuartos para consultas pre y post clínica y tres para examen, las cuales constituyen un insumo fijo. El insumo variable es el personal que se pueda asignar a la consulta. Suponiendo que la demanda de la clientela es superior a la cantidad de servicios prenatales actualmente disponibles, y que se desea aumentar la producción de la clínica prenatal examinando más mujeres, habría que considerarse el esquema de dotación de personal que existe y el que se podría establecer. Hay cuatro enfermeras asignadas a la consulta, para dar instrucción prenatal, hacer los exámenes subsiguientes y ayudar al médico en los primeros exámenes y en los exámenes complicados. Se puede esperar que el aumento del número de enfermeras de cuatro a seis, aumente la producción de la clínica ya que con seis enfermeras y seis salas es posible que todas ellas estén permanentemente en uso. Este aumento del personal relativo al insumo fijo de las seis salas, podrían redundar en un aumento de la producción. ¿Pero se puede esperar que la producción siga aumentando si se agrega una séptima enfermera? Es dudoso que esta séptima enfermera aumente la producción tanto como lo lograrían la quinta y la sexta; el agregar una séptima y aún una octava enfermera no aumentaría lo suficiente la producción como para justificar el costo adicional de este personal; hemos llegado así al punto de los rendimientos decrecientes para una inversión adicional en personal.

Marginalidad Prescindiendo del contexto en el cual se utiliza este concepto en economía, marginal significa algo extra o adicional. Por ejemplo, compré hace poco un nuevo automóvil y en el proceso de negociación con el gerente de ventas, dije que el margen de beneficio de la mayoría de las firmas era aproximadamente de \$ 100 por vehículo. Esto quiere decir el margen de ganancia bruta o sobreprecio con relación al costo efectivo del bien o servicio que permite a la firma hacer una ganancia. El costo marginal es la cantidad en que aumenta el costo total en cada unidad adicional del producto. Como los costos fijos son iguales por cada unidad del producto y los costos variables aumentan para cada unidad según los costos totales, que son la suma de los fijos y los variables, el costo marginal se

calcula restando el costo total de producción de dos unidades del costo de producción de tres unidades. Por ejemplo, si el costo total para producir dos lotes de píldoras es \$ 45, y el costo total para producir tres lotes es de \$ 50, entonces el costo marginal es \$ 5, o sea la diferencia entre los costos totales. El costo marginal es mayor para las unidades iniciales de servicio y luego comienza a decrecer, si bien este crecimiento nunca alcanza a cero. Debido a la ley de los rendimientos decrecientes, el costo marginal eventualmente vuelve a aumentar.

Un ejemplo de marginalidad ocurrido recientemente en las medidas de Salud Pública de los Estados Unidos es el giro que se dió en muchas áreas del país al control de la tuberculosis, sustituyendo el uso de minipantallas de rayos X en campañas masivas de diagnóstico, por la prueba de tuberculina. La razón de este cambio, además del deseo de reducir la dosis de radiación, fue el advertir que el costo de la detección de un caso de tuberculosis por medio de la minipantalla era prohibitivo. En la mayor parte de los Estados Unidos, la tasa de tuberculosis es hoy tan baja que es poco probable encontrar casos examinando con la minipantalla. En muchas partes el personal encargado del control de la tuberculosis ha adoptado la prueba de tuberculina en los niños para determinar si han sido expuestos y detectar casos primarios haciendo seguimiento de los positivos. Este enfoque ha dado por resultado un costo mucho menor por caso encontrado que con los rayos X. Hoy día los rayos X se reservan generalmente para la población de alto riesgo tales como los prisioneros y los que ingresan al hospital. Se hablaba antes de erradicación de la tuberculosis; hoy se habla de control porque el costo de erradicación es demasiado alto. La figura 7.2 ilustra los costos relativos de programas con metas de erradicación de 25, 50, 75 y 90 por ciento. Por encima del 75 por ciento más o menos, el costo de la detección de un caso se vuelve prohibitivo y se hace necesario invocar conceptos como inmunidad global y probabilidad para determinar en qué momento los costos marginales de cada caso adicional encontrado se vuelven demasiado grandes.

Utilidad Se deduce la utilidad o capacidad que un bien o servicio tienen de satisfacer una necesidad o deseo, de la intensidad de la demanda de ese bien o servicio. La utilidad marginal es la cantidad de satisfacción que proporciona al consumidor cada unidad que se agregue de un bien o servicio. La utilidad o satisfacción derivadas de tres cocktails puede ser mayor para un consumidor específico que la que él obtiene de dos cocktails. La mayor satisfacción por la tercera bebida es utilidad marginal. Si la satisfacción llega al máximo con cuatro bebidas, la utilidad marginal de los coctel subsiguientes decrece ya que se ha sobrepasado del nivel óptimo. En economía esto es lo que se llama utilidad marginal decreciente; clínicamente se llama embriaguez o sobredosis. El índice de ocupación de los servicios de salud se utiliza con frecuencia como indicador de la demanda de los mismos por parte de los usuarios. La alta ocupación es, por lo tanto, una justificación para continuar y ampliar estos servicios.

Análisis de Costo-Beneficio Este análisis se emplea para determinar el valor re-

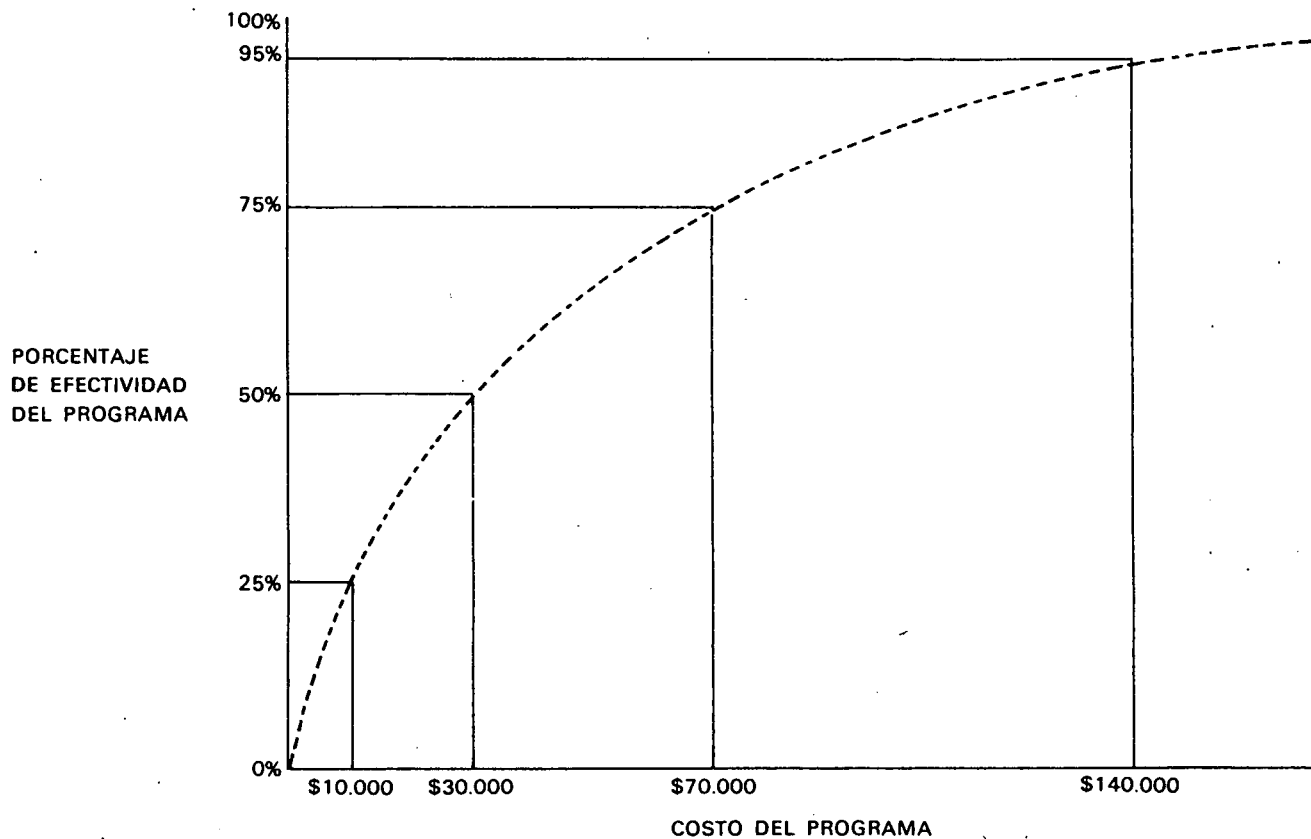


FIGURA 7.2 Tasa-costo efectividad del programa de erradicación de una enfermedad.

lativo de diferentes alternativas de esquemas de asignación de los recursos cuando se planifican o se evalúan los programas en marcha y sus consecuencias. Está basado en la relación entre los costos o insumos del sistema valorados en unidades monetarias y el valor de los egresos del sistema de unidades monetarias, o sea de los beneficios que el sistema produce. Los costos se consideran en términos de unidades monetarias para que todo tenga un denominador común. La asignación de valor en unidades monetarias suele tener desacuerdo entre economistas y no economistas. Los economistas pueden medir el valor de cualquier cosa, incluso de la vida humana, en unidades monetarias. Por ejemplo, el valor en unidades monetarias de un varón de raza blanca con educación superior, es mayor que el valor en unidades monetarias de un varón blanco que no terminó su enseñanza secundaria. Esta evaluación se hace estimando la cuantía de los ingresos y por lo tanto de los impuestos que cada uno pagará, y en consecuencia su potencial relativo para sostener la economía; en otras palabras: su relativa eficacia para devolver los recursos públicos invertidos en ellos. Dados servicios y ofertas limitados, el economista argumentará que como el potencial de rendimiento de la inversión hecha es mayor en la persona con educación superior, esta debería tener prioridad cuando los servicios son escasos. Este razonamiento del valor en unidades monetarias hace que las inversiones en servicios para los ancianos parezcan fútiles. Evidentemente, las personas que se consideran así mismo humanistas encuentran que tales cálculos son detestables como base para determinar prioridades entre las personas. Como la mayoría de los argumentos que se basan en valores opuestos, ambos lados tienen sus razones, y probablemente sea necesario combinar aspectos de ambos razonamientos para que el análisis y manejo de las situaciones sean efectivos. Los economistas podrían estar menos orientados hacia la cuantificación en términos de ganancias monetarias sobre la inversión, y los humanistas podrían preocuparse más de la eficiencia y del sentido de justicia.

El análisis de costo-beneficio no sólo se ocupa de los efectos internos de las alternativas para la asignación de los recursos a los diferentes sectores del sistema, sino también de los efectos sociales o externos de las mismas. En todo análisis de costo-beneficio se deben considerar dos importantes cuestiones. La primera, eficiencia, se ocupa de obtener la máxima producción por cada unidad de insumo, teniendo en cuenta los costos marginales antes vistos. El uso eficiente del personal, por ejemplo, quiere decir que cada categoría de personal deberá hacer las cosas que sólo esa categoría de personas saben hacer mejor. Así las enfermeras tituladas, que son las más capacitadas y más diestras, pueden hacer con la más alta eficiencia la enseñanza al cliente o la valoración de la familia y del hogar, en tanto que las auxiliares adiestradas están mejor preparadas para cuidados de cabeceras en la situación del hogar bajo la vigilancia de la enfermera titulada y las ayudantes del hogar son diestras en actividades tales como preparación de comidas, limpieza ligera, ir al mercado, acompañar clientes, etc. No es eficiente, desde el punto de vista monetario, que una enfermera titulada haga tareas de ama de casa a menos que sea para enseñar al cliente.

La segunda cuestión que ha de considerarse en el análisis de costos-beneficios, es la equidad. En la determinación de la equidad de una situación nos interesa saber quién paga los costos de los servicios suministrados y quién recibe los beneficios. Si los que pagan y los que reciben son las mismas personas, entonces se tiene una situación equitativa. Las situaciones inequitativas se dan cuando las personas que pagan por los servicios no son las que los reciben. Por ejemplo, los contribuyentes pagan los costos de los programas médicos subsidiados por el estado. Pero los contribuyentes rara vez reciben tales servicios y los que los reciben generalmente pagan impuestos mínimos.

Al hacer el análisis de costo-beneficio, se deben considerar todas las alternativas de costos directos e indirectos y los beneficios directos e indirectos de los programas en estudio. Ciertos *costos directos* tales como los desembolsos del cliente por servicios recibidos y los pagos de terceros por atención de la salud son bien evidentes. Menos claros son los costos directos como transportes y de los servicios, la carga que soporta la familia del cliente por causa de su enfermedad y la pérdida o interrupción de los ingresos, la pérdida para el empleador del cliente por su ausencia, y aquella parte del costo de la institución que suministra los cuidados y que no está cubierta por los honorarios. Los *costos indirectos* comprenden la pérdida de tiempo de trabajo o de escuela que sufren los miembros de la familia del cliente y al tener que transportarlo y cuidarlo, los impuestos que pierde el gobierno, y otros costos de oportunidad en que incurren la familia y el cliente como resultado de la enfermedad. Los *beneficios directos* de los servicios de salud comprenden la recuperación de un nivel funcional que permite al cliente volver al trabajo o a la escuela con un mínimo de días perdidos o de incapacidad residual, el número de años que se añaden a la vida del cliente, el efecto sobre la calidad de la vida del cliente, la familia, el empleador y la comunidad gracias a la recuperación de la capacidad del cliente para desempeñar su función productiva como individuo y trabajador. Los *beneficios indirectos* de los servicios de salud comprenden el empleo de personal de salud, la reducción de la pérdida de la posición económica y social del cliente, y los efectos de un grupo familiar cuya actitud hacia la vida es mejor de lo que hubiera sido en caso contrario. Esta es la clase de consideraciones de costo y beneficio que hay que estudiar al decidir entre posibles programas que compiten por recursos escasos.

Bailey sugiere que se planteen las siguientes preguntas al hacer todo estudio de costo-beneficio para asegurarse de que tienen en cuenta las cuestiones de eficiencia y de equidad. ¿Qué grupos de personas reciben estos beneficios? ¿Cuánto beneficio requiere un individuo en tratamiento? ¿Cuánto hay de réditos para el gobierno en cuanto a impuestos? ¿En qué períodos de tiempo se acumulan estos beneficios? ¿Qué clases de servicios maximizan esos beneficios? ¿Cuál es la forma del costo, cuál es la magnitud y el tiempo? ¿Quién comparte los costos: el individuo o la familia y los contribuyentes, o ciertos grupos de contribuyentes? ¿Los grupos que reciben los servicios pagan así mismo los costos? (1969:9.21-9.35).

Impuestos El principio de tributación en una sociedad libre es la decisión de los ciudadanos o de sus legisladores sobre cómo y de quiénes se van a percibir recursos y cómo se van a poner esos recursos a disposición para bienes y servicios públicos. En los Estados Unidos de los años 1970, los electores han influido directamente sobre algunos impuestos mediante referenda sobre aumentos en los impuestos para proyectos tales como trenes subterráneos para agilizar el tráfico y la construcción o adquisición de tierras para destinar a espacios abiertos.

Los impuestos se clasifican en tres formas: proporcionales, progresivos y regresivos. La tributación proporcional toma la misma proporción del ingreso de cada uno, independientemente de la cuantía de ese ingreso; un impuesto sobre la renta del 10 por ciento para todos es un impuesto proporcional. Un impuesto progresivo toma una fracción más alta del ingreso del rico que del pobre; el impuesto federal sobre la renta personal es un impuesto progresivo pues cuanto más dinero se gana, tanto más se paga de impuesto. La discusión de deducciones y escapatorias está fuera del alcance de este capítulo. Pero *en principio*, el impuesto federal sobre la renta es un ejemplo de tributación progresiva que, si se recauda adecuadamente, lleva a la redistribución de la riqueza de los ricos hacia los pobres. Los impuestos regresivos toman una mayor proporción de los pobres que de los ricos, o sea que la tasa impositiva disminuye a medida que aumenta la base sobre la cual la persona paga el impuesto. El impuesto predial, muy criticado por muchas razones, es un impuesto regresivo. Dos familias poseen viviendas de igual valor. El impuesto predial de cada casa es de \$ 855. El ingreso anual de la familia A es por ejemplo de \$ 15.000 y el de la familia B es de \$ 5.000. El impuesto predial es el 5,7 por ciento del ingreso total de la familia A y el 17,1 por ciento del de la familia B. Es por esto que los impuestos prediales son regresivos. Los impuestos regresivos tales como el predial, sobre las ventas y al consumo son especialmente empobrecedores para las personas que tienen ingresos fijos como los de jubilación, invalidez, y subsidio familiar. Muchas personas de edad que adquirieron sus casas mucho antes de jubilarse se han visto forzadas a venderlas porque sus ingresos de jubilación no aumentan lo suficientemente aprisa para que puedan hacer frente al aumento en espiral de los impuestos sobre los bienes raíces.

Resumen

Las enfermeras de Salud Comunitaria intervienen en asuntos políticos y económicos constantemente al trabajar con clientes, ya sean individuos, familias, grupos, poblaciones o comunidades. En este capítulo hemos dado una orientación sobre cómo operan realmente las cosas, en nuestra experiencia, discutiendo algunos aspectos claves de la política y la economía.

En la sección sobre política discutimos lo que es la política y lo que no es nuestro contexto. Luego pasamos a hablar del poder, de grupos de interés, de estrategias para tomar decisiones incluyendo las de avenencias, juegos, transacciones y ma-

trices de decisión; y de tres tipos de participación Comunitaria. La sección sobre política terminó con la discusión de un modelo de sistemas abiertos de una comunidad, configurado según el modelo de sistemas desarrollado en el capítulo 2.

La parte sobre economía comienza con una visión de conjunto del lugar que enfermería ocupa en el sistema de mercados y algunos antecedentes sobre cómo llegamos a él. Los conceptos económicos claves se definen luego y se dan ejemplos relevantes para la enfermería en salud comunitaria. Entre estos conceptos están: la oferta y la demanda, el análisis de costo-beneficio, los costos de oportunidad, la marginalidad y los costos en general.

Nada de lo dicho aquí agota el tema. Solo pretende dar una base fundamental de información sobre la cual las enfermeras de Salud Comunitaria puedan edificar sus propias experiencias y estudios.

BIBLIOGRAFIA

- ALINSKY, SAUL D. *Rules for Radicals*. Nueva York: Vintage Books, 1972.
- ALTSHULER, ALAN A. *Community Control: The Black Demand for Participation in Large American Cities*. Indianapolis, Indiana: Pegasus, A Division of Bobbs-Merrill Company, Inc., 1970.
- BAILEY, RICHARD M. "Economics and Planning." En *Health Planning 1969*, editado por Henrik Blum. Berkeley, Calif.: University of California, Berkeley, School of Public Health, 1969.
- "The Microeconomics of Health." En *Health Planning 1969*, editado por Henrik Blum. Berkeley, Calif.: University of California, Berkeley, School of Public Health, 1969.
- BENVENISTE, GUY. *The Politics of Expertise*. Berkeley: The Glendessary Press, 1972.
- BERNE, ERIC. *Games People Play*. Nueva York: Ballantine Books, 1964.
- CATER, DOUGLASS Y LEE, PHILIP R., eds. *Politics of Health*. Nueva York: MEDCOM, Inc., 1972.
- CONANT, RALPH W. *The Politics of Community Health*. Washington, D.C.: Public Affairs Press, 1968.
- DAHL, ROBERT A. *Who Governs? Democracy and Power in an American City*. Nueva Haven, Conn.: Yale University Press, 1961.
- EASTON, ALLAN. *Complex Managerial Decisions Involving Multiple Objectives*. Nueva York: John Wiley and Sons, Co., 1973.
- FERGUSON, MARION. *How to Determine Nursing Expenditures in Small Health Agencies: A Procedure Using Work Units*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare, Division of Nursing, Publication No. 902, revised, 1966.
- GALBRAITH, JOHN KENNETH. *Economics and the Public Purpose*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1973.
- GAMSON, WILLIAM A. "Violence and Political Power: The Meek Don't Make It." *Psychology Today* 8 (1974):35-41.
- HAWLEY, WILLIS D. Y WIRT, FREDERICK M., eds. *The Search for Community Power*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1968.
- HEILBRONER, ROBERT L. *The Worldly Philosophers: The Lives, Times and Ideas of Great Economic Thinkers*. 4a. ed. Nueva York: Simon and Schuster, 1972.
- KAHN, SI. *How People Get Power: Organizing Oppressed Communities for Action*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1970.

- KEYNES, JOHN MAYNARD. *The General Theory of Employment, Interest, and Money*. Nueva York: Harcourt, Brace and World, Inc., 1964.
- LEVIN, PAMELA Y BERNE, ERIC. "Games Nurses Play." *American Journal of Nursing* 73 (1973):483-487.
- LINDBLOM, CHARLES E. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1968.
- LONG, NORTON E. "The Local Community as an Ecology of Games." En *The Search for Community Power*, editado por Willis D. Hawley and Frederick M. Wirt. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1968.
- MARX, KARL. *Capital (Das Kapital)*. Chicago: Encyclopedia Britannica, Inc., The Great Books, vol. 50, 1952.
- MARX, KARL Y ENGELS, FRIEDRICH. *The Communist Manifesto*, 1848. Chicago: Encyclopedia Britannica, Inc., The Great Books, vol. 50, 1952.
- MAY, ROLLO. *Power and Innocence: A Search for the Sources of Violence*. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc., 1972.
- MEADOWS, DONELLA H. et. al. *The Limits of Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Nueva York: Universe Books, 1972.
- MENDELSON, MARY ADELAIDE. *Tender Loving Greed: How the Incredibly Lucrative Nursing Home "Industry" is Exploiting America's Old People and Defrauding Us All*. Nueva York: Alfred A. Knopf, 1974.
- MILIO, NANCY. *9226 Kercheval: The Store Front That Did Not Burn*. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press, 1971.
- MONSEN, JR., JOSEPH R. Y CANNON, MARK W.. *The Makers of Public Policy: American Power Groups and Their Ideologies*. Nueva York: McGraw-Hill, 1964.
- NOVACK, MICHAEL. "Politics as Drama." *The Center Magazine* 3 (Summer 1969):9.
- PAPE, RUTH H. (FLESHMAN). "Touristry: A Type of Occupational Mobility." *Social Problems* 11 (1964):336-344.
- PIORE, NORA. "Rationalizing the Mix of Public and Private Expenditures in Health." En *Economic Aspects of Health Care, A Milbank Resource Book*, editado por John B. McKinlay. Nueva York: Prodist, 1973.
- REDMAN, ERIC. *The Dance of Legislation*. Nueva York: Simon and Schuster, 1973.
- SAMUELSON, PAUL A.. *Economics*. 9a. ed. Nueva York: McGraw-Hill Book Company, 1973.
- SCHAEFER, MARGUERITE J. "The Political and Economic Scene in the Future of Nursing." *American Journal of Public Health* 63 (Octubre 1973):887-889.
- SCHOLNICK, JEROME H. *The Politics of Protest*. Nueva York: Ballantine Books, 1969.
- SHUBIK, MARTIN, ed. *Game Theory and Related Approaches to Social Behavior*. Nueva York: John Wiley and Sons, Inc, 1964.
- SILVERMAN, MILTON Y LEE, PHILIP R. *Pills, Profits, and Politics*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press, 1974.
- SMITH, ADAM. *Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Chicago: Encyclopedia Britannica, Inc., The Great Books, vol. 39, 1952.
- SMITH, PAUL A. "The Games of Community Politics." En *The Search for Community Power*, editado por Willis D. Hawley y Frederick M. Wirt. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1968.
- STIMSON, DAVID H. "Health Agency Decision-Making: An Operations Research Perspective." En *Administering Health Systems: Issues and Perspectives*, editado por Mary F. Arnold, L. Vaughn Blankenship, y John M. Hess. Chicago: Aldine-Atherton, Inc., 1971.

- STRICKLAND, STEPHEN P. *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of United States Medical Research Policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1972.
- THOMAS, JOHN M. Y BENNIS, WARREN G., eds. *Management of Change and Conflict*. Baltimore, Maryland: Penguin Books, 1972.
- WALZER, MICHAEL. *Political Action: A Practical Guide to Movement Politics*. Chicago: Quadrangle Books, 1971.
- WEBER, MAX. "Authority and Legitimacy." En *Politics and Society: Studies in Comparative Political Sociology*, editado por Eric A. Nordlinger. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1970.
- ZINN, CHARLES J. *How Our Laws Are Made*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office: 1972. Stock Number 5271-0304.

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA EN ACCION: ESTUDIO DE CASO

8

Ruth P. Fleshman y Sarah Ellen Archer

Introducción

Las dos primeras secciones de este libro han sido escritas para las enfermeras que se inician en enfermería de Salud Comunitaria. Creemos que una excelente manera de ilustrar muchos de los conceptos y técnicas discutidos hasta el momento, así como los que les siguen en la Parte III, es presentar el estudio de un caso vivido por enfermeras de Salud Comunitaria. Este estudio describe el trabajo de Salud Comunitaria que nosotras y colegas nuestras hemos hecho y continuamos haciendo en una comunidad rural. Presentamos en primer lugar el estudio del caso haciendo una descripción del área que se está atendiendo y de los procesos mediante los cuales las enfermeras de Salud Comunitaria se vieron gradualmente envueltas en las preocupaciones de la comunidad sobre la salud. Luego sacamos a luz y discutimos algunos de los principios y métodos que utilizamos con diversos grupos de clientes.

Nunca es posible escribir toda la información sobre una comunidad, ni siquiera la de una sola fracción de tiempo. En el mejor de los casos, el estudio de un caso es como una fotografía que detiene momentáneamente la acción en una corriente que fluye del pasado hacia el futuro. La comunidad jamás es estática, y así lo que hoy es cierto puede cambiar mañana. Por esta razón insistimos en el *proceso* de lo que ocurrió en un breve período en el pasado, mencionando solamente algunos de los resultados y prediciendo algunas probabilidades para el futuro.

Estudio de un Caso Real

La llanura costera del Condado de Pomo, igual que otras áreas de la costa norte, está separada de la población y de los servicios centrales por la cadena montañosa de la costa. Por esta razón los residentes de la costa sólo pueden llegar a los servicios a través de caminos difíciles de transitar. La población de veinte mil habitantes está muy dispersa en una zona servida por 180 km de tortuosas carreteras

estatales de dos vías. Los únicos asentamientos de significación en nuestra área-objetivo son Charleston, Pomo y Yerba Buena.

Los mapas locales están llenos de nombres de asentamientos de población, pero a veces no son más que una vieja placa en un establo indicando dónde hubo un pueblo maderero hace cuarenta o sesenta años. Otros poblados son poco más que un puñado de casas minuciosas de madera, en torno a un decrepito bar o a una estación de gasolina combinada con tienda y oficina de correos. Los viejos edificios escolares están cerrados por falta de niños; algunos se han convertido en negocios turísticos y otros se utilizan como viviendas privadas.

Toda la planicie costera estaba servida por diez médicos en 1969 cuando se comenzó este estudio. Había dos pequeños hospitales en Charleston, donde también estaba la oficina de la única enfermera de salud pública asignada a la costa desde la oficina principal situada en la sede del condado, a cincuenta tortuosos km por la montaña. La distancia desde la más cercana área metropolitana a Pomo es de 250 km, gran parte por sinuosas carreteras llenas de altibajos. Los servicios de salud eran manifiestamente inadecuados a las necesidades de la región (Tabla 9.1).

La planicie costera ha sido colonizada por blancos desde 1852 y hoy día las únicas fuentes de ingreso dignas de mención son la madera, la pesca y la cría de ovejas. En los últimos diez a quince años, la Costa de Pomo ha comenzado a desarrollar un modesto enclave artístico y, más recientemente, se ha convertido en una de las áreas donde el costo de la vida es bajo y a la cual han acudido muchos jóvenes marginados buscando una utopía rural que no podían hallar en el barrio Haight-Ashbury de San Francisco. Llegaron para encontrarse incómodamente asociados con los restos de una población de ancianos leñadores escandinavos, de pescadores portugueses, de campesinos estadounidenses tradicionales (algunos descendientes de exiliados proscritos de la guerra civil, procedentes del sur) y de jubilados de la ciudad murmuradores que habían venido a administrar los moteles de verano y a vivir de pensiones que en el mejor de los casos apenas les alcanzaban para sobrevivir en Pomo, donde los precios eran más bajos.

Dispersos por el condado, viven remanentes de tribus indígenas. Una pequeña agrupación vive en el área de Yerba Buena. La parte central agrícola del condado puede dar trabajo a mexicanos de los Estados Unidos de Norte América; pocos se ven por la costa. Escasos orientales viven a lo largo de la misma; algunos de los chinos han vivido allí por varias generaciones. Unos pocos japoneses regresaron tras haber sido prisioneros en la segunda guerra mundial. Aún cuando los datos del censo registran negros, hay muy pocos de ellos en la faja costera. Se informa que a las familias negras destacadas en la pequeña base militar del Centro del Condado se les recomienda buscar esparcimiento fuera del área.

Los turistas vienen de todas partes a California buscando playas arenosas, natación en el océano y días de eterno sol. Quienes serpentean por la tortuosa carretera desde las autopistas centrales, se ven bruscamente desilusionados. El calor de los valles del interior choca con el aire frío del océano y en verano la costa está generalmente cubierta de neblina la mayor parte del día. La temperatura es lo bas-

TABLA 8.1 Recursos de condiciones médicas y distribuciones demográficas

Médico por habitante

Costa de Pomo	1:2000±	(1970)
San Francisco	1:306	(1970)

*Distribuciones demográficas seleccionadas, Censo de los EE.UU., 1970:**De más de 65:*

Estado	9,0 por ciento
Todo el Condado	11,1
Pomo	14,3
Charleston	11,8
Yerba Buena	9,7

*Crecimiento de la población del condado 1960 a 1970: 0,1 por ciento**Distribución de la población*

Vecindades de Pomo y Charleston: 26,3 por ciento de todo el condado
 Area costera: aproximadamente el 40 por ciento de todo el condado

Principales causas de defunción en el Condado de Pomo 1969:

<i>Causas</i>	<i>Número</i>
Enfermedades circulatorias	280
Neoplasmas malignos	81
Enfermedades del sistema respiratorio	44
Enfermedades del sistema digestivo	35
Accidentes (no de tráfico)	28
Accidentes de tráfico	22
Ciertas enfermedades de la primera infancia	14
Neoplasmas benignos	11
Suicidios	10

tante baja en el día como para exigir un suéter y tener siempre un abrigo a la mano. Si bien cae poca lluvia en verano, la niebla es lo bastante espesa como para que se necesite hacer funcionar el limpiabrisas. La fría corriente de Alaska aporta a

veces buena pesca de salmón pero no se puede nadar sin ropa especial para combatir el frío. Los legendarios sitios para la pesca del abalón han sido fragmentados por buzos forasteros y del lugar. Los pescadores locales se impacientan mientras las enormes industrias pesqueras automatizadas del Japón y de Rusia criban mar afuera la pesca. La industria maderera ha caído más y más en manos de corporaciones nacionales gigantescas, ninguna de las cuales tiene su sede cerca. Los sindicatos de trabajadores son por lo común ineficaces en el área rural, y los trabajadores de Pomo tienen poco quien les ayude en sus luchas contra una elevada tasa de desempleo. Se dice que a los obreros de los molinos los dejan sistemáticamente cesantes un poco antes de que tengan derecho a compensación del estado por desempleo. Además es muy difícil conseguir subsidio del estado por pobreza, ya que el condado mismo es muy pobre y la legislación de los conservadores le asigna muy baja prioridad a esos subsidios. Los solicitantes se quejan con frecuencia de que se ven estorbados indefinidamente por entorpecimientos burocráticos siempre que tratan de buscar servicios en la distante sede del condado.

Así, cuando la crisis económica comenzó a afectar todo el estado a comienzos de 1970, su impacto no fue grande ya que el área costera había estado experimentando condiciones de recesión desde hacía tiempo; la industria maderera había bajado agudamente y la pesca costera se estaba convirtiendo al parecer en un negocio moribundo. Hacia 1971, el proyecto local del Consejo de Oportunidad Económica, nunca tan dinámico como un proyecto urbano, había no obstante estimulado mucha controversia en el condado organizando voluntarios locales para distribuir artículos alimentarios durante los últimos cinco meses de 1970 a los pobres de la costa. El gobierno del condado rehusó participar en el programa de cupones para obtener alimentos. La distribución de alimentos en enero de 1971 atendió a dos mil setecientas personas que merecían recibir estos paquetes constituidos a menudo de azúcar blanca, harina blanca, grasa de cerdo, mucha mantequilla, algunas verduras enlatadas, a veces carne enlatada, leche en polvo —cualesquiera productos que el Departamento Federal de Agricultura estuviese acumulando para contribuir a mantener los subsidios agrícolas. (Las enfermeras urbanas suponían que los cupones para obtener alimentos se conseguían en todas partes, y encontraron que los productos eran degradantes y poco nutritivos). Los dos días por mes en que se repartían los productos, los pobres tenían que alinearse frente a la bodega del COE al borde de la carretera de alta velocidad que estaba fuera de Charleston. Los beneficiados siempre permitían a los más viejos e inválidos pasar delante de los pobres más jóvenes. Algunos de los hombres jóvenes sin empleo se ofrecían como representantes voluntarios de personas demasiado enfermas o viejas para salir de su hogar, recibiendo y llevándoles sus alimentos. Los programas de charlas radiales de esos días hacían hincapié en la indignación que provocaba al ver que personas físicamente capaces recibieran alimentos gratis costeados, por los laboriosos contribuyentes. El que algunos de estos hombres se dejaran barbas y cabello largo no hacía más que aumentar la indignación, pues todo ello los identificaba, a los ojos de los comentaristas, como forasteros y pobres por gusto.

ATENCIÓN DE LA SALUD

Los dos pequeños hospitales de Charleston eran inadecuados para atender el área de la costa. Uno de ellos había sido declarado en peligro de incendio cuando su propietario, un médico, se negó a cumplir el código de seguridad. El otro era seguro pero demasiado pequeño, frío y lúgubre. Los votantes locales habían aprobado una emisión de bonos con la esperanza de que la construcción de un nuevo hospital significaría mejor atención de la salud. La población no advertía que este sería administrado precisamente por el mismo personal cuya ineptitud para manejar los servicios existentes habían criticado durante la campaña de emisión de bonos.

Muchos residentes habían empezado a criticar los servicios locales de salud, tal vez como reflejo de la tendencia nacional a elevar las expectativas en materia de atención. El antiguo fatalismo rural estaba cediendo el paso a un deseo de mejorar la calidad de la atención que recibían del médico, así como de aumentar el número de éstos. Era claro que con frecuencia no se podía conseguir atención, ya fuera porque los habitantes no podían pagarla, no la imploraban, o eran rechazados como inaceptables por los profesionales de la salud. Esta última era la experiencia de muchos de los jóvenes de la contra-cultura.

Ruth, una enfermera que investigaba la juventud de las comunas, trabajaba con algunos de los que vivían en comunas del Condado de Pomo y eventualmente entabló relación con una trabajadora social siquiátrica. Sue, quien compartía su preocupación por establecer algún servicio destinado a la clientela de jóvenes. Como ambas tenían experiencia de trabajo en consultorios gratuitos, las dos tomaron en cuenta ese modelo de prestación de servicios de salud para sus clientes, pero decidieron en contra porque la trabajadora social temía que la hostilidad de los residentes "rectos" del lugar bien podría manifestarse en forma de bomba incendiaria cualquier noche de sábado de camorra. Posteriormente, un grupo de profesionales de la salud tímidos pero simpatizantes, ofrecieron voluntariamente sus servicios y se ensayó un sistema de referencia a través de un árbol telefónico. Este es un sistema en el cual las personas que necesitan ayuda llaman a un teléfono central cuyo número se conoce porque ha sido publicado. Tras de explicar el que llama qué es lo que necesita, se le remite a otro número donde puede obtener información pertinente y ayuda según la necesidad que haya expuesto. Esta operación se parece a la de los "tableros telefónicos" manejados por voluntarios, que se han dispuesto en muchas comunidades y que actúan como servicios de información y de referencia de casos. La cosa resultó demasiado complicada y se hizo patente que se requería de un servicio visible de alguna clase, especialmente si se quería atender a los transeúntes que no podían irrumpir dentro de un sistema cerrado tal, pues se necesitaba conocer previamente el sistema de referencia para servirse del mismo, lo cual significaba que el servicio no se extendería más allá de quienes ya estaban en contacto con el sistema, exceptuando tal vez a quienes recibieran la muy lenta publicidad de la comunicación verbal. La enfermera

y la trabajadora social cayeron por fin en cuenta de que muchos de los problemas para suministrar un servicio especial a la juventud de la contra-cultura se originaban en el disgusto que este grupo minoritario inspiraba a los depositarios del poder local. Para entonces, varios jóvenes activistas locales habían comenzado a colaborar con la trabajadora social en la solución de los problemas que estaban encontrando al tratar de obtener atención de salud. De todas estas actividades surgió la decisión de establecer un centro donde el público pudiera obtener servicios aceptables de salud.

FORMACION DEL CENTRO DE SALUD DE LA COSTA DE POMO

Tras muchas reuniones informales entre jóvenes interesados de la región, se constituyó una Junta Ejecutiva con los más empeñados en desarrollar planes de servicio. Cuando ya fue claro que había muchas más necesidades que las de los jóvenes, la Junta se amplió para dar cabida a otros además de los jóvenes, que habían comenzado el proyecto y especialmente para que en ella intervinieran algunas de las personas mayores capaces de influir en las actitudes de la comunidad. Tras más de un año de planeación, los miembros de la comunidad y los profesionales de la salud establecieron en 1971 el Centro de Salud de la Costa de Pomo, sociedad sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar la atención de la salud de todos los residentes de la planicie costera.

Como los médicos locales estaban sumergidos en sus casos diarios, los servicios voluntarios vinieron principalmente de otros trabajadores de la salud (sobre todo enfermeras pero también un farmacéutico local, técnicos de laboratorio y ex-miembros del ejército) y de personas legas. Varias enfermeras locales expresaron bien pronto su deseo de trabajar para que se remediara lo que desde hacía tiempos sentían que eran defectos patentes de la prestación del servicio. Cuando se abrió el centro, seis enfermeras cedieron su tiempo para atenderlo un día a la semana y para desarrollar programas educacionales de salud dirigidos a las necesidades y deseos de la comunidad. Entre los ejemplos de lo último están un seminario vespertino sobre nutrición que reunía a diversos tipos de personas con creencias ampliamente divergentes sobre la alimentación (vegetarianos, herbales, macrobióticos, científicos, etc.), al cual asistían noventa y tres personas. Con un formato parecido se llevó a cabo una serie de sesiones sobre el parto natural para explorar el rango de creencias de esta población tan marcadamente poco ortodoxa.

En la primera etapa, los servicios del Centro de Salud fueron educación sanitaria, primeros auxilios y referencia según las necesidades, a los servicios médicos y dentales existentes. El local fue donado por la Iglesia Presbiteriana local. Un médico, de la comunidad convino en dar la supervisión médica que las enfermeras

creyeran necesitar. Varios otros médicos aceptaron tratar gratuitamente a cualesquiera pacientes que les fueran remitidos por el Centro, si no podían pagar los servicios. Los servicios de apoyo como el laboratorio, fueron lentos en desarrollarse. En general, la Junta no quiso utilizar la idea de gratuito, hablando más bien del Centro de Salud como de un "Centro a Bajo Costo".

Durante los primeros meses de funcionamiento semanal del Centro, hubo preocupación sobre el grado hasta donde se desarrollaría la demanda. Si había mucha respuesta de la comunidad, los recursos médicos existentes se verían abrumados, pues los médicos ya estaban trabajando tanto como querían. Algunos miembros de la Junta Ejecutiva persistían en el intento de reclutar profesionales proclamando los atractivos de la vida en la región, como también tratando de reunir recursos para subvencionarlos a su llegada. Pudieron así conseguir un dentista y un médico general de Nueva York. Un pediatra del valle del interior también fue persuadido para que diera consulta semanal en la costa, la cual se podría aumentar a más días si la demanda resultaba suficiente.

El aislamiento de la Costa de Pomo, respecto de los centros de atención y educación médica creaba muchos problemas en la obtención de cuidados y en la mejora de la calidad de los disponibles. Si tales deficiencias hacen que los habitantes tengan que confiar más en sí mismos, también crean amenazas a la salud que no se encuentran donde hay mayores recursos de salud cualitativa y cuantitativamente. Las enfermeras que atendían el Centro de Salud expresaron su deseo de suministrar servicios de alta calidad a sus clientes, pero su conocimiento de las tendencias en enfermería, roles profesionales, posibilidades de apoyo y de las destrezas para la prestación de servicios eran claramente restringidos.

Para ayudar a las enfermeras locales, Ruth, que también era profesora en una escuela de enfermería de la metrópolis, propuso un programa para traer enfermeras que hubieran terminado el programa de Magister en enfermería. Estas estudiantes post-graduadas podrían trabajar con las enfermeras del Centro de Salud del Condado de Pomo para desarrollar habilidad durante una residencia de verano en Enfermería de Salud Comunitaria.

Ruth escribió la propuesta, la cual fue sometida al departamento de salud del estado y financiada con la partida del mismo para proyectos especiales (título 314d del Acta de 1966 para la Planificación de Salud Integral, de 1966 PL89-749). El proyecto fue concebido para servir múltiples funciones: suministrar insumo de enfermería avanzada desde un centro universitario metropolitano de salud, adentrar a los estudiantes de nivel de Master en Enfermería en un sistema de salud Comunitaria y ampliar la cobertura y los servicios ofrecidos por el Centro de Salud de Pomo. Por otra parte, el proyecto estaba concebido para comprobar hasta qué grado podían las enfermeras actuar como suministradoras de cuidados primarios en un área donde tales servicios se consideraban como privativos de los médicos.

Aún con el activo apoyo de algunos funcionarios estatales de salud para acelerar la propuesta, tomó cerca de seis meses pasar de la idea a la efectiva recepción de

los fondos. La propuesta tenía que ser respaldada por la Junta del Centro de Salud y por la administración de la Escuela de Enfermería, y ser presentada y aprobada en el organismo estatal de planificación de salud integral y después de eso por el Consejo General de Planificación de Salud del Condado de Pomo. Tras la aprobación de la propuesta en cada uno de esos pasos, ésta fue enviada al gobierno central para revisión fiscal. Como los fondos tenían que ser asignados de un presupuesto que se vencía a fines de junio, había que procesarla con cierta urgencia, pero los engranajes burocráticos tomaban su tiempo. Un funcionario bien intencionado telefoneó la aprobación, pero el proyecto no podía comenzar oficialmente hasta que el contrato estuviera realmente en las oficinas administrativas de la escuela de enfermería.

EL PROGRAMA DE RESIDENCIA DE VERANO

Cuando las incomprensibles marañas burocráticas tanto del Departamento Estatal de Salud Pública como de la Universidad fueron desenredadas y el contrato quedó efectivamente ratificado a satisfacción de todos, las cuatro estudiantes de post-grado en enfermería se trasladaron al Condado de Pomo para iniciar un programa de residencia de doce semanas en enfermería en salud comunitaria. Su llegada había sido ampliamente pregonada en las comunidades costeras por artículos periodísticos en el Lighthouse de Pomo y por la estación de radio de Charleston, medios ambos que cooperaron ampliamente utilizando el material que se les entregó sobre las estudiantes graduadas y su cuerpo docente asesor.

Las cuatro enfermeras fueron seleccionadas para que representaran lo mejor posible las especialidades clínicas de enfermería. La hermana Margaret, de una orden religiosa, venía de California del sur, si bien había pasado nueve años de su niñez en el Brasil y todavía habla el Portugués. En los quince años de su carrera de enfermera, había trabajado en variadas especialidades como supervisora incluyendo unidades de coronarios y de cuidados intensivos, pediatría y siquiatría. Su programa de magister había versado sobre salud mental de la comunidad.

Flora, durante sus cinco años de enfermera, trabajó sobre todo en consultorios con adolescentes y jóvenes adultos. El año antes de entrar al programa de Master, enseñó enfermería pediátrica en una universidad del medio oeste donde su esposo proseguía estudios de post-grado en historia. Su programa de magister en pediatría había acrecentado su habilidad para trabajar con niños y parejas esperando familia.

María nació y se educó en la parte meridional del estado donde recibió su grado de enfermera y trabajó como enfermera general en un Centro importante para tratamiento de quemados. Posteriormente enseñó a enfermeras en un hospital general durante año y medio. Su interés principal eran las parejas de la comunidad que esperaban familia, en lo cual se reflejaban su especialización en Enfermería en Salud Comunitaria y su trabajo en un consultorio prenatal de vanguardia atendido por enfermeras, durante el programa de magister.

Joan procedía del medio oeste y recibió su grado de enfermera en una universidad de la región antes de venir al oeste para sus estudios de post-grado. La mayoría de su experiencia la obtuvo en unidades de cuidados intensivos y en áreas de recuperación quirúrgica. En su programa de magister se especializó en enfermería médico-quirúrgica, con lo cual se completaba el ámbito clínico del grupo.

También participaron en este programa tres miembros del cuerpo de profesores de la escuela de enfermería, con el fin de suministrar la asesoría autorizada que se necesitaba para definirlo como programa de residencia clínica. Sus áreas de idoneidad eran: Ruth en salud de la comunidad, Jane en salud mental de la comunidad y Kit en enfermería materno-infantil.

El primer gran problema fue encontrar alojamiento para las cuatro enfermeras, ya que la demora en la asignación del presupuesto no había permitido a los miembros de la comunidad retener alojamientos que ellos habían comprometido de intención. Esto no fue más que el comienzo del impacto de las precarias condiciones económicas que se encontraron durante este programa de verano. Flora y María encontraron una casa de campo diez y siete km adentro que pudieron tomar compartiéndola con otros trabajadores de la salud que también estaban desarrollando proyectos de verano. La hermana Margaret encontró un apartamento adecuado dentro de la propia ciudad de Charleston. Joan al fin localizó una casa-remolque en el asentamiento pesquero cercano a Charleston.

En su primera reunión con el personal del Centro de Salud, se vio claro que las seis enfermeras voluntarias que hasta entonces habían estado trabajando, confiaban en que las recién llegadas obraran milagros según la lista monumental de proyectos que presentó la líder del grupo y que ellas esperaban como resultado del programa de verano. Las nuevas enfermeras (que en lo sucesivo se denominarán enfermeras residentes) escucharon la lista completa y luego sugirieron amablemente que sus propios objetivos e intereses particulares las habían llevado a considerar tres proyectos comunitarios: clases prenatales, crianza de niños y captación de ancianos para evaluar sus necesidades de cuidados médicos y de salud. Además tenían la intención de ampliar las horas y los servicios del Centro de Salud mismo. Propusieron que cada una de ellas trabajaría con una de las enfermeras locales como contraparte si había áreas de intereses comunes, así como también en el funcionamiento de las sesiones del Centro de Salud. Como varias enfermeras de la localidad estaban embarazadas o planeaban un embarazo, su interés por el programa prenatal fue muy marcado. Había menos interés en las clases para padres, y ninguno en los problemas de los ancianos.

Al comenzar el verano, la clínica se trasladó de un aula de la escuela dominical que había compartido con una clase en el sótano de la iglesia presbiteriana, a un aula enorme y desnuda en una construcción escolar abandonada y alquilada al proyecto del COE por una firma local para el desarrollo de tierras madereras. Este traslado fue factor disuasivo del plan para mantener los consultorios abiertos toda la semana pues la sala no tenía ni calefacción ni iluminación. También había que pintarla, extender conexiones eléctricas, hacer obras de fontanería, carpin-

tería y otras modificaciones antes de que los distintos inspectores del condado pensarán en aprobar la instalación de gas y fuerza eléctrica. A cada grupo de mejoras resultaban más demandas de parte de los inspectores, y el verano terminó antes de que se pudiera contar con alguno de los dos servicios. Los grupos de la comunidad así como también las enfermeras residentes, gastaron muchas horas haciendo las modificaciones necesarias tanto para las inspecciones de los funcionarios de los servicios de gas y electricidad como intentando mejorar la estética del aula que parecía un granero. La privacidad del paciente fue una de las principales preocupaciones de las enfermeras y así se convirtieron en salas de examen y tratamiento de minúsculas habitaciones parecidas a alacenas que fueron equipadas con mobiliario y mamparas obsequiadas. Los exámenes pueden ser innecesariamente molestos cuando cliente y enfermera tiritan ambos de frío. Por lo menos estas habitaciones daban frente al sol de la tarde, cuando lo había.

Establecimiento de Programas Específicos

La primera medida tomada por la hermana Margaret y Joan para evaluar los cuidados geriátricos, fue entrar en contacto con varios profesionales de la salud de la región. Hubo desde visitas hasta otros intentos para entrar en contacto con los médicos que ejercían en la localidad, con personal hospitalario y de salud pública y con ex-funcionarios de salud. Se encontró una fría recepción acompañada de constantes declaraciones de que "ustedes no son necesarias" y "nuestros ancianos están bien atendidos sugiriendo que las enfermeras residentes estaban por demás y que su presencia constituía cierta amenaza para otro personal de salud. Pero las enfermeras se convencieron pronto, asistiendo a reuniones del Club de ancianos, a la iglesia y haciendo visitas domiciliarias, de que las opiniones del personal de salud no eran compartidas por los ancianos. Se lograron al fin identificar tres categorías principales de necesidades: (1) pacientes que trataban de cumplir regímenes médicos sin entender claramente las instrucciones, (2) pacientes dados de alta del hospital sin instrucciones, sin suministros, ni planes realísticos de seguimiento, y (3) personas sin vigilancia médica de ninguna clase y nada dispuestos a buscarla por temor a los gastos en que incurrirían. Pocas entre estas personas consideraban el Centro de Salud como solución posible para sus necesidades, en parte debida a la distancia desde sus casas, pero también por su vinculación con la juventud de la comunidad.

Durante el verano se tuvo información sobre un servicio domiciliario de enfermería que había fracasado por innecesario. Los contactos con médicos locales revelaron que pocos habían tenido siquiera la más vaga idea de que hubiera existido tal servicio. Por otra parte, parecían agudamente conscientes de la necesidad de un programa semejante y estaban ansiosos de remitir pacientes que necesitaban asistencia por intermedio del Centro de Salud. Un médico trató de definir el papel de las enfermeras residentes como el de persuadir al hospital que las contratara para dar educación en servicio sobre planeamiento del alta. Este papel era incompatible con los objetivos del programa, pero podría haber contribuido a que

más tarde el hospital hiciera intentos de establecer algún programa en servicio. Otro médico decidió que la función apropiada de esas enfermeras debería ser ayudarlo a liberalizar los reglamentos del hospital local sobre admisión de pacientes.

María se dedicó principalmente a la educación de parejas que esperaban hijos y a la preparación sicoprofiláctica de Lamaze para el parto. Aun cuando las enfermeras locales se desinteresaron, se encontró una instructora local del método de Lamaze, quien convino en seguir trabajando después del verano con la clientela del Centro de Salud y a aceptar el sistema de trueque por sus servicios a los que no tuvieran con que pagarle. Aun cuando en la costa no había ningún obstetra, se supo que uno que residía tierra adentro del condado estaba planeando contratar dar una enfermera para dar clases a las parejas que esperaban familia a pesar de que éstas hubieran tenido que atravesar las montañas para atenderse el parto. La insistencia de la juventud alienada en el parto domiciliario, planteaba un problema de envergadura ya que solamente un médico estaba dispuesto a prodigar así fuera solamente cuidados prenatales a los jóvenes que expresaban su deseo de dar a luz en el hogar. Hasta él se negó a ver estas mujeres después de que unas cuantas de ellas presentaron complicaciones del parto. A fines del verano aún no se había logrado obtener atención obstétrica, de modo que varias embarazadas no disponían de seguimiento médico de la clase que ellas hubieran aceptado.

A principios del verano, un pediatra recién llegado invitó a Flora a dirigir con él un grupo de discusión sobre crianza de niños. Los padres de la comunidad expresaron interés por cortesía, pero pocos asistieron y hasta el pediatra perdió su propio entusiasmo tras unas cuantas sesiones. Se propusieron dos explicaciones de la baja asistencia: primera, que la población "hippy", dada a un estilo de vida primitivo, se orientaba más a la acción y no respondía a los grupos de discusión intelectual. Segunda, que los residentes locales más tradicionalistas recelaban de cualesquiera recién llegados y vacilaban en asistir mientras semejante grupo no se hubiera dejado conocer durante muchos meses. De veras los individuos y las organizaciones de la comunidad colocaban muy en alto la antigüedad y la aceptación tanto de las enfermeras como del Centro de Salud procedió a un paso mucho más lento de lo que habría ocurrido en un medio urbano.

En julio se propuso el establecimiento de una consulta de crecimiento y desarrollo del niño, la cual se consideraba una oportunidad para desarrollar un programa para ayudar al médico y a la vez hacer evolucionar el componente de enfermería en ese campo. Se pensó que si fuera posible desarrollar en la consulta una identidad de enfermería más definida, esta serviría como punto de partida para iniciar alguna atención primaria en pediatría, interés que compartían Flora y una de las enfermeras locales. La carencia de fondos y los detalles de procedimiento bloquearon la apertura de dicha clínica.

Casi todo intento de innovación que se originara ya fuera en las voluntarias del Centro de Salud o en las enfermeras que estaban haciendo la residencia parecía destinado al fracaso. Durante el verano se les hizo cada vez más difícil a las enfermeras voluntarias locales, cumplir sus compromisos con el Centro de Salud

y gradualmente retiraron sus servicios dejando que las enfermeras residentes hicieran el trabajo y además reclutaran nuevas voluntarias locales. Los objetivos de los proyectos de las enfermeras residentes se modificaron para documentar y demostrar las necesidades de la comunidad, con la esperanza de involucrar a otras personas en el proceso de modo que otros continuaron su labor en la comunidad una vez que terminara su residencia de verano.

Las experiencias clínicas pusieron en evidencia para las enfermeras residentes cuáles eran las necesidades de muchos de los clientes. Desde que el Centro de Salud había comenzado a funcionar se había hecho sentir la necesidad de asesoramiento en embarazos y abortos. En un día dado, hasta la mitad de las clientes atendidas solicitaban pruebas de embarazo y los consejos consiguientes en cuanto a control de natalidad, referencia a la consulta prenatal, o servicio de aborto. La falta de servicios prenatales de algún tipo en la faja costera exigía la remisión a otras ciudades: usualmente a la sede del condado para cuidados prenatales y a 250 km para abortos en la metrópoli. Todo el personal de enfermeras y los voluntarios interesados en asesoría sobre embarazo y aborto, se sentían inadecuadamente preparados para ayudar a estos clientes en crisis. Las enfermeras residentes prepararon un taller de un día con miembros del cuerpo docente de post-grado en enfermería como personas —recurso para discutir las leyes sobre aborto, asesoría, la crisis normal del embarazo, y la misión de las enfermeras en cada caso. Un resultado de esta reunión fue un servicio de asesoría planificada para toda mujer que acudiese a solicitar pruebas de embarazo o en busca de consejo. Este servicio comprendía remisión a donde fuera factible para cuidados prenatales, distribución de información escrita disponible, asesoría y remisión para aborto, y durante el verano, un programa de asesoría y educación para la salud dirigida a los futuros padres. Se tomaron disposiciones para que tres voluntarias locales asistieran en el inmediato futuro a una sesión de adiestramiento en planificación familiar sobre asesoría de aborto y embarazo.

Durante el verano, el consultorio estuvo abierto dos medios días semanalmente para atención médica sin cita y medio día para clases de Lamaze y asesoría en embarazos. Los clientes eran enviados por sus médicos para cambios de vendajes, irrigaciones con catéter y procedimientos técnicos por el estilo. Muchos venían por su propia cuenta para evaluación de diversos síntomas o problemas: comezón, erupciones, heridas infectadas, niños enfermos, toses persistentes. Cuando era fácil determinar la causa, como en el caso del zumaque venenoso, el personal de la clínica aconsejaba procedimientos útiles. Se hacían las referencias apropiadas según el caso, mensualmente se examinaron setenta clientes por mes y se hicieron aproximadamente de 35 a 40 referencias para consulta médica.

La respuesta de la comunidad al Centro de Salud fue agobiante para los recursos médicos de la región. Los cuatro médicos más simpatizantes del Centro en las primeras etapas, pronto empezaron a negarse a atender más casos referidos, diciendo que no tenían tiempo para aceptar nuevos pacientes. Otra posible razón para que negaran servicio a casos referidos por el centro fue que los clientes no

cumplieron el compromiso de pagar en especie la atención médica como se había convenido. Una de las enfermeras trató de hacer frente a esta situación urgiendo por que se ampliara la asesoría para que se extendiera a aconsejar el uso de varios remedios corrientes (sin receta). Hubo mucha vacilación de parte de las demás y ella no persistió lo suficiente como para crear un modelo positivo de cuidado no médico. Parece que la prestación de atención primaria por enfermeras solamente es posible si hay un contacto más prolongado y estrecho con los médicos locales y un desempeño menos conservador del rol por parte de quienes lo intentan. Los dos pasos inmediatos considerados por los médicos locales y un Consultor Regional de programas Médicos, para aliviar la escasez de atención, fueron (1) estimular a mayor número de médicos a trasladar su consultorio al área y (2) estimular el ejercicio médico en agrupaciones. Para ello, Sue, la directora del Centro de Salud, encontró un nuevo médico de Nueva York, quien no obstante, al llegar, no mostró disposición de hacerse cargo de la dirección médica del Centro de Salud o de contribuir siquiera a sus servicios.

Penetración de la comunidad

Pese a la falta de interés en las clases del pediatra para las parejas, se decidió ensayar nuevamente el método de enseñanza a la comunidad, pues varias personas del interior del área habían expresado informalmente su interés en algún tipo de discusiones que las ayudaran a ayudarse a sí mismos. Evidentemente, había más probabilidades de éxito, si las clases versaran sobre temas de interés para la comunidad. Tras cuidadosas negociaciones con los conservadores directores de Grange Hall, se utilizó ese local para un curso vespertino sobre cuidados en el hogar y primeros auxilios. A la primera sesión asistieron quince personas (acudió todo invitado de la pequeña comunidad). El interés siguió durante las seis sesiones semanales cuyos temas incluyeron la preparación de un botiquín de primeros auxilios; tratamiento de emergencias corrientes en el hogar como quemaduras, cortaduras, esguinces y fracturas; enfermedades de la niñez y otras enfermedades contagiosas como la hepatitis. La importancia de estas sesiones parecía doble: en primer lugar, se compartía información, sobre salud y experiencias relacionadas con ésta y en segundo lugar se daba a conocer el papel de la enfermera que vive en la comunidad y trabaja con el Centro de Salud, para mostrar su realidad y legitimizarlo de esa manera a los ojos de las gentes de la población. Como resultado de las clases, más personas acudieron al Centro en busca de ayuda para resolver sus problemas de salud. (Ninguno de los residentes de la comunidad que asistieron a estas clases cayó víctima del brote de hepatitis que se presentó luego en la región).

Ya avanzado el verano uno de los clientes del centro brindó la ocasión de penetrar a la comunidad invitando a Flora a que fuera al río a hablar con algunas de las cincuenta o cien personas que vivían en su orilla. La diarrea era un problema recurrente en la comunidad de verano que acampaba en el río. Flora y su colega local hablaron con unos veinte adolescentes y adultos jóvenes reunidos en la playa.

Pronto se triplicó la multitud al adentrarse en las causas y el tratamiento de la diarrea. El hacinamiento y la indiferencia, el saneamiento básico contribuían a la recontaminación cíclica y la recurrencia de la diarrea. La dirección dentro del grupo era difusa y fueron pocos los que exteriorizaron alguna intención de comprometerse a actuar. Parecía probable que las condiciones que planteaban el problema iban a persistir. La asesoría individual sirvió de alguna ayuda para problemas individuales de salud y unos pocos acudieron al Centro según se les sugirió. Las enfermeras recogieron agua del río y muestras de heces que fueron enviadas al departamento de salud del estado para su análisis. Los resultados del análisis del agua no llegaron hasta fines del verano pero las muestras resultaron libres de bacterias. En consecuencia, no se instituyó tratamiento general y los individuos tenían que depender de cuidados médicos particulares para su tratamiento.

La medida adoptada por las enfermeras residentes de identificarse aun en los encuentros casuales como personal de verano del Centro de Salud, sirvió como válvula para la expresión de muchas preocupaciones por problemas de salud que los residentes locales no tenían con quien consultar. El entrar en contacto con miembros de la comunidad fuera del Centro de Salud nos permitió identificar necesidades de salud, ocuparnos en educación incidental de salud, expresar interés y compromiso y sugerir maneras apropiadas de abordar asuntos que requerían investigación o mayor atención. Conocer a las enfermeras antes de encontrarse con ellas facilitó a los residentes del área aceptar este papel no tradicional que estaban desempeñando. El uniforme de la hermana Margaret era una ventaja para ser reconocida ya que le daba entrada entre los miembros más viejos de la comunidad. Se la detenía gradualmente cuando salía de misa para hablarle de personas ancianas necesitadas de visitas domiciliarias. Las discusiones sobre salud se suscitaban donde quiera: tiendas, salas de recibo, bares, restaurantes, esquinas, en suma, donde quiera que las gentes se reunían a conversar. El corto tiempo que tenían para permanecer en la comunidad motivó a las enfermeras a trabajar más intensamente de lo que hubieran necesitado enfermeras permanentes para llegar a las personas. Lo que lograron indicó cuán eficaces pueden ser las enfermeras que mantienen visible y en acción su identidad, incluso cuando no están "de servicio".

Durante el verano, un joven se instaló en la casa de campo mientras hacía campaña para persuadir a los votantes locales de que aprobaran un referendun que permitiese a un urbanizador afuerño crear una comunidad gigante para jubilados en un área de ranchos en el este del Condado de Pomo. La derrota del referendun no solo reflejó conciencia ecológica sino también una honda hostilidad hacia los forasteros. Este mismo tema funcionaba para hacer más lentos los procesos de renovación que intentaban las enfermeras residentes y los nuevos médicos, quienes partían de la base de que las normas sanitarias eran un asunto puramente profesional. El mismo fue luego la razón central para que rehusaran permisos para establecer un servicio público de recreación en la costa y fue el impulso para que el COE creara un servicio autóctono de ayudantes del hogar frente a la posibilidad de que una empresa nacional privada llegara a prestarlo. Cuando Ana (ver adelan-

te, al final de la página 210) se propuso regularizar su servicio de enfermería domiciliaria, este elemento se invocó deliberadamente para movilizar el respaldo local.

Una estudiante de otra universidad se encontraba realizando su propio proyecto de verano que consistía en examinar todos los pozos de agua del área que circundaba la casa de campo de María y Flora. Para fines del verano ella publicó su informe de que casi todos estaban grandemente contaminados con organismos coliformes. Aun cuando un informe de esa clase era como desatar furor y establecer medidas correctivas inmediatas, fue recibido por la gente del pueblo con profunda displicencia. Lo desdénaron y comentaban que el agua había sido la misma durante cuarenta años y que no veían razón para preocuparse ahora por eso. Todas las enfermeras residentes y sus profesores e invitados habían observado que muy poco después de llegar de visita les daba diarrea, a la cual le aplicaban varios nombres graciosos. Algunas comentaron también que las menores raspaduras de la piel se les infectaban invariablemente hasta que volvían a utilizar el suministro de agua metropolitano. Se apeló al proceso transitorio de lavarse solamente con jabón de hexaclorofeno y beber tan poca agua sin hervir como fuera posible. Hasta los cubos de hielo se hacían de agua hervida para mantener así los cocktails moderadamente asépticos.

La terquedad de los lugareños hubo de probarse al otoño siguiente: se presentó un grave brote de hepatitis cuando uno de los comerciantes locales se negó a aislarse estando aún con ictericia. Una de las enfermeras voluntarias locales fue contratada temporalmente por el departamento de salud para trabajar con el jefe de un programa que trataba de introducir medidas sanitarias en los hogares del área afectada. Observaron que los más afectados no fueron los jóvenes de la contracultura que habitaba la región, sino las llamadas gentes "correctas" lo cual sugirió que su inmunidad no era tan elevada como la de los jóvenes que habían estado más expuestos a los organismos del ambiente. El médico comentó asimismo que ya no podía emplear el término "hippy Sucio", pues habían encontrado que sus viviendas estaban por lo general más limpias que las de sus "correctos" vecinos.

Las profesoras de enfermería dirigían seminarios semanales para las enfermeras locales y residentes quienes, á más de conducir los talleres sobre embarazo y aborto, se hacían cargo de la dinámica de la comunidad, las relaciones interprofesionales, los problemas de integración del servicio, y del reclutamiento, conservación y adiestramiento en servicio de voluntarios para el Centro de Salud. Uno de los resultados de un seminario fue la iniciación de sesiones de revisión post-clínica en las cuales todas las enfermeras que habían intervenido ese día discutían los problemas de los clientes y su manejo así como también aspectos de interacciones del personal. Estas sesiones generaban ideas de interés general que entonces se aportaban a las reuniones del grupo total de enfermeras. También servían para resolver problemas interpersonales antes de que llegaran a la etapa de conflicto.

Un logro alcanzado fue que aumentó el contacto con el funcionamiento de salud del condado. El programa de planificación de la familia financiado con fondos

del COE ofrecía una consulta mensual en el Centro de Salud (pese a la falta de calefacción y de electricidad) dando al personal del centro de salud lo mismo que al del COE la oportunidad de conocerse mejor con las voluntarias del Centro de Salud. La enfermera de salud pública parecía sentirse un triz menos amenazada por las enfermeras residentes. Los trabajadores del COE trataban de ayudar al Centro de Salud a obtener equipo y mobiliario. Gracias a los esfuerzos de las profesoras de la escuela de enfermería se preparó el protocolo para solicitar al COE fondos para un programa de detección, tratamiento y educación para un conjunto de enfermedades venéreas. Sin embargo, siendo como son las prioridades nacionales y del estado no fue posible conseguir financiación. El personal del COE siguió tratando de hallar fondos para un proyecto cuyo propósito era demostrar la necesidad de tal programa.

Comó sí las circunstancias del Centro de Salud no hubieran sido suficientemente precarias desde el primer momento, a fines del verano la enfermera local que había sido sumamente activa administrándolo anuncia que se marchaba con su marido organizador de comunidades a otra área, y que ya no podría animar más la labor del Centro. Su retiro fue un duro golpe pues conocía la comunidad y tenía acceso al personal del hospital local por trabajar regularmente allí.

Resultados

En el informe final se presentaron los siguientes resultados y recomendaciones basados en lo ocurrido durante el programa de residencia de verano:

Los servicios del Centro de Salud se ampliaron para abarcar clases prenatales preparatorias del parto, pruebas de embarazo, asesoría y referencia ya fuera para aborto o para cuidados prenatales, visitas domiciliarias a las familias de la comunidad, especialmente a los ancianos, para atención de enfermos y ocasionalmente, procedimientos clínicos prescritos. La sobrecarga y subsiguiente pérdida de los recursos médicos de la comunidad sugiere la necesidad de que los médicos recientemente contratados intervengan más directamente, o si esto no es posible, reclutar médicos adicionales más específicamente asociados al Centro de Salud. Esto exige alguna fuente de financiación o, si pudiera ser factible, intentar establecer una conexión fiscal con el departamento de salud.

La pérdida de las enfermeras voluntarias de la comunidad que contribuían regularmente exige que se recluten más de ellas para proveer el mínimo necesario de servicio. Esto, sin embargo, pone de presente la necesidad de aumentar la satisfacción en el trabajo, posiblemente a nivel material, al menos para sostener la enfermera que asume mayor responsabilidad de manejar el programa de consultas.

Ante la carencia ya demostrada de un nivel adecuado de cuidados médicos, se debieran encontrar medios para permitir a las enfermeras y voluntarios legos ampliar sus funciones legítimamente a aquellas áreas de atención directa necesaria y deseada por los clientes pero que no se pueden obtener de otra manera. (Esto exigirá largo y estrecho contacto con algún médico autorizado pues la timidez de las enfermeras y el sesgo conservador de la profesión médica solo se pueden supe-

rar con la confianza lograda en un espacio de más de tres meses). Varios médicos indicaron su interés en una expansión tal del rol de la enfermera, pero ninguno podía suministrar el respaldo financiero necesario para intentarlo. Se informó de un pediatra del interior que contrató una enfermera para que se adiestrara para el rol de atención pediátrica primaria, pero no había aparecido por la costa para fines del verano.

Pese a los intentos del Centro de Salud de establecer la imagen de que ofrecía a la comunidad servicios de amplio alcance, muchos de los pacientes ancianos lo consideraban como un servicio solo para los jóvenes y especialmente para los de la variedad "hippy". En un área donde los así llamados constituyen una minoría desdeñada, un servicio destinado a ellos no se considera apropiado para las gentes "correctas". Los servicios de penetración comunitaria suministrados por enfermeras voluntarias muy respetables, los medios de información interesándose por problemas de una población que no era la "hippy" y la concurrencia públicamente a funciones "correctas" son cosas esenciales para la supervivencia de la clínica y su desarrollo como servicio para la comunidad total.

Una enfermera local que en la primavera había expresado mucho interés en el rol de la enfermera de salud comunitaria con atención primaria, no pudo cumplir su propósito dentro de la estructura de su papel de esposa. Al final del año no sólo había discontinuado su participación como voluntaria del centro de salud sino que ella y su marido médico se habían marchado del estado privando así a la región de dos profesionales. Si bien las causas son siempre complejas y peculiares en cada situación, cuando se piense experimentar nuevos roles en una profesión predominantemente femenina, debe tomarse en cuenta la posibilidad de que las mujeres aún dependan de las movidas que su esposo haga para progresar en su propia carrera.

Ubicación de enfermeras en una comunidad

La aceptabilidad y factibilidad de las enfermeras como dispensadoras de salud comunitaria, incluso dentro del limitado campo que se intentó abarcar ese verano, es algo que los siguientes hechos pueden demostrar. Los médicos locales estuvieron dispuestos a referir clientes a los servicios de enfermería domiciliaria y del Centro de Salud. Los médicos locales urgían firmemente (pero en vano) a las enfermeras para que iniciaran y participaran en acciones que mejorasen las políticas hospitalarias locales y los programas de educación para enfermeras hospitalarias. El jefe de salud del condado estaba dispuesto a aprobar el empleo de enfermeras para establecer sesiones especiales de consulta de crecimiento y desarrollo infantil y a ampliar el rol de la enfermera dentro del Centro de Salud. Los residentes locales estaban dispuestos a hacer referencias, a aceptar servicios de las enfermeras y a asistir a seminarios vespertinos sobre educación para la salud de la comunidad y a clases para preparar mujeres para el parto y sobre primeros auxilios y atención del paciente en el hogar.

Pero la firmeza de esta aceptación nunca pudo probarse en términos de finanzas

porque los servicios eran gratuitos. En realidad, siempre que se debatía lo de los fondos, se veía claro que los demás profesionales estaban muy dispuestos a tolerar y a utilizar servicios gratuitos de enfermería, pero no estaban dispuestos a pagarlos o siquiera a hacer arreglos para encontrar fuentes de financiación. La formación de una enfermera profesional independiente era un concepto relativamente nuevo (en 1971 cuando se cumplió el programa de residencia) para muchos de los médicos locales y parecía amenazar a la mayoría de las enfermeras locales. Ninguno de los organismos ortodoxos respondió positivamente al nuevo rol y puede que en una área como esta sea necesario explorar otros medios de sostener una enfermera. Y aun puede ser posible tratar de ofrecer servicios gratuitos si se encuentra una enfermera capaz de someterse a experimentar esta idea.

Aunque el personal de enfermeras voluntarias anterior sufrió una marcada reducción, las enfermeras residentes lograron con su esfuerzo conseguir dos enfermeras especializadas a nivel de magister, una de las cuales solo hacía poco que se había trasladado al área y era conocida de una de las profesoras (y contratada al momento). La otra era Flora, la especialista en pediatría, que resolvió experimentar con su propio interés en preescolares y estableció un centro de cuidados para niños en colaboración con un grupo de parejas de la localidad. Comenzó por negociar con un grupo de pediatras para que le enseñaran procedimientos de atención primaria de la salud y trabajó como coordinadora voluntaria de los servicios del Centro de Salud.

El impacto de su residencia sobre las otras enfermeras fue profundo. La experiencia les proporcionó una apreciación sumamente realista de las complejidades del proceso de cambio aún en el sistema de salud relativamente exento de complicaciones de una ciudad pequeña. Juanita y Mary, quienes se dedicaron a la enseñanza de la enfermería, han informado hasta donde esta experiencia va a influenciar su enseñanza. La hermana Margarita recuerda ese verano como el acontecimiento aislado más importante e instructivo de su formación.

El convertirse en miembros así fuera temporales de comunidades permitió a las enfermeras experimentar agudamente las diferencias entre las áreas urbanas y rurales y sus repercusiones en la atención de la salud en general y en el funcionamiento del Centro de Salud en particular. El efecto de la depresión económica del área fue agudo y evidentemente escaseaban los fondos para atender necesidades de salud. Este hecho preocupó muy poco a quienes controlaban los recursos del área. El conflicto entre sectores de población en aspectos de edad, étnicos, sociales y de mentalidad era bien patente y vital para la labor de las enfermeras.

Aun cuando la obstaculización de los médicos era frecuente cuando se ensayaban nuevos enfoques del trabajo ese verano, lo más desanimador para las enfermeras fue ver que sus propias colegas eran todavía más renuentes al cambio o a aceptar ideas nuevas. A pesar de que advertían claramente que la continuación del Centro de Salud dependía de que se reclutara nuevo personal de enfermeras, simplemente eran incapaces de dar los pasos que sabían que eran necesarios para involucrar a otras enfermeras locales, tales como localizar y asistir a las reunio-

nes de la asociación de enfermeras del condado, buscar enfermeras autorizadas para ejercer y otras cosas por el estilo.

ACTUALIZACION 1971-1974 EN FORMA CONDENSADA

Después de irse las enfermeras de verano, el Centro de Salud tuvo que reducir sus servicios a un día por semana con enfermeras voluntarias de la comunidad totalmente nuevas. Unos cuantos nuevos médicos se establecieron en el área, entre ellos un obstetra y ginecólogo. El servicio que Flora fundó para atender preescolares duró dos años bajo su dirección y de ésta se hizo cargo una parte de la junta de padres que había establecido con fines de dirección. Trabajó ella un año como enfermera de atención pediátrica primaria pero los pediatras de tierra adentro que lo respaldaban no podían aprobar que ella aspirara a recibir honorarios por sus servicios profesionales. Ella y su marido forman ahora parte de la comunidad empresarial de Charleston.

El informe sometido al estado después de la residencia de verano se hizo llegar al departamento de salud local donde provocó un poco de furia. Una copia de los comentarios marginales añadidos internamente y que se filtró, sugiere que la presencia de enfermeras en la comunidad que no estuvieran controladas por enfermeras oficiales era una amenaza territorial. Varias notas se referían a que las fallas que nosotras habíamos encontrado jamás hubieran ocurrido si hubiéramos estado bajo la égida del departamento. Nosotras podemos predecir que el valor de una experiencia vinculada a un organismo no habría superado a la limitación de oportunidades que hubieran encontrado las enfermeras residentes para estimular y responder a las necesidades de la comunidad. Parece interesante que todas las innovaciones subsiguientes en enfermería (ver más adelante) hayan procedido de enfermeras de fuera y no de las filas burocráticas. Nuestra experiencia con otras grandes instituciones de salud sugiere que los procedimientos para mantener el sistema puede evolucionar tan rápidamente que no quedan energías para introducir innovaciones creativas o reflexivas en enfermería dentro de las dichas filas.

En 1973, se obtuvo una pequeña subvención privada para dos años por intermedio de Sue destinada a financiar los servicios de enfermería del Centro de Salud. Contando sólo con personal voluntario, el centro prácticamente se había derrumbado pero ahora renació el interés. Tras consultar a Ruth, Sue comenzó a negociar servicios de apoyo del departamento de salud del condado y del proyecto del COE. Helen, quien acababa de completar su programa de magister con Ruth y Sarah, aceptó compartir el salario con su amiga Susana quien acababa de obtener el magister en enfermería médico-quirúrgica. La emoción de desarrollar un servicio innovador desde sus cimientos compensaba al menos por un tiempo, los bajos ingresos. Al cabo de un año ya han adquirido destreza en la atención primaria de la familia y están constantemente ampliando tanto el número como el alcance de los servicios ofrecidos. Su demostración fue suficientemente exitosa como para inducir a las autoridades del condado a incluirlas a ambas en la nómina con remuneración completa.

Cuando estaban ayudándole a Helen a encontrar alojamiento la primera vez que se trasladó a Pomo, Ruth y Sarah se detuvieron para ver a la señora Place, vieja amiga de la ex-cuñada de Ruth. La señora Place, esposa de un prominente artista empresario instalado en Pomo, no había vivido allí mucho tiempo pero sí el necesario para llegar a ser socialmente influyente. Era dirigente de un club social importante de personas de edad preocupadas por la carencia de servicios para la atención de la salud y de vivienda económica, especialmente para los ancianos. Había empezado a preparar un estudio de la comunidad para averiguar el grado y extensión de las inquietudes de los residentes locales. Ruth y Sarah ayudaron a revisar el formato para el estudio y gradualmente lograron que varios grupos de estudiantes de post-gradó se encargaran de hacer la encuesta de opinión y de entrevistas a varias personalidades del área costera sobre problemas de salud. Los datos de estos estudios se utilizarán en su momento para formular proyectos dirigidos a mejorar la atención de la salud, las cuales serán presentados por los habitantes del lugar a la junta de supervisores del condado y al consejo de Planificación Sanitaria Integral.

Sara convenció a la señora Place de las ventajas de adoptar un número telefónico único para las llamadas de emergencia (ambulancia, bomberos, policía, etc.) en todo el condado (el sistema telefónico de emergencia 911), y la puso en contacto con el funcionario de la compañía telefónica local encargado de la instalación de este sistema. El grupo de damas del club no dudó del valor de un servicio tal y comenzó a urgir a los funcionarios locales para que agilizaran la instalación del sistema.

Cuando el nuevo obstetra llevaba como un año en Charleston, asistió a un taller sobre el parto, organizado por miembros del proyecto que Ruth dirigía en las comunas, allí habló de su interés en contratar una enfermera especializada en atención primaria de la salud materno infantil. Algunos meses más tarde, había entrevistado ya varias y contratado a Elaine, una mujer mayor que acababa de completar el programa experimental APSMI y quien resultó ser la ex-cuñada de Ruth y vieja amiga de la señora Place.

Durante una de las visitas a la señora Place, se refirió a otra enfermera local que había estado haciendo visitas domiciliarias gratis a familias de escasos recursos pero que estaban cubiertas por el seguro nacional de salud. Sara comenzó a hacer los contactos necesarios para que Ana, dicha enfermera, empezara a calificarse para recibir remuneración en los términos del Seguro Nacional de Salud. Amigos del Servicio Provincial de Salud (Dirección Departamental de Salud) le sugirieron atajos y contactos para acortar este interminable proceso.

Discusión

Hemos detallado aquí el caso de estudio de un programa de residencia de verano que se llevó a cabo en 1971 y actualizado brevemente la información sobre lo que ocurrió hasta el momento de escribir este capítulo, con el fin de ilustrar la

variedad de papeles y funciones a disposición de las enfermeras de salud comunitaria, quienes trabajan con todos los segmentos de las comunidades. En varias ocasiones trabajamos en salud comunitaria con individuos, familias, grupos, otros grupos profesionales, empresariales, económicos y políticos, organismos, corporaciones estatales, compañías de servicios y con quien quiera que no fuera lo bastante rápido para ponerse fuera de nuestro alcance. Hemos aprendido que la enfermería en salud comunitaria tal como la hemos practicado en el Condado de Pomo, es una labor de veinticuatro horas diarias, siete días por semana si es que queremos que la comunidad reconozca el nuevo rol que hemos escogido. Toda persona que encontramos es fuente de información sobre la comunidad, un cliente posible y un posible converso que apoye nuestros esfuerzos. Utilizamos y seguimos utilizando todos los tramos de la red que tejimos en la comunidad a través de amigos y parientes y nos empeñamos en ampliar esta red a través de sus amigos y sus parientes.

Hay que esforzarse conscientemente por establecer asociación con miembros y grupos tan diversos de la comunidad como sea posible. Procediendo así podemos obtener todos los insumos posibles para facilitar el análisis del sistema en que queremos trabajar. Además, tal diversidad evita que la gente, incluidas nosotras, piense que estamos trabajando con un grupo solamente. El consultorio original casi fracasa en sus esfuerzos de penetración, sobre todo con los miembros "correctos" más antiguos de la comunidad, debido a su acentuada asociación inicial con los miembros jóvenes y "hippies" de la región. Elena y Susana también han tenido que trabajar duramente para acabar con esa resistencia. Si bien esto no se presentó en el caso de Pomo, puede ocurrir que el apoyo de una facción o grupo de respaldo llegue a ser agobiador, lo cual a veces puede neutralizar la penetración innovadora de la comunidad al crear vínculos imposibles de romper con una facción de la que se es deudora. Un respaldo semejante puede ser bien intencionado pero también constituir obstáculo que nos impida llegar a otros clientes que necesitan nuestros servicios y que o se ven alejados por el grupo de apoyo, o son renuentes a asociarse a una empresa apoyada por "esas gentes". En las relaciones con la comunidad, es fundamental analizar cuidadosa y oportunamente la estructura de poder y el sistema social de la misma.

Recolección de datos que sirvan de base

Para comenzar a planificar servicios de salud racionales se requiere algún conocimiento de las características de la población a que se va a servir. La comunidad que hemos estudiado es un área rural, y la primera dificultad allí encontrada fue la carencia de información estadística extensa. Los datos disponibles más recientes son de 1969-70, época por la cual no había especialistas pediatras ni obstetras en toda la región costera. En las áreas rurales se recolectan pocos datos, y los que se obtienen, tienden a no reflejar la realidad: quienes viven en el campo son con frecuencia difíciles de localizar, las direcciones postales de algunos no son permanentes y unos pocos carecen de ellas. Como consecuencia, aún el censo de

los Estados Unidos se le escapan muchos individuos y familias. Una estudiante que estaba preparando el protocolo de solicitud de fondos solamente pudo obtener los datos de población total y área de su condado rural, que eran los únicos que existían. Así pues, las enfermeras que trabajan en servicios de salud tienen que estar preparadas para juntar información y hasta para hacer sus propias encuestas. La situación ideal sería obtener los formatos del Censo de los Estados Unidos, o a falta de éstos, copiar el formato utilizado por el Censo en una Área Estadística Metropolitana Estandar (AEME). Estos formatos utilizados en la Encuesta Nacional de Salud suministrarían estadísticas valiosas en una forma tal que podrían compararse con las otras áreas. De todos modos, una razón por lo cual las áreas rurales carecen de buenas estadísticas es la falta de tiempo del personal para recolectarlas.

También se puede recolectar información de una amplia variedad de fuentes secundarias. La utilización de datos recolectados por otros grupos u organismos evita duplicar esfuerzos, pero debemos estar seguros al menos sobre dos cosas al valernos de datos ajenos. El primero y más sencillo es averiguar cuándo se recolectaron los datos. El segundo es saber para qué se recolectaron. A menudo la filosofía y el propósito de las organizaciones que recolectan la información, influyen en lo que preguntan o dejan de preguntar y en cómo se manejan las respuestas. Por ejemplo, la Cámara de Comercio y la organización local de agricultores bien pueden buscar e interpretar datos sobre tierra disponible y su utilidad potencial de manera bien diferente. Tenemos que utilizar fuentes secundarias de datos, o de lo contrario consumir mucho tiempo y energías obteniendo información sobrándonos muy pocos para actuar. Lo que ha de preocuparnos al valernos de los datos de otros, es advertir sus prejuicios, igual que los nuestros también.

Las escuelas tienen datos sobre la población en edad escolar. Siempre es posible que los clubes o asociaciones de ciudadanos ancianos o de jubilados tengan datos registrados sobre población de edad avanzada. Las oficinas de personal del Departamento (Provincia) son fuente valiosa de información sobre la población en edad laboral y otros organismos de salud y sociales pueden a menudo dar información sobre sus clientes. Los problemas se presentan debido a que los límites que definen las poblaciones de fuentes de información diferentes, raras veces son comparables, y estos límites deben tenerse siempre en cuenta. Los funcionarios del estado, tales como los tasadores de impuestos, los jefes de registro civil y la policía, tienen con frecuencia datos útiles.

Se pueden obtener otros tipos de información de personas influyentes de la comunidad, que pueden ser o no dirigentes oficiales, pero suelen ser suficientemente conocidos por poseer un entendimiento mayor de lo que es corriente acerca de lo que está sucediendo. Es importantísimo tener en cuenta que cada persona tiene un prejuicio que influye en su visión de los problemas. Muchos no se dan cuenta de cuestiones sanitarias que no les afectan. Un dirigente industrial, por ejemplo, sostenía que no había problemas de drogas en su comunidad, aún cuando el personal de salud comentaba repetidamente que los abusos legal e ilegal de drogas

eran necesidades relevantes que no se estaban atendiendo. Muchos hombres tampoco advierten los problemas de salud por ser ésta predominantemente asunto de mujeres, especialmente de las que tienen niños. Los periódicos locales publican a veces artículos de fondo sobre problemas locales y con frecuencia los entienden bien. Quienes han residido bastante tiempo en el lugar son a menudo una buena fuente de información de tipo rumor sobre tendencias del área, pero es necesario identificar y tomar en cuenta sus prejuicios. Los profesionales de la salud de todo tipo son ciertamente una fuente valiosa de información sobre problemas de salud, aunque los profesionales aislados rara vez llevan registros estadísticos. Tienden también a no darse cuenta de si los servicios son o no adecuados. Los médicos nos repetían que no había problema de cobertura de los servicios de salud, ya que ellos estaban trabajando a plena capacidad y examinaban a todo el que se les presentaba. La población desatendida les pasaba completamente desapercibida. Es necesario que las enfermeras de salud comunitaria se habitúen a suscribirse y a leer cuidadosamente todos los periódicos que se publiquen en el lugar. Hasta los anuncios clasificados aumentan el conocimiento sobre los problemas de la comunidad. También es importante hacerse miembro de las organizaciones locales, la iglesia y los clubes.

A veces otros grupos recolectan datos para fines especiales. Estos pueden ser por ejemplo los estudiantes de cívica, de la escuela secundaria, un club de acción social, un urbanizador, o acaso un esfuerzo estatal para dilucidar algún otro problema. Los departamentos de salud a nivel del condado y del estado mantienen datos sobre indicadores de salud seleccionados (que en realidad son medidas de morbilidad). Entre estos están las tasas de defunción por causas varias, tasas de enfermedades seleccionadas, tasas de mortalidad materna, morbilidad y mortalidad infantil, muertes fetales. El condado mantiene también registros sobre nacimientos, matrimonios y divorcios, la confiabilidad de todos estos datos serían un tanto. No todos los nacimientos quedan registrados, por ejemplo, cuando ocurren fuera de los hospitales. La denuncia de varias enfermedades contagiosas aún de aquellas que representan problemas de salud de primerísima importancia, es notoriamente baja. Es más confiable el registro de mortalidad por causa en los condados que cuentan con un médico investigador de causas de defunción.

Pese a todas las limitaciones, los registros estadísticos oficiales pueden dar una buena idea del estado de los servicios de salud del condado en comparación con un área más grande. La comparación de datos estadísticos seleccionados del Condado de Pomo con los de todo el estado permiten apreciar algunos de los problemas que enfrentan las personas que viven en un área que carece de muchos servicios médicos.

Obtener aceptación profesional

Todas las disciplinas tienen su territorio profesional y reaccionan cuando lo ven amenazado por los de fuera. Esta territorialidad profesional es bien entendible especialmente cuando están de por medio los honorarios profesionales y en

consecuencia la economía básica o el derecho y el poder de tomar las decisiones. Los innovadores deben proceder con cierto grado de precaución si bien no tanto que no logren nada. La realidad es que ninguna disciplina de la salud puede por sí sola hacer frente a las necesidades de los clientes, así que tenemos que aprender a trabajar en equipo. La colaboración, la coordinación, la consultoría y la coerción son todas ingredientes de las relaciones interdisciplinarias.

Nuestros intentos específicos de trabajar con miembros de otras disciplinas de la salud están dando resultados en alguna medida. Sue, la trabajadora social, ha sido aliada esencial durante los cinco años del proyecto en el Condado de Pomo. El farmacéutico local ha sido también constante en su respaldo y buena disposición. Los médicos han venido y se han ido; algunos, como los cuatro que han respaldado permanentemente el Centro de salud, han sido estupendos. Otros se están acostumbrando más y más a las actividades del grupo de enfermeras, y hay en general ya más aceptación ahora, lo cual se debe a muchas cosas: las enfermeras que han trabajado en Pomo han sido todas de buena preparación y profesionales experimentadas. Hemos estado en la comunidad tiempo suficiente para que recelen menos de nosotras. Gracias al Director de Salud, las relaciones de trabajo con la Jefatura han mejorado muchísimo. El concepto del rol expandido de la enfermera ha evolucionado desde que comenzó el proyecto de Pomo y la publicidad resultante ha contribuido a nuestra causa.

Aunque los médicos y otros miembros de las disciplinas de la salud no siempre entienden lo que estamos haciendo, no han presentado tantos obstáculos como otras enfermeras que trabajan en esa comunidad. Es curioso y desalentador que miembros de nuestra propia disciplina hayan sido nuestro mayor problema. Nuestra experiencia en Pomo y en otras partes nos ha llevado a creer que quienes luchamos con ideas innovadoras y nos empeñamos en que el sistema de salud responda a las necesidades de los clientes, corremos peligro. Las probabilidades están en favor de que las enfermeras empeñadas en tales empresas encuentren tanta y a menudo mayor resistencia y hostilidad de parte de otras enfermeras, que de los otros grupos, de profesionales y legos.

Desarrollo de legitimidad

Los clientes, ya sean individuos, familias o comunidades, no están dispuestos a aceptarnos de inmediato. Primero tenemos que demostrar nuestras buenas intenciones, idoneidad y empeño en hacer lo que decimos que vamos a hacer; es decir, que primero tenemos que pagar la cuota. Esta ha sido por cierto nuestra experiencia en el Condado de Pomo. A las áreas rurales, como a los ghettos urbanos mucho se les ha prometido y en gran medida poco se les ha dado. Estando ya escaladas, tales comunidades tienden a ser muy precavidas para aceptar a los forasteros que vienen a "ayudarlas".

Hay varias maneras de contribuir a legitimizar el rol. Haciendo intervenir a los clientes en la planificación de los programas de atención de la salud, tales como las actividades de educación sanitaria, en lugar de presentárselas simplemente

como hechos cumplidos, se aprovecha una oportunidad de trabajar juntos y de acrecentar el respeto mutuo. La realización de programas que la comunidad cliente desea, demuestra nuestra disposición de atender a sus necesidades más que a las nuestras. La ayuda, al club de damas en la ejecución de sus encuestas de salud y en la discusión sobre como manejar los datos, les dió argumentos para presentar a las autoridades del condado con el fin de obtener servicios adicionales adecuados a las necesidades de la costa. Las enfermeras que decidieron vivir y trabajar en el Condado de Pomo son mejor aceptadas por residir en el lugar, aunque se las mire como recién llegadas. Ruth y Sara no viven en Pomo y tratan de trabajar por intermedio de miembros de la comunidad como la señora Place y Ana, mejor que hacerse patentes como individuos.

Otra manera de obtener legitimidad es hacer algo que sea relativamente fácil y expedito de cumplir. Las clases de primeros auxilios y enfermería en el hogar son un ejemplo. Se consultó a la población que deseaba aprender, y el material se organizó inmediatamente y las clases comenzaron. Suministrar información y contactos para el número del teléfono de emergencia 911 es otro proyecto que se puede realizar sin consumir mucho tiempo y sin necesidad de un complicado sistema de apoyo. Cuando la población se percata de que la enfermera de salud comunitaria cumple lo que promete, aumentan las probabilidades de obtener colaboración e intervención del cliente.

Obtención de respaldo financiero

Todo trabajo de comunidad consume mucho tiempo y el tiempo es con frecuencia nuestro recurso más escaso. El tiempo necesario para hacer marchar este tipo de proyecto comunitario es algo que frustra a las personas creadoras e innovadoras que quieren poner inmediatamente a prueba sus ideas. Nuestra solicitud de apoyo financiero necesitó unos seis meses para abrirse paso entre los meandros de la burocracia antes de que hubiese algún dinero para apoyar el programa de residencia. Esto es ya mucha presteza tratándose de proyectos con el gobierno. Hay que tener en cuenta el tiempo que se necesita para encausarlo y desarrollar y someter las propuestas con suficiente anticipación para que sigan los "canales". Los organismos financieros por lo general exigen pruebas de que el cliente respalda una propuesta antes de que siquiera se la tome en cuenta. Para la época en que los grupos clientes hayan aceptado un programa propuesto, ya están listos para sacarlo adelante. Al menos que el grupo cliente mismo pueda financiar el programa o pueda obtener financiación local, todo tiene que esperar recursos de afuera. Se necesita mucha pericia y persistencia para no perder al grupo cliente en este momento; el tiempo que lleva encausar el proyecto para obtener ayuda financiera también frustra los clientes. A nosotros nos ha ido hasta cierto punto bien en la consecución de apoyo y hemos sido sumamente afortunadas de hallar colegas cuyo interés en ensayar papeles innovadores han superado su preocupación por las ganancias materiales. Susana y Elena vivieron un año de un solo sueldo; los

ingresos de Flora por sus varios proyectos comunitarios son bastante más bajos que los que pudiera obtener en un medio urbano. Ruth y Sarah han dado su tiempo como parte de su cometido de servir al cliente, y han podido añadir poderío femenino a muchos esfuerzos haciendo arreglos para el trabajo de campo de las estudiantes. Sin embargo, no siempre se pueden encontrar tantas circunstancias favorables y gente tan dedicada.

Para que los programas sobrevivan, tienen que tener apoyo financiero adecuado. A menos que tengamos una fortuna personal quienes acariciamos ideas de programas innovadores tenemos que apelar a menudo a organizaciones en busca de la financiación básica para ponerlas en práctica incluso a escala modesta. Este apoyo puede bien costarnos la modificación de nuestras ideas. Podemos encontrarnos en un dilema. ¿Nos sostenemos en el programa que concebimos con nuestros clientes, lo cual puede significar que no lleguemos a ninguna parte, o bien, lo modificamos para que se conforme a los requisitos que imponen nuestras posibles fuentes de respaldo financiero, con la premisa de que un programa modificado es mejor que ningún programa? Este tipo de decisiones es otra fuente de frustración para las personas innovadoras.

El esfuerzo hecho por enfermería en salud comunitaria en el Condado de Pomo ha estado marchando por más de cinco años; esperamos que continúe por tiempo indefinido. Como estamos relativamente cerca de la comunidad podemos continuar regresando. No obstante, para que éste o cualesquiera otro programa comunitario tenga éxito, la población local debe intervenir y encargarse del programa. Por esta razón, el programa de residencia de verano hizo hincapié en la necesidad de que cada enfermera residente tuviese una contraparte de la comunidad local. Se esperaba que las enfermeras locales participaran plenamente en el programa de residencia y que luego siguieran trabajando en el Centro de Salud y en los proyectos comunitarios una vez que partieran las enfermeras residentes. Cuando cesaron de participar en el Centro de Salud, y peor aún, cuando la enfermera que había sido el eje de todo el programa se trasladó, hubo una verdadera rebatiña para hallar otras enfermeras locales que pudieran llevar adelante el Centro de Salud. La decisión de Flora de quedarse en la comunidad y la disponibilidad continua de recursos de la escuela de enfermería fueron sucesos inusitados. Un programa tiene realmente éxito cuando la comunidad local puede continuarlo y lo hace después de que el personal foráneo y los fondos se han marchado. Lograr que la comunidad se haga responsable del programa es un proceso lento e implica cuidadosa planificación.

Cuando se planea un proyecto innovador, es difícil no desear que resulte un éxito tal como se le ha visualizado, y mejor aun, que se lo reconozcan. En esta clase de trabajo de enfermería en Salud comunitaria, es preciso decidir muy pronto si las necesidades que se van a satisfacer son las del cliente o las del ego innovador y a cuál de los dos se le va a servir en primer término. Debe haber cierto grado de beneficio mutuo, pero el equilibrio tiene que quedar claramente establecido ya que determina mucho de lo que se ha de hacer y como se ha de cumplir. Si bien es

difícil, con frecuencia debemos darnos por satisfechos solo con el conocimiento de cómo fue que nuestra intervención hizo posible toda una cadena de eventos.

Política local

Para que las enfermeras de Salud comunitaria puedan modificar los servicios de salud existentes o crear otros diferentes, tenemos que intervenir en actividades políticas de todo nivel pero especialmente a los niveles locales y del condado. Los procesos que vivieron Sue y la Junta Ejecutiva para iniciar el Centro de Salud en primer lugar, son ejemplo de la política provinciana. Lo mismo se aplica al trabajo que nuestras colegas han hecho para candidatizarse o hacer que otras se candidatizaran para formar parte de la junta del hospital de la comunidad con el propósito de hacer oír otra voz en las decisiones sobre política de la corporación. Algunas de estas intervenciones políticas fueron individuales y otras de grupo, las cuales tendieron a ser más efectivas.

Al caer en cuenta los residentes de la costa de que constituían el 40 por ciento de la población del condado pero que evidentemente no recibían el 40 por ciento de sus servicios, contribuyó a solidarizar a estas gentes por lo general aisladas y a convertirlas en grupo de acción. Los datos de las encuestas sobre necesidades de salud y disponibilidad de servicios para hacerles frente, fueron recolectados con el fin de tener hechos concretos que presentar a la Junta de Supervisores en apoyo de las demandas de los residentes de la costa.

Elena y Susana se involucraron en una amplia variedad de actividades comunitarias, trabajando con toda clase de grupos en un cuidadoso y continuo manejo de sus relaciones públicas. Esto le ha rendido frutos no solamente permitiéndoles reunir una amplia y satisfecha clientela, sino también permitiéndoles asegurarse fondos suplementarios del condado para el consultorio y sus propios sueldos.

Las clases de actividades políticas descritas en este estudio de este caso toman muchísimo tiempo y esfuerzos, pero dan frutos.

La epidemiología en acción

Es raro que el proceso epidemiológico siga el orden que tuvo en la epidemia de hepatitis. Lo más corriente es que se necesite partir de la irrupción de la enfermedad, a hacer diversas pruebas para averiguar su posible fuente o fuentes. Disponer de un estudio tan reciente de la contaminación del agua en el área exacta fue algo fortuito, especialmente porque al departamento de salud no le costó nada conseguir que se hiciera. La hepatitis no era enfermedad desconocida para los jóvenes inmigrantes "hippies", como bien lo sabían los trabajadores del consultorio gratuito y los investigadores de la comuna. El que la nueva población joven no se contagiara durante la epidemia puede haber sido no solamente un tributo a su aseo o a su conocimiento de la enfermedad y de cómo prevenirla, sino que también puede haberse debido a que muchos de ellos tenían niveles suficientes de inmunidad ya fuera por frecuente exposición previa o porque habían padecido las for-

mas sublimica y clínica de la enfermedad, una inmunidad adquirida que los viejos residentes menos trashumantes no tenían.

Investigación

En este estudio de caso se ha evitado en su mayor parte la jerga de investigación. Pero Ruth y Sarah y las diferentes alumnas de post-grado aportaron al proyecto una actitud hacia la investigación que les permitió obtener muchos datos. La identificación de las posibilidades del papel de la enfermera, el análisis de los recursos y de las fuerzas de la comunidad, y los estudios de las opiniones de los ciudadanos sobre cuestiones de salud, así como también el proyecto inicial en la comuna (página 195), que fue la cuña que dió paso a la experimentación de enfermería en salud comunitaria, todas ellas constituyeron empresas de investigación formal. Las participantes en este proyecto estuvieron planteándose constantemente la pregunta básica de investigación de campo: "¿Qué es lo que realmente hay aquí?" La atmósfera general era de experimentación e innovación.

Resumen

Partiendo de la descripción del ambiente físico de Pomo, hemos presentado breves elementos de su historia, clima, población, industrias, economía, y características sociales pertinentes. Y como después de todo somos trabajadores de la salud, el sistema de atención y la carencia de servicios de salud en aquel sitio es de especial interés para nosotras. Se rastreó el desarrollo del Centro de Salud local por miembros de la comunidad como fue por ejemplo la participación de nuestras alumnas de post-grado en un proyecto especial de verano en dicho Centro. La parte principal del capítulo está dedicada a las experiencias del verano: la penetración de las enfermeras en la comunidad, el encuentro con sus contrapartes de la localidad, el desarrollo de planes para los programas, las actitudes de otros trabajadores de salud y de las gentes de la localidad con respecto a las enfermeras del proyecto de residencia de verano. Tras describir los programas realizados en el Centro de Salud y en la comunidad, evaluamos los resultados del verano. Se repasaron los tres años subsiguientes al programa, durante los cuales fueron llegando al área enfermeras orientadas hacia el trabajo con la comunidad, a extender el papel de la enfermera en un área muy necesitada.

La discusión del caso de estudio está enfocada a la aplicación concreta de nuestro marco de referencia: conseguir que los clientes intervengan en la planificación de servicios de salud, fundamentar los planes sobre bases sólidas de información, los problemas de lograr legitimidad a los ojos de los clientes así como ante los de los otros profesionales. También nos referimos a algunos de los aspectos frecuentemente descuidados de los servicios de salud: financiación, política, epidemiología e investigación. Hasta una comunidad pequeña presenta una realidad demasiado compleja para poderla considerar en su totalidad. Mostrando la

manera como se pueden observar y tratar algunos de los temas corrientes en enfermería en salud comunitaria al lector, para que busque en sus propias comunidades experiencias que abran los ojos como ésta.

De propósito escogimos un área rural para la descripción y análisis de nuestro caso. La mayoría de las escuelas de enfermería tienen sede en las ciudades y por ésto muchas estudiantes no tienen oportunidad de experimentar la enfermería en Salud comunitaria rural como parte de su preparación básica. Hemos hallado que trabajar en el campo, por ejemplo a lo largo de la Costa de Pomo, es algo fascinante y estimulante. Esperamos que por lo menos unos cuantos de nuestros lectores se sientan lo bastante intrigados para ensayar lo mismo. Si así lo hicieren, estarán contribuyendo a resolver uno de los más graves problemas que enfrenta nuestro sistema de prestación de servicios de salud: la mala distribución de los profesionales de la salud.

PARTE III

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA EN ACCION

Introducción de los Editores

Valiéndonos de las áreas de trabajo de varias de nuestras colegas, tratamos de mostrar aquí la realidad de la enfermería de salud comunitaria, su alcance y sus posibilidades.

Capítulo 9: Las enfermeras especialistas clínicas en ambientes comunitarios
Ruth Fleshman describe el juego de apretujones en que se debaten las enfermeras de salud comunitaria. Luego analiza los tipos de enfermeras que trabajan en la comunidad en relación a sus vínculos funcionales con una base de enfermería de salud comunitaria: Los cinco grupos que encuentra son: comunidad / atención primaria; comunidad / especialidad por diagnóstico o enfermedad; comunidad / población; comunidad / localización y comunidad / sistema. Cada vínculo se describe en sus relaciones particulares con las actividades fundamentales, la clientela, el foco, la toma de decisiones y los lugares donde se ejerce.

Capítulo 10: La enfermería de salud comunitaria en comunidades racialmente oprimidas
Florence Martin Stroud y Teresa Bello describen los antecedentes y las manifestaciones de la opresión racial —aplicados tanto a opresores como a los oprimidos. El capítulo se propone sensibilizar a las enfermeras de raza blanca (que son la mayoría) respecto a los actos agresivos de que se valen para degradar a las minorías culturales y raciales. Las enfermeras de salud comunitaria que dejan pasar inadvertida dicha opresión aceptada por la sociedad, no pueden suministrar atención de salud centrada en el cliente.

Capítulo 11: *Las enfermeras de salud comunitaria y la salud mental de la comunidad* Carol Mitchell discute los ingredientes clave de la salud mental de la comunidad ilustrando la forma en que estos se encuentran en la práctica diaria. Los conceptos principales que utiliza son la adaptación, la tensión, la epidemiología y la reciprocidad. Explica que aun cuando a las enfermeras se las identifique como especialistas en salud mental, algunas de ellas también están embarcadas en una empresa comunitaria del mismo tipo que se ha definido como enfermería en la comunidad.

Capítulo 12: *Los servicios domiciliarios de enfermería en salud comunitaria* Dentro del contexto del estudio de un caso, Carol Lockhart examina la valoración del hogar y la coordinación de la atención, así como también la prestación de cuidados directos al cliente en el hogar por razones de una enfermedad crónica incapacitante. Pueden ser útiles a todas las valiosas listas de preguntas específicas que ofrece la autora para analizar el potencial de las familias para hacer frente a una situación y para valorar las situaciones domiciliarias.

Capítulo 13: *El papel de la enfermera de salud comunitaria en los sistemas escolares* La discusión de Dorothy Oda nos presenta las escuelas como una de las muchas sedes donde las enfermeras pueden desempeñar papeles especiales en enfermería en salud comunitaria. Entre los aspectos a considerar está el hecho de que la enfermería escolar trata en primer término de una población de edad específica en una institución particular. Las enfermeras que se desempeñan en esta área pueden traer consigo una diversidad de antecedentes: Pueden haber pasado de pediatría a la comunidad; de la comunidad a la especialidad de edad escolar; de atención primaria a la comunidad, etc. Uno de los principales aspectos inesperados es la ubicación de una enfermera en una institución que no es de salud, cuyas prioridades son distintas, y la cantidad de negociación del rol que tiene que hacer para que se le permita desempeñar su profesión. La enfermería escolar tiene potencial para desarrollar idoneidad de alto nivel en asesoría, supervisión y educación centrada en la salud del cliente.

Capítulo 14: *Las enfermeras de salud comunitaria en la administración* Lou Anne Irion desarrolló su modelo por arduo camino (como administradora a nivel federal). Este modelo es uno de los muchos posibles e ilustra claramente el enfoque estructural vertical. La autora hace hincapié en los pasos prácticos que se pueden dar para reducir al mínimo la posibilidad de que lo cuelguen a uno mientras aprende a trepar por las cuerdas de la administración.

Capítulo 15: *Las enfermeras de salud comunitaria en la planificación de la salud de las comunidades* Sarah Ellen Archer describe la experiencia de algunas enfermeras de salud comunitaria con la planificación de la salud en varias comunidades. Tenemos una perspectiva única que aportar a la planeación sani-

taria ya que nuestra visión global es la promoción de la salud. Nuestra capacidad para ver a los clientes en la realidad de su propia vida nos permite ser un vínculo valioso entre los usuarios y los proveedores del sistema de prestación de servicios de salud.

Capítulo 16: Las enfermeras de salud comunitaria y la organización de la comunidad Teresa Bello describe sus experiencias como miembro de la Junta Directiva del Grupo de Trabajo de Los Angeles oriental. Luego analiza este estudio de caso utilizando la literatura sobre organización de la comunidad, que es una de las adiciones más recientes a la lista de destrezas de la enfermera. Es este un ejemplo excelente del potencial real que tienen las enfermeras de salud comunitaria como profesionales y como miembros de la comunidad, para trabajar con la población hacia el logro de cambios en sus comunidades.

LAS ENFERMERAS ESPECIALISTAS CLINICAS EN AMBIENTES COMUNITARIOS

9

Ruth P. Fleshman

Introducción

Una mirada retrospectiva a la enfermería sugiere que hemos hecho repetidos intentos de mejorar nuestra imagen interior y exterior para alcanzar, respetabilidad y posición. Para lograr una posición independiente, a principios de este siglo las enfermeras lucharon porque el derecho a ejercer no siguiera dependiendo de la escuela donde hubieran estudiado, sino de exámenes individuales de registro. Hemos jugado varios juegos semánticos, diciendo que la enfermería es una "profesión" y no una "vocación", que somos "educadas" y no "adiestradas". Hemos sacado nuestras escuelas de los hospitales y las hemos llevado a la universidad. Muchas enfermeras se oponen a que nuestra organización profesional se implique en la negociación colectiva y en cuestiones de bienestar económico por considerar que estas cosas lesionan la dignidad de una organización profesional. Algunas enfermeras han alcanzado jerarquía, títulos y mejores ingresos desplazándose hacia arriba en las filas administrativas. Pese a todas estas maniobras, parece haber habido siempre una insatisfacción molesta.

Al terminar los años sesenta, la enfermería estaba tratando de hallar todavía otra manera de independizarse, de ser autónoma y plenamente profesional. La ruta que escogió en esa época fue la especialización clínica, intento de adaptar la práctica de enfermería a las categorías de diagnóstico que reinaban en la práctica médica. Esta dirección les pareció muy atractiva a las enfermeras que trabajaban en enfermería médico-quirúrgica y materno infantil. Para ellas resultaba fácil especializarse en pediatría, enfermedades del tórax, o en quirófanos.

La enfermería psiquiátrica marchaba más lentamente en esta dirección, ya que su enfoque era hacia estilos diferentes de tratamiento o hacia el escenario donde se administraba la atención más bien que a un número dado de pacientes clasificados según categorías de diagnóstico. Las especialidades de ellas no variaban así se tratara de clientes esquizofrénicos o maníacos, pero sí de acuerdo con su pericia en el manejo de diversas terapias individuales o de grupo y

según que los clientes estuvieran en instituciones psiquiátricas o en servicios ambulatorios.

El consiguiente debate en los círculos de educación y servicio de enfermería sobre las funciones, papeles y preparación necesaria de tales especialistas, dispersó a la enfermería en salud comunitaria en varias direcciones. Estando la educación universitaria de enfermería enfocada hacia la especialización cada vez mayor, se volvió tarea poco menos que imposible defender el carácter de generalista de la enfermera de salud comunitaria. Aquellas de nosotras que pudimos identificar áreas donde los diagnósticos se concentraban, hallamos más fácil trabajar con servicios dedicados a dichas áreas: diabetes, aborto, planificación familiar, enfermedades cardíacas, cáncer, etc. Las prioridades presupuestarias locales y nacionales siguieron haciendo hincapié en renglones categóricos, en parte debido a que los indicadores de incidencia de las enfermedades son bases convincentes para determinar una necesidad. El concepto de servicios integrales de salud, sin hablar de los servicios preventivos, todavía no ha sido satisfactoriamente operacionalizado.

A partir de fines de los años sesenta, la insistencia en la responsabilidad legal y en el costo-beneficio hizo todavía más improbable que los programas que no pudieran lograr rendimientos cuantitativos, hechos que pudieran dar cuenta del costo por unidad en cada renglón presupuestario, pudieran competir con los programas que sí lo lograban. Es probable que la urgencia de cumplir estos requisitos fuera un factor que debilitara la posición innovadora que las enfermeras de salud comunitaria han asumido tradicionalmente en su trabajo con las poblaciones cliente. Cuando los departamentos de presupuesto exigen cantidad-número de visitas domiciliarias, estudios de tiempo, contactos personales con el cliente, número de inyecciones administradas, casos activos descubiertos, contactos entrevistados quedan poco tiempo y energía para desarrollar indicadores de la calidad de la atención que se presta o de enfermedades que se previenen, y que sean respetables desde el punto de vista administrativo. La cuestión de calidad, debatida en términos tanto de la vida en general como del cuidado de la salud en particular, hasta hace poco empezó a reconocerse. Algunas enfermeras están comenzando a vérselas con la necesidad de desempeñarse a nivel de estándares objetivos de atención y, con el tiempo, con algún método para medirlo tan seriamente como hoy se mide el costo-efecto.

Conciencia cada vez mayor de lo que es la comunidad

Una manifestación precoz del creciente interés en la calidad se centró en episodios hospitalarios y se enfocó hacia la continuidad de los cuidados. Las enfermeras que trabajaban con pacientes graves advirtieron que necesitaban saber más sobre la procedencia de sus pacientes y a qué ambiente volverían tras estancias cada vez más cortas. Por esa época muchas de nosotras decíamos bromeando: De repente todo el mundo descubrió que existe "la comunidad". Pero quienes desde siempre habíamos estado en ella, nos dimos cuenta de que algunos empeza-

ban a sobrar. Actualmente todo el mundo parece estar consciente de que existe la comunidad; los trabajadores de la salud se dan mejor cuenta de que la vida de los clientes tiene significado fuera de las paredes de la institución. Muchas disciplinas se han trasladado ahora por lo menos en parte, fuera de esas paredes. Pese a los radioisótopos, la inmunología, los trasplantes y las demás maravillas de la tecnología médica, un número mayor de problemas de salud ha comenzado a vincularse a contextos más amplios. Las causas de las enfermedades, por ejemplo, no solamente se hallan en organismos microscópicos sino en la atención cotidiana, en la contaminación ambiental y en la herencia genética. La medicina ha proliferado en especialidades y solo recientemente ha habido algún movimiento de importancia para volver al médico general o de familia. Enfermería ha respondido al impulso desarrollando pericia profunda en categorías que corresponden a las de la atención médica.

Toda la enfermería ha experimentado las secuelas del desarrollo de las áreas de especialización; surgen nuevas categorías de trabajadores que se encargan de recoger pedazos descartados de trabajo que, a pesar de todo, siguen siendo necesarios. La enfermería misma ha heredado tareas médicas, y a su vez ha cedido funciones a los trabajadores sociales, a las fisioterapeutas, a las visitadoras voluntarias registradas o auxiliares de enfermería, ayudantes, personal de dietética, etc. La creciente complejidad de la atención de la salud también ha traído como consecuencia el surgimiento de ocupaciones totalmente nuevas: técnico en terapia por inhalación, técnicos en diálisis renal ludoterapeutas.

Otro grupo, reconocido más recientemente, ha surgido del movimiento para incluir representantes de la población general o de los usuarios. Las escuelas públicas, la iglesia, todos han pasado por el proceso de que sus clientes —estudiantes o feligreses— demanden participar en la decisión institucional. La atención de la salud, especialmente en sus aspectos comunitarios, ha visto el mismo impulso en la legislación, exigiendo participación comunitaria en los proyectos del COE y en juntas de planeación, así como el desarrollo de trabajadores nativos. Las funciones de los últimos han ido desde la organización y agitación en contra de instituciones recalcitrantes de salud, hasta abogar porque se provean servicios. A menudo han servido para entenderse entre sí o cumplir una función de “puente”: interpretación al cliente de las peculiaridades de la institución y explicación del vocabulario del cliente a los prestatarios del servicio de salud.

Parte del actual fermento en el sistema de prestación de servicios de salud se relaciona con el hecho de que el cliente que paga primas de seguro ha advertido que hasta ahora los réditos de su dinero han estado fuera de su control. Hay un contraste inmenso entre esta clase de clientes y los de un hospital docente gratuito, que son agradecidos, dóciles y callados. Los clientes que saben que ya han pagado para tener derecho a recibir servicios, son menos tolerantes cuando tienen que someterse a hacer cola para que se les atienda o cuando se toman decisiones que ellos no entienden. Esta postura firme de los clientes respecto a las decisiones crea tensiones perturbadoras de la homeostasis y de ahí se deduce que “de algún

lado hay que ceder". Todos los profesionales, incluidas las enfermeras, comienzan a sentir esta presión.

Las presiones de los clientes por un lado, y por otro las de otros trabajadores que han "descubierto la comunidad" no son las únicas fuerzas que inciden sobre las enfermeras de salud comunitaria (figura 9.1). Algunos elementos de la medicina organizada parecen ver en las enfermeras cierto tipo de amenaza. Unos cuantos médicos apoyan individualmente nuestras movidas personales y colectivas para alcanzar mayor pericia y autonomía, pero hay algunos médicos que han asumido una postura reaccionaria combatiendo movidas legislativas dirigidas a expandir el ejercicio de la enfermería (tales como la enfermería —obstetricia y otros roles, en atención primaria), creando todavía más categorías de trabajadores auxiliares de salud que seguirán bajo el control de los médicos (asistentes médicos, y otros) y oponiéndose a los esfuerzos que hacen las enfermeras para recabar honorarios por sus servicios. Por ejemplo, un funcionario de una sociedad médica hace poco tildó de "infantiles" los esfuerzos de las enfermeras por negociar su derecho de ayudar a decidir qué modelos de dotación de personal de enfermería convienen a las áreas especializadas de los hospitales.

Los clientes tienen cierta clase de necesidades que habiendo estado relegadas a la salud comunitaria desde hace mucho tiempo porque no había quien pudiera manejarlas, súbitamente empezaron a atraer a trabajadores de nuevas categorías. Por ejemplo, el abuso de las drogas y el alcoholismo se han convertido en áreas de programas bien subvencionados y, en consecuencia, en campos de batalla de ideologías y profesionales en conflicto: trabajadores legos, ejecutores de la ley, religiosos, usuarios reformados o diversos profesionales de la salud mental y física. A medida que el abuso de sustancias se define más como problemas mentales que físicos, todo el ejército de la rama psiquiátrica ha invadido el campo reclamando que son expertos en la especialidad y las batallas territoriales crecen. Las enfermeras de salud comunitaria siguen participando pero menos notoriamente. (Cuando por primera vez fui voluntaria en el consultorio gratuito de Haight-Ashbury en 1967, su director no podía entender de qué les iba a servir una enfermera que no era psiquiátrica).

Proceso de reacción en enfermería en salud comunitaria

Como todo movimiento colectivo, la enfermería en salud comunitaria siempre ha caminado en tres direcciones de conjuntos diferentes: el brinco innovador, el intento reaccionario de volver al pasado, y la operación de apoyo que consolida e institucionaliza el cambio. Las presiones arriba definidas han ido creciendo en el último decenio y la enfermería en salud comunitaria ha tenido que batirse en retirada de lo que fue alta especialización durante mucho tiempo. Por muchos años, la enfermería de salud pública era la única especialidad clínica reconocida, certificada y bien pagada, gracias a las activistas que tuvo nuestro campo en sus primeros tiempos. Todos los demás progresos en enfermería tenían que provenir de la enseñanza, supervisión o administración, que están alejados del cliente. Mu-

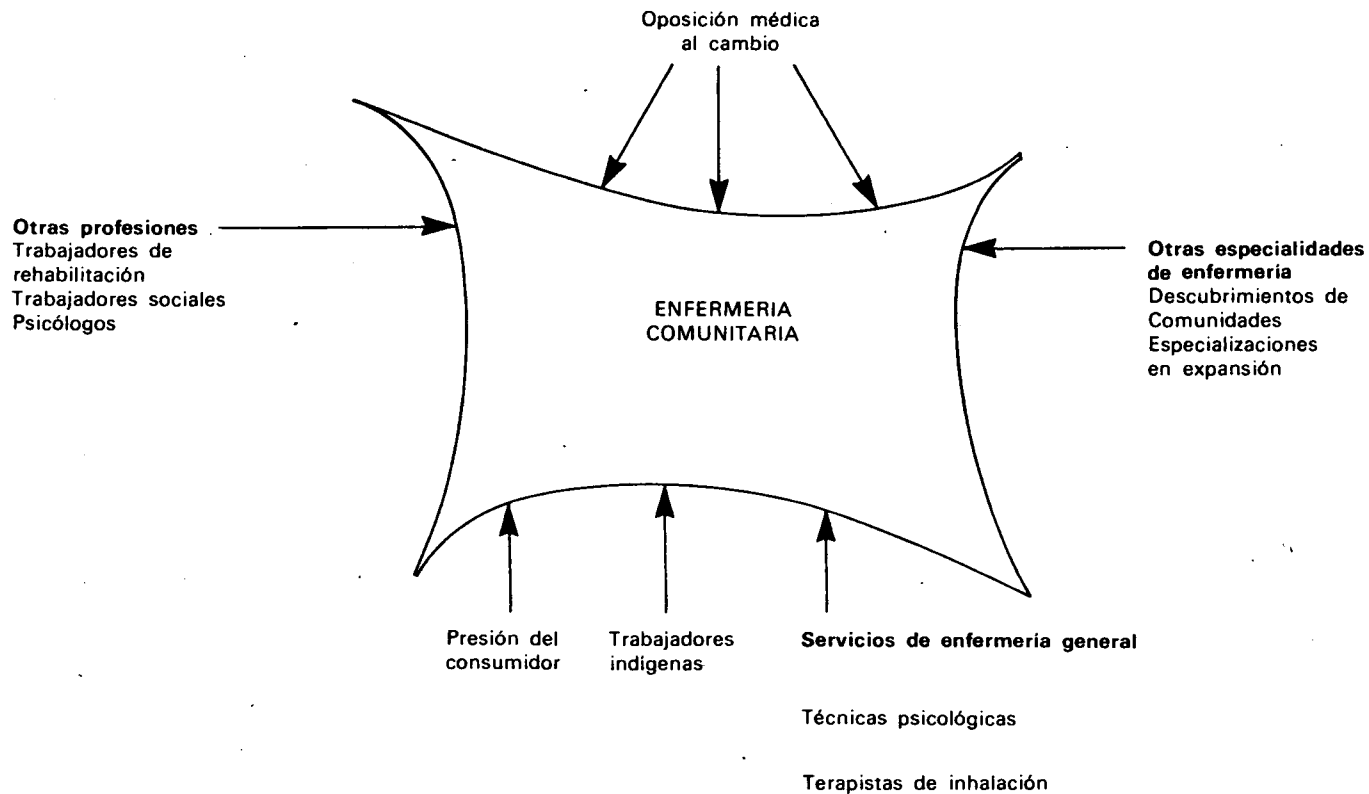


FIGURA 9.1 Compresión de la enfermería comunitaria por parte de fuerzas externas

chos sectores de la educación de enfermería sostenían que solo la especialización a fondo en campos bien limitados podría hacer que las enfermeras proporcionaran atención experta de enfermería. Así, las enfermeras de clínica interna pasaron a hacer diálisis, atención de pacientes cardio-pulmonares, cáncer, diabetes y otras especialidades según el diagnóstico. Las especialidades en enfermería pediátrica se podían enfocar a casi cualquier grupo de edad, desde los recién nacidos hasta los adolescentes, así como también hacia cualquiera de las principales categorías de las enfermedades de la infancia. Las enfermeras de salud materno-infantil podían volverse expertas en planificación de la familia o en asesoría en casos de aborto, tanto como en cuidados prenatales y posparto.

El impulso que otras áreas de enfermería dieron a la especialización enfocada hacia el paciente, parecía no incumbir a la enfermería de salud pública o enfermería en salud comunitaria. Pero a medida que otras especialidades comenzaron a ensanchar sus propios límites territoriales en la comunidad, se hizo claro que había amenazas en dos frentes. Otras especializaciones no solamente estaban invadiendo nuestro territorio sino que además afirmaban que su preparación superaba a la nuestra de tal manera en las diversas categorías de diagnóstico que abarcaban, que estaba justificado que usurparan nuestros casos; ya no se nos necesitaba más. La primera reacción nuestra fue corcernos ante la afirmación de las recién llegadas.

La enfermería en salud comunitaria podía prever una absolescencia colectiva, pese a que había enfermeras que se aventuraban en especialidades completamente nuevas. Las enfermeras aprendieron en los Cuerpos de Paz, en las Ciudades Modelo, en los proyectos de la oficina de oportunidades económicas, tanto como de la experiencia de verse solas en las áreas rurales, cuánto se podía hacer cuando las necesidades eran tan grandes que nadie trataba de proteger sus propios derechos territoriales. Los intentos de idear un razonamiento definitivo que pudiera medirse con los que estaban proclamando las demás áreas de ejercicio especializado, quedaban atrascados por las complejidades del trabajo que realmente estaban haciendo las enfermeras de salud comunitaria. Del nivel nacional al nivel local, grupos de enfermeras de salud comunitaria han intentado forjar estándares de atención que puedan aplicarse a todos los servicios y se han quedado desconcertadas cada vez que tratan de darles forma para aplicarlos. Algunas enfermeras de salud comunitaria trataron de adoptar el modelo de la especialista clínica de los últimos años sesenta. Hoy día los términos de moda son enfermera especialista clínica y enfermeras de salud comunitaria y al estilo de otras áreas clínicas de enfermería, están buscando acuñar todavía otro rol para resolver el dilema.

ESPECIALISTAS CLINICAS DE ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA (ECESC)

Como parecía haber gran confusión acerca de la definición de la enfermera especialista clínica en salud comunitaria, en 1973 comenzamos a hacer un estudio

de las enfermeras a quienes se les identificaba como tales y examinamos las diversas maneras formales e informales como se estaban preparando para un rol de esa naturaleza (Archer y Fleshman 1974). Los hallazgos preliminares ponen en claro que las enfermeras que se llaman a sí mismas especialistas clínicas en salud comunitaria y atención primaria tienen el mas amplio margen de actividades. También queda claro que este amplio margen de actividades podría ser una de sus características: la ECESC es una generalista y, si se la urge, puede desempeñarse con alguna competencia en casi todas las áreas clínicas. Algunas podrían alegar que tienen conocimientos profundos en una o más áreas especializadas; otras se han concentrado en servicios de atención primaria (otra contrasena de los tiempos) a diversas categorías de clientes. Algunas se consideraron a sí mismas ECESC sin tener ningún contacto con el cliente, ya que estaban enseñando o administrando programas que incorporaban aspectos enfocados hacia la salud y que ellas consideraban importantes para un papel como ese.

Estos hallazgos nos llevaron a la desesperación, pues sugerían que la ECESC era aquella vieja peste de la enfermería: la superenfermera. Sin embargo, cuando nos fijamos en los focos primordiales o hincapié en el contenido del cargo que desempeñaban, encontramos diversas divisiones principales dentro del campo de la ECESC (tabla 9.1). Para fines de análisis hemos establecido esta tipología y comenzando a diferenciar los rasgos que caracterizan las actividades predominantes de cada tipo. Estoy segura que no hay en ninguna parte una ejecutante del rol que no combine estas características hasta cierto punto o en algunas circunstancias. No obstante, donde hacen más hincapié es en las áreas que hemos tratado de establecer en el resumen que presentamos.

La enfermería en salud comunitaria vinculada a la atención primaria (Especialista en atención primaria)

Enfermera de atención primaria es el nuevo rótulo para una vieja forma del quehacer de enfermería que va ganando estatura a medida que sus diversas ramas buscan que se les registre por separado. Las presiones que enfermería en general ha venido experimentando, han inducido a algunas enfermeras a movilizarse hacia un rol más independiente. Si bien las actividades de muchas enfermeras de atención primaria siguen el modelo de la práctica liberal de la medicina general, la posición de la especialista clínica está firmemente adscrita a una institución de salud. La base de sus acciones, las cuales se categorizan en la tabla como toma de decisiones, sigue un proceso de filtrado o de selección (ver capítulo 2). Aquí la decisión que hay que tomar es ya sea administrar tratamientos, dar consulta con el objeto de prescribir el tratamiento, o remitir al paciente. En la práctica, las condiciones de salud que se le permiten tratar están por lo general claramente definidas por la institución para la cual trabaja, como también lo están los problemas que ella debe consultar a otros o referir a personas más especializadas, usualmente al médico. En alguna medida, estos patrones cambian a medida

**TABLA 9.1 TIPOLOGIA DE VINCULOS
FUNCIONALES EN LA PRACTICA DE LA
ENFERMERIA COMUNITARIA**

<i>Enfermería comunitaria / Caso primario</i>	<i>Enfermería comunitaria / Especialidad médica Diagnóstico-Enfermedad</i>	<i>Enfermería comunitaria / Población</i>	<i>Enfermería comunitaria / Lugar</i>	<i>Enfermería comunitaria / Sistemas</i>
Actividad primaria: Examen y detección de anomalías, desviaciones de lo normal. —Generalmente afecta todos los sistemas del cuerpo.	Actividad primaria: Servicio en profundidad restringido a la categoría, por lo general pero no siempre ligado a la enfermedad.	Actividad primaria: Servicios de amplio alcance al grupo designado: salud positiva, enfermedad manifiesta, actuaciones preventivas.	Actividad primaria: Lo concerniente a cuestiones de salud de amplia definición; suministro de cuidados globales.	Actividad primaria: Manejo del personal y de los recursos para suministrar mejores cuidados de salud: servicios indirectos.
Clientela: Centrada en el individuo. Ocasionalmente madre-hijo; a veces familia total.	Clientela: Individuos o miembros de grupos que se ajustan a la categoría de la enfermedad; los miembros de su familia.	Clientela: Miembros de grupo identificados por características compartidas.	Clientela: Todos los de la unidad espacial; comunidades, especialmente geográficas; ciertas instituciones.	Clientela: Organismos de salud, otros trabajadores de salud, estudiantes.
Foco: Predominantemente en la enfermedad como se presenta.	Foco: Problemas centrados en y relacionados con la organización de cuidados	Foco: Gama de problemas que encuentran los grupos clientes; especial-	Foco: Si es directo: parte del equipo de salud que sirve al grupo; alcance más	Foco: Planificación de programas de cuidados con otros; facilitación del

en torno a la categoría Dx.

mente los que se relacionan en particular con los miembros del grupo.

amplio de la práctica: primaria y especializada, preventiva, curativa, de rehabilitación, educativa, prn. Si es semidirecto: labor con y mediante otros para suministrar cuidados.

trabajo de otros para suministrar cuidados.

Decisión: Selección: tratamiento/consulta/remisión.

Decisión: Procesos de solución de problemas; manejo de la enfermedad.

Decisión: Identificación de problemas; adecuación a los recursos; transmisión de información. Promoción.

Decisión: Evaluación localización del cliente, planeación y ejecución de programas.

Decisión: Planeación, evacuación, administración, apreciación, consulta.

Sitios: Organizaciones de conservación de la salud; clínicas; consultorios médicos; centros de salud vecinales.

Sitios: Organismos de salud, clínicas de especialidades con pacientes internos y ambulatorios, ocasionalmente consultorios de especialistas.

Sitios: Organismos no sanitarios de fines múltiples destinados a servicios de grupo; escuela, prisión, iglesia, organismo de servicio social, organizaciones de extensión clínicas, centros urbanos de salud.

Sitios: Servicios de salud sobre el terreno; centros de salud general.

Sitios: Organismos no sanitarios: corporaciones estatales, escuelas que preparan trabajadores de salud. Firms de seguros de salud. Organismos de cuidados de salud a niveles medio y superior de administración.

que una especialista clínica da pruebas de capacidad en un sistema dado. Mientras no se generalice el registro, el alcance de la práctica está sujeto a ser muy variable y a depender más bien de las capacidades que pueda demostrar una enfermera y de las limitaciones y cualidades que ella se reconozca a sí misma.

Aun cuando las enfermeras de atención primaria se dan cierta cuenta de las bases familiares y comunitarias de sus clientes, la mayor parte de ellas dan atención a individuos. Dependiendo de la especialidad, pueden también trabajar con unidades madre-niño o, con menos frecuencia, con grupos familiares. Sin embargo, una abrumadora mayoría de sus clientes son individuos. Casi todas las transacciones están motivadas por una enfermedad, si bien hay enfermeras que intervienen en la parte del examen físico que se hace en las campañas multifacéticas de atención. A pesar de que éstas generalmente terminan siendo exámenes generalizados de todos los sistemas del cuerpo, que revelan grados más altos de normalidad que de anormalidad, los exámenes siguen siendo enfocados hacia la detección de patologías y a tomar decisiones sobre lo que debe disponerse para el tratamiento subsecuente. Con la mayor frecuencia, a estas especialistas clínicas se las encuentra trabajando en servicios ambulatorios tales como la consulta externa, consultorios, seguros médicos voluntarios, consultorios médicos de práctica colectiva, o centros vecinales de salud. En áreas aisladas o en las áreas donde escasean notoriamente los servicios de salud, las enfermeras siempre han tenido que dar atención primaria. Muchas enfermeras de consultorios médicos también han desarrollado la pericia necesaria para que estas responsabilidades les sean confiadas con mayor o menor frecuencia. Los clientes para esta forma de enfermería pueden proceder de aquellos que actualmente solicitan atención a profesionales médicos análogos. Se hace poco hincapié en la detección de casos, excepto a medida que se va conociendo el trabajo de la enfermera de salud comunitaria con especialidad clínica, cuyos servicios hacen más accesible o aceptable la atención de la salud a personas que hasta el momento no acudían a aquellos que estaban a su alcance.

Enfermería en salud comunitaria vinculada con categorías de enfermedad o diagnóstico

Un camino que lleva a la especialización está en concentrarse en varios factores relacionados con una categoría específica de enfermedad o de diagnóstico. En los predios tradicionales de la comunidad, estas enfermeras han trabajado con los servicios de venéreas o de control de la tuberculosis. Más recientemente, los focos de una especialización de esa clase han sido la planificación familiar y la asesoría en aborto. Algunos aspectos de la salud mental de la comunidad han evolucionado también hacia un servicio vinculado al diagnóstico. Las destrezas que las enfermeras con especialización clínica pueden perfeccionar en estas áreas bien pueden alcanzar mayor profundidad por el hecho de que se mantienen dentro de los límites de una categoría de diagnóstico. Aunque la enfermedad señala el punto principal de contacto, las transacciones con el cliente no se limitan a este foco. Por ejemplo, lo que concierne a la sexualidad puede encajar legítimamente

muy bien en el ámbito de lo que abarque la enfermera que trabaja en planificación familiar. Quienes se especializan en el monitoreo de la diabetes tienen que interesarse no solamente en los procedimientos médicos sino también en las adaptaciones que tanto el paciente como la familia necesitan hacer en el hogar para que aquel pueda alcanzar su nivel funcional óptimo. La clientela de una enfermera así proviene de aquellos pacientes que estén incluidos en las restricciones que impone el diagnóstico, ya sea como individuos o como miembros del grupo. A menudo es necesario hacer participar a los familiares de estos pacientes en las transacciones que se hagan para asegurar su cuidado. Las intervenciones de enfermería se enfocan hacia problemas que estén directamente relacionados y que emerjan del diagnóstico que organiza a la especialidad. En esta área, la manera principal de operación es probablemente el uso del proceso total de solución de problemas dirigido al foco del diagnóstico. Además, el rango para la toma de decisiones en el manejo de la enfermedad es otra porción significativa. Estas enfermeras tienden a ejercer en organismos de salud, en servicios para enfermos hospitalizados o ambulatorios, en clínicas especializadas, y ocasionalmente en los consultorios de especialistas. Un enfoque generalista de esta especialización se puede ver en los servicios de la enfermera domiciliaria que generalmente están limitados al cuidado del enfermo en el hogar, aun cuando el hecho de que sus servicios abarquen maternidad y recién nacidos, no permite que se le califique como orientada hacia la enfermedad.

Una posible fuente de conflicto en la especialización combinada de esa manera, es que la restricción de la enfermedad impone un límite categórico a los legítimos intereses de una enfermera de estas. Sus visos de enfermería en salud comunitaria tenderían a menudo a inclinarla a prestar un servicio ya sea total o más amplio. Si el concepto de salud de la comunidad cobra más relevancia, puede hacerse patente que la enfermera se involucra en un gran número de actividades de enfermería "invisibles": consejos a los vecinos del cliente original, ayuda a las familias con problemas de salud que no caen estrictamente dentro de los límites del diagnóstico, empleo de conocimientos ajenos a la enfermedad para ayudar al cliente y a la familia en asuntos de mayor amplitud relacionados con su salud. Sobra decirlo, aquellas de nosotras firmemente leales al cuidado total o integral de la salud, no aprobamos las limitaciones impuestas por programas categóricos y los hallamos convenientes únicamente como fuentes de fondo para financiar servicios que no se pueden conseguir de otra manera.

La enfermería en salud comunitaria y las categorías de población

Aún cuando todos los clientes comparten la esencia humana, hay aspectos comunes claramente identificados dentro de los diversos grupos de personas, lo cual hace que el enfoque hacia grupos de la población sea una forma legítima de especializarse. Estas personas pueden ser miembros de un grupo étnico o racial, un grupo etario (como infantes, niños de edad escolar, adultos, jóvenes, mayores) un género (como los clientes de diversas unidades femeninas de auto-ayuda), o incluso de estilos de

vida (desusual, parrandero o religioso). La enfermera tendrá que ver con toda la gama de servicios relacionados con la salud que sean pertinentes a las necesidades del grupo: para aumentar el bienestar, para curar enfermedades declaradas o incipientes, o para prevenir aquellas a las cuales sean más propensos. Una enfermera así tiende a concentrarse más en lo que generalmente les preocupa a los miembros del grupo respecto a la salud, especialmente aquello que de alguna manera está asociado con sus características como miembros del mismo. La anemia por células falciformes, por ejemplo, no se limita a las poblaciones negras, pero la dotación genética de este grupo hace que la enfermera que se dedique a él se preocupe por dicho problema. Los miembros sexualmente activos de una comunidad parrandera bien podrían necesitar servicios contra las enfermedades venéreas, pero tienden a exhibir poco interés en asesoría sobre uso de contraceptivos. La enfermedad crónica no falta entre los adultos jóvenes, pero no es de tan alta prioridad como los problemas de alergias o de suicidio. La asesoría sobre sexualidad puede tener contenidos bien diferentes cuando va dirigida a una población de edad avanzada en lugar de otros grupos de edad. Como una enfermera que tenga esa especialización parte de una postura más general, las probabilidades están en favor de que su pericia consista principalmente en poder establecer los parámetros de lo que es típico que preocupe acerca de la salud y en su práctica para tomar decisiones al identificar problemas, cotejarlos con los recursos al alcance para resolverlos, e informar al cliente sobre las posibles acciones que se puedan emprender. Esta enfermera, fácilmente se convierte en abogada de su grupo o de sus miembros, y en tal capacidad puede interpretar las características de ellos a los profesionales y otras personas que intervienen en la atención de la salud. También puede esforzarse en modificar o crear servicios que sean más apropiados a su clientela. Esta enfermera puede defender eficazmente la necesidad de personal bilingüe de salud para las áreas de concentración de personas nacidas en el extranjero. Como abogada puede también movilizar su grupo cliente para que haga seguimiento de las cosas que a éste le interesan especialmente, sugiriéndole medios para influenciar los niveles de decisión.

Esas enfermeras podrían trabajar en organismos que no sean de salud o que tengan propósitos diversos, tales como escuelas, cárceles, iglesias, servicio social o servicios de extensión. Pueden haber cargos para ellas en consultas externas y en consultorios, como también en centros urbanos de salud donde la densidad de población justifique una especialización de esa clase.

La enfermera en salud comunitaria y el lugar donde ejerce

En la mayor parte de las áreas de enfermería el cliente es un individuo o, a lo más, un grupo de individuos. El cambio que ocurre en esta cuarta categoría es difícil de admitir. Para las enfermeras que tengan esta forma de especialización, el cliente es toda la población presente en determinado lugar o comunidad de los tipos estudiados en el capítulo 2. Esta puede ser una comunidad con base geopolítica, desde un vecindario o una nación. Algunos de los otros tipos de comunidades pueden ser

organizaciones o instituciones que comprendan un sistema total o subsistemas. En todas sus formas, la característica crucial en el ejercicio de la enfermería, es el compromiso con la población total de la comunidad dada. Incluso si no son clientes efectivos, en este tipo de especialización toda persona al alcance es un cliente en potencia.

La enfermería en salud comunitaria ha estado relacionada desde hace mucho tiempo con diversas comunidades geopolíticas. Pero en la actualidad pocos organismos de salud atienden realmente a toda la población de su área de influencia. Pese al título y a las metas proclamadas, los organismos de salud pública o de la comunidad no dan atención a todo el público. Hay en vez de ello una tajante división entre los clientes de los organismos oficiales y aquellos que pueden acudir a servicios médicos privados, así como también esa porción de población totalmente marginada del sistema de salud. Este último grupo incluiría los que no están enfermos, por ejemplo, o aquellos cuyas ideas sobre la salud y la enfermedad, o sobre las maneras adecuadas de tratar sus problemas están en conflicto con el modelo médico ortodoxo.

Para todas las variedades en el ejercicio de la enfermería de salud comunitaria que hay en esta categoría, lo principal es trabajar con los demás y por su intermedio hacia el mejoramiento o provisión de los servicios de atención de la salud a la población total de una área determinada. El foco principal puede ser directo o semidirecto (ver el capítulo 1), lo cual depende nuevamente de las particulares. En una relación directa, la enfermera haría parte del equipo de salud que atiende a cierta población total. Si la relación es semidirecta, estaría planificando aspectos de la prestación de servicios de salud con instituciones o comunidades (y preferiblemente con ambos). Los siguientes serían ejemplos de su localización para estas clases de enfoques: con instituciones que son clientes, el servicio directo lo suministrarían enfermeras industriales, las que trabajan en campamentos de verano y las enfermeras militares encargadas de las medidas preventivas y de seguridad. Aun cuando las escuelas y las cárceles también comprenden subsistemas institucionales, la responsabilidad primordial de sus enfermeras son los estudiantes o presos, no los profesores o guardias. (En consecuencia dichas enfermeras se clasifican en el tipo de especialización enunciado en primer término). Las enfermeras que trabajan con toda la población de una institución, sin embargo, se ajustarían a esta categoría. Las enfermeras de salud comunitaria pueden eventualmente hallar que la estructura de las organizaciones para el mantenimiento de la salud son las más propicias para la atención directa de toda una comunidad geopolítica.

Al tratar con las poblaciones totales de una unidad geográfica muy superior a un vecindario, la enfermera se verá probablemente comprometida a prestar servicios semidirectos. Acaso se la encuentre como miembro del personal de un Servicio Departamental (Provincial) de salud, esforzándose por contratar servicios para la atención de la salud de población dispersa o de áreas rurales empobrecidos que no pueden mantener presupuestos propios de salud. Las enfermeras de la Organización Mundial de la Salud pueden fácilmente verse involucradas con los más altos

niveles de decisión en la tarea de planificar servicios de salud para naciones enteras o regiones multinacionales. Otros ejemplos de participación semidirecta es la participación con otros miembros de la comunidad en la organización de actividades para crear sus propios servicios de salud.

La enfermera de salud comunitaria vinculada a los sistemas

Las enfermeras de esta última categoría ya no están en contacto directo ni semidirecto siquiera con los usuarios de los servicios de salud. Sus clientes son en cambio organismos o personal de esos organismos que intervienen en la prestación o planificación de la atención y aquellos que proveen los diversos recursos para hacerla posible. La función general de estas enfermeras es administrar los recursos o el personal para lograr que se dé el servicio de salud. En esta forma, las enfermeras pueden trabajar como gerentes de todo un organismo de salud. Unas cuantas trabajan tratando de persuadir a los legisladores de que voten en favor de la causa que ellas defienden, o como ayudantes legislativas especialmente respecto a leyes sanitarias y requerimientos presupuestarios para la prestación de servicios de salud. Se pueden hallar enfermeras con estas inclinaciones en instituciones de enseñanza, preparando futuros trabajadores de salud para realizar un modelo de prestación de servicios enfocado hacia la comunidad.

Ha sido a veces difícil para las enfermeras que se dedican a esta área funcional conservar su identidad como tales, puesto que muchos otros profesionales también supervisan, administran, gestionan o enseñan. La contribución distintiva de su experiencia en atención de la salud se puede ver, por ejemplo, en la clase de decisiones que toman esas administradoras en contraste con las que toman aquellos cuya preparación es para los negocios y cuyos criterios principales son inspirados por la contabilidad de costos. Diferencias similares pueden observarse en docentes de disciplinas de apoyo en las escuelas de enfermería, cuyo principal centro de atención está tan enteramente en su disciplina académica, anatomía o sociología, tal vez, que hacen caso omiso de los pasos necesarios para integrarlas al quehacer de enfermería o incluso a la prestación de cuidados de salud en un contexto más amplio.

El contenido de la operación principal depende del alcance de la actividad (enseñanza, supervisión, etc.). Análogamente, su localización depende de sus relaciones funcionales: los profesores enseñan en escuelas, universidades y en departamentos de educación en servicio de instituciones importantes. A las administradoras se las puede encontrar en instituciones del gobierno y en organismos de salud, así como en otras de servicio indirecto tales como escuelas o compañías de seguros de salud.

PREPARACION DE LA ESPECIALISTA CLINICA

Las rutas por las cuales las enfermeras se preparan para estos roles son ampliamente variados. Ya partamos de una base de enfermería en salud comunitaria y

vayamos hacia la especialidad, o ya comencemos en la manera más corriente de esa especialidad y agreguemos una nueva conciencia de salud comunitaria, no hace mayor diferencia. Así pues, para quienes empezamos como generalistas en enfermería de salud comunitaria, son bienvenidas las enfermeras de salud mental comunitaria que se iniciaron en las salas de los hospitales psiquiátricos tradicionales. En el capítulo 8 ya mencionamos que Helen había sido enfermera de salud comunitaria y que su compañera Susana era especialista en enfermería médico-quirúrgica. Su trabajo conjunto en el consultorio de Pomo fue entrelazando gradualmente sus respectivas especialidades hasta que ambas se convirtieron en recursos armónicos para la atención de la salud de la comunidad. El curso que tomaron para especializarse en salud de la familia agregó la pericia en atención primaria a su catálogo de talentos.

La habilidad para desempeñarse en atención primaria de la comunidad se ha desarrollado generalmente mediante una relación de aprendiz con algún médico o, menos frecuentemente, con otra especialista clínica que ya esté desempeñando ese rol. Hace poco, los programas educativos formales de enfermería comenzaron a hacer hincapié en el desarrollo de destrezas para el rol extendido en atención primaria de la comunidad.

La especialización en comunidad /enfermedad tiende a desarrollarse en la práctica, motivada ya sea por necesidades especiales del cliente o las demandas del organismo empleador. Los recursos especiales de educación continuada o adiestramiento en servicio en forma de talleres de trabajo contribuye a desarrollar pericia en este campo. Nuestra especialidad como generalistas en salud comunitaria, es la única reconocida que se incluye en los programas básicos. Cualesquiera otra enfermería especializada tiende a desarrollarse al nivel de post-básico universitario, ya que los programas educativos básicos de enfermería siguen enseñando de todo a todos los estudiantes. Si bien puede ocurrir que algunos programas de post-grado permitan a las enfermeras especializarse, la mayoría exigen una base previa.

Ha habido una gran cantidad de agitación respecto a la tercera categoría, la del vínculo población /comunidad. Esta es una antigua división; la especialización en enfermería pediátrica se derivó directamente de maternidad, y la enfermería escolar ha sido una especialidad reconocida desde comienzos del siglo actual. La especialización en geriatría es más reciente y la formalización de la atención de la salud a grupos étnicos es muy nueva. La tendencia a refinar la identificación de los grupos como base para la atención de la salud sigue desarrollándose a una velocidad creciente. Las rutas para la preparación en esta categoría pueden ser los programas formales, como ocurría con las primeras especialidades, por combinaciones ad hoc de oportunidades de educación continuada, o por el método más nuevo: provenir del mismo grupo de población. Parece haber una etapa por la cual han estado pasando últimamente poblaciones especiales, en la cual se insiste en que solo un miembro de la población puede comprender adecuadamente todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud en un estilo apropiado a las necesidades particulares del grupo. Esto ha ocurrido con ciertos aspectos del movimiento en favor

de los consultorios gratuitos, con algunos de los grupos étnicos, la auto-ayuda femenina o los consultorios y servicios para atender necesidades especiales de grupos de población cuyos estilos de vida no son los usuales.

Hay una diversidad de caminos para prepararse para el cuarto modelo: ejercicio según la ubicación de la comunidad. Casi todos parecen tratar de reunir diversos componentes: experiencia personal, preparación profesional, educación formal e informal y aprendizaje autodirigido. Hasta hace poco, el modelo de la comunidad como cliente era una alternativa que toda enfermera derivaba a su manera.

Una excepción notable a este desarrollo del rol por cuenta propia es el proyecto llamado Especialista Clínica en Enfermería en Salud Comunitaria, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Houston. Se trata de un programa de diez meses que conduce al título de Magister (Master) en Salud Pública y que se enfoca hacia comunidades enteras haciendo hincapié en el desarrollo de la comunidad, planificación y epidemiología. El Proyecto acentúa "el énfasis en la autoayuda de la comunidad y el enfoque hacia la salud de la comunidad total como esfera de incumbencia propia; parte principal de este papel es descubrir con la comunidad cuáles son sus prioridades de salud, de qué recursos se dispone, y cuál sería una manera eficaz y aceptable de enfocar el problema" (Skrovan y otros: 849).

El desarrollo de destrezas utilizadas en la quinta categoría de nuestra tipología puede cubrir el rango total de posibilidades. Muchas enfermeras avanzan por las filas administrativas solamente en virtud de su antigüedad; en ciertos lugares las enfermeras jefes son sencillamente las que han estado allí más tiempo que las enfermeras generales. Algunas revelan habilidades administrativas innatas en sus actividades del trabajo diario y se considera que merecen ser ascendidas. Se hacen talleres de educación en servicio y de educación continuada para desarrollar pericia en el manejo de personal y de los recursos. Aún cuando la enseñanza exige una educación superior, esta puede limitarse al contenido clínico o académico y contribuye muy poco al desarrollo de habilidades para enseñar. Hay programas tanto a nivel de Magister (Master) como de doctorado que se especializan en la preparación de enfermeras diestras en áreas funcionales (en oposición a áreas clínicas). Además, las enfermeras pueden obtener educación avanzada no vinculadas a la enfermería o, en ciertos casos, ni siquiera con el campo de la salud.

Resumen

La enfermera especializada clínica es una de las más nuevas consignas en la literatura de enfermería, pero su significado para la salud de la comunidad no está claro. Nuestro estudio de enfermeras que se consideraban a sí mismas dentro de este grupo, sugiere que sus funciones se pueden subdividir en un conjunto lógico de tipos que describimos como: enfermería en salud comunitaria vinculada a di-

versos aspectos: 1) atención primaria; 2) especialidad según diagnóstico o enfermedad, 3) población, 4) ubicación de la comunidad, y 5) sistemas.

La enfermería en salud comunitaria ha sido por largo tiempo un ejercicio generalista, pero hoy día resulta difícil defender esta postura a la luz de la creciente especialización en el resto de la enfermería. Las presiones que se han acumulado de otros sectores sobre la salud de la comunidad, ha hecho que sea vital para algunas enfermeras redefinir su ejercicio en términos de especialista. Las tendencias convergentes son con frecuencia el reflejo de cómo lo hayan hecho en el pasado.

Como toda lógica, se trata de la organización sistemática de ideas derivadas de la investigación inductiva, y a medida que el estudio marcha, se pueden revisar para encajar nuevos datos, crítica erudita o cambios en la situación. La tipología no intenta determinar el ejercicio de la enfermería o los métodos de prepararse para la especialización, sino que refleja nuestro análisis de lo que parece estar sucediendo en la práctica al momento de terminar esa fase de nuestro estudio. Parece haber ayudado a otras enfermeras de salud comunitaria a ver más claramente las múltiples formas que ya están surgiendo en el ejercicio de la profesión y puede que contribuya a hacer más intrincado nuestro proceso de pensamiento para mayor beneficio de la enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- ARCHER, SARAH E. Y FLESHMAN, RUTH P. "A Preliminary Logic for Community Nursing Practice." Paper presented October 23, 1974, American Public Health Association convention, Nueva Orleans.
- Community Nurse Practitioner Staff. "Community Nurse Practitioner Project: Second Annual Progress Report." Houston, Texas: University of Texas at Houston, School of Public Health, Community Nurse Practitioner Program, September 30, 1973 (Mimeographed).
- LEWIS, M. D. "Health, Care for Denver's Poor." *American Journal of Nursing* 69 (1969): 1469-1471.
- MILIO, NANCY. *9226 Kercheval: The Storefront That Did Not Burn*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 1970.
- PAYNICH, MARY L. *et al.* "Is There a Role for the Nurse Clinician in Public Health?" *Nursing Outlook* 17 (1969): 32-36.
- SKROVAN, CLARENCE; ANDERSON, ELIZABETH T.; Y GOTTSCHALK, JANET. "Community Nurse Practitioner." *American Journal of Public Health* 64 (1974): 847-852.

LA ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA EN COMUNIDADES DONDE HAY OPRESION RACIAL

10

Florence Martin Stroud
Teresa A. Bello

Introducción

La palabra opresión se utiliza para expresar el dominio que un grupo ejerce sobre otro. El verbo oprimir significa sujetar (un pueblo) a cuidados y aflicciones de ánimo, indebido ejercicio de la autoridad y cosas semejantes (Diccionario Random House, 1966). Se acepta en general que en todas las sociedades de clase existe alguna forma de opresión, pero la base de la predominancia de un grupo sobre otro puede variar. Por ejemplo, la opresión puede estar basada en una ideología de superioridad innata del hombre sobre la mujer. Cuando una sociedad determinada adopta una idea tal y le da autenticidad por intermedio de su sistema y prácticas sociales, el resultado es la opresión de la mujer. El opresor el varón, la oprimida, la mujer. Como la ideología está arraigada en creencias sexuales de superioridad e inferioridad, esta forma de opresión se puede muy bien llamar sexual o sexismo.

Cuando hay una ideología de superioridad innata basada en el color de la piel (como blancos frente a los no blancos) y esta ideología penetra toda la sociedad otorgándole al grupo preferido privilegios sociales o posición social la opresión toma la forma de opresión racial o racismo. Tanto el opresor (blanco) como el oprimido (no blanco) se ven profundamente afectados por este sistema de creencias de la superioridad racial. Esa ha sido la experiencia de los Estados Unidos.

Este capítulo trata de explicar, desde el punto de vista de quien no es blanco, las formas en que el racismo influye y a menudo determina la conducta y el ejercicio profesional de las enfermeras que trabajan en comunidades que no son de blancos. La composición de los grupos étnicos o raciales minoritarios puede variar en las diversas partes del país. A veces nos referimos a uno particular, pero para fines generales, toda referencia a una minoría particular se entiende extrapolada a personas que no son de raza blanca.

El racismo institucional se refiere a "políticas de actuación, prioridades y funciones de un sistema existente de estructuras normativas que sirvan para someter, oprimir y obligar a la dependencia a individuos o grupos (1) estableciendo y sancionando metas, objetivos y prioridades desiguales para negros y blancos, y (2) aprobando la desigualdad de posición social y de acceso a los bienes y servicios" (Stafford y Hadner 1969:1970).

El racismo individual, distinto del institucional, se refiere a los actos ofensivos y conducta ofensiva ejercidos por individuos o grupos basados en un sentido personal de superioridad racial. Es con frecuencia difícil diferenciar el racismo institucional del individual, ya que ambos tienen que ser concomitantes para que el sojuzgamiento perdure.

Por lo general, el racismo institucional da la base estructural para los actos racistas individuales. Es decir, que para que los individuos practiquen racismo personal, tienen que tener un marco o estructura que autorice y/o apruebe su comportamiento. Por ejemplo: los periódicos informaban hace poco que se esterilizaban numerosos adolescentes negros sin el consentimiento de sus padres. En la ejecución de estas medidas estaban implicados muchos profesionales de la salud, incluso enfermeras de salud comunitaria. Actos de esta naturaleza hubieran sido imposibles si no se estuviera de acuerdo con ciertos valores de naturaleza racista que suplantaban los valores profesionales y el buen criterio, que combinados hubieran hecho que se incluyeran al padre y a la adolescente en el proceso de decisión sobre una medida cuyas consecuencias son de largo alcance. En estos casos, el racismo individual y del organismo que lo patrocinaba condujeron a que se hiciera caso omiso de las leyes federales y estatales, a la luz de las cuales eventualmente se juzgaron estos casos.

En este ejemplo, el hecho de que no se pensara en opciones menos drásticas y más viables para solucionar los problemas de los adolescentes, está demostrando racismo personal. Una omisión así, por parte del profesional de la salud, refuerza la naturaleza insidiosa del racismo personal: a pesar de lo que se sabe respecto a otros métodos anticonceptivos, a un grupo étnico subvalorado de la sociedad solamente se le presenta una solución. Ryan dice que esta es una brillante ideología para justificar una forma perversa de acción social concebida para modificar, no a la sociedad si no a su víctima. (Ryan 1971:7).

Freire ilustra más todavía la manera en que opera el racismo, describiendo en detalle ciertos aspectos de la opresión. Uno es que la opresión deshumaniza al oprimido. Esta deshumanización se da a través de la imposición de los valores del opresor al oprimido, transformando así la conciencia de esta para que refleje la del opresor. Ser esa clase de ser humano es adoptar la postura del que dicta lo que es humanitario. (Freire 1971:2,3). En lenguaje familiar, esto se llama "ponerle la pata" a una persona. La mayoría de nosotros se las ve con esta clase de cosas todos los días. Sin embargo, dependiendo de nuestros antecedentes personales y las consecuentes fuerzas el propio yo, podemos distinguir entre lo que pensamos que nos conviene y lo que nos imponen. Lo que le pasa a la gente que no es de raza blanca, es que la pata que la pisa no le dá tregua y es penetrante. Las personas de color están definidas por los blancos, quienes creen que saben lo que les conviene a los que no son blancos, incluso hasta el extremo de crear normas institucionales que estimulan conductas discriminatorias.

Cuando se ve protegida por la sociedad en general y por normas de esta, está autorizando y recompensando la conducta racista individual, consciente, o incons-

cientemente la gente da rienda suelta a comportamientos perjudiciales. Es decir, que ciertas personas actúan como si fueran racistas aun cuando nunca hayan estado en contacto con gente de color y entre aquellas bien pueden estar las enfermeras.

La Enfermería de Salud Comunitaria y los Grupos Oprimidos

El proceso de la enfermería en salud comunitaria preceptúa generalmente que la enfermera de salud comunitaria valore una situación dada, identifique un problema, explore posibles alternativas de planes y acción, inicie el plan de acción que sea más apropiado y que evalúe la efectividad del mismo. El proceso en sí mismo puede funcionar como un acto opresivo si se emprende unilateralmente. ¿Son válidos los datos y la interpretación de los mismos para formular el problema, esto es, la valoración del cliente, o bien la interpretación, parte de lo que la enfermera de salud comunitaria cree que debiera ser la situación? ¿Se deriva el plan de acción de la experiencia de la enfermera de salud comunitaria, del marco de referencia del cliente para resolver el problema, o de alguna combinación de ambas cosas? ¿Evalúa la enfermera de salud comunitaria su plan basándose en lo que hizo, o se hizo alguna valoración conjunta de la utilidad de la intervención? La ilustración que sigue viene al caso.

Una enfermera de salud comunitaria fue a visitar una familia filipina para supervisar el crecimiento y desarrollo de los niños. Cuando llegó a la casa, el marido estaba sólo con los niños menores. Como había un solo dormitorio, mientras inspeccionaba la casa la enfermera de salud comunitaria empezó a preguntarle al esposo cómo hacían para dormir. El al parecer muy sorprendido, le explicó que los dos niños pre-escolares compartían la alcoba del matrimonio. La enfermera, arquendo las cejas, se lanzó inmediatamente a hablar de las razones de "intimidad" y "sexuales" por las cuales los niños debieran dormir en habitación separada. El marido explicó nerviosamente que sólo había un dormitorio y que ni en la sala ni en la cocina había espacio para las camas de los niños y que eran muy pobres para pasarse a una casa más grande. Además, la casa era de su sobrino, quien se la había ofrecido a él y a su familia. El sobrino dormía en el sofá de la sala. La explicación no impidió que la enfermera siguiera con su sermón, en tanto que el marido trataba nerviosamente de distraer a los niños para que no oyesen lo que ella decía.

A primera vista, esta operación parece basarse solamente en factores económicos, puesto que el acto opresivo de la enfermera de salud comunitaria es bien sutil. Todo mundo reacciona ante comportamientos manifiestamente ultrajantes y reconoce la necesidad de modificarlos. Lo que es difícil de reconocer es la naturaleza sutil de la conducta opresiva, cuanto más efectuar su cambio. Para comenzar, el propósito de la visita era la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños. Al lanzarse a una discusión sobre los arreglos que hacían para dormir, la enfermera parece haberse precipitado en su visita, pues el que una mujer extraña hable de

un tema tan íntimo con el marido es tabú para muchas familias, filipinas y de cualquier parte. Su carácter de enfermera no cambiaba su posición de extraña. Las disposiciones para dormir eran prácticas dadas las circunstancias. Este arreglo basado en la naturaleza de la familia ampliada es corriente en la mayoría de las familias filipinas. Hay un deseo irresistible de hacerse cargo de la parentela y compartir con ella. Los padres filipinos se sienten tan cohibidos como los padres blancos u otros para dejarse ver en actos sexuales, incluso por niños pequeños. Hablar de sexo delante de los niños es otro tabú. Colocar a los niños en la sala con el sobrino sería embarazoso pues parecería que los padres estuvieran usurpando la intimidad del sobrino. Si bien esto es una simplificación exagerada de las características culturales de las familias filipinas, sirve para ilustrar el punto de vista del marido. La enfermera recomendó inmediatamente una modificación de comportamiento. No se le ocurrió que su comportamiento mismo era una usurpación del derecho de la familia a ser como ellos son en vez de como ella quería que fuesen. Decir que la enfermera sencillamente no sabía de las realidades culturales y económicas de la familia es aprobarle un tipo de conducta que hace caso omiso de la recolección esmerada de datos, y de la interpretación o reciprocidad que debe haber la interacción enfermera-cliente, y además es estimular que todo comportamiento inaceptable para el sojuzgador se considere descarriado.

El ejemplo ilustra también el mecanismo de dominación cultural como instrumento de control social sobre personas de color con el fin de mantener la posición del oprimido. La dominación cultural minimiza, distorsiona y/o niega las contribuciones de la cultura de un grupo particular. La meta de una dominación así consiste en eliminar o disminuir la prominencia de la cultura meritória, la cual es una fuerza motora y sustentadora. El oprimido reniega de la cultura de su propio grupo y adquiere rasgos de la cultura del grupo "superior". La asimilación es un resultado lógico de la dominación cultural, esto es, "cuanto más lo forcemos a imitarnos y a imitar nuestro comportamiento, más se acercará a ser uno de nosotros y a entrar en la corriente de nuestras vidas". La dificultad aparece cuando la gente de color se ve confrontada con otro dispositivo de control social: movilidad social limitada por el precepto de "posición" que se le asigna. Hay ciertos trabajos, ciertos vecindarios y ciertos comportamientos apropiados para la gente de color (Blauner 1972).

MECANISMOS OFENSIVOS

Mientras Blaunner describe el proceso social más amplio, un psiquiatra negro, Chester Pierce, describe una de las maniobras efectivas que se utilizan a nivel de persona a persona para mantener la opresión mediante la dinámica de mecanismos ofensivos (Pierce 1970). Las enfermeras están familiarizadas con la idea de los mecanismos de defensa y del papel importante que juegan en el mantenimiento de la integridad personal y del funcionamiento del individuo en presencia de altos

niveles de ansiedad. La literatura abunda en definiciones y descripciones de estos tipos de comportamientos según el contexto, de manera que el profesional comprende lo que son y como ocurren en diferentes individuos. Con estos puntos de referencia, el profesional puede determinar si se deben reforzar o desanimar los mecanismos de defensa de una persona en particular con el fin de optimizar su nivel de función. Lo más frecuente es que los mecanismos de defensa merezcan llamarse fenómenos de reacción.

Pierce pone sobre el tapete el concepto de mecanismos de ofensa y su dinámica en las relaciones raciales en los Estados Unidos de Norte América. Estos comportamientos no son de reacción sino pequeños y "continuos bombardeos de microgresión de los blancos a las minorías" (Pierce 1970:280). El efecto acumulativo de esta micro agresión es el refuerzo del racismo. Para que el racismo sea eficaz, hay que entender los mecanismos de ofensa en las interacciones entre blancos y no blancos y Pierce identifica la relación entre racismo individual y técnicas ofensivas.

El racismo es una enfermedad mental y de salud pública, que se caracteriza por distorsión perceptiva, contagio y fatalidad. El vehículo para estas características es el efecto acumulativo de los mecanismos de ofensa, que se manifiestan individualmente pero que son aprobados por la colectividad y promocionados por los blancos. (Pierce 1970: 282).

Es útil ver como el planteamiento que hace Pierce respecto a las maniobras ofensivas es empleado por las enfermeras de salud comunitaria en su trabajo cotidiano. Tres mecanismos de ofensa de uso corriente son: "Damos la vida por Uds. que son las minorías"; "Ustedes las minorías están enfermas"; "Nosotros los blancos somos los depositarios de la verdad" (Pierce 1970). A continuación se describe el mecanismo de ofensa y se da un ejemplo que lo ilustra, tomado de la experiencia de los autores.

"Damos la vida por ustedes que son las minorías". Al cabo de esta interacción las minorías piensan que el blanco ha dicho: "Damos la vida por ustedes y ustedes no nos lo agradecen".

Uno de los autores fue asesor en una escuela de enfermería cuyas seis profesoras blancas luchaban por enseñar a las alumnas contenido sobre el cuidado de las personas de color. Lo que impulsó tal preocupación fue una crisis en el aula. Una de las profesoras inició una discusión sobre el cuidado del cabello de pacientes negros. Comenzó por describir las diferencias físicas de los negros y cuan importante era conocer dichas diferencias. Valiéndose de un artículo sobre el cuidado del cabello de los negros, se lanzó en materia. En ese momento, la única estudiante negra de la clase, evidentemente molesta, declaró furiosa que no había diferencias entre blancos y negros. Su argumento era que ambos grupos raciales eran seres humanos y que las diferencias de los negros se tenían en cuenta sólo para sugerir que eran inferiores. La profesora se sobresaltó con la respuesta de la estudiante, ya que la alumna tenía fama de no considerarse de la "minoría"; además

según la profesora, la estudiante no le había agradecido las molestias que se tomó para presentar este material. Y en vez de explorar las objeciones de la estudiante negra, la profesora se disculpó profusamente hasta el punto de derramar lágrimas.

La asesora preguntó a la profesora por qué este tema no se discutía rutinariamente a propósito del baño en cama del cuidado de la piel de la siguiente manera: es un hecho que en ciertas partes del cuerpo, la piel produce folículos pilosos que son numerosos en el cuero cabelludo. Las glándulas sebáceas rodean los folículos para evitar que el cabello se reseque. Un cuero cabelludo muy grasoso debe lavarse con frecuencia para evitar la caspa. Si el paciente ya tiene caspa y no se le lava el pelo, éste se adelgaza o se cae y adquiere mal olor. Si el cuero cabelludo del paciente es muy seco, el lavado será menos frecuente. En todo caso, el lavado apropiado del cabello estimula la salud del cuero cabelludo. El tipo de folículo piloso varía según los grupos raciales y características hereditarias. Si una persona tiene cabello fino, como ocurre en los blancos, el cuero cabelludo es fácil de limpiar. Si el cabello es muy ensortijado o crespo, como es corriente en las personas negras, el lavado del cabello y del cuero cabelludo se facilita cepillándolo y masajeándolo previamente. La asesora sugirió además recursos de la comunidad útiles para ayudar a la profesora en la preparación y presentación de material que fuese nuevo para ella.

La profesora reconoció que nunca había pensado que fuera importante enfocar el tema del cuidado del cabello de semejante manera. Aparentemente, lo que sentía acerca de las diferencias de las personas negras y su falta de información no le permitieron hacer una presentación objetiva del material. Estas actitudes adquirieron dimensiones inusitadas durante su lección y precipitaron la respuesta de la estudiante negra, y como consecuencia todo el contexto adquirió un aura negativa tanto para las estudiantes blancas como para la estudiante negra. Debido a la incapacidad de la profesora para enfrentar la pregunta de la estudiante negra, no tuvo oportunidad de explicar su punto de vista y las estudiantes blancas adquirieron la actitud de que es temible y prohibida la discusión franca sobre razas. Un aspecto positivo fue que por primera vez la estudiante negra manifestara espontáneamente lo que pensaba. La estudiante no podía permitir que la ofensa de la profesora quedase sin respuesta y se vio impelida a contrarrestarla, en vez de hacerse partícipe de una conducta que tolerara o reforzara la "corrección" de la presentación, ya que el material que se incluye en los currícula de enfermería sobre la gente de color suele presentarse dentro de un contexto de "diferencias" y por lo tanto de desventaja. Como el material es esencial para mantener estándares altos de atención de enfermería, es esencial que se presente. Pero no se puede permitir que la presentación degrade o deshumanice.

"Ustedes las minorías están enfermas". Al final de esta maniobra ofensiva, las minorías piensan que lo que los blancos les han dado a entender es: "Ustedes están enfermos, y debemos hacer todo lo que esté en nuestro poder para protegerlos de sí mismos. Por ejemplo: es corriente que muchas mujeres chicanas se

bañen con esponja y no en ducha o tina durante la menstruación. Una enfermera de salud comunitaria que visitaba un hogar chicano supo por una adolescente que tenían esta costumbre e interpretó la práctica como antihigiénica. Comenzó a instruir a la madre sobre los beneficios del baño. En defensa de la costumbre, la madre explicó que el baño "suspendía el período". Sin oír ni entender, la enfermera continuó con su plan de enseñanza insistiendo en que esa extraña conducta era malsana. Si la enfermera se hubiera ocupado menos de trasgresiones y patología y más de las prácticas culturales y sus significados, podría haber escuchado, sopesado el relativo "peligro" de los baños de esponja e intervenido de modo diferente. Si los baños de esponja realmente violan principios de higiene, entonces tenemos que reconsiderar los baños en cama que las enfermeras hacemos en el hogar y en los hospitales.

"Nosotros los blancos somos depositarios de la verdad". Es probablemente el mecanismo ofensivo más básico y que procede de sentimientos de superioridad racial. La minoría percibe el mensaje del blanco así: "Lo que yo hago es lo único que está bien y así es como debe ser —cualquiera otra manera de actuar es para que yo me divierta, edifique o explote del modo que quiera". Considérese lo siguiente: Una reservación de indígenas fue la sede de un taller de enfermería. La tribu indígena era la propietaria y administradora del restaurante y del hotel en que se alojaron los participantes. En el programa había recorridos de la población y casas de la vecindad, tras de lo cual los participantes debían discutir lo que habían visto. Muchas se quejaron de que no había indígenas "de verdad" para hablar con ellos y cuyas casas se pudieron visitar. Incluso cuando se les recordó que estaban en una reservación y que todos los que no eran participantes del taller eran indígenas, siguieron pidiendo una reunión con indios "de verdad" que llevaran vestido ceremonial y xipi. Los indígenas que escuchaban abandonaron el lugar disgustados.

Si la respuesta de los indígenas que estuvieron presentes hubiera sido buscar otros que se ajustaran a los estereotipos de los "indios de verdad" que las enfermeras blancas tenían, hubieran estado adoptando una posición prorracista al consagrar la conducta de las enfermeras blancas y renegar de los sentimientos y conducta de su propio grupo. Casi con seguridad se puede decir que hubo enfermeras blancas que renunciaron al taller porque no les habían dado el trato que esperaban y suponían que merecían.

Hacia un Ejercicio Humanizado de la Enfermería

Un lema declarado de enfermería es suministrar cuidados de calidad a todas las personas. Pero la mayor parte de la enfermería en salud comunitaria se desarrolla en áreas económicamente empobrecidas y se suministra a comunidades minoritarias que pueden ser sociológica y culturalmente diferentes, lo cual plantea a menudo un conflicto entre ideología y realidad, que sólo se puede soportar mientras esos conflictos sean confabulaciones concebidas y practicadas por la

enfermera para mantenerlas aparte. La mayoría de las enfermeras de salud comunitaria en ejercicio son de raza blanca y de clase media, atributos que las sitúan en el polo opuesto al de muchos de sus clientes. Les corresponde, pues, a las enfermeras de salud comunitaria comprender las numerosas maniobras ofensivas que emplean, ya sea intencionadamente o no y que rebajan y degradan a los clientes. A menos que la enfermera lo comprenda y actúe en consecuencia, el cuidado enfocado hacia el cliente es otra frase cuyo sonido es mágico al oído pero que no forma verdaderamente parte del ejercicio de la enfermería.

La reciprocidad y aceptación de riesgos son conceptos que pueden aminorar los comportamientos de las enfermeras que sean opresoras. Se pueden derivar diversos beneficios para el cuidado del paciente, reclutando candidatas a enfermería en las comunidades de gente de color. Tales enfermeras (que también son víctimas) preocupadas por la deshumanización de los servicios de salud en instituciones y entre los que los suministran, pueden identificar la naturaleza opresiva de ciertos comportamientos y prácticas. Asimismo, el ser víctima lo sensibiliza a uno a las sutilezas de los actos opresivos y a menudo le instila una resistencia a actuar opresivamente con respecto a otros. El siguiente caso ilustra este punto y la aplicación de los conceptos de reciprocidad y asunción de riesgos.

En un registro de enfermería se describía una cliente como lenta y posiblemente retardada. Se pensaba que era difícil enseñarle pues no podía repetir la información que le daba la enfermera de salud comunitaria del sector. Los registros decían que la cliente tenía problemas en la crianza pues rara vez le hablaba a su hijo de diez meses.

Se le asignó una estudiante negra. Tras la primera visita domiciliaria, la estudiante acudió a su instructora morena y le contó que la joven no respondía pero que no parecía retardada. La estudiante se sentía incómoda hablando ella sola. Pidió a la instructora que le ayudara a identificar lo que estaba haciendo, porque reconocía que su comportamiento podía ser un factor. La instructora le pidió a la estudiante que revisara en detalle la visita domiciliaria, particularmente su conducta y la respuesta de la cliente. Resultó evidentemente que las preguntas de la estudiante a la cliente se podían contestar con monosílabos y que a medida que aumentaba su nivel de frustración, planteaba preguntas que ya contenían las respuestas, por ejemplo: “¿Usted no tiene complicaciones con el bebé, no es verdad?” Tras señalarle esto a la estudiante, la instructora le dijo: “Me doy cuenta de que Ud. también es persona de pocas palabras”. Casi nunca habla en las conferencias clínicas salvo para responder a una pregunta directa, y nunca da otra información que la que se le pregunta”. “Eso es cierto” respondió la estudiante. He aquí el diálogo que siguió:

Instructora: Bueno, ¿cómo se siente cuando piensa que tiene que contestar todas las preguntas?

Estudiante: Incómoda.

Instructora: ¿Qué hace usted entonces?

Estudiante: Pues me siento, y miro y espero, deseando que desaparezca la presión para que hable”.

Instructora: ¿Se refiere usted a la persona que está esperando que usted hable?

Estudiante: Sí.

Instructora: ¿Cómo cree usted que se sienta la señora J, que también es una persona callada?

Estudiante: Lo mismo. Nunca se me ocurrió eso.

Instructora: ¿Por qué no ensaya usted otro enfoque?

Estudiante: ¿Quiere usted decir quedarme callada y no tratar de esperar respuesta?

Instructora: Sí, usted podría proceder así. ¿Es capaz de permanecer en silencio?

Estudiante: Bien si no tengo la sensación de que tengo que romperlo.

Instructora: Bien, como se trata de una situación nueva para usted, ¿por qué no ensaya decirle a la señorita J, que usted se da cuenta de que ella es una persona callada como usted, que usted no desea presionarla para que le hable y le cuente todo? ¿Por qué no le pregunta también qué es lo que espera de usted como enfermera y cómo le puede pedir información sin molestarla?

Estudiante: Trataré de hacerlo. Ya me imagino como puede sentirse ella con mi visita. Confío en que no me eche.

La estudiante regresó de su segunda visita entusiasmada, y sonriendo describió a su instructora la respuesta de la cliente a su enfoque. Al principio, la cliente se turbó. Nunca había pensado que podía esperar nada de la enfermera de salud comunitaria (vienen porque las mandan), pero como se le pidió, quiso saber qué cuidados debía tener consigo misma y su familia para gozar de buena salud. Explicó también a la estudiante que la razón para ser tan callada era que cuando niña tenía frenillo y ceceaba. Su familia y los demás niños se burlaban de ella. Había tenido que recibir tratamiento del fonoterapeuta con regularidad. La otra enfermera que la había visitado había reaccionado hablándole en lenguaje infantil. La cliente interpretó semejante comportamiento como degradante, pero temió enfrentarse a la enfermera para que esta no pensara que ella era descortés. Temía hablarle a su hijo de diez meses por miedo de que éste imitara su pronunciación defectuosa. La estudiante, perspicaz y sensible, examinó la boca del niño y al descubrir que tenía frenillo describió a la madre lo que había que hacer para evitarle al niño algo parecido. De ahí en adelante la madre no se podía quedar callada. La estudiante misma también se volvió más comunicativa en la conferencia clínica.

En este ejemplo, la estudiante comenzó por ir donde su instructora y contarle su frustración admitiendo su torpeza para comunicarse. Como se preocupaba por su cliente, se arriesgó a que le dijeran que no estaba haciendo bien las cosas. A pesar de que la enfermera que la precedió fue la que preparó el escenario para la estudiante con las notas que registró en el expediente, esta decidió investigar su propia conducta como posible factor que obstaculizaba su entendimiento con la cliente. Hubo reciprocidad entre la estudiante y la instructora y entre la estudiante y la cliente en el proceso de intercambiar información y retroalimentación.

Para asumir riesgos, la enfermera de salud comunitaria tiene que preocuparse

por el bienestar de su cliente y estar dispuesta a aceptar la idea de que sus actitudes y conducta puedan estorbar el progreso del cliente. Cuando es opresora, la enfermera de salud comunitaria, no asume tal riesgo porque no puede aceptar como válidas las diferencias entre ella y sus clientes, y por ésto trata de imponer su manera de actuar al cliente.

Resumen

Si las enfermeras y la profesión de enfermería toman en serio el mejoramiento del cuidado que se ofrece a todos los clientes, tienen que darse cuenta de las realidades diferentes que la gente de color confronta en esta sociedad. Tienen que hacerse en alguna medida conscientes y entendedoras de las raíces del racismo, y las muchas maneras como este se manifiesta en la sociedad contemporánea. Perseguir este fin, es definitivo que las enfermeras sepan que hay dos modelos de racismo en nuestra sociedad: institucional e individual, aun cuando a veces es difícil diferenciarlas claramente. Cuando una enfermera puede entender que estas dos formas existen, está mejor equipada para analizar sus propias actitudes e intervenciones. Actuó de determinada manera por actitudes personales de superioridad, o bien porque las expectativas estructurales así lo exigen. La enfermera pues puede hacerse más consciente de las determinantes de su conducta en comunidades racialmente oprimidas, y de las consecuencias de sus propios actos.

Este tipo de conocimiento y de toma de conciencia podría poner en tela de juicio las técnicas que hemos aprendido, en las cuales no se atiende gran cosa a la interpretación que la familia hace de su propia situación. En vez de esto tomaremos más en serio las percepciones de la gente de color y lo que estas percepciones significan para ella.

Las enfermeras que no pertenecen a la raza blanca tienen también que desarrollar más confianza para identificar las maneras como sus colegas degradan a la población no blanca. No hacerlo es actuar como partidario del racismo y fomentarlo.

BIBLIOGRAFIA

- "Asian Americans: The Neglected Minority." *Personnel Guidance Journal* 51 (1973): 385-416.
- BECKER, HOWARD. *The Outsiders*. Nueva York: Free Press, 1963.
- "Becoming Aware of Cultural Differences in Nursing." Speeches presented during the 1972 American Nurses Association Convention, Kansas City, Missouri: American Nurses Association, 1973.
- BLAUNER, ROBERT. *Racial Oppression in America*. Nueva York: Harper and Row Publishers, 1972.
- BOZOF, RICHARD R. "Some Navajo Attitudes Toward Available Medical Care." *American Journal of Public Health* 62 (1972).
- BRINTON, DIANA. "Value Differences Between Nurses and Low Income Families." *Nursing Research* 1 (January-February, 1972).
- BROWN, TURNER. *Black Is*. Nueva York: Grove Press, Inc., 1969.
- Civil Rights Digest. "Mexican? American?" *Civil Rights Digest* 3 (Winter, 1970).

- CLEAVER, ELDRIDGE. *Soul on Ice*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company, 1968.
- COMER, JAMES P. "White Racism: Its Fact, Form, and Function." In *Black Psychology*, edited by Reginald Jones. Nueva York: Harper and Row, 1970.
- DELORIA, VINE. *Custer Died for Yours Sins*. Nueva York: Avon Books, 1969.
- DRYER, WILLIAM G. "Working with Groups." In *Family Centered Community Nursing: A Sociological Framework*, edited by Adina M. Reinhardt and Mildred D. Quinn. St. Louis: C. V. Mosby Company, 1973.
- EVERY, DALE VAN. *Disinherited: The Lost Birthright of the American Indian*. Nueva York: Avon Books, 1966.
- FREIRE, PAULO. *Pedagogy of the Oppressed*. Nueva York: Herder Company, 1971.
- GOSSACK, MARTIN M., ed. *Mental Health and Segregation*. New York: Springer Publishing Company, 1963.
- HESS, GERTRUDE Y STROUD, FLORENCE. "Racial Tensions: Barriers in Delivery of Nursing Care." *Journal of Nursing Administration* (May-June, 1972).
- HILL, ROBERT. *The Strengths of Black Families*. Nueva York: Emerson Hall Publishers, Inc., 1972.
- JONES, RHETT S. "Proving Blacks Inferior: The Sociology of Knowledge." In *The Death of White Sociology*, edited by Joyce A. Ladner. Nueva York: Vintage Books, 1973.
- NORMAN, JOHN C., ed. *Medicine in the Ghetto*. Nueva York: Appleton-Century Crofts, 1969.
- OSOFSKY, GILBERT. *The Burden of Race*. Nueva York: Harper and Row, 1967.
- PADILLA, AMADO Y RUIZ, RENE. *Latino Mental Health: A Review of Literature*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1974.
- PIERCE, CHESTER. "Offensive Mechanisms." In *The Black Seventies*, edited by Floyd Barbour. Boston: Porter Sargent Publisher, 1970.
- Race Relations Reporter*. Race Relations Information Center, P.O. Box 12156, Nashville, Tennessee 37212.
- ROACH, LORA B. "Color Changes in Dark Skins." *Nursing '72* (November, 1972).
- ROMANO-V, OCTAVIO L. "The Anthropology and Sociology of Mexican-American History." *El Grito* 2 (1968):13-26.
- RYAN, WILLIAM. *Blaming the Victim*. Nueva York: Vintage Books, 1971.
- SELLERS, RUDOLPH. "The Black Health Workers and the Black Health Consumer; New Roles for Both." *American Journal of Public Health* 60 (1970):2154-2170.
- SOLIS, FAUSTINA. "Current Problems in Mental and Public Health Services as Related to Mexican-Americans." Cabinet Committee Hearings on Mexican-American Affairs, El Paso, Texas: Interagency on Mexican-American Beliefs, 1800 G Street NW, Washington, D.C. 20506.
- STAFFORD, WALTER W. Y HADNER, JOYCE. "Comprehensive Planning and Racism." *Journal of the American Institute of Planners* 35 (1969):68-74.
- STAPLES, ROBERT. *The Black Family: Essays and Studies*. Belmont, Cal.: Wadsworth Publishing Company, 1971.
- STORLIE, FRANCES. *Nursing and the Social Conscience*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Perspectives on Human Deprivation: Biological, Psychological, and Sociological*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1968.
- VALENTINE, CHARLES. *Culture and Poverty*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1968.
- VASQUEZ, RICHARD. *Chicano*. Nueva York: Avon Books, 1971.
- WAGNER, NATHANIEL N. Y HANG, MARSHIA J., eds. *Chicanos: Social and Psychological Perspectives*. St. Louis: C. V. Mosby Co., 1971.
- WILCOX, PRESTON. *White Is*. Nueva York: Grove Press, 1970.

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA Y LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD

11

Carol E. Mitchell

Introducción

¿Por qué estamos hablando de enfermería en salud mental de la comunidad, en un libro sobre enfermería en salud comunitaria? Es decir, ¿qué es una enfermera de salud mental de la comunidad? (ESMC). ¿Se trata de una enfermera psicoterapeuta trasladada de un hospital psiquiátrico a un centro de salud mental comunitaria? O bien, ¿es una enfermera de salud comunitaria aficionada a la psicología? ¿Es algún tipo enteramente diferente de especialista, o acaso es una especie de super-enfermera? Las ESMC tienen sus propias ideas sobre lo que las hace diferentes de otras especialidades de enfermería, pero entre ellas les es difícil ponerse de acuerdo sobre cuales son exactamente esas diferencias, ya que quienes intervienen en la preparación de enfermeras para esas posiciones han sugerido todas estas definiciones.

Estaban reunidas cinco ESMC examinando las complejidades de su rol, descartando viejos clichés, e identificando lo que tienen en común. La discusión era animada; dentro de la urdimbre flojamente tejida del ejercicio en el área de la salud mental variaban enormemente el punto de vista individual, el estilo de trabajo y el enfoque. Instituciones prestigiosas de jerarquías autoritarias —y cruzadas imaginativas; consultorios pequeños y malolientes atendidos por tradicionalistas que se sentían incómodos y voluntarias dedicadas; Organizaciones para la Conservación de la Salud con equipos interdisciplinarios que combinaban todo lo que se citó arriba, cada una es una pieza de ese todo elusivo. Todos esos organismos desempeñan un rol en la prestación de servicios y en todos ellos trabajan ESMC. ¿Pero quién es la ESMC y qué propósito cumple? Este grupo pequeño, representativo de algunos de los ambientes en salud mental comunitaria, creía que del análisis de “lo que realmente somos” emergerían las verdades fundamentales del propósito y del proceso.

Ejemplos de ESMC

Por su propia iniciativa y entusiasmo, una de las cinco enfermeras había creado "Grupos de Obesidad" en un consultorio externo, dinámico y de organización estricta. Los miembros de los grupos, derivados de la población servida por el consultorio, eran pacientes que entendían que "solamente" era obeso aquel que el médico clasificara como tal. Habiendo de esta manera identificado una necesidad no atendida, dicha enfermera se puso de acuerdo con el personal del consultorio, asesores y clientes y en seguida diseñó un formato para reuniones que incluía las metas, los enfoques y los métodos de evaluación. Pronto hubo cuatro grupos de jóvenes y adultos que se reunían semanalmente. Concentrados en resolver los conflictos de la vida diaria, los grupos se apoyaban mutuamente en la ansiedad, el desaliento y el descontento general de sus miembros. El personal del consultorio observaba con sumo interés el progreso de estos grupos y sugirió a la enfermera que un enfoque como ese debiera generalizarse. Se podían organizar grupos de adolescentes diabéticos, lo mismo que de clientes ancianos que sufrieran de soledad; sólo los recursos y el alcance de la imaginación limitarían las posibilidades.

Al otro extremo de la ciudad, en tres cuartos pequeños, se enfocaba de modo un tanto diferente una necesidad que estaba emergiendo. Tras introducirse a través de un fogoso grupo de acción femenina, otra de las cinco enfermeras había establecido un servicio de asesoría sobre amor propio, para mujeres mayores que se acercaban vacilantes a su primer empleo. Cuando decaía la confianza de las clientes en sí mismas, se les fortalecía por medio de discusiones de apoyo sobre el activo que tenían en materia de cualidades personales y experiencias acumuladas; los ensayos de roles que implicaban escenas interpersonales difíciles, proporcionaban serenidad, profundizaba la comprensión y favorecían el éxito. El seguimiento en el empleo permitía a los miembros sentirse cómodos ante conflictos nacientes del rol y compartir con los más nuevos el relato de sus éxitos mientras éstos esperaban esa primera entrevista para conseguir un trabajo.

Unas cuantas cuadras más allá, una tercera enfermera se esforzaba con los miembros de un equipo profesional de trabajadoras sociales y psiquiatras, trabajando en la consulta externa de un hospital psiquiátrico y su vecindario. Valiéndose de visitas domiciliarias para valorar la fortaleza de la familia y la dinámica familiar, tenía a su cargo familias "multiproblema" de pacientes hospitalizados y pacientes psiquiátricos en tratamiento diurno. Ejerciendo tanto intramuros como en los domicilios, de sus clientes, aguzó su entendimiento de lo significativos que eran el lenguaje y la sede en la interacción. Su ejercicio de la enfermería se fue permeando de las sutilezas del trato social en la cocina mientras se saborea un helado, la discusión profesional en la oficina y las divagaciones filosóficas alrededor de la mesa de las conferencias de equipo.

Muy alejada de sus colegas en localización y estilo, pero armonizada con ellas en sus propósitos, la cuarta enfermera estaba sumergida en el sistema judicial.

Trabajando en conjunto con un solícito agente de justicia, quien la había ayudado a obtener el cargo, promovía el apoyo mutuo y la aplicación del método de solución de problemas en grupos de ataque al riesgo, que organizaba con acusados en libertad condicional y con presos de buena conducta que salían en libertad bajo palabra. Consciente de la fragilidad de su innovador enfoque, estaba decidida a que los inexpertos grupos progresaran y a que su progreso pudiera demostrarse: la frecuencia, el contenido y la dirección de las interacciones intragrupo serían las directrices para la acción posterior. La correlación de estos primeros datos con las evaluaciones finales ayudaría a establecer el valor de su programa. El carácter de único, inherente a todo proyecto piloto le dejó a ella tanto libertad de acción como áreas de ambigüedad no proyectada.

La última de las enfermeras de SMC era consultora en un centro vecinal de vanguardia para adolescentes que tenían problemas con la escuela, los padres o la ley, y era también miembro voluntario de un centro de bienestar familiar que atendía al que llegara y que ofrecía servicio de referencia en situaciones que tuvieran que ver con alcoholismo. Ambos grupos, conjuntos eclécticos de ciudadanos intranquilos y de profesionales entregados a su misión, representaban la respuesta de la comunidad a problemas ignorados por las instituciones.

A diferencia de ciertas organizaciones no bien cimentadas, estos grupos habían sido concienzudamente planificados lo cual había permitido que se salvaran de la "fragilidad del primer año" que acaba con tantos programas nuevos. Por esa época las relaciones de trabajo ya estaban establecidas y la definición de los objetivos era más clara; la sensación vehemente de éxito se tradujo en gran entusiasmo. Hacía poco tiempo que esos grupos habían logrado captar el interés oficial y su apoyo presupuestario, una vez que los profesionales habían demostrado la valía de éstos por su propio esfuerzo. Nuevamente la evaluación tanto interna como externa fueron elementos clave de estos programas y habían sido orquestadoras de la "venta" de los centros. Pero la venta requiere un comprador... La aceptación y la intervención de la comunidad fueron fomentadas mediante campañas de relaciones públicas frecuentes y por reclutamiento de voluntarios, cuidadosamente anunciado, para atender las líneas telefónicas de emergencia, los servicios sin cita previa y numerosas actividades de referencia de casos. La captación para prevenir y educar se hizo a través de puertas abiertas para discusiones en los centros y enviando oradores voluntarios a la escuela, a la iglesia y a los centros de trabajo.

Era evidente la diversidad que había entre las cinco enfermeras; el elemento común en ellas era su definición de salud mental de la comunidad como algo integral, como salud global de la gente en su ambiente. Al entretener el propósito y el proceso de sus colegas de salud comunitaria con la teoría y destrezas de las enfermeras de salud mental, la combinación resultante traducía en acciones la filosofía de que no puede haber "salud" sin salud mental ni "realidad" sin la inclusión del ecosistema. La salud se hace evidente solamente en las interacciones entre el cuerpo y la mente, el individuo y el ambiente. El significado de esta rela-

ción, fundamental en las antiguas filosofías orientales, y reconocidas en la clásica exhortación latina *mens sana in corpore sano* (mente sana en cuerpo sano), se está explorando actualmente con enfoques de salud mental para la auto-renovación, que germinan como hongos. Grupo para enfrentar crisis, encuentro, adiestramiento de la sensibilidad, psicodrama, terapia fundamental, análisis transaccional, y muchos, muchos más; un *smörgasbord* bien variado para ofrecerle prácticamente a todo el mundo algún tipo de experiencia en la tarea de crecer.

Conceptos fundamentales en SMC

La filosofía de la salud mental de la comunidad representa un enfoque totalista común en las empresas de las cinco enfermeras. Al incorporar el modelo de salud de la comunidad, el cual engloba la promoción, conservación y rehabilitación de la salud, hace hincapié en la atención integral y continua, planeada para los clientes y suministrada dentro de su propia comunidad (Comisión Nacional sobre Servicios de Salud Comunitaria 1966: cap. 10). La dinámica de adaptación y las implicaciones del stress son conceptos medulares. También se pone énfasis en la epidemiología, el análisis de sistemas y el compromiso mutuo.

Adaptación

La dinámica del proceso de adaptación hace que el individuo se mueva hacia la enfermedad o hacia la salud. La adaptación representa crecimiento, un proceso continuo de ciclos de demanda—respuesta mutua, más que un estado estacionario de algo que ya se ha logrado. Desde su origen hasta la disolución final, un ente tiene que interactuar constantemente con su medio o ecosistema; esto se aplica tanto al grupo de ataque al riesgo recién constituido como también al de mujeres de mediana edad que por el momento están desempleadas. Puesto que las respuestas al deber se generan en estas demandas recíprocas, cada demanda da oportunidad de mejorar la adaptación. La reciprocidad inherente a un grupo de ataque al riesgo se reconoce fácilmente, pero hay también una relación interactiva semejante entre el grupo como un todo y el medio que la acoge. Si el grupo no hace frente a sus responsabilidades, perderá el apoyo económico, conservación y albergue; si el albergue resulta inhóspito, depresivo, incómodo, el grupo seguirá funcionando sin éste. Hay una reciprocidad adaptiva similar entre la percepción de su propósito por parte de la ESMC y lo que la organización donde trabaja espera que sea su función, así como en el trato del uno para con el otro. Sin embargo, el proceso de reciprocidad rara vez se equilibra. Cuando los puntos de vista de la institución y del individuo entran en conflicto, se rebaja la moral; y cuando el ambiente social exige belleza juvenil, vigor y productividad económica, la mujer “que pasa de los cuarenta” puede batirse en retirada. Como la adaptación sugiere respuesta bilateral óptima a las demandas mutuas, la desadaptación indica una respuesta desbalanceada que favorece indebidamente a una de las partes interactuantes a costa de la otra.

Las exigencias continuas —y opuestas— de cambio y estabilidad agregan otras dimensiones a estas interacciones. Mientras la maduración confirma la inevitabilidad del cambio, también existe una tendencia opuesta hacia la estabilidad, una inclinación a organizar la experiencia en patrones y a atenerse a estas respuestas repetitivas fáciles para funcionar sin dificultad. La señora A. M., de cuarenta y nueve años, viuda reciente y por primera vez en busca de empleo, siente que está presa en medio de dos fuerzas opuestas, una su anhelo de cambio, de mejorar, y otra el temor de renunciar a la seguridad de sus antiguos hábitos. Y el adolescente impulsado por la maduración fisiológica y social, ataca los mismos sistemas de autoridad que le proporcionan la estabilidad reconfortante que le permite atacarlos.

Stress

Lo mismo que la adaptación es el proceso dinámico de crecimiento, el stress es su instigador. Descrito de diversos modos como esfuerzo, presión, intensidad de fuerza, parece haber adquirido una connotación un tanto negativa en el uso corriente. La publicidad sugiere que el stress hace necesarios píldoras para la cabeza, polvos para el estómago y ungüentos para las porciones que quedan entre ambos. En realidad el stress es esencial para nuestra misma estructura, pues solamente en el inmaculado equilibrio del stress y su antónimo pueden mantener su integridad hasta cada una de nuestras células. Y tanto la física de la actividad muscular como el interés de la salud mental por las relaciones entre el hombre y el ecosistema, están basados en el estudio de la tensión. Levi da una definición operacional de la reacción global al stress como: "la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier imposición que se le haga" (Lévi 1972; II) y Han Selye, padre de la investigación sobre la adaptación al stress, identifica sucintamente el stressor como todo agente externo que inicie la respuesta de stress. (Selye 1956: 261). De primera importancia para estas consideraciones es el hecho de que los agentes generadores de stress no tienen valor positivo o negativo. Ya sea stress o peligro, agente de la mayor alegría o de la más profunda tristeza, todos los agentes generados de stress exhortan a cambiar.

El interés científico en el stress es relativamente nuevo. En 1936, Selye comenzó sus estudios pioneros de laboratorio de los cambios mensurables, fisiológicos y de comportamiento, que se relacionan con el Síndrome de Adaptación General (reacción de stress en 1936). Su primer libro sobre la materia, publicado en 1950, informaba sobre observaciones y mediciones hechas en ratones de laboratorio y conejillos de indias que habían sido sometidos a diversos agentes generadores de stress tales como baja temperatura, heridas y hacinamiento. También se han monitoreado sujetos humanos para conocer las reacciones cardiovasculares, simpático-adrenomedulares y renales al stress experimental y de la vida diaria. Algunos de los hallazgos más refinados se han traducido a medidas populares mediante las cuales se puede calcular y valorar qué tan deseable —o tal vez letal— es el cociente de stress a que está sujeta una persona en su vida diaria. La letali-

dad del stress suena ominosa. Sin embargo, siendo el stress uno de los elementos necesarios para la conservación y crecimiento humanos, la capacidad para adaptarse a los agentes generadores de stress tiene límites. Las ratas de Selye, enfrentándose valientemente al stress, llegaron a su máxima adaptabilidad y luego, al persistir el stress, perdieron la capacidad de adaptarse y murieron (Selye 1956:88 - 89). Levi analizó las reacciones de empleados facturadores sometidos a presión para mejorar su rendimiento. La productividad laboral aumentó, y lo mismo ocurrió con las excreciones de adrenalina, noradrenalina y creatinina al tiempo que los empleados se quejaban de fatiga y de incomodidad física dignas de ser tomadas en cuenta (Levi 1972: cap. 6). Pero no son sólo los agentes negativos los que inducen el peligro. Trabajando en el ambiente de un laboratorio cuidadosamente protegido, Levi estudió las reacciones de otro grupo de sujetos humanos a diversos estímulos. Los datos de la reacción de los sujetos a películas anodinas de escenarios naturales, sirvieron de base para comparar su respuesta a éstas con la que presentaron ante películas violentas, miedosas y humorísticas. La secreción de adrenalina se elevó significativamente tanto durante las películas placenteras como durante las desagradables. La descarga se inició sin diferencia apreciable (Levi 1972: cap. 3).

La sensación de "decepción", tan corriente después de alcanzar algo, está típica en las "resacas" de la mujer que ha dado a luz y en la "languidez post-ceremonia" del recién graduado. Ambos casos se pueden vincular a la capacidad que tiene la adrenalina para desencadenar excitación o euforia que puede ir seguida de depresión.

Los períodos de la vida complicados por demandas excepcionales o crecientes de adaptación pueden caracterizarse por angustia mental, enfermedad física y hasta la muerte. La estimulación exagerada del potencial de adaptación, según se deriva de estudios de grupos de guerrilleros de la segunda guerra mundial, se manifiesta primero por fatiga, luego por confusión e irritabilidad creciente y eventualmente por agotamiento emocional hasta que la persona se rinde apáticamente (Toffler 1970:345). Los estudios transculturales de las relaciones entre los agentes generadores de stress indican que la adaptación cobra un alto precio a los seres humanos. (Holmes y Masuda 1972:71). Estamos empezando a reconocer el importante papel que desempeña el stress en condiciones físicas tales como la hipertensión, las enfermedades cardíacas y hasta en el desencadenamiento del cáncer. Se ha conseguido ordenar los sucesos de cambio según su repercusión sobre el sistema de stress-adaptación: los de mayor peso son la muerte o pérdida de un cónyuge, seguida de cerca por el divorcio y la separación; el matrimonio está a medio camino en la escala de valores, y la jubilación y la reconciliación conyugal muy cerca de éste. Parece que estos agentes generadores de stress trascienden las barreras culturales, como ocurre con otros hechos de la vida. No obstante, hay otros que se pueden definir culturalmente, pero la percepción individual determina por último el significado de todos ellos. El peregrinaje de la calle a la cárcel, de ésta al jurado y de éste a la libertad vigilada, puede significar mu-

chas cosas; deshonor, desazón, ira, u orgullo. El nacimiento ilegítimo puede significar vergüenza o distinción.

La medida de los factores de stress, cuidadosamente correlacionada con los signos y síntomas de respuesta de adaptación y/o de desadaptación, se convierte en nuestro indicador de salud mental. Audy sugiere que esta se puede medir cualitativa y cuantitativamente en nuestra capacidad para rehacernos, o devolver, los ataques o agentes generadores de stress (Audy 1971:145). Dándonos mejor cuenta de nosotros mismos, podemos vigilar nuestro estado de stress y procurarnos conscientemente una mayor estimulación sensorial cuando el medio es anodino, o insertar pausas cuando nuestros circuitos están sobrecargados. Un uso prescriptivo tal del stress es apropiado para el trabajo de la ESMC con clientes solitarios, aislados del estímulo cultural por un internamiento prolongado o por una perturbación funcional reciente, y para su enfoque en la solución de problemas con clientes trastornados por las demandas superpuestas que les impone un medio social velozmente cambiante. Las intervenciones dirigidas a facilitar el uso adaptativo del stress constituyen el vínculo común de una miriada de roles.

Epidemiología

La epidemiología es esencial en el área de la salud mental, no limitándose a perseguir a María Tifoidea, ni a descubrir la brucelosis. Cuando el foco se desplaza del tratamiento de la psicosis declarada, la obesidad o el maltrato infantil hacia otro que manifieste interés en la prevención, es posible descubrir que mucha de la población vulnerable no había sido identificada y que las intervenciones estaban mal definidas. La evaluación de las estadísticas recogidas de informes de incidencia, programas de tratamiento y encuestas al vecindario pueden revelar relaciones multicausales. Esto sirve como hipótesis de base para introducir nuevos enfoques y evaluación más minuciosa. Comprendiendo el complejo trasfondo del maltrato infantil, la enfermera se encaja la "toca de epidemióloga" y utiliza los datos para estimar tendencias y planear intervenciones. Los padres que fueron ellos mismos víctimas de maltrato, tienden a repetir sus propias experiencias destructoras en sus hijos. Su ansiedad y sentimiento de culpa puede impedirles buscar ayuda externa. Las magulladuras que siguen un patrón, las fracturas o la malnutrición, pueden ser indicio de que un niño ha sido maltratado. La enfermera se convierte en educadora, en descubridora de casos, en abogada del niño y en recurso para los padres. Los programas de información a la comunidad que ella planifica o ejecuta pueden romper el círculo vicioso en algunas situaciones; sus consultas con individuos y grupos de padres perturbados pueden disminuir el maltrato, al mismo tiempo que su participación en programas de detección facilita el cuidado oportuno y el tratamiento. El valor de estas intervenciones se puede determinar mediante cuestionarios de seguimiento, los cuales pueden también proporcionar información que sirva para idear enfoques nuevos. La epidemiología es un hilo conductor que pasa por todas las fases de las actividades de la ESMC.

Análisis de sistemas

El análisis de sistemas es esencial en la práctica de la salud mental de la comunidad. Los sistemas representados por el cliente, el personal, el consultorio, la comunidad, la familia y la propia enfermera, están interactuando y hay que identificar y comprometer los recursos de que dispongan. Clave en este análisis es determinar la fortaleza o el poder que haya en la red de recursos y sopesar los métodos por los cuales esta fuerza se puede dirigir lo más eficazmente posible. Hay que sopesar también las consecuencias probables de otras alternativas, ya que el efecto de onda de un suceso se propaga extendiéndolo muchas veces más.

Laura, adolescente tímida y pasada de peso, declaró desafiante su decisión de perder kilos esperando ganar aceptación de sus compañeros de grupo. Asidua asistente al "grupo de obesidad" pero todavía lo mismo de gorda, más adelante informó sobre las comilonas presididas por Mamá, quien la urgía a dejar limpio el plato pues "ha pasado toda la tarde cocinando". La situación exigía un nuevo análisis del propósito y del poder, una selección de alternativas de acciones de enfermería que equiparara los aspectos significativos del ambiente de Laura en su hogar con los del consultorio.

Durante una sesión de solución de problemas que ella había planeado para Laura y su madre, la enfermera propició un estilo de comunicación más franca que, a su vez, permitió a Laura pedirle a su madre que la ayudara. Contenta en su papel de coplanificadora, la señora E. pronto empezó a discutir menús especiales bajos en calorías, que se proponía preparar. La madre se había incorporado al pequeño subsistema de SMC, aportando fuerza en vez de sabotear, y los kilos comenzaron pronto a desaparecer. Como dijo John Muir, todos estamos ligados a todo; la red entretrejida del sistema de apoyo que tiene cada persona comprende subsistemas que interfieren con el cambio positivo, lo mismo que otros que lo facilitan. Es esencial tener en cuenta el valor o la amenaza reales y potenciales de esos sistemas para poder hacer un análisis que tenga sentido.

Reciprocidad

La última parte, pero igualmente importante del enfoque SMC es la reciprocidad de los desvelos. En nada es tan importante asegurar una genuina participación del cliente como en las actividades que se centran en torno a su propio bienestar. Hay pocas audiencias cautivas en la comunidad, pero en cambio sí hay individuos y grupos enclaustrados en sus propios subsistemas de apoyo dentro de la comunidad. Ellos observan con grados variables de anhelo o de rechazo cuando se aproxima otro "forastero que ayuda". Hay estudios que muestran la futilidad de los programas que "hacen por", planeados para atender a las necesidades del cliente como las perciben los profesionales y que son repudiados por los clientes. (Brown 1971; 331-345 y 393-409). Y los centros de salud resuenan con las quejas de desilusión del personal respecto a los clientes que nunca siguen las direcciones, ni cumplen las citas o ni siquiera dan muestra de interés. Solamente fundiendo

en una las metas del profesional y del cliente se pueden llegar a hacer esfuerzos mutuos y que tengan un propósito.

Puede ser útil crear un "ambiente contractual" para los servicios de apoyo, pues con tal enfoque el trabajador de salud y el cliente discuten los objetivos y los métodos que servirán para lograrlos. Cuando ésto se hace suficientemente temprano en la interacción y se ratifica cuando es necesario, se estimula la reciprocidad. Pueden surgir problemas cuando la discusión revela que no existe reciprocidad entre la enfermera de SMC y las metas del cliente. Si hay distorsión de la realidad en cualquiera de las partes, una exploración más minuciosa puede aclarar cuestiones sobre las cuales no haya concordancia para que sea posible el trabajo en equipo. Aún cuando a veces sea necesario transar y haya algunos callejones sin salida, un intento respetuoso de esta clase para hacer que el cliente perciba sus necesidades, suele conducir a la reciprocidad. El trabajador de salud, entonces, se convierte en un abogado de la salud de sus clientes y tiene que vender la idea de la implicación recíproca.

Ana, de quince años de edad y estudiante de la escuela secundaria, estaba considerablemente retrasada en sus clases de Educación Especial, según se informaba. Sin embargo, cualquier discusión sobre este problema se derrumbaba bajo el peso de sus apáticas respuestas monosilábicas. Por último, Ana suspiró, hizo un pausa y declaró desafiante que su verdadera preocupación era que estaba embarazada. Una vez que salió a la luz su verdadera preocupación, fue ya posible la implicación mutua y la exploración del problema en busca de soluciones resultó muy animada. Si bien el foco inicial se centró en la preocupación primordial de Ana, por mutuo acuerdo se fue extendiendo suavemente a otras áreas, incluyendo la escuela.

SEDES PARA EL EJERCICIO DE LA ESMC

Con una manera tan totalista de ver al hombre-ambiente y un proceso que incluye la epidemiología, el análisis de sistemas y la implicación recíproca, la salud mental de la comunidad se practica en toda clase de lugares. Bower, asesor del Instituto Nacional de Salud Mental, divide el territorio del ejercicio en tres categorías: (1) las instituciones primarias como la familia, las escuelas, los servicios de salud, la iglesia, los organismos oficiales y la ocupación según el campo; (2) las instituciones de transición como los tribunales, los hospitales y los organismos sociales; y (3) las instituciones correccionales, o sea las prisiones y los hospitales psiquiátricos. (Bower 1967:18). Un territorio tan extenso permite la coexistencia de servicios y enfoques tradicionales con consultorios de vanguardia y modalidades innovadoras del tratamiento. El énfasis que hoy día se pone en suministrar cuidados integrales y continuados dentro de la propia comunidad del cliente, ha estimulado para que el tratamiento ya no descansa en el apoyo que históricamente proporcionó la custodia en instituciones muy apartadas de la vista del público. De modo que las viejas "bodegas humanas" de elevados cercos

dan paso a unidades vecinales descentralizadas, y se está edificando una red para la continuidad de los cuidados que abre el camino para que las necesidades de salud mental del individuo se puedan atender en casos de transición, consultorios que no requieren cita previa, centros de intervención en crisis y otros servicios.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Para ser "completos" los servicios de salud mental tienen que incluir medidas para hacer prevención en los tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria y la promoción de la salud comprenden la educación y la asesoría. La prevención secundaria, o tratamiento precoz, incluye servicios de emergencia, diagnóstico, evaluación, cuidado y tratamiento durante las 24 horas del día. Los servicios terciarios pueden incluir las actividades ya citadas, así como también trata una gama de servicios pre —y post— hospitalarios (Coplan 1964:16-17). Estos están diseñados para ayudar al cliente a establecer, restaurar y conservar su nivel funcional óptimo minimizando al tiempo su incapacidad y evitando ulteriores complicaciones.

Aunque separados en teoría, los tres niveles de prevención y sus enfoques con frecuencia se superponen considerablemente en una sola interacción. Un ejemplo surge de las interacciones en el centro libre de bienestar familiar el cual, lo mismo que la mayoría de los servicios destinados a atender situaciones abruptas, y de carácter crítico, asume un enfoque de prevención secundaria. Observemos los niveles múltiples de prevención que se incorporaron a la atención que recibieron el señor y la señora R.

El señor y la señora R. llegaron al centro temprano una noche de domingo. Tras breves presentaciones y explicaciones del objetivo y de los procedimientos del centro, se sentaron en torno a una mesita redonda, a tomar café con dos miembros del personal. La señora R. habló amargamente de la "bebedera constante" de su marido y de las demandas imposibles que esta suponía para el presupuesto y la vida familiar. El señor R., sombrío y con los ojos enrojecidos, admitió que su hábito de beber estaba interfiriendo con su trabajo; el capataz ya le había llamado la atención porque había faltado algunos viernes. Un miembro del personal, voluntario y antiguo alcohólico, le escuchó en actitud de apoyo. Luego introdujo a los R. a los otros servicios, más amplios, que ofrecía su grupo: educación sobre alcoholismo a miembros de la familia, apoyo al grupo para el bebedor problema y servicio de emergencia para las situaciones críticas. El otro miembro del personal, una enfermera de SMC, ayudó a los R., a analizar su propia situación y a identificar algunos de los agentes generadores de stress que parecían mantenerlos atados a pautas banales repetitivas.

Aún cuando de lunes a jueves era moderado en la bebida, el señor R. celebraba los fines de semana deteniéndose los viernes en un bar favorito para "relajarse" y prepararse para el fin de semana. La señora R., enfrentaba estos hechos acusándolo acaloradamente y rechazándolo con rabia. El Sr. R. respondía bebiendo

más, por lo general hasta que ya por la noche del sábado lograba olvidar y esto perpetuaba la espiral descendente de la pareja. La comunicación era tal que ambos hablaban a veces *a*, en ocasiones *para*, pero nunca uno *con* el otro. Existiendo un sistema de referencia a servicios de desintoxicación con supervisión médica, tras una larga discusión en mesa redonda sobre las alternativas posibles, la Sra. R., decidió que esa era su mejor opción. Expresó además que probaría asistir a las reuniones comunitarias que se hacían en el centro y que cuando su marido se sintiera mejor, tal vez ingresarían a un grupo de salud mental para parejas del vecindario que se ocupaba de la comunicación abierta eficaz. Tres horas después de que los llevaron al centro, ya estaban en la ruta. La evaluación de seguimiento se haría mediante una lista de chequeo que se les dió a los R., antes de salir para que la devolvieran por correo, y por contacto telefónico con la unidad de desintoxicación.

En esta interacción con el Sr. y la Sra. R., se encuentran la mayoría de los elementos de la SMC combinados de diversas maneras. Simplemente animando a la pareja a auto-analizarse para identificar sus propios generadores de stress, la enfermera había incorporado los tres niveles de prevención en su intervención. Hubo prevención primaria por cuanto reconociéndolos, se pueden evitar áreas de problemas específicos; prevención secundaria, en el potencial para la intervención precoz que surge de la mayor capacidad de la pareja para manejar las crisis que emerjan, mientras que la prevención terciaria se hará evidente cuando la familia pueda mantener su nivel funcional óptimo. La referencia del Sr. y la Sra. R. al grupo de comunicación de parejas fue otro enfoque de fase triple, como también lo fue la introducción de servicios especializados en alcoholismo.

En este ejemplo la reciprocidad se hace notoria en el "ambiente contractual" inicial cuando los R. llegaron al centro, mediante la discusión mutua de alternativas, y finalmente, en el proceso de evaluación. Hay también análisis de sistemas puesto que la enfermera de SMC valoró lo que indicaba fortaleza y motivación, así como lo que indicaba debilidad y peligro potencial en la relación de los R. Ella tuvo en cuenta los valores que el Sr. y la Sra. R., asignaban al sistema de empleos y las presiones que podían ejercer estos valores en los esfuerzos que hicieran los R. para adaptarse. Conscientemente se fortalecieron las vinculaciones entre el centro y los R. dentro del subsistema, en la esperanza de que ellos se hicieron más accesibles a otros sistemas de ayuda tales como la unidad de desintoxicación y los grupos de alcohólicos y de parejas. Una valoración previa había sugerido que la existencia de una variedad de sistemas es útil para hacer referencias. La epidemiología ya había suministrado información sobre frecuencia y dispersión, indicando las poblaciones de alto riesgo en potencia y señalando algunas de las variables que la ESMC podía esperar que influyeran en el desenlace de casos como el de los R. Estos datos proporcionaron una guía para las expectativas y las interacciones.

Enfoques de niveles múltiples como éste se encuentran también en ambientes donde tradicionalmente se hizo solo prevención secundaria. En reuniones con

familias de adolescentes hospitalizados por enfermedad mental, los esfuerzos se dirigieron a conservar el bienestar de los miembros de la familia que estaban expuestos al stress adicional que causa el estigma de la hospitalización. Se estimuló la solución realística de problemas y se le abrieron a la familia canales de comunicación. Además, se dio apoyo y la ESMC proporcionó guía anticipatoria, es decir, planeamiento anticipado en relación a las áreas de riesgo especial. Las intervenciones estuvieron basadas en los aspectos fuertes de la familia y fueron dirigidas a minimizar la regresión y a proporcionar apoyo de largo plazo refiriéndolos a una gama de grupos comunitarios de rehabilitación.

Las instituciones dedicadas principalmente a la rehabilitación, o prevención terciaria, también hacen prevención en los dos primeros niveles. Lo mismo que en el ciclo de adaptación, cada intervención cumplida se convierte en trampolín para la siguiente. Y así, las intervenciones con los miembros del grupo de ataque al riesgo son representativos del trabajo de rehabilitación en desadaptaciones que ya ocurrieron, mientras al mismo tiempo se evitan otras haciendo prevención primaria. El grupo de ataque al riesgo a que pertenecía Juan, le brindó oportunidad de probar sentimientos de cólera hacia el racismo, de explorar por el método de solución de problemas, las implicaciones que tienen actualmente el uso de la marihuana o faltar a clases, y de planear actividades específicas que podrían ayudarlo a alcanzar las metas que se había trazado; en este caso tenemos representados todos los niveles de prevención.

Dentro de estos parámetros de cuidado, las filosofías de las instituciones modifican el desempeño del rol, establecen prioridades y definen metas. El estilo personal y la postura profesional de cada enfermera son afectados por la institución en la cual —o contra la cual— se desenvuelva. Ella también hace impacto sobre la institución. Hay una amplia gama de estilos institucionales y éstos dependen de muchas variables; entre estas están la participación de la comunidad, la responsabilidad profesional y legal de enfermería, los voluntarios y funcionarios legos, las modalidades de tratamiento y la teoría psicosocial que lo fundamenta, y muchas más. Para cada una de estas variables se podría diseñar una secuencia ininterrumpida o continuum. Uno que se relaciona representa longitud y lugar del servicio ofrecido, que van desde veinticinco minutos en una línea telefónica de emergencia hasta una vida de hospitalización. Sería difícil esbozar un perfil de servicio de salud mental "modal", como no sea identificarlo por su aspecto exterior y por su medula de atención preventiva en uno o más niveles.

ROLES DE LA ENFERMERIA DE SMC

Dentro de la diversidad de formas institucionales, los roles actuales de enfermería han sido identificados como (1) terapeuta o consejera, (2) asesora, del personal y de otras enfermeras (3) vínculo para el cliente y/o los organismos de la comunidad, (4) miembro de equipo con varias obligaciones y responsabilidades, (5) abogada del cliente y/o de la comunidad (De Young y Tower 1971:74) y ca-

da vez más, (6) investigadora clínica y (7) facilitadora de la fuerza de trabajo. La preparación educacional puede ser un indicador del rol a desempeñar, estando frecuentemente la posición de terapeuta en manos de las enfermeras de SMC que tienen educación universitaria avanzada. Sin embargo, en algunos servicios la asignación del papel depende de la pericia clínica que se haya demostrado. (De Young y Tower 1971:23). Un rol cuyas fronteras no estén bien definidas puede ser un problema o una oportunidad, de acuerdo con la situación. A pesar de que la ambigüedad de las expectativas que no están bien definidas a veces ocasiona stress, especialmente cuando un enfoque innovador de enfermería provoca asombro en lugar de una clara aprobación o negación de los compañeros de trabajo, la libertad que deja para crear puede ser altamente compensadora. Especialmente en las organizaciones comunitarias nuevas, "en proceso de convertirse en", el trabajo profesional en equipo interdisciplinario se ve estimulado por la ausencia misma de viejas pautas. En lugares así, la norma parece ser que se aprenda mediante el descubrimiento mutuo.

Aquí el reto más importante es la pregunta: "¿Pero qué es lo que hacen las enfermeras fuera de los hospitales?". Puede ser necesario hacer un internado formal o dejar pasar inadvertido un período de espere - para - que - vea antes de que las capacidades demostradas por una enfermera de SMC contesten la pregunta y le abran las puertas. En el ejemplo que se dio al principio, las tres enfermeras que trabajaban en el ambiente de las comunidades pequeñas tuvieron que hacer frente a este escepticismo inicial, pruebas de su paciencia y aceptación final, en sus negociaciones del rol.

Las instituciones nacientes y estabilizadas, pasan por la misma clase de ciclo de adaptación que nos conduce a todos hacia la madurez. Las exigencias de cambio y crecimiento que nos impone el ambiente favorece la adaptación al rol en cualquier parte; la visión imaginativa permite a la enfermera aprovechar la oportunidad. Una enfermera de SMC puede ampliar su papel organizando y haciendo terapia a través de lecciones de notación para pacientes psiquiátricos hospitalizados, o bien por medio de transacciones con una jerarquía excesivamente estricta, que le permiten organizar adolescentes en grupos de ataque al riesgo sobre control de la natalidad y sobre valores sexuales. Estas negociaciones de su rol incorporan fuerzas dinámicas de cambio al ejercicio ampliado de la enfermería en SMC.

Un creciente número de enfermeras de SMC están desempeñando el papel de facilitadoras de fuerza de trabajo. Como consecuencia del énfasis en la comunidad de intereses entre la enfermera y el cliente, actualmente se están incorporando cada vez más voluntarios y grupos naturales de la comunidad a los equipos de salud comunitaria. Los enfoques que se utilizan para incorporarlos varían. Lo mismo que cualesquiera otra jerga, el lenguaje profesional pronto puede convertirse en un obstáculo para conseguir la verdadera comunicación. La dedicación total que el personal ponga en los programas de orientación, educación en servicio y evaluación, establecen frecuentemente la diferencia entre el éxito y

la fragmentación. McGee identifica tres tipos de reacción en los consultorios que participaron en su estudio de centros comunitarios de intervención en crisis, hacia el personal no profesional. La primera reacción es la de facilitar, y se caracteriza por esfuerzos para disminuir la ansiedad, ofrecer apoyo y estimular la independencia. El segundo enfoque es la supervisión embarazosa, cautelosa y crítica, mientras que el tercer estilo es rutinario, con indiferencia y apatía manifiestas (McGee 1974:106). Una utilización efectiva de la propia identidad, como en el rol de la consultoría facilitadora, aumenta la armonía y ayuda a ofrecer un clima donde puede florecer la verdadera reciprocidad.

Así pues, también los roles son sensibles a los factores ambientales del stress. Se configuran de diversas maneras; unos son inductivos, derivados de situaciones y concebidos para responder a una necesidad específica. Las visitas domiciliarias que se hacen para valorar y asesorar a la familia, siendo una expansión de destrezas reconocidas y formalizadas para satisfacer necesidades existentes, ejemplifican los roles inductivos. En la visita domiciliaria, las experiencias en el lugar de los hechos indicaron que se requería un enfoque diferente y el éxito de estas modificaciones arrojó luces sobre la base teórica que las fundamenta. Otros roles son deductivos, concebidos a partir de principios y luego hechos practicable; así fueron los grupos de obesidad y de ataque al riesgo, los cuales se fundamentaron de manera un poco abstracta en teoría de sistemas de apoyo y más tarde se aplicaron a poblaciones nuevas y apropiadas con el fin de evaluarlos. Muchos otros papeles de la enfermera de SMC son combinaciones complejas de roles inductivos y deductivos. El consultorio familiar libre es un ejemplo, igual que el grupo asesor de adultas y el de discusión de valores sexuales con los adolescentes. Sin embargo, todos están enfocados hacia la promoción de la salud mental, todos persiguen tomar en cuenta al cliente en su ambiente propio, interactuante, siempre cambiante.

INVESTIGACION Y EVALUACION

A través de la estructura de la salud mental de la comunidad, corre una hebra brillante de investigación y de evaluación de programas que es necesario fortalecer. Que la evaluación deficiente, es la crítica repetida que se le hace a la salud mental. Las enfermeras necesitan que se las afine no solamente en el uso de la estadística y el enfoque epidemiológico, sino también en su propio rol en investigación clínica.

Sólo mediante la evaluación crítica se mejoran, descartan o revisan los enfoques. Los objetivos medibles, incorporados a los programas desde un principio, son el instrumento para determinar cuánto éxito se ha logrado. Si la recolección de datos para la evaluación está intercalada en todo el programa, las tendencias se pueden detectar a tiempo para aprovecharlas eficazmente. Este fue el diseño que se utilizó con el grupo de ataque al riesgo; el consultorio familiar libre utilizó un plan de evaluación terminal de cada cliente. Las instituciones grandes pueden

utilizar eficazmente un programa de evaluación por muestreo: se entrega a cada tercer o cuarto cliente un formulario de evaluación para que lo llene y lo devuelva anónimamente.

También las corazonadas clínicas, formalizadas por medio del registro de observaciones hechas, pueden proporcionar indicios o tal vez desintegrarse y adquirir nuevas formas que conduzcan a otras respuestas. ¿Quién utiliza el centro familiar libre? ¿A qué hora y cuál es el factor que con más frecuencia precipita las visitas? ¿Cómo supieron los clientes qué servicios se prestan? ¿Cuál es el medio de publicidad más eficaz y para qué vecindario? Las preguntas casi se hacen solas; las respuestas requieren comprobación. A medida que se adquiere conciencia del costo y éste se vuelve un factor importante, la evaluación se hace esencial. Cuando la Junta de Supervisores está pensando en recortar el presupuesto, se necesitan datos evaluativos que apoyen el valor de los servicios que se prestan. Asegurémonos de que se disponga de las cifras esenciales.

Resumen

La enfermería en salud mental de la comunidad es un campo vigoroso y que está en evolución. Al amparo de los conceptos de prevención y de ecosistema, la filosofía individual y la institucional convierten los componentes de la enfermería en SMC en una intrincada variedad de servicios de salud. La enfermería en SMC se ocupa de las necesidades de los clientes en su propio ambiente, que puede ser el hogar, la escuela, la empresa o cualesquiera otro. Las actividades de enfermería en SMC se centran en torno a los tres niveles de prevención. La prevención primaria y la promoción de la salud se centran en la educación y asesoría. La prevención secundaria se interesa principalmente por el diagnóstico y el tratamiento precoces. La prevención terciaria incluye los otros dos niveles y se concentra en servicios de pre- y posthospitalización con el objetivo de ayudar a los clientes a establecer, recuperar y mantener su nivel funcional óptimo.

Los conceptos clave discutidos en el capítulo comprenden modelos de stress-adaptación y sus implicaciones en el desempeño físico y mental. La epidemiología constituye la base para recolectar datos acerca de las necesidades de salud mental de las comunidades. Estos datos dan luces a la enfermera de SMC para desarrollar los roles que sean necesarios según las necesidades de la comunidad. El análisis o valoración de sistemas también juega un papel en este proceso. Se hace hincapié en que la dedicación del cliente es esencial en el desarrollo de programas de SMC; este principio de reciprocidad está recibiendo cada vez más atención en la planificación y evaluación de programas, pero todavía no es suficiente.

Muchos de los papeles de la enfermería en SMC, que comprenden el de terapeuta o consejera, asesor, vinculadora, miembro de equipo, abogada del cliente, investigadora clínica y facilitadora de fuerza de trabajo, se ilustran en los ejemplos de casos. Estos roles pueden evolucionar inductivamente, es decir, a partir de

observaciones en situaciones específicas de modo que las destrezas se utilizan para satisfacer necesidades que están presentes. Los roles también pueden ser deductivos, esto es, diseñados previamente sobre la base de principios y hechos luego practicables en términos de la situación que se encuentre. Lo más común es que los métodos inductivo y deductivo se combinen en el trabajo con los clientes.

La investigación y la evaluación de programas son componentes esenciales de todo programa, sea de SMC o de otra especie. Se han criticado mucho los programas de SMC porque no han podido cuantificar los resultados de sus actividades tan bien como otros sectores del sistema de salud. En este momento, los servicios de salud mental de la comunidad comparten con los demás servicios de salud de la comunidad el dilema de documentar la efectividad y el rendimiento de los programas preventivos, esto es, probar que algo no ocurrió y que si el suceso hubiera ocurrido, el costo del tratamiento habría sido mucho mayor que el costo del programa preventivo. El reconocimiento por parte de todo el sistema de salud, de la necesidad de investigación y evaluación, está resultando en nuevas y mejores técnicas para empezar a responder preguntas sobre la efectividad y rendimiento de los programas. La participación en el desarrollo y puesta en práctica de estos instrumentos y la evaluación de sus resultados, es una faceta del papel de la enfermera SMC.

BIBLIOGRAFIA

- AUDY, J. RALPH. "Measurement and Diagnosis of Health." *Environ / Mental. Essays on the Planet as a Home*, editado por P. Shepard y D. McKinley. Boston: Houghton Mifflin, 1971.
- BEISSER, ARNOLD R. Y GREEN, ROSE. *Mental Health Consultation and Education*. Palo Alto, Calif.: National Press Books, 1972.
- BLOOM, BERNARD L. Y BUCK, DOROTHY P., eds., *Preventive Services in Mental Health Programs*. Boulder, Colorado: University East Campus, 1967.
- BOWER, ELI M. "Preventive Services for Children." En *Preventive Services in Mental Health Programs* (Proceedings of a Mental Health Institute held at Salt Lake City, Utah, Mayo 31 a Junio 2, 1967). Boulder, Colorado: Western Inter-State Commission on Higher Education, 1967.
- BROWN, ESTHER LUCILLE. *Nursing Reconsidered: A Study of Change, Part 2*. Philadelphia, Pa.: J. B. Lippincott, 1971.
- BROWNING, CHARLES H. "Suicide, Firearms, y Public Health." *American Journal of Public Health* 64 (1974):313-317.
- CAPLAN, GERALD. *Concepts of Mental Health and Consultation, Their Application in Public Health Social Work*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health, Education y Welfare, 1959.
- CAPLAN, GERALD. *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York: Basic Books, Inc., 1964.
- DEYOUNG, CAROL D. Y TOWER, MARGENE. *Out of Uniform & Into Trouble: The Nurse's Role in Community Mental Health Centers*. St. Louis: C. V. Mosby Co., 1971.

- GLASSER, WILLIAM. *Reality Therapy, A New Approach to Psychiatry*. Nueva York: Harper & Row, 1965.
- HOLMES, THOMAS H. Y MASUDA, MINORU. "Psychosomatic Syndrome (Life Crisis-Illness)." *Psychology Today* (Abril, 1972):71-72.
- JAHODA, MARIE. *Current Concepts of Positive Mental Health*. Nueva York: Basic Books, Inc., 1958.
- KRAMER, MORTON. "Some Perspectives on the Role of Biostatistics y Epidemiology in the Prevention and Control of Mental Disorders." Presentation at Rema Lapouse Mental Health Epidemiology Memorial Award Session, Nov. 8, 1973, San Francisco, California.
- LEVI, LENNART. *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*. Nueva York: Pergamon Press, 1972.
- MCGEE, RICHARD. *Crisis Intervention in the Community*. Baltimore: University Park Press, 1974.
- MCLEAN, ALAN, ed. *Mental Health and Work Organizations*. Chicago: Rand McNally & Company, 1970.
- MORGAN, ARTHUR Y MORENO, JUDITH. *The Practice of Mental Health Nursing: A Community Approach*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1973.
- National Commission on Community Health Services. *Health Is a Community Affair*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1966.
- PALMER, JAMES O. Y GOLDSTEIN, MICHAEL J., eds. *Perspectives in Psycho-Pathology*. Nueva York: University Press, 1966.
- PANZETTA, ANTHONY F. *Community Mental Health: Myth and Reality*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1971.
- PARAD, HOWARD J., ed. *Crisis Intervention: Selected Readings*. Nueva York: Family Service Association of America, 1970.
- REINHARDT, ADINA M. Y QUINN, MILDRED. *Family-Centered Community Nursing. A Socio-cultural Framework*. St. Louis: C. V. Mosby, 1973.
- SELYE HANS. *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill Paperbacks, 1956.
- SINGH, R. K. J. *Community Mental Health Consultation and Crisis Intervention*. Palo Alto, Calif.: National Press Books, 1971.
- STENGEL, ERWIN. *Suicide and Attempted Suicide*. Baltimore: Penguin Books, 1969.
- SUCHMAN, EDWARD A. *Sociology and the Field of Public Health*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1963.
- TOFFLER, ALVIN. *Future Shock*. Nueva York: Bantam Books, Random House, 1970.
- TYHURST, JAMES S. "The Role of Transition States—Including Disaster— On Mental Illness." *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington, D.C.: Walter Reed Army Institute of Research, 1957.

LOS SERVICIOS DOMICILIARIOS DE ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

12

Carol A. Lockhart

Introducción

Se está reconociendo cada vez más el valor del cuidado de los enfermos en su propio hogar, no solamente por el efecto psicológico y social de ese cuidado sobre el cliente y su familia, sino también porque acortando la estancia del paciente en el hospital se reduce el costo de la atención de la salud. Está aumentando el número de servicios Departamentales (Provinciales) de salud y otras agencias de enfermería en salud comunitaria que se ven obligadas a prestar cuidados de enfermería al cliente en su propio hogar o en otras instituciones de la comunidad. Muchas de nosotras necesitamos más información con el fin de hacer mejor frente a estas necesidades que se están perfilando en el cliente y en la comunidad.

El propósito de este capítulo es informar a las enfermeras de salud comunitaria sobre la manera de analizar la capacidad de los clientes y de las familias para hacer frente a sus problemas, de llegar a establecer contratos entre el cliente y la enfermera, y de conseguir que los clientes intervengan activamente en todas las fases del planeamiento, prestación y evaluación del cuidado. En este capítulo se explica por qué es necesario que los clientes estén tan bien informados como sea posible acerca de su propio problema y de los recursos de la comunidad. Comienzo por presentar un estudio de caso que ilustra muchos de los roles de la enfermera de salud comunitaria y que discuto más adelante. Confío en que todo esto redundará en beneficio de la ayuda que demos a los clientes para hacer frente a sus necesidades de cuidado y apoyo en el domicilio.

Estudio de un caso

El primer día de vuelta al trabajo, Lilian Gray se sentía magníficamente. Hacía dos meses se había dado cuenta de que tenía una masa en la axila derecha. Dos días después le habían practicado una mastectomía radical. El choque inicial

había sido muy grande, pero como era Auxiliar Registrada de Enfermería (ARE), entendía lo que le pasaba y esto le ayudó a poner su vida en perspectiva otra vez. No le fue fácil aceptar la pérdida de su seno. Había visto a muchas otras mujeres mastectomizadas hacer adaptaciones de acuerdo a su situación, ahora ella también estaba aprendiendo a hacer las adaptaciones que requería su caso.

El médico no era de opinión que Lilian regresara tan pronto al trabajo, pero veinte años de labores en el hospital se habían convertido para ella en una pauta de vida. No le gustaba cocinar y por lo demás era su marido quien hacía la mayor parte del oficio de cocina. Las labores domésticas nunca habían sido tampoco su pasatiempo favorito, pues con solo ellos dos en su apartamento de un segundo piso, apenas si había suficiente para mantenerla ocupada. Pasaba su tiempo trabajando, en la bolera y asistiendo a partidos de baseball. La vida en su casa era tranquila.

El trabajo matinal marchaba bien pero Lilian comenzó a sentirse fatigada al avanzar el día. Tal vez el médico tenía razón al decir que era demasiado pronto para volver al trabajo. Hacia las 4 de la tarde, las piernas de Lilian estaban todavía más débiles. Al oscurecer ya no podía caminar. El médico estaba tan confundido como ella y su esposo. En el hospital no había camas libres, pero en el caso de que empeorara se le hospitalizaría en alguna parte. Por la mañana Lilian estaba paralizada de la cintura hacia abajo.

La parálisis continuaba extendiéndose y se le hizo una traqueotomía la misma tarde en que se hospitalizó. A la segunda noche Lilian ya no se podía mover. El diagnóstico fue síndrome de Guillain-Barré, y Lilian empezó una estancia de tres meses en la unidad de cuidados intensivos del hospital, y tres meses más en una sala de medicina interna.

Un día, varios meses después de hospitalizada, el teléfono del cuarto de Lilian timbraba insistentemente. Incapaz de alcanzar el aparato, se fue poniendo más y más irritada a medida que luchaba por sentarse en la cama y halar el teléfono. Se le olvidó que le era imposible levantar el peso de su propio cuerpo. No fue hasta que ya lo había contestado, que se dio cuenta de que la cólera le había permitido moverse sola por primera vez en varios meses.

Los seis meses de hospitalización le dejaron a Lilian una sensación de derrota. Por frecuentes que fueron sus sesiones en el Departamento de Terapia Física, sus piernas seguían lo mismo. Se le fortalecieron, pero no le respondían. El neurólogo no podía decir con seguridad si Lilian volvería o no a caminar. La incertidumbre convenció a Lilian de que lo lograría.

Con los meses de parálisis se le había formado una úlcera de decúbito que le llegaba hasta el hueso. No respondía a ningún tratamiento. Se pensó en hacerle un injerto de piel pero se decidió que el momento no era oportuno. Lilian simplemente no estaba recuperándose.

Aun cuando Lilian todavía requería mucha atención, ella quería regresar a su casa y lo mismo deseaba su esposo. El médico aprobó el alta con la condición de que Lilian recibiera atención domiciliaria 24 horas diarias. El coordinador del

hospital para atención domiciliaria, trabajó con Lilian y su marido cuando ellos comenzaron a hacer planes para el alta.

El señor Gray tomó un mes de vacaciones de la oficina de correos para poder cuidar a Lilian en casa. Al cabo de un mes tendrían que revisar el plan en términos de las necesidades en ese momento. La enfermera de salud comunitaria visitó al señor Gray en casa antes de la salida de Lilian para valorar los cambios que sería necesario hacer en el ambiente del domicilio. El dormitorio estaba frente a la cocina y el baño que daba al vestíbulo tenía puertas que daban a éste y al comedor. Para facilitar los cuidados, se pasó el dormitorio al comedor y se tomó en alquiler una cama eléctrica que pagaba la compañía de seguros, la cual también convino en instalar una silla ascensor eléctrica ya que Lilian todavía no podía subir el largo tramo de escaleras que conducía al apartamento. La enfermera de salud comunitaria programó visitas para enseñar al señor Gray a cambiar los vendajes del sacro y prodigar cuidados a Lilian. Las visitas diarias de la terapeuta ocupacional y de la fisioterapeuta suministraban el ejercicio necesario y la enseñanza que el Sr. y la Sra. Grey necesitaban para suplementar las visitas regulares de los terapeutas.

Lilian progresó rápidamente en casa. Con su propio conocimiento de cuidados de enfermería y los de las enfermeras terapeutas que la visitaban, pudo lograr cuidados y apoyo para cada uno de los problemas que ella y su marido enfrentaban en ese momento. El señor Gray se hizo diestro en atender las necesidades de su esposa. A las tres semanas de salir del hospital, el tejido granulado comenzó a cicatrizar la úlcera de decúbito y a las cinco semanas, Lilian podía dar unos cuantos pasos sin la ayuda del aparato de sostén de las piernas. Cuando el señor Gray regresó al trabajo, la hermana de Lilian se quedaba con ella durante el día. Seis meses después del alta Lilian estaba suficientemente recuperada para atender a sus propias necesidades durante las 8 horas que el Sr. Gray pasaba en el trabajo.

Lilian progresó continuamente a medida que se espaciaban las visitas del equipo de salud. Al cabo de un año de salir del hospital, caminaba con muletas, subía tramos cortos de escalera y entraba y salía sola de la bañera y de la cama. En ese punto se le dio de alta de la atención de seguimiento domiciliario y sólo se mantuvieron sus citas de rutina con el médico.

Tres meses después de dada de alta del programa de cuidados domiciliarios, una serie de visitas reveló tres cosas preocupantes: nutrición, evacuación y ejercicio. Lilian había seguido haciendo los ejercicios pero solo una vez al día. Cuando caminaba más que el largo de una habitación, notaba debilidad en las piernas. Tenía que tomar 2 onzas de leche de magnesia todas las noches a causa de estreñimiento. El médico deseaba que perdiera peso ya que había ganado 40 libras desde el comienzo de la enfermedad.

Se acordó un contrato cliente-enfermera. Durante las siguientes cuatro semanas, yo (la enfermera) haría una visita semanal. Todo ese tiempo nos concentraríamos en las tres áreas que ambas identificamos como problemas. Revisamos los tres problemas y sus efectos sobre el organismo. La necesidad de más ejercicio

fue algo que se acordó como la primera área sobre la que había que trabajar directamente y decidimos que Lilian utilizaría su bicicleta de ejercicios (suministrada por los seguros), cinco minutos tres veces al día durante una semana.

Después de la primera visita, Lilian sentía que sus piernas habían recuperado fuerza suficiente como para aumentar la duración de las sesiones de ejercicio. Lo aumentó ligeramente cada una de las cuatro semanas y notó que en todas ellas iba mejorando.

Durante cada visita discutíamos sobre la dieta y la nutrición. Entre visitas Lilian trataba de vigilar su dieta y controlar sus comidas. No hubo cambios apreciables en el peso, pero Lilian se sentía bien y ponía más atención a la dieta que ella y su marido observaban.

Al cabo de las cuatro semanas convinimos en que las visitas se harían cada 15 días. Al final de las siguientes cuatro semanas, Lilian había hecho progresos que ella y su marido celebraban orgullosos. Lilian hacía quince minutos de ejercicio dos o tres veces al día, aumentando gradualmente los niveles de resistencia en la bicicleta. El aumento de ejercicio le permitía hacer mucho más por la casa y hasta preparar una comida de vez en cuando, algo que estaba comenzando a encontrar interesante. Ahora podía ir de compras con muletas y relataba orgullosamente la experiencia de recorrer el centro comercial de un extremo a otro descansando sólo un rato. También estaba planeando asistir a la siguiente temporada de baseball. Pensaba que llevando consigo un fiambre y tomando el autobús temprano que podía evitar los tumultos y mirar el comienzo del juego cuando otros estaban apenas buscando sus asientos. Otro cambio fue la reducción de la dosis de leche de magnesia de 2 onzas a 1 por la noche. Una visita reciente al médico había mostrado también una pérdida de peso de 2 libras y media, que no es gran cosa pero ya es un principio.

Convinimos en que por el momento no había necesidad de seguimiento continuo y en su lugar fijamos una visita tres meses más tarde para hacer analizar los cambios. Lilian y su marido saben cómo obtener ayuda de quienes intervienen en el cuidado de ella si llegara a necesitarlo.

La vida de Lilian y de su marido ha cambiado. Saben que no volverá a trabajar y ambos buscan intereses y actividades que puedan adaptar a su nuevo estilo de vida. Preparar comidas es algo que anima a Lilian y le da la sensación de haber realizado algo; tal logro le produce al esposo un sentimiento de satisfacción. El señor Gray hace la mayor parte del trabajo de casa y lleva la ropa a la lavandería. La señora Gray hace las cosas que puede hacer y está tratando de hacer más. Lilian sigue con medicamentos para ayudar a restablecer sus hábitos de evacuación de heces y orina y debe practicar un plan rígido para ambos. No han acabado los problemas pero el señor y la señora Gray conocen las limitaciones que tienen hoy sus vidas y viven con ellas. El señor y la señora Gray están saliendo adelante.

PAPELES DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA

Las enfermeras de salud comunitaria pueden actuar como facilitadoras, coordinadoras, abogadas, suministradoras de cuidados y maestras. Cuál papel y por cuanto tiempo lo desempeñe, depende de lo que acontezca entre enfermera y cliente. La enfermería en salud comunitaria exige que la enfermera esté empuñada y dispuesta a ayudar a las personas en áreas que ambas definen conjuntamente que son necesarias. Las necesidades de las personas, que están presentes veinticuatro horas al día, siete días a la semana, exigen que las enfermeras de salud comunitaria re-examinen la naturaleza de su compromiso hacia la comunidad. Los servicios ofrecidos entre las 8 de la mañana y las 5 de la tarde, de lunes a viernes, no son adecuados. Los usuarios están pidiendo a los organismos de salud que les presten servicios más amplios. Las enfermeras de salud comunitaria también deben exigir lo mismo.

Se están desarrollando roles que permiten a la enfermera de salud comunitaria servir más extensamente al cliente. Uno de tales papeles coloca a la enfermera de salud comunitaria en posición de coordinar servicios de atención primaria. El cliente mantiene contacto con la enfermera, quien dispone y coordina todos los servicios que él necesita. El cliente recibe servicios de médicos, nutricionistas, dentistas, trabajadores sociales, trabajadores naturales de la comunidad, y de otros especialistas que se requieren para atender sus necesidades, todos ellos coordinados por la enfermera de salud comunitaria.

Un segundo papel que tiene la enfermera de salud comunitaria es la de suministradora de atención primaria. Dentro de los límites legales, la enfermera da la atención y hace el análisis según las necesidades de los clientes. En este rol, la enfermera tiene a su alcance el conocimiento especializado de otros miembros del equipo de salud. La pericia de recursos expertos se encarga de las decisiones guiadas e interdependientes que escapan a las funciones de la enfermera de salud comunitaria en atención primaria. (Brunetto y Birk 1972: 785; 794).

En cualquiera de estos papeles, la enfermera de salud comunitaria debe ser experta en la prestación y enseñanza de la atención de enfermería. El cliente puede ser un individuo, una familia, un individuo dentro de una unidad social o familia, o un individuo que esté a cargo de alguien a quien se remunera, o de un custodio. En cualquier caso, estamos obligadas a proporcionar y enseñar el cuidado que sea necesario.

La enfermera puede verse en una situación donde ella es la que suministra el cuidado, como en el caso de la señora Gray. Lilian y su marido aprendieron de la enfermera, quien actuaba como maestra y les servía de modelo sobre cómo se desempeñaba el papel. Al demostrar ellos su capacidad para suministrar los cuidados, la enfermera se desplazaba a una posición de apoyo mientras la familia asumía la prestación del cuidado vigente. Los conocimientos que Lilian tenía de enfermería hicieron posible que la transferencia ocurriera rápidamente. Los

progresos de su salud se debieron en gran medida al nivel sostenido de cuidados que podía recibir debido a los conocimientos de ambos esposos.

Otro rol, el de facilitadora, consiste en ayudar o hacer que las cosas se faciliten. Una enfermera de salud comunitaria puede ayudar a la gente en todas las situaciones de la vida. La ayuda que dé, depende de que ella esté dispuesta a dedicarse a las necesidades de otros. El conocimiento que la enfermera tenga de los recursos de la comunidad puede abrir las puertas hacia servicios que los clientes ni saben que existen. Hacer una referencia puede iniciar la atención que el cliente necesitaba pero creía que era imposible obtener. Ella puede estar también capacitada para explicar a los clientes qué hay que hacer para facilitar el cumplimiento de trámites administrativos en las instituciones a donde ellos deben acudir.

Así como el papel de facilitadora depende de lo implicada y empeñada que se sienta la enfermera, igual pasa con el papel de abogada. Una abogada habla por una persona o causa o en favor de ellas. Este papel puede interpretarse en el sentido de que hay que estar dispuesto y preparado para combatir, pero es preferible que se tome como utilización del conocimiento de la enfermera en la producción de cambios que ayuden al cliente. Presionar a las instituciones para que modifiquen sus reglamentos o educar a los clientes respecto a los medios de superar restricciones innecesarias, puede ser una función esencial de enfermería. Si decimos que la meta para un individuo es su nivel funcional óptimo, la enfermera tiene que ponerse en acción para ayudarlo a alcanzar ese nivel. Las enfermeras que se entregan a una comunidad y su bienestar, no pueden permitir que los aspectos y problemas de salud pasen desapercibidos; tenemos que involucrarnos e involucrar nuestras habilidades. Los esfuerzos necesarios para que un cliente pueda permanecer en su propio hogar en vez de ser transferido a una casa de salud, pueden exigir mucho de la enfermera de salud comunitaria. Lilian era cliente con voz y tenía los conocimientos que le permitían ser dada de alta al hogar incluso cuando todavía requería muchos cuidados. Otras personas podrían no haber tenido las alternativas que Lilian tenía ante sí.

Los roles y las acciones de la enfermera de salud comunitaria son interdependientes, no son cosas separadas. Ya actuemos como suministradoras de cuidados, como maestras, coordinadoras, facilitadoras o abogadas, actuamos con el cliente y con objetivos que tienen sentido para él.

Comunicación Cliente Enfermera

La capacidad para comunicarse es la habilidad de intercambiar pensamientos o mensajes con otra persona. El cliente y la enfermera están tratando de intercambiar en una situación de entrevista. La efectividad de la transferencia depende de la percepción que cada uno tenga del otro.

La percepción de otros es la formación de juicios por personas acerca de personas. Tiene que ver con las reacciones y respuestas cognoscitivas, afectivas y motoras de la una para con la otra. Con demasiada frecuencia nuestras percepciones son el producto de inferencias e instituciones erróneas. (Cook 1971). Lo que Jourard dice acerca de la práctica general, se aplica igualmente a enfermería.

Cuanto más se experimenta como persona, dentro de la habitación del enfermo y fuera de ésta, tanto más se progresa hacia la práctica general. Cuanto más sufrir, gozar, pecar, atemorizarse, volverse psicótico y recuperarse, enfermarse, leer libros, tener niños, luchar y discutir, amar y conciliar, en soñar, en breve, vivir y aprender sobre uno mismo, tanto más se mueve uno hacia la práctica general (1964:137).

El comprendernos y aceptarnos nosotras mismas puede contribuir a comprender y a aceptar a otra persona y a darle la libertad de ser diferente.

El primer encuentro entre enfermera y cliente es importante para su futura relación. Las impresiones y juicios iniciales que cada uno hace del otro va a influir en las respuestas de la otra persona. La enfermera de salud comunitaria es un invitado en la casa del cliente. Debe transmitir su aceptación del cliente tal como él es en la vida diaria. Pueden haber muchas necesidades de salud, pero mientras éstas no sean de interés para el cliente, la enfermera debe trabajar sobre aquellas que el cliente identifica como importantes para su vida. Una vez hecho el contacto inicial, el progreso de la comunicación dependerá de la habilidad de la enfermera de salud comunitaria para conservar los sentimientos positivos y de concordia entre cliente y enfermera.

Cada interacción cliente-enfermera es única. Las personas implicadas en el intercambio llevan consigo el conocimiento y la experiencia de toda una vida. No hay dos personas idénticas, ni la misma persona se comporta de la misma manera en dos encuentros diferentes. (Ittleson y Cantril 1967). La enfermera de salud comunitaria y el cliente responden el uno al otro de acuerdo con las sugerencias sutiles e indirectas que cada uno hace al otro durante su interacción.

El objetivo del intercambio cliente-enfermera, es la comunicación sincronizada con las necesidades del cliente. Sin embargo, demasiado a menudo la enfermera de salud comunitaria desarrolla una rutina o estilo y lo utiliza con todos los clientes. El comportamiento ritualizado de la enfermera produce respuestas ritualizadas del cliente (Mayers 1973). Nada se logra entre la enfermera y el cliente al menos que puedan percibirse el uno al otro como personas diferentes entre sí y que tienen necesidades, ideas y valores que les son propios.

La habilidad para comunicarse exige ser abiertos al cliente. El libro titulado *El Arte de Hacer Preguntas*, de Payne, es de gran utilidad para aprender cómo se hace una pregunta, pero hay que saber escuchar las respuestas (1973). La habilidad para captar mensajes verbales y no verbales que envíen el cliente y la enfermera es la destreza principal en el arte de entrevistar.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS CENTRADOS EN EL CLIENTE

Los objetivos centrados en el cliente son metas establecidas mediante una interacción cliente-enfermera que se vale de las necesidades definidas por el cliente y de sus valores como normas para guiarse. Los conocimientos y la pericia de la enfermera proporcionan ayuda, información, y dirección para alcanzar los objetivos acordados.

El establecer un objetivo o meta es un intento de definir lo que habrá de hacerse con los resultados de la interacción entre la enfermera de salud comunitaria y el cliente. Los deseos del cliente son fundamentales para toda decisión sobre metas. Para elegir conscientemente las metas de salud, hay que informar al cliente y prestarle toda la ayuda que necesite.

A veces las enfermeras hacen visitas domiciliarias con una agenda escondida de objetivos a corto y a largo plazo. El cliente no ha participado en la formulación de estos objetivos, ni ha sido informado de su existencia (Mayers 1973). Esta manera de proceder excluye la intervención del cliente, con el resultado de que pocos de los cambios seleccionados por la enfermera se llevan a cabo.

Cuando los clientes intervienen en la selección de metas, lo que ellos eligen puede no coincidir con los que la enfermera cree más necesarios. Si no se logra consenso para definir los objetivos, la enfermera debe trabajar con los que ha escogido el cliente. Una vez que él los alcanza (o mientras está trabajando por alcanzarlos), la enfermera puede ayudarlo a entender mejor la salud y la amplia gama de objetivos que tiene a su alcance.

Los objetivos tienen que enunciarse en términos que tanto la enfermera como el cliente pueden operacionalizar. También tienen que enunciar cómo cambiará el cliente o su situación con el logro del objetivo. Igualmente claros tienen que quedar el comportamiento que se espera del cliente, lo que él tendrá que hacer y cómo tendrá que actuar. Las metas enunciadas con sencillez permiten al cliente y a la enfermera evaluar el progreso que se está haciendo. Los objetivos intermedios a corto plazo se pueden establecer como parte de otros de mayor alcance (Mager 1962).

En el estudio de caso que presentamos en este capítulo, Lilian seguía con tres problemas: nutrición, ejercicio y eliminación. Ella fue capaz de identificar qué cosas la inquietaban y yo como enfermera de salud comunitaria pude guiarla en su elección de objetivos intermedios a corto plazo. Un objetivo inmediato era aumentar el tiempo dedicado al ejercicio diario. Un objetivo de largo alcance fue que Lilian pudiera caminar distancias más largas sin cansarse. El objetivo a corto plazo le dio a Lilian una retroalimentación inmediata ya que sentía que sus piernas iban recuperando fuerzas. Se estaba logrando parcialmente el objetivo a largo plazo, pero éste seguía siendo una meta a medida que ella intentaba caminar distancias más largas.

Los objetivos dirigen la interacción que sigue entre cliente-enfermera. Actúan

como postes de señales en la atención de salud que se está brindando. Los objetivos cambian a medida que cambian las necesidades del cliente. La revisión frecuente de los objetivos mantiene la interacción cliente-enfermera plena de sentido y relacionada con necesidades identificadas.

El usuario informado

El usuario de servicios de salud es todo cliente que recibe o necesita servicios. Es el público. Cuando un cliente busca servicios del sistema de prestación de cuidados de salud, está demandando ayuda; no está abdicando de sus derechos como individuo. El cuidado médico no puede tratarse como misterios cuyas decisiones y significados se le ocultan a los sumisos clientes. Es obligación ayudar a los clientes a participar activamente en las decisiones que afectan su estado de salud. La educación sanitaria que se necesita para poder tomar decisiones conscientes, es parte de la enseñanza que hace toda enfermera de salud comunitaria.

La posición de la enfermera de salud comunitaria le permite mantener contacto continuo con el cliente. Por el contacto sostenido ella puede explicar y explorar oportunidades y alternativas con su cliente, capacitándolo, en consecuencia, para que él pueda elegir las situaciones que mejor respondan a sus necesidades y responsabilidades según el macro ambiente en que viva.

Ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas es una de las actividades más significativas y esenciales de la enfermera de salud comunitaria. A medida que el cliente se convierte en un usuario informado, trabaja en cooperación con profesionales de la salud hacia un nivel funcional óptimo. Si ocurren modificaciones que requieran intervención, el usuario informado puede exigir y recibir apoyo oportuno en la situación, siendo por lo tanto posible prevenir una crisis.

El usuario informado conoce los asuntos de salud al punto de ser capaz de identificar los cambios que señalan una necesidad, y de buscar la ayuda de un sistema de prestación de servicios de salud que él comprende y utiliza para hacer frente a sus propias necesidades. Es independiente debido al conocimiento que tiene.

El énfasis en el sistema de prestación de servicios de salud está girando de la atención de pacientes graves, hacia proporcionar apoyo en casos de enfermedades crónicas. La duración de la hospitalización para el cuidado de la mayor parte de las enfermedades agudas y exacerbaciones de las crónicas, se está haciendo cada vez más corta. Los costos crecientes de la hospitalización contribuyen al alta precoz. Los organismos de salud de la comunidad junto con los clientes, se encargan de dar los cuidados necesarios de manera continuada. La administración de cuidados prescritos para ser suministrados en el hogar, exige que los usuarios estén informados y sean capaces de identificar cuestiones de salud. La enfermera de salud comunitaria y otros profesionales de la salud son recursos a quienes el usuario puede recurrir.

Cuando el usuario está informado y capacitado para participar en su propio

cuidado, puede alcanzar un nivel funcional óptimo. Lilian Gray pudo alcanzar un nivel funcional que asombraba a quienes trabajaban con ella. Lo logró debido a su propio conocimiento y al que pusieron al alcance de ella y su marido los profesionales de la salud.

Contrato Cliente-Enfermera

El contrato cliente-enfermera es un acuerdo para trabajar juntos hacia objetivos definidos en un tiempo especificado. En el contrato se especifican la frecuencia de las visitas y el trabajo que harán el cliente y la enfermera, tanto durante las visitas como entre una y otra visita.

El empleo de un acuerdo de contrato hace responsables al cliente y a la enfermera de salud comunitaria del esfuerzo y del tiempo invertidos en su interacción. Sobre ambos descansa la responsabilidad de lograr los cambios acordados. Si alguna de las partes no cumple el acuerdo, la otra puede exigir que éste sea reevaluado.

El convenio o acuerdo puede o no estar escrito, pero de todos modos debe estar claramente definido. El cliente puede desear que los objetivos queden escritos y que especifiquen el calendario de actividades para alcanzarlos, como recordatorio de sus responsabilidades. En el informe sobre la visita, la enfermera debe registrar las decisiones acordadas.

Desde el comienzo se deberían señalar fechas para revisar el acuerdo y los objetivos. Los intervalos entre las revisiones del acuerdo dependen de la gravedad y complejidad de las necesidades de salud del cliente. Cuantos más cambios ocurran, más frecuentemente habrá que revisar el acuerdo. Si no es necesario revisar los objetivos, éstos continúan vigentes en la fase que sigue pero que hay que especificar el calendario de actividades.

Hablar de contrato entre cliente y enfermera suena a algo formal, pero eso depende de la forma en que se lo presente. El contrato entre Lilian y yo fue verbal. Identificamos tres áreas que nos inquietaban a ambas y definimos objetivos para cada una. Las visitas semanales nos daban oportunidad de revisar los progresos logrados. Al cabo de cuatro semanas reevaluamos el tiempo que necesitábamos para las visitas cliente-enfermera y cambiamos la frecuencia a cada dos semanas. Los objetivos seguían siendo los mismos.

Entre enfermera y cliente se determinan los objetivos y se identifican las modificaciones que se daban introducir en estos. Entre ambas deciden la frecuencia de las visitas y cuánto apoyo necesita el cliente. Tanto las responsabilidades del cliente como las de la enfermera de salud comunitaria influyen en la programación de las visitas. Cuando las visitas personales no son posibles, el teléfono permite un contacto sostenido y fomenta el sentimiento de interés y ayuda mutua que se necesitan en todo acuerdo conjunto.

Inseparabilidad del Cliente/Familia/Comunidad

Todo contacto con un cliente es un contacto con un individuo y con las demás personas significativas para el que intervienen en su vida. No se puede valorar la salud de una persona fuera del contexto de su sistema familiar y de la comunidad. Toda perturbación en un miembro del sistema familiar afecta automáticamente a todas las demás personas que sean factores de ese sistema. El efecto de una perturbación varía según el miembro afectado de la familia, pero la perturbación misma no se puede considerar como un suceso aislado en la vida de un individuo aislado. El cuidado centrado en la familia, el cuidado global, o llámesele como se quiera, debe referirse a la red de relaciones que conforman las vidas de las personas.

Por razón del alta precoz, el cliente o su familia se han hecho responsables de gran parte del cuidado que se necesita. En los Estados Unidos ha aumentado el número de familias nucleares pequeñas. A medida que el tamaño de la familia ha ido disminuyendo, el stress que ocasiona la enfermedad de alguno de los miembros de la familia ha ido en aumento. Ya no están al alcance muchos miembros de familia que asuman las responsabilidades que hay que dejar de lado. Un cambio así debilita a la familia como base para confiarle responsabilidad creciente en la atención de enfermos en el hogar (Craven y Sharp 1972). Los profesionales de la salud deben reconocer estas tensiones y apoyar la familia.

El cliente se define de modo pluralista en el contexto de la teoría de sistemas. Cliente es un término que a menudo se refiere a una persona y a la familia o personas próximas a ese individuo. Los clientes necesitan de información apropiada que les permita actuar inteligentemente ante situaciones de salud. La comprensión que el cliente tenga de la trayectoria o curso de una enfermedad; el tiempo o duración de una condición de salud; las clases de cambios de papel que una condición de salud exija hacer; los recursos y sistemas de apoyo al alcance de la persona y su familia; y las necesidades de educación o reeducación, determinarán el nivel funcional que alcance el individuo, la familia y la comunidad.

EVALUACION DE LA CAPACIDAD DE LA FAMILIA PARA ENFRENTAR UNA SITUACION

En momentos de stress, la familia y la persona que requieren cuidados de salud deben seguir haciendo frente a la situación. Si los clientes son capaces de no rendirse y seguir funcionando en medio del stress, incluso con métodos que parezcan insólitos, los mecanismos de enfrentamiento se pueden considerar eficaces (Fond 1972).

Si la enfermera de salud comunitaria puede aportar ayuda que aumente los mecanismos de enfrentamiento, queda identificada una necesidad de servicio. Si la presencia de la enfermera no aporta cambios o da lugar a resistencia, aun

cuando exista una necesidad, ella no puede imponer su intervención sobre los clientes (Family Coping Index 1964). La capacidad de cambiar está en el cliente. La enfermera de salud comunitaria no puede ofrecerle otra cosa que ayuda; aceptar esa ayuda queda a elección del cliente. Es difícil para los profesionales de la salud ayudar cuando se rechazan sus servicios, pero a menos que el cliente desee cambiar, ninguna presión de parte de la enfermera va a alterar su comportamiento. En la salud de la comunidad, las enfermeras tienen que aceptar el derecho del cliente a tomar sus propias decisiones y ayudarle a prepararse para afrontar las consecuencias.

Cuando se acepta la intervención de enfermería como una ayuda para mantener o aumentar el mecanismo de enfrentamiento del cliente, se analizan las fuerzas y debilidades de la familia. Su identificación orienta respecto a los objetivos que se pueden establecer.

El análisis de fuerzas y debilidades se refiere a la capacidad del cliente para enfrentar problemas de salud, no a la enfermedad o bienestar relativas de la familia. Lo que se debe evaluar es la forma en que la familia reacciona ante el stress y las necesidades cotidianas de sus miembros (Family Coping Index 1964). Analizar la capacidad para enfrentar el problema no quiere decir hacer una estimación de carencias y necesidades de salud, sino del funcionamiento global de la familia. Todo lo que incide sobre una familia tiene cierta influencia en su capacidad para sobreponerse al stress. El desempleo, los problemas educativos, la tensión social, afectan la capacidad del cliente para enfrentar episodios específicos o series de episodios.

La evolución de las enfermedades crónicas suele ser lenta. Ser capaz de comprender la enfermedad y enfrentar la situación, son indicadores de que hay capacidad para sobreponerse. En el caso de estudio, antes del alta hospitalaria de Lilian se evaluó la capacidad de los esposos para hacer frente a la situación. A medida que el estado de ella fue cambiando, ambos aprendieron a sobreponerse a las limitaciones que éste les imponía. Como eran usuarios informados, fueron capaces de enfrentar problemas de diversa índole. Lilian quedó con secuelas crónicas, pero tanto ella como su esposo saben sobrellevarlas. Ambos gozan de un nivel alto de bienestar y en consecuencia necesitan solamente ayuda mínima de los profesionales de la salud.

Valoración o análisis de la capacidad de la familia para enfrentar situaciones de salud: Categorías y preguntas que se sugieren:

Estabilidad económica:

¿Hay ingresos suficientes para satisfacer las necesidades de la familia?
(Esto es muy variable ya que las personas interpretan las necesidades de maneras muy diferentes)

¿Hay alimento, vestuario y techo suficientes?

¿Quién gana el pan de la familia?

¿Son los ingresos sistemáticos o específicos? ¿La familia requiere a intervalos ayuda económica de alguna institución?

¿Hay recursos al alcance para mejorar los ingresos de la familia? ¿Sabe la familia cómo buscar ayuda? ¿Ha buscado ayuda?

Ambiente/físico y social:

¿Es adecuada la vivienda y está bien utilizada, según el número de miembros de la familia?

¿Hay al alcance áreas de juego o programas de recreación para los niños?

¿Existen conflictos raciales o étnicos en el área?

¿Limita la estructura física la actividad de uno o más miembros de la familia? (Hay obstáculos arquitectónicos).

¿Está otra vivienda al alcance si la familia lo desea? ¿Necesita ayuda la familia para decidirse a hacer una mudanza? ¿Hay agua, calefacción y electricidad en el hogar?

Seguridad:

¿Es segura la vivienda desde el punto de vista de su estructura?

¿Existen riesgos de incendio en la habitación?

¿Está la pintura en buenas condiciones? ¿Está descascarándose a una altura que los niños puedan alcanzar?

¿Hay roedores e insectos en la vivienda o en sus alrededores? ¿Han hecho esfuerzos la familia o la municipalidad para erradicarlos?

¿Es la calle segura para los niños y los adultos?

Clima emocional:

¿Pueden los miembros de la familia apoyarse entre sí en la vida diaria?

¿Se nota stress entre los miembros o entre algunos de ellos?

¿Cómo reacciona la familia al stress que imponen los problemas de salud?

¿Existen problemas de salud que hayan sido evaluados realísticamente? ¿Tienen conocimientos suficientes para evaluar los problemas?

¿Hay algún miembro que se encarga de proporcionar el apoyo emocional que necesita la unidad familiar?

Prácticas de salud:

¿El planeamiento de las comidas revela conocimientos de nutrición?

¿Entiende y utiliza la familia los servicios de salud de su comunidad? ¿Utilizan los servicios apropiados según el problema?

¿Se proveen atención médica y dental preventivas sistemáticamente?

¿Obtienen los miembros de la familia descanso adecuado? ¿Hay camas o sustitutos apropiados para todos los miembros de la familia? ¿Hay un cuarto destinado a dormitorio?

¿Los hábitos de aseo personal conservan la integridad de la piel y previenen la propagación de enfermedades?

¿Cómo cuidan la salud? ¿De qué fuentes obtiene la familia atención de salud?

Comprensión de los problemas de salud:

¿Puede la familia identificar cambios en el estado de salud que demanden atención? ¿Buscan atención?

¿Tienen los miembros de la familia conocimientos apropiados sobre los problemas de salud que hay en el hogar?

¿Identifican y entienden todos los miembros de la familia la necesidad de cambios en los roles y responsabilidades?

¿Pueden los miembros de la familia identificar cambios en el status de otro que esté enfermo, particularmente si su enfermedad es crónica? Si pueden hacerlo, ¿buscan atención? ¿La buscan de fuentes apropiadas?

Respuestas a los problemas de salud:

¿Sabe la familia elegir bien entre los diversos servicios que tiene a su alcance para la atención de la salud?

¿Interpreta los problemas de salud como una respuesta del organismo o, por el contrario, como una prueba de pecado o de castigo?

¿Cumple la familia las citas para la atención de la salud, o discontinúa esa atención tan pronto desaparecen el dolor o los síntomas agudos?

¿Puede la familia conservarse a un nivel óptimo a pesar de que uno de sus miembros esté enfermo? (incluido este).

¿Los tratamientos, medicaciones, dietas, etc., se llevan a cabo correctamente?

¿Comprenden los miembros de la familia el por qué y el cómo del cuidado que reciben?

¿Comparten los miembros de la familia las responsabilidades del hogar (incluyendo el que esté enfermo)? ¿Puede el que esté enfermo valerse por sí mismo o necesita ayuda? ¿Quién la proporciona? ¿Se comparte esta responsabilidad, o puede compartirse?

¿Siente el enfermo que es una carga para la familia o, por el contrario, que es parte de la unidad familiar?

Enfermería en Salud Comunitaria — Un continuum de cuidados

La capacidad de evaluar el nivel funcional de un cliente permite a la enfermera de salud comunitaria desempeñar un papel clave en la planificación de los cuidados de salud. La planificación es continua, ya sea que el cliente esté en el hogar, en el hospital o en un servicio para convalescientes o crónicos.

En el hospital, las enfermeras que planean el alta, las coordinadoras de la atención domiciliaria y las enfermeras de enlace actúan como coordinadoras de los servicios que el cliente hospitalizado requerirá al regresar al hogar. Las coordinadoras pueden ser empleadas de un hospital o de una institución de la comunidad que ofrezca servicios extra hospitalarios, pero todas trabajan para hacer más fácil la transición de una modalidad de la atención a la otra. Con su presencia, la encargada de altas recuerda constantemente al personal del hospital la necesidad de planificar el alta del paciente. Todos los clientes de un servicio para pacientes graves deberían ser evaluados en términos de la posible atención domiciliaria que requerirán al regresar al hogar. Si esta necesidad es identificada, lo indicado es referir al paciente a una institución que ofrezca atención domiciliaria para que ésta haga el seguimiento en el hogar.

La enfermera de salud comunitaria, conocedora del ambiente en que vive el cliente y de las restricciones que aquel le impone, es su contacto con el hogar. Es necesario evaluar la capacidad de la familia para enfrentar la atención continuada del cliente antes de que éste sea dado de alta; igualmente es necesario valorar la capacidad del cliente para desenvolverse en su hogar, si es que lo tiene.

Al visitar al cliente mientras está hospitalizado, la enfermera de salud comunitaria tiene la oportunidad de evaluar los tratamientos, limitaciones y problemas que van a exigir atención a su egreso. Una visita previa al hogar le sirve a la enfermera de salud comunitaria para hablar con la familia y evaluar la capacidad del hogar para suministrar los cuidados que necesite el miembro enfermo. Durante sus visitas, la enfermera puede ayudar al cliente y a la familia a planear y discutir los problemas que ellos encuentren. La información obtenida por la enfermera de salud comunitaria se comparte con la enfermera coordinadora del alta.

Hacer los arreglos para la atención domiciliaria de un cliente implica la coordinación y la cooperación del cliente, familia, personal del hospital y profesionales de salud comunitaria. Cada uno de ellos le proporciona información a la planificadora del alta, quien a su vez evalúa los datos y busca ayuda de la persona más apropiada para resolver los problemas que se identifiquen. Cuanto más completas sean la información y planificación antes de que el cliente egrese, más suave será la transición del hospital al hogar o viceversa.

La planificadora del alta y las enfermeras hospitalarias tienen que estar seguras de que al cliente se le haya dado oportunidad de aprender las destrezas y procedimientos que tendrá que llevar a cabo en su domicilio. Muchas de las enfermeras encargadas de la atención domiciliaria se sienten frustradas al descubrir que su

nuevo cliente nunca ha practicado la irrigación de su colostomía o inyectarse la insulina a pesar de sus largas estancias en el hospital.

Las conferencias pre y post egreso con participación de todos los que estén involucrados en el caso, dan oportunidad de introducir cambios y examinar problemas antes de que se vuelvan inmanejables. Se hacen provisiones para mantener una cantidad suficiente de equipos y suministros para los tratamientos. Antes del alta se hacen las citas para las consultas subsiguientes o para las visitas médicas y se toman providencias para asegurar el transporte.

Evaluación del Hogar

Además de analizar la capacidad de la familia para desenvolverse cuando el paciente sale del hospital todavía necesita atención, es necesario juzgar también cuáles son las circunstancias en la vida de éste. El ambiente físico al cual regrese el cliente determina muchos de los aspectos de su cuidado. Las categorías Físico-Social y Seguridad se amplían estableciendo un juicio a la luz de las limitaciones físicas o necesidades acentuadas del cliente. El conocimiento que la enfermera de salud comunitaria tenga sobre el nivel funcional del cliente hospitalizado le permite formularse un juicio respecto a las facilidades y posibles obstáculos que se encontrarán en el hogar para su cuidado. Lawton describe muy bien las modificaciones que se pueden introducir en el ambiente, en su libro titulado *Actividades de la Vida Diaria para la Rehabilitación Física* (1963). El *Libro de Texto de la Cruz Roja Nacional de los Estados Unidos de N. A sobre Enfermería en el Hogar*, también proporciona muchas sugerencias prácticas que son fáciles de implementar.

Análisis del hogar:

Preguntas que se sugieren

¿Hay un hogar al cual pueda regresar el cliente a recibir cuidados?

¿Está la vivienda a nivel del suelo? ¿Hay escaleras en algún punto? ¿Hay ascensor?

¿Qué anchura tienen las puertas? (Las sillas de ruedas exigen 90 cm de anchura).

¿Es el cuarto de baño suficientemente amplio para que quepa en él una silla de ruedas? ¿Se puede colocar la silla de ruedas de manera que permita el acceso a la tina, o ducha y al inodoro?

¿Hay barandillas de seguridad en la tina, o ducha y en el inodoro? Si no, ¿dónde se las puede fijar?

¿Está el baño en el mismo piso del dormitorio del cliente? El baño es fácilmente accesible?

¿Se puede colocar una silla o taburete en la tina o ducha para facilitar el baño?

Si el cliente está reducido al lecho, ¿cómo se puede elevar la cama para facilitar la atención?

¿Qué altura tiene el inodoro? ¿Puede el cliente subirse y bajarse? ¿Sería más fácil el traslado al inodoro si la altura de éste se elevara?

¿Hay bacines planos, orinales, mesas de cama y apoyos espaldares si se necesitan? ¿Se pueden improvisar o adquirir?

¿Tiene el cliente dormitorio privado?

¿Vive el cliente solo o con otros? ¿Cuántos?

Si el cliente no puede valerse por sí mismo, hay personas en el hogar para ayudarle en los cuidados? ¿Hay que pagar a un asistente o guardián, o se puede tomar otras medidas para que el servicio se preste?

¿Puede el cliente prepararse sus propias comidas? ¿Se dispone de servicios tales como "Comidas sobre Ruedas", o de la ayuda de amigos y vecinos?

Si el cliente tiene que cocinar, ¿son las instalaciones accesibles desde una silla de ruedas o valiéndose de un caminador, bastón o muletas?

¿Están bien fijadas las alfombras? ¿Son los pisos resbaladizos o están muy pulidos?

¿Hay agua caliente y fría de los grifos en casa?

¿Hay calefacción y aire frío si es necesario?

¿Hay lavandería en la casa? ¿Se utiliza un servicio de lavandería? ¿Puede el cliente utilizar el servicio de lavandería, o puede la familia, los amigos o alguna agencia de servicio doméstico lavar la ropa?

¿Puede el cliente hacer las compras y la limpieza, o puede un miembro de la familia hacerlas? ¿Hay al alcance agencias de servicio doméstico o instituciones que lo faciliten?

¿Se necesita hacer adaptaciones especiales para que el cliente pueda comer, vestirse, etc., sin ayuda? ¿Se van a hacer instalaciones mientras el cliente esté en el hospital o después de su egreso?

Las preguntas no se acaban mientras no se agoten todos los aspectos de la atención o del servicio. Cuanto más preparados estén el hogar y la familia, tanto más sencillos serán los ajustes para todos los que tengan que ver en el caso.

Registro de las visitas domiciliarias

La interacción entre el cliente y la enfermera de salud comunitaria es registrada por ella después de cada visita o acción cumplida en favor del cliente entre una visita y otra. El registro preciso y claro le proporciona a la enfermera de salud comunitaria y a otros profesionales de la salud una imagen del nivel funcional que el cliente conserva a través del tiempo.

En la mayoría de los organismos de salud comunitaria, los registros se conservan en una "carpeta familiar". Las notas de enfermería se ordenan según la sucesión de fechas, colocando la más reciente encima. En cada visita se indican los miembros de la familia que participaron en ella. A continuación del nombre de cada uno, se anota la información que se haya obtenido sobre la persona. El cuidado no se puede considerar enfocado hacia la familia mientras no se tome en

cuenta y analice la interacción de la familia como un todo, aún cuando se haya visto a cada uno de sus miembros. Como expresamos atrás, la vida de una persona no es aislada. Hay que evaluar las actuaciones de cada persona y las de los demás para con ella, para obtener una imagen global del funcionamiento de la familia.

Los objetivos y los planes de cuidados para una familia se pueden consignar en las notas de enfermería o en una hoja separada. Las valoraciones o análisis de la familia y las evaluaciones del hogar también se pueden conservar en hojas individuales fácilmente accesibles, con información actualizada. En ambos casos la meta es mantener recordatorios visibles de los planes de acción que deberán conducir al cliente a su nivel funcional óptimo.

La identificación de objetivos para cada miembro de una familia y para la familia como una unidad, promueve la coordinación del abordaje para la atención de la familia. En este enfoque, los registros médicos orientados hacia el problema parecen ser un aditamento útil. Los problemas se identifican y se les asigna un número que va a representar ese problema en todo el registro. Toda acción cumplida para la solución del problema se registra bajo el mismo número, lo cual facilita la identificación del problema. Cuando éste esté resuelto, se anota la fecha de cierre al lado del problema en la lista de problemas que se conserva como primera página del expediente. (Weed 1970).

Todas las notas, objetivos, problemas o evaluaciones son simplemente instrumentos que sirven de guía para proveer la atención. Cuanto más claramente escrito esté cada uno de ellos, tanto más sencillo será trabajar en pos de las metas identificadas y de los niveles de desempeño que el cliente desea alcanzar. Los registros deberían reflejar fielmente las realidades observadas, evaluaciones de sucesos o juicios acerca de los mismos. Nadie puede ser completamente objetivo y es apropiado incluir impresiones subjetivas cuando éstas influyen en la interacción cliente-enfermera.

Enseñanza al cliente

La tendencia a que las responsabilidades de atención directa en el hogar recaigan sobre el cliente o su familia y no sobre un profesional de la salud que visite el hogar con ese objeto, coloca a la enfermera de salud comunitaria en la posición de maestra. En lugar de suministrar cuidados permanentemente, la enfermera instruye al cliente y a la familia en los procedimientos y tratamientos. Cuando el cliente demuestra que ya está preparado, la enfermera deja en sus manos el cuidado directo, y actúa como persona recurso para que ese cuidado siga manteniendo su nivel. La enfermera de salud comunitaria presta atención directa solamente cuando se trata de procedimientos excepcionales o de las primeras demostraciones de procedimientos nuevos para el cliente.

La habilidad de enseñar implica que la enfermera comprenda los principios del aprendizaje y los aplique a la enseñanza del cliente. Las personas aprenden lo que

consideran importante aprender. Nadie puede obligar a otro a aprender si esa persona no considera que lo que va a captar es significativo para su propia experiencia o necesidad.

Antes hablábamos de la necesidad de fijar objetivos o metas que sean significativas para el cliente. Así mismo, la enseñanza exige que la relevancia de lo que se enseñe sea determinada conjuntamente. A veces puede ser necesario que la enfermera de salud comunitaria ayude al cliente a comprender la relación que hay entre algo específico y su bienestar; esto le ayuda a convertirse en usuario informado. Cuando los objetivos se seleccionan conjuntamente, el cliente se siente inclinado a trabajar por alcanzarlos. A menudo las enfermeras, sintiéndose frustradas, califican a una familia de “difícil” o “perezosa”, cuando la dificultad está en la capacidad de la enfermera para traducir los objetivos de salud a un lenguaje que tenga significado para el cliente.

Una vez identificado un objetivo que le interese al cliente, éste y la enfermera de salud comunitaria empiezan a dar el segundo paso — el proceso enseñanza — aprendizaje propiamente dicho. Las destrezas y la creatividad en la enseñanza se hacen parte de todo contacto cliente-enfermera. Ver a la enfermera de salud comunitaria ejecutar un procedimiento, hacerlo luego en su presencia y recibir su aprobación por hacerlo de manera correcta y segura, infunden al cliente la confianza que se necesita para llevarlo a cabo cuando esté solo. Las visitas repetidas de la enfermera de salud comunitaria dan lugar a contestar las preguntas y revisar los procedimientos según sea necesario. El cliente puede mostrar progreso o cambios. Si no ha progresado, la enfermera de salud comunitaria está allí para ayudarlo a entender y consolarlo según sea necesario. Mediante explicaciones, demostraciones y respuestas a sus preguntas, la enfermera de salud comunitaria ayuda al cliente a acercarse a sus objetivos.

El “ruido emocional” o alguna interferencia que divida su atención, pueden impedir que el interlocutor recuerde un procedimiento o explicación. Un cliente preocupado por problemas económicos, un hijo enfermo, o cualquier otro acontecimiento en su vida, tiene dificultad para retener todo el significado de la información que se le pueda estar dando. Hasta que el cliente no sea capaz de explicar o de ejecutar los procedimientos o de mostrar cualquier otro comportamiento relacionado con la salud, la enfermera de salud comunitaria tiene que insistir en el aprendizaje que conducirá al cliente al objetivo.

En el caso de estudio citado antes, las necesidades de cuidados iniciales de atención y de enseñanza eran grandes en Lilian. El cuidado personal diario, el cambio de apósitos, las técnicas de transporte y de marcha más la regulación del intestino y la vejiga, exigieron numerosas visitas domiciliarias. Por la época de la segunda serie de visitas de enfermería, la señora y el señor Gray quisieron conocer las razones de los cambios físicos y lo que deberían hacer al respecto, más que de cuidados directos de enfermería. En cada una de las visitas revisamos los efectos del ejercicio y de la nutrición y discutimos abordajes para modificarlos. A veces todo lo que ellos querían realmente era una caja de resonancia

para sus ideas y sus preguntas. Mi respuesta a sus necesidades implicaba enseñanza, y debido al acuerdo mutuo sobre los objetivos, los cambios se verificaron.

Sistemas de apoyo al cliente

Un sistema de apoyo es una red o conjunto de servicios que proporciona al cliente una atención armoniosamente ordenada que lo capacita para desempeñarse a su nivel óptimo. El hacer frente a las enfermedades agudas o crónicas en el hogar requiere de los recursos de un sistema de apoyo.

Un usuario informado es su propia mejor fuente de apoyo. El cliente que sabe cómo y dónde obtener servicios se esfuerza por afirmar su propio nivel funcional.

Los individuos y quienes les rodean pueden edificar amplios sistemas de apoyo para sí mismos. Las personas que viven con el cliente o cerca de él, pueden proporcionarle atención planeada y efectiva si tienen conocimientos apropiados sobre el cuidado de la salud. Las visitas y servicios de miembros de la familia, amigos y acompañantes le pueden permitir a un cliente parcialmente impedido vivir solo o en familia sin imponerle a una sola persona la carga del cuidado que necesita.

Cuando se necesita intervención, el cliente tiene que saber cómo elegir y obtener servicios profesionales. Proporcionarle este conocimiento es parte del papel de la enfermera de salud comunitaria como persona — recurso que ayuda al cliente a convertirse en usuario informado. Si el cliente no pudiera o no supiera cómo conseguir ayuda, un servicio central de referencia puede ser útil para identificar y obtener la atención apropiada.

El seguimiento planeado para casos agudos o crónicos de salud por parte de los servicios de salud comunitaria, le provee al cliente los recursos profesionales. Las visitas programadas con clientes a largo plazo hacen posible la revisión periódica de los cambios graduales que pueden estar conduciendo ya sea a la pérdida o al mejoramiento de la función. Una visita domiciliaria por parte de la enfermera de salud comunitaria da lugar a reevaluar la función y reorientar al cliente y a la familia para que conserve los objetivos del cuidado o formule unos nuevos. La atención se da por terminada cuando el cliente y la enfermera de salud comunitaria ya no identifican más necesidades de seguimiento de enfermería. Parte de la terminación, sin embargo, es proporcionarle al cliente un medio de re-establecer el contacto con una determinada enfermera o institución de la comunidad. Decirle a un cliente “Háganos una llamada” no le ayuda en nada. Sugerirle las circunstancias específicas o generales que pudieran hacer necesaria la renovación de los servicios, a quién llamar y a qué departamento dirigirse, y cómo presentar un problema o una pregunta, es dejarle al cliente una ayuda que puede utilizar en el momento en que la necesite.

Otros recursos de apoyo que tiene el cliente son los organismos oficiales y no oficiales que suministran información, cuidados o ayuda financiera. Los organismos oficiales, privados y voluntarios pueden suplementar o constituir la porción más grande del sistema de apoyo del cliente. La mayor parte de las or-

ganizaciones nacionales tienen una oficina nacional y sucursales a nivel de municipios o provincias. Las instituciones creadas a nivel local, como los consultorios gratuitos, beneficencias parroquiales y grupos de autoayuda comunal, son recursos valiosos.

En el estudio del caso presentado era notoria la existencia de un sistema de apoyo. A su egreso del hospital, Lilian recibió cuidados directos de su esposo y de su hermana, además de los que ella misma pudo suministrarse. Lilian y su marido siguen proveyendo esos cuidados. Los parientes y los amigos que vienen de visita le hacen diligencias si es necesario. El médico, la planificadora de alta, la enfermera de salud comunitaria, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, y las compañías de seguros le dieron y le siguen dando el apoyo que necesite. Los Grèy pueden ponerse en contacto con esos recursos en materia de minutos si fuere necesario. El valor de un teléfono como enlace en los sistemas de apoyo es algo que a menudo se subestima o se olvida cuando se discute sobre el asunto. Otros clientes utilizan sistemas más pequeños o más grandes de apoyo, pero todos necesitan métodos consistentes mediante los cuales ellos pueden resolver o que sirvan para resolverles sus necesidades diarias.

Los recursos de apoyo que hayan al alcance no se aprenden de un libro. Se aprenden por interacción con la gente y con las organizaciones de la propia comunidad. Cada vez que se interactúa con un cliente se empieza una nueva búsqueda de recursos para hacer frente a sus necesidades particulares. Cuanto más se aprenda acerca de los recursos de la comunidad, tanto más amplio será el alcance de la atención que se brinda. Es un juego interminable de solución de problema que no termina hasta cuando ya el cliente ha dejado de necesitar atención.

Resumen

La enfermería en salud comunitaria exige extensos conocimientos y destrezas. Cuando se ofrece atención domiciliaria, la enfermera tiene que desempeñar el papel de suministradora de cuidados, maestra, facilitadora, coordinadora, abogada y muchos otros de acuerdo con la situación.

Cada una de las interacciones en que la enfermera está implicada es diferente a las otras. El cliente y sus problemas jamás se duplican. Las respuestas que se le den, consecuentemente, tienen que surgir del intercambio de comunicación verbal y no verbal entre ambos. Escuchar con intención da a la enfermera las claves necesarias para establecer la armonía y la asociación para el trabajo.

La habilidad para comunicarse les permite a ambos identificar los objetivos que le interesan al cliente, a medida que se trabaja con él. Los objetivos enunciados con sencillez, describen el comportamiento que el cliente debe aprender. Le dicen al cliente y a la enfermera hacia dónde se dirigen y por qué.

El registro claro de los objetivos, planes de cuidados e interacciones cliente-enfermera facilita su revisión y la comunicación con otros profesionales de la salud.

La utilización de registros médicos orientados a problemas permite identificar un problema específico por medio de un número común para el problema y para cada una de las acciones que sucesivamente se cumplan respecto al mismo.

Cuanto más intervenga el cliente en su propio cuidado, tanto más capaz será el de conservar el nivel funcional que se considera deseable en su caso. El usuario o cliente informado asume la responsabilidad de atender a propias necesidades de salud y busca la ayuda profesional apropiada para aquello que está fuera de su alcance.

La responsabilidad del cliente queda esbozada también en el contrato cliente-enfermera, el cual incluye los objetivos hacia los cuales van a trabajar juntos durante un plazo especificado. La responsabilidad de los resultados la comparten el cliente y la enfermera de salud comunitaria.

El cliente es parte de su familia y de su comunidad. No se puede afectar a alguno sin perturbar a los demás. La enfermera de salud comunitaria considera a cada cliente, ya sea individuo o familia, en relación al ambiente de la comunidad donde él viva. En sus relaciones con los clientes, la enfermera de salud comunitaria tiene también que analizar la capacidad de la familia para hacer frente al stress que haya en el ambiente de ésta. El análisis de la estabilidad económica, el marco físico y social, los factores de seguridad; el clima emocional; los hábitos de salud, la comprensión de los problemas de salud; y las respuestas a los problemas de salud, constituyen el punto de partida para determinar las necesidades y objetivos de salud.

Las necesidades de un cliente determinan los cuidados y servicios que se le ofrecen, ya sea en instituciones destinadas a la atención de procesos agudos o en el hogar. El traslado del cliente del uno al otro demanda coordinación entre todos los profesionales de la salud. Las planificadoras del alta tienen su sede en el hospital pero coordinan la información entre hospital y hogar. La enfermera de salud comunitaria no se limita a analizar la capacidad de la familia para hacer frente a la situación, sino analiza también la capacidad del hogar para proveer la atención que el cliente todavía necesite. El análisis se dirige primordialmente hacia los requisitos físicos, sociales y de seguridad según las necesidades o limitaciones físicas del cliente.

La coordinación del cuidado le garantiza al cliente ayuda planificadora. La enfermera de salud comunitaria presta asistencia enseñando los cuidados necesarios para el tratamiento de sostén del cliente en su casa. Lo que el cliente considera importante aprender, o los objetivos que él esté empeñado en lograr, dirigen todas las actividades de enseñanza-aprendizaje que se lleven a cabo. La demostración, la repetición, la explicación y la respuesta a preguntas hacen del cliente un usuario informado.

Para mantener su nivel funcional, el cliente necesita apoyarse en sus propios conocimientos y en los de quienes lo rodean. Tiene que establecer un sistema de apoyo o red de cuidados de parte de la familia, amigos, profesionales de la salud y diversas instituciones. Las personas u organizaciones del sistema pueden cam-

biar con los años, pero esto no impide que el usuario informado mantenga por su propio esfuerzo y con la ayuda de otros su nivel funcional óptimo.

BIBLIOGRAFIA

- American National Red Cross Home Nursing Textbook*. 7a. ed. Preparada por Nursing Services, American National Red Cross. Nueva York: Doubleday & Company, Inc., 1963.
- BRUNETTO, ELEANOR Y BIRK, PETER, "The Primary Care Nurse—The Generalist in a Structured Health Care Team." *American Journal of Public Health* 62 (Junio 1972): 785-794.
- COOK, MARK. *Interpersonal Perception*. Baltimore, Maryland: Penguin Books, Inc., 1971.
- CRAVEN, RUTH F. Y SHARP, BENITA H. "The Effects of Illness on Family Functions." *Nursing Forum* 11 (1972):186-193.
- Family Coping Index*. Developed by JHSHPH & Richmond IVNA-City Health Department, Nursing Service. Richmond, Virginia, Enero, 1964. (mimeo).
- FOND, KAREN. "Dealing With Death and Dying Through Family Centered Care." *Nursing Clinics of North America* 7 (Marzo 1972):53-64.
- ITTLESON, WILLIAM H. Y CANTRIL, HADLEY. "Perception: a Transactional Approach." En *The Human Dialogue*, editado por Floyd W. Matson and Ashley Montague. Nueva York: The Free Press, 1967.
- JOURARD, S. M. *The Transparent Self*. Princeton, Nueva Jersey: D. Van Nostrand Co., 1964.
- LAWTON, EDITH BUCHWALD. *Activities of Daily Living for Physical Rehabilitation*, Nueva York: The Blakiston Division, McGraw-Hill Book Co., Inc., 1963.
- MAGER, ROBERT F. *Preparing Instructional Objectives*. Belmont, Cal.: Fearon Publishers, Lear Siegler, Inc., 1962.
- MAYERS, MARLENE. "Home Visit—Ritual or Therapy?" *Nursing Outlook* 21 (Mayo 1973):328-331.
- PAYNE, STANLEY L. *The Art of Asking Questions*. 10a. ed. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1973.
- WEED, LAWRENCE L. *Medical Records, Medical Education and Patient Care*. Cleveland, Ohio: The Press of Case Western Reserve University, 1970.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA DE SALUD COMUNITARIA EN LOS SISTEMAS ESCOLARES

13

Dorothy S. Oda

Introducción y antecedentes históricos

La enfermería escolar en los Estados Unidos comenzó con una persona que se consagró a ella, Lilian Wald, y pronto se convirtió en el área más floreciente de la enfermería en salud comunitaria.

Como enfermera visitadora, la señorita Wald encontró un niño de tugurio, a quien no admitían en la escuela porque tenía una enfermedad del cuero cabelludo. Este incidente condujo a que se introdujeran servicios de salud en las escuelas públicas de los Estados Unidos de Norte América en 1897. La señorita Wald observó que el ausentismo de muchos niños obedecía a enfermedades no transmisibles o que se podían tratar o prevenir fácilmente. Ella fue persona clave en el nombramiento de la primera enfermera escolar en una escuela de Nueva York en 1902. Con esto empezó una nueva relación entre dos formas ya existentes de servicios a la comunidad; enfermería y educación.

Como área de ejercicio profesional, la enfermería escolar actual tiene algunas cualidades que le son propias. En términos generales, es considerada como especialidad de enfermería, pero al parecer, el rol de la enfermera escolar, como tal, no se ha podido definir claramente (Hawkins 1972). Quienes trabajan más de cerca con ellos, o sea la comunidad escolar compuesta por estudiantes, maestros, otros miembros del personal escolar, y los padres, no siempre concuerdan respecto a la manera más apropiada de utilizar los servicios de enfermería escolar. Además, las mismas enfermeras escolares interpretan su rol de muy distintas maneras.

Los siguientes estudios de caso reflejan que, a pesar de sus bases tradicionales, hay áreas de la enfermería escolar que están adquiriendo un enfoque global más moderno. En el primer caso citado, la enfermera respondió a la necesidad de examinar lesiones, analizar la situación y referir al estudiante. La intervención de la enfermera en casos de lesiones y enfermedades en las escuelas fue una de las primeras formas de servicio de la enfermería escolar. Aún cuando los distritos escolares siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado inmediato y de decidir lo que debe hacerse con los estudiantes enfermos o lesionados, hoy día muchos sistemas escolares se dedican a coordinar y supervisar la prestación

de servicios de emergencia, más que a suministrar personalmente la atención a todos los casos.

El segundo caso implicó un componente de asesoría preventiva al hacer la referencia del estudiante a un servicio de salud mental —elemento recientemente incorporado en el ejercicio de la enfermería escolar. Algo típico de la enfermería escolar de nuestros tiempos es la colaboración interdisciplinaria entre el maestro, el psicólogo escolar y la enfermera.

Estudios de casos

Caso 1. La enfermera escolar fue llamada al departamento de educación física femenina de una escuela secundaria para algo que, según la súplica telefónica, era una “verdadera emergencia”. En un intento de salto largo, una niña de 10º grado había aterrizado de espaldas y al parecer no podía moverse. Cuando la enfermera llegó, la niña dijo: “Fue que me quedé sin aire” y quiso volver a sus actividades. La enfermera la examinó y no halló signos externos de lesión, pero le aconsejó quedarse quieta y abrigada con una manta mientras ella localizaba a la mamá. Cuando ésta llegó, la enfermera le aconsejó trasladar a la chica en ambulancia a un consultorio médico o al hospital, para que le hicieran un examen más minucioso ya que había la posibilidad de una lesión oculta del cuello o de la espalda. La madre rehusó la ambulancia diciendo que llevaría a su hija en el asiento trasero del auto. En presencia del director de la escuela y de dos maestros, la enfermera dijo a la madre que no se lo aconsejaba y que la madre tendría en ese caso que asumir la responsabilidad de las posibles consecuencias. Camino al médico, la niña se desmayó en un ascensor y a partir de entonces tuvo dificultad para caminar durante cerca de tres meses.

Posteriormente la madre trató de demandar al distrito escolar por negligencia. La demanda fue denegada basándose en la evidencia según un informe estandar de accidente escolar enviado a los archivos por la enfermera y otros miembros del personal de la escuela que fueron testigos del incidente. El informe decía que la enfermera había advertido claramente que no era aconsejable el transporte de la paciente en un automóvil privado y que la madre había obrado por sí y ante sí al transportar la chica en su vehículo.

Caso 2. Jacobo, de 14 años, era un niño que tenía un largo historial de dificultades de aprendizaje y de problemas de conducta. Había estado en grupos de educación especial la mayor parte de su vida escolar. Jacobo había sido enviado a la enfermera escolar por un maestro de educación especial con el argumento de que tenía “tendencias a conducta desviada”. El maestro había pensado que Jacobo tal vez quisiera hablar con una enfermera. El estudiante se mostró intrigado y un poco molesto de que lo mandaran a consultar a la enfermera y lo manifestó diciendo que se “sentía bien”. La enfermera le explicó que ella estaba respondiendo a la preocupación del maestro por su conducta y que

ella misma estaba interesada en su bienestar. Jacobo respondió: "Bueno, yo sé que camino algo ridículo y que por eso los muchachos me hacen bromas. Pero no me pasa nada". Antes de que Jacobo regresara al salón de clase, la enfermera le dijo que ella estaría siempre dispuesta a recibirlo si algo lo perturbaba. En los meses siguientes se encontraron y conversaron varias veces en el despacho y en el pasillo. El maestro, el psicólogo que lo había examinado cuando se consideró que necesitaba ingresar al grupo de educación especial y la enfermera, intercambiaban continuamente informaciones sobre Jacobo. Una mañana, cerca de cinco meses después de la primera visita de Jacobo a su despacho, la enfermera lo encontró esperándola en la puerta lleno de pánico. Apenas si podía susurrar: "Tengo que hablar con usted, usted es la única persona a quien puedo hablarle. Estoy asustado". Jacobo parecía estar en un estado de perturbación mental aguda con alucinaciones y estaba prácticamente paralizado de miedo. Le rogaba a la enfermera que lo escondiera en su oficina. El maestro lo había animado a que buscara a la enfermera. Tras consultar con el maestro y con el psicólogo, la enfermera llamó a la madre de Jacobo recomendándole que lo llevara a la consulta de un psiquiatra tan pronto como fuera posible. En menos de una semana, el estudiante fue internado en una institución psiquiátrica para pacientes que requieren tratamiento prolongado.

Comparación entre áreas de ejercicio de la enfermería

La educación básica en enfermería prepara actualmente a las enfermeras para que ejerzan en ambientes orientados hacia la atención de personas enfermas en lugar de aquellos orientados hacia la educación escolar. La preparación clínica en enfermería se lleva en gran medida a cabo en una institución u organismo relacionado con la medicina. Las asignaciones clínicas y las experiencias de campo están empapadas del tema sin fin "cuidado de enfermería a pacientes bajo supervisión médica". Algunas escuelas de enfermería están empezando a incluir experiencias de aprendizaje en ambientes no médicos tales como las guarderías infantiles o las sedes donde se reúnen los ancianos. En estos lugares se hace hincapié en el bienestar y en la atención preventiva paralelamente a la identificación de deficiencias en el estado de salud. No obstante, los componentes clínicos principales siguen localizados en los servicios de atención médica o en los organismos sanitarios de uno u otro tipo.

Cuando la enfermera recién graduada asume un cargo en una institución que atiende casos agudos, o en una de salud comunitaria, llega a ella bien familiarizada con la orientación general de la organización. Pueden haber diferencias en detalles específicos, pero hay en general muchas semejanzas entre las estructuras sociales de los organismos empleadores y las de aquellas donde la enfermera ha recibido su preparación clínica como estudiante.

La enfermera que elige trabajar en un sistema escolar, no puede transferir, del ambiente de aprendizaje al de trabajo, esa familiaridad. Hay muy pocos

programas básicos de enfermería que ofrezcan un curso de enfermería escolar, y por lo general éste es electivo. En gran medida, la enfermería escolar, tal como se la concibe actualmente, es considerada por la mayor parte de las escuelas como preparación post-básica y área especializada del ejercicio profesional. En las regiones donde no se exige preparación académica en enfermería escolar como requisito para desempeñar el cargo, su desempeño puede conducir a la especialización.

La enfermería ocupacional es tal vez la contraparte más próxima de la enfermería escolar, pero son diferentes entre sí. Una organización comercial o industrial es ciertamente muy distinta o una institución médica en numerosos aspectos que son bien patentes. Sin embargo, en la mayoría de fábricas y empresas de negocios la enfermera escolar casi siempre conduce algo muy parecido a la consulta externa o a un miniconsultorio de emergencia de un hospital: De ello es testimonio el uso de uniformes y tocas de enfermera por parte de la mayoría de las enfermeras que trabajan en organizaciones comerciales. En cambio, casi ninguna enfermera escolar usa uniforme, particularmente si trabaja para una junta de educación.

La escuela como sistema social complejo

La escuela está formada por individuos organizados dentro de un sistema de actividad. Es una organización compleja porque implica las interacciones de muchas personas diferentes que desempeñan diversas funciones. Se considera como un sistema social porque los participantes son interdependientes y sus actuaciones son organizadas y dirigidas por la sociedad.

Hay varias características comunes a los sistemas escolares y a otras organizaciones formales (Gross 1968). Una de estas es que la organización del sistema escolar, igual que una empresa u hospital, tiene su propio objetivo organizacional. Otra es que comprende una red de roles interrelacionados dentro de un ambiente organizado. La empresa de la escuela es "educar niños" y quienes ocupan posiciones en las escuelas están comprometidos en el cumplimiento de este fin.

Red de autoridad

La delegación de autoridad en un sistema escolar es jerárquica. La organización administrativa escolar interna es de estructura piramidal. La junta escolar es la corporación de gobierno más alta en la comunidad. Las posiciones administrativas comienzan con un superintendente de escuelas. El número de posiciones asociadas a éste tales como la de asistente o superintendente adjunto y asistente ejecutivo varía directamente con el tamaño del distrito escolar. Los distritos más grandes tienen muchas posiciones intermedias entre los niveles esenciales, en tanto que los más pequeños pueden tener pocas o ninguna.

El superintendente, que colabora con la junta o dirección de educación, es res-

ponsable de dirigir el distrito escolar o todo el sistema. Se espera que él conozca todos los aspectos de la empresa de educar a los estudiantes dentro de su distrito. Están a su cargo la planeación fiscal y administrativa, la ejecución y la evaluación. En suma, todo lo que ocurre dentro del sistema escolar local se convierte en su tarea y responsabilidad.

La esfera de autoridad del director, dentro de la cual, el tiene cierto grado de autonomía, es la escuela que dirige. Así como la autoridad del superintendente se extiende a todo el distrito, la autoridad del principal se extiende a todo el ámbito de su escuela. Cada maestro es responsable de la actividad de su propia aula y por tanto se le reconoce cierta autonomía dentro de límites más estrechos.

Dentro de este sistema de autoridad, la enfermera escolar debe interconectar su práctica con la marcha del proceso educativo. La forma y alcance del ejercicio profesional, esto es, hacia donde se orienten la enfermería y su ejercicio, los métodos que utilice quien desempeña el rol y el estilo y comportamiento propios, conforman la esfera de autonomía de la enfermera dentro de cada subsistema social escolar.

Diferencias en la estructura organizativa

Hay una estructura de autoridad en la enfermería escolar que es propia del ámbito en que se ejerce. Al director se le otorga responsabilidad y autoridad sobre todas las actividades y personal de la escuela, incluyendo la enfermera. No obstante, la enfermera escolar puede tener otro supervisor más o un coordinador de enfermería o de servicios de salud en cualquiera otra parte del sistema escolar. Esta persona, que por lo general forma parte del equipo administrativo central tiene su sede lejos de la escuela, puede no ser una enfermera sino un miembro de otra disciplina (como un psicólogo o un director de servicios educativos especiales con preparación en enseñanza). Estas líneas y áreas de responsabilidad ante el director de la escuela y el supervisor o coordinador pueden ser claras y estar exentas de conflicto, o bien pueden ser confusas o discrepantes si hay diferencias.

EL CONTEXTO DEL ESTUDIANTE, LA FAMILIA, LA ESCUELA, Y LA COMUNIDAD

Aún cuando la enfermera generalmente lidia con el niño en el ambiente de una escuela, ella tiene que considerarlo dentro de los contextos de su familia y de su comunidad. Salvo durante el período de tiempo que está en la escuela, la unidad familiar vela por la mayoría de las necesidades del estudiante, particularmente durante sus primeros años. La supremacía de las influencias familiares disminuye con el desarrollo y la madurez, pero mientras los estudiantes siguen siendo dependientes, los vínculos con quienes los tutelan son por lo general fuertes. La enfermera escolar tiene que actuar a menudo como enlace en cuestiones de salud

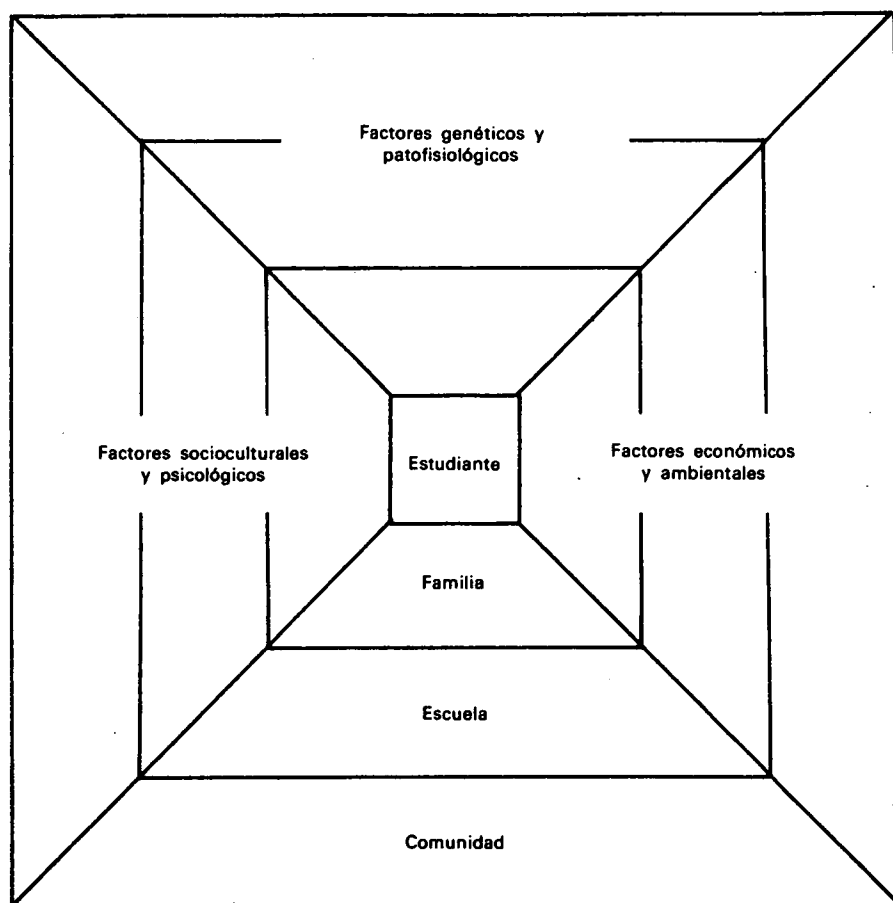


FIGURA 13.1 Componentes de la educación sanitaria global

entre la escuela y la familia, la escuela y la comunidad, el niño y los padres y ocasionalmente incluso entre estudiante y maestro. La accesibilidad y la capacidad de la enfermera para aceptar un papel así se ven apoyadas por una imagen positiva de la enfermería y una preparación profesional sólida.

La escuela no existe ni puede existir en un vacío social. Está íntima e intrínsecamente ligada a la comunidad a que pertenece. Los distritos escolares se identifican generalmente por límites geográficos y están caracterizados por factores demográficos precisos. El ejercicio de la autoridad ha estado tradicionalmente bajo el control de las juntas locales de educación.

La clase de oportunidades que se le presentan a un individuo dependen en gran medida de sus logros educacionales. En muchos casos, el futuro académico y ocupacional de un estudiante depende del nivel de aprovechamiento según lo indi-

quen las calificaciones. El niño y la familia participan en la toma de las decisiones con respecto a las metas futuras, pero el rendimiento del niño en la escuela desempeña un papel clave que ejerce considerable influencia en los frutos que derive de su ocupación y su futuro lugar en la comunidad.

El bienestar físico, social y mental del niño es un factor esencial en su proceso educativo. La misma naturaleza de la salud, su calidad, que se da por descontada, la hacen vulnerable al descuido y a la indiferencia hasta que se manifiesta un cambio o pérdida. La escuela aspira a transmitir tradiciones sociales y culturales, descubrir adelantos en el conocimiento, ser determinante del acceso a posiciones en la sociedad. Con demasiada frecuencia se pasa por alto el objetivo necesario de proteger la salud del estudiante.

La capacidad del estudiante para desempeñarse productivamente en el aula, dentro del grupo escolar, la familia, el vecindario y la sociedad, está relacionada con su estado de salud. Es en este contexto de la experiencia humana —aprendiendo y viviendo— donde enfermería en el programa de salud escolar se interpreta y ejerce de la manera más apropiada. En la figura 13.1 se presenta un modelo que considera al estudiante como núcleo del interés profesional en la perspectiva de la enfermera escolar. El estudiante como aprendiz es considerado como el punto focal de la familia, la escuela y la comunidad. Los factores socio-culturales y psicológicos, los factores genéticos y patofisiológicos, y los factores económicos y ambientales también se consideran interrelacionados entre sí y con el estudiante, la familia, la escuela y la comunidad. Enfermería enfoca y ve las necesidades de salud del niño o del joven en su calidad de aprendices, pero abarca la situación total en la cual debe crecer, desarrollarse y desempeñarse el estudiante.

LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA ESCOLAR

Un programa de salud escolar es la combinación de muchas actividades interrelacionadas que pueden comprender educación sanitaria, servicios de salud escolar, servicios de protección del ambiente escolar, y otros. La enfermera escolar asume la mayor parte de las responsabilidades del programa de salud y trabaja en colaboración con otros en la escuela y la comunidad.

El servicio de enfermería escolar consiste ordinariamente en tres áreas que se entremezclan y trasladan: supervisión de la salud, asesoría en asuntos de salud y educación para la salud. Los distritos escolares pueden dar mayor importancia a alguna de ellas, pero los tres están presentes en cualquier servicio de enfermería escolar.

La supervisión de la salud incluye actividades tales como el análisis del estado de salud, examen de la vista y del oído, identificación de deficiencias en el estado de salud. La asesoría en *asuntos de salud* implica interpretar a otros la información sobre salud, guiar y aconsejar con respecto a hábitos de salud y hacer re-

comendaciones referentes a problemas de salud de individuos y grupos. *La educación para la salud* se refiere a la planificación, promoción y puesta en práctica de la instrucción sanitaria así como también a la provisión de servicios de consulta en asuntos relacionados con la salud.

En la práctica diaria, estas tres áreas de servicio de la enfermería escolar no difieren entre sí y pueden desplazarse en uno u otro sentido como se muestra en la figura 13.2. Sin embargo, ciertos aspectos también se pueden abordar separadamente. Por ejemplo, la educación sanitaria preventiva sobre enfermedades venéreas no requiere necesariamente actividades de supervisión o asesoría en salud. No toda asesoría se origina necesariamente en un problema identificado por la enfermera. Un estudiante puede pedir ayuda por propia iniciativa, con respecto a algún problema personal o familiar.

Las tres áreas amplias de responsabilidad constituyen las tres categorías principales del servicio de enfermería. Las tareas diarias tales como llevar registros, enviar y recibir comunicaciones, la planificación general de programas de salud, así como también la prestación de servicios menores y de cuidados de emergencia importantes, difieren de un sistema escolar a otro y por lo tanto no se detallan aquí específicamente.

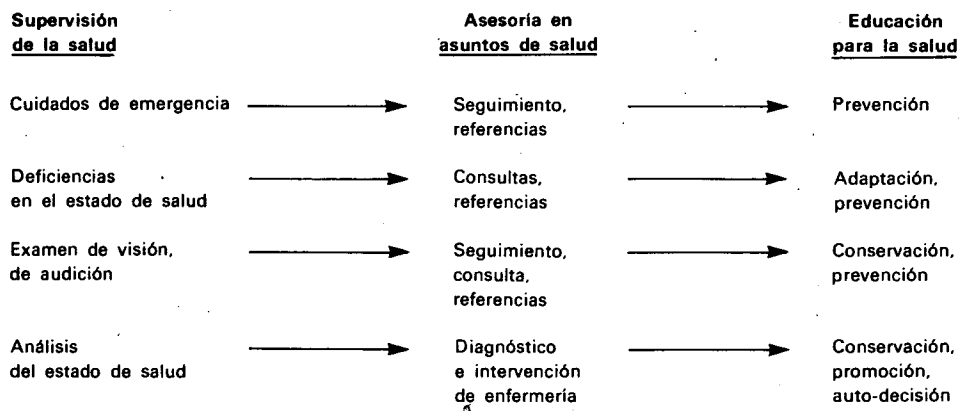


FIGURA 13.2 Flujo del servicio de enfermería escolar

Utilización selectiva de los servicios de enfermería

La razón de ser de las escuelas no es el cuidado de la salud, y los servicios de salud adoptan una relación de apoyo a la formación de los estudiantes en los sistemas educativos. Existe una gran variedad de recursos, de los cuales los servicios de salud son solamente parte, para ayudar en algunos aspectos de los problemas de aprendizaje. Para muchos miembros del personal escolar, la salud solamente parece cobrar importancia según afecte el rendimiento y conducta del estudiante

en la escuela (Oda 1974). Esta situación se refleja en las referencias de estudiantes a la enfermera por parte del personal escolar. Por ejemplo, las referencias de estudiantes para determinar la agudeza visual y auditiva por razones de bajo rendimiento académico, son cosa corriente. Con frecuencia, la razón para referir estudiantes problema es su conducta perturbadora o introvertida.

En materia de salud, el mayor interés se reserva para los problemas médicos y desviaciones de la norma que interfieren con el comportamiento en el aula, el aprendizaje y la aceptación social. De este modo, aún cuando las enfermedades venéreas son un problema de salud de magnitud epidémica entre los adolescentes, los sistemas escolares consideran que entre éstas y el embarazo obvio, éste es más prominente como problema social y de salud.

Más frecuentemente se le pide a la enfermera escolar suministrar servicios médicos, que instruir a los estudiantes sobre el cuidado de la salud. Casi siempre hay que apelar a la interacción y comunicación diestras para lograr "venderle" a la comunidad escolar los servicios de enfermería que tratan de cosas que la educación para la salud. Una "venta" de esa naturaleza exige que uno comprenda cuándo qué cosas dan mejores resultados, cómo, con quién y por qué.

El que la escuela utilice el servicio de enfermería y en qué medida lo utiliza, depende de lo receptivo que sea el personal para con la enfermera. Esta receptividad depende de la personalidad de la enfermera y de la comprensión que el personal tenga de las capacidades profesionales de ella. La imagen de una enfermera implica que ella tenga un nivel dado de competencia, pero no todas las enfermeras escolares gozan del mismo grado de aceptación por parte del personal escolar, lo cual a su vez afecta de modo marcado la frecuencia y la medida en que se solicitan sus servicios profesionales.

Cuando una enfermera goza de plena aceptación, los maestros, aún cuando siempre están ocupados en actividades urgentes, parecen encontrar tiempo para colaborar con ella como persona recurso en asuntos de salud. Cuando hay menos aceptación, la cooperación de los maestros es mínima y limita la labor de la enfermera escolar.

La eficacia de la práctica de enfermería escolar está relacionada con el nivel de aceptación de la enfermera por parte del maestro. Los niveles de aceptación por parte del maestro se pueden definir como respaldo (aprobación), apoyo (afirmación activa), cooperación (trabajo conjunto) y, finalmente, autonomía (independencia).

En la aceptación a nivel de respaldo, la respuesta de un miembro del personal a la enfermera podría ser: "Es una buena idea", acompañada de poca acción o de falta de disposición de ánimo para actuar. El nivel de apoyo incluiría cierta actividad de participación como "Veámoslo" o "¿Por qué no lo presenta en nuestra próxima reunión?" El nivel de cooperación implicaría cierta reciprocidad, como: "¿Qué podemos hacer (juntos) sobre un programa de salud dental?" Otra posibilidad sería un proyecto o una presentación en conjunto. El nivel de confianza indica una fe establecida en la idoneidad de la enfermera (basada casi

con seguridad en experiencias prolíficas previas con la enfermera). Esta etapa quedaría ejemplificada por observaciones por el estilo de éstas: “¿Se encargaría usted de algo sobre el hábito de fumar?” o “adelante con ese programa de nutrición y dietas”. El nivel de autonomía se alcanza cuando se otorga independencia virtual en áreas ya sean específicas o amplias: “El proyecto de educación de padres de familia está a su cargo”, o bien: “Encárguese de planificar el programa de educación para la salud”.

Hay un aspecto temporal en la aceptación: Lo mismo que en otras áreas de la interacción social, se necesita cierto tiempo para “conocer mejor una persona”, lo cual precede al desarrollo de una relación basada en la confianza. Es necesario que las enfermeras escolares busquen contactos interpersonales y oportunidades de trabar conocimiento con los maestros y otro personal escolar en muchas circunstancias diferentes durante un período de tiempo. Para ejercer eficazmente la enfermería escolar, son esenciales el análisis continuo de estas interrelaciones y la introducción de las modificaciones apropiadas.

Rol y estrategias laborales

La enfermera escolar trabaja con varias poblaciones diferentes: Estudiantes, personal escolar, padres y miembros legos y profesionales de la comunidad. Pueden asignarle semanalmente un número de escuelas, las cuales pueden diferir mucho en cuanto al número de estudiantes y año lectivo en que estén. El verse asignada a varias escuelas complica los problemas de la enfermera para hacerse conocer de maestros y estudiantes, ya que su tiempo para cada una de ellas es limitado. En esas circunstancias la enfermera debe tomar en consideración las distintas necesidades, demandas y manera de relacionarse de cada grupo y variar sistemáticamente el papel de enfermería de acuerdo con todo ello.

Se dice que la enfermería escolar tiene una identidad dual, con componentes tanto de enfermería como de enseñanza (American School Health Association 1961). A la enfermera escolar frecuentemente se le concede la categoría del docente, pero la visibilidad y accesibilidad de la enfermera no son tan claras como las de un maestro, pues tiene un horario de enseñanza definido y predecible.

Gran parte de la labor de la enfermera en las escuelas puede pasar inadvertida y en consecuencia desconocida y sin reconocimiento. Las enfermeras que aconsejan por teléfono, envían cartas aconsejando y haciendo recomendaciones, y hacen visitas domiciliarias, están cumpliendo obligaciones esenciales de salud escolar. Sin embargo, los miembros del personal escolar no presencian esas actividades. La falta de comprensión del valor de estas actividades no observadas de la enfermera tales como las visitas domiciliarias o los contactos con recursos de la comunidad también se puede relacionar con el hecho de que muchos miembros del personal escolar esperan que las enfermeras estén disponibles instantáneamente cuando sienten que las necesitan, especialmente para situaciones

de emergencia. Para mantener un flujo de información entre la enfermera escolar, otro personal y los supervisores de ella, es necesaria la comunicación constante por medio de informes verbales y escritos, memoranda, mensajes en el tablero de noticias y otros medios por el estilo. Esta es así mismo una manera efectiva de hacer que las funciones invisibles se hagan más visibles.

Cuando hay que reducir los presupuestos escolares, la decisión de eliminar un servicio se basa en la prioridad que se deriva de su relación visible con la función primordial de la escuela. Es obvio que cursos como la lectura o las matemáticas no se pueden eliminar aunque haya que mantener los tamaños de los grupos. Las bibliotecas escolares, los programas de alimentación escolar y los servicios de salud, frecuentemente están incluidos entre los que se consideran eliminables.

Extensión de los servicios por medio de la enfermería escolar

La enfermera escolar tiene el deber de proyectar el interés de los profesionales por la salud, hacia la comunidad donde viven los estudiantes. Para que la perspectiva de enfermería escolar sea amplia, son necesarios el enfoque epidemiológico que toma en cuenta las causas y efectos de los estados de salud y el enfoque ecológico que anticipa las posibles consecuencias para la salud. El enfoque epidemiológico se puede utilizar para áreas tan diferentes como la pediculosis y el abuso de las drogas. La educación del usuario respecto a los servicios de atención de la salud o la contaminación del aire y sus consecuencias para la salud, se prestan al enfoque ecológico.

Aún cuando los cambios son posibles y tal vez incluso probables, en las escuelas de los Estados Unidos de Norte América actualmente no se están prestando los servicios más importantes de salud. Si los recursos para la atención de los estudiantes están localizados en sus comunidades (por ejemplo, si hay quienes provean atención médica privada, u organizaciones para la conservación de la salud), la enfermera escolar eficaz no confinará las preocupaciones y responsabilidades de enfermería a la escuela sino que se informará bien y trabajará en concierto con los servicios y facilidades de la comunidad.

Como profesional de la salud asociada con una de las organizaciones importantes de la comunidad, la enfermera escolar puede promover y valorar los servicios de salud tanto dentro como fuera de la escuela misma en cuanto afecten al niño o al joven. Por todas estas razones, la enfermera escolar debe ampliar las perspectivas de su ejercicio hasta abarcar las dimensiones de la comunidad.

Tendencias y debates sobre enfermería escolar

Tanto la educación como la enfermería implican servicios de naturaleza pública y ambas están sufriendo cambios. Las escuelas se están evaluando y constantemente se ensayan nuevas situaciones de aprendizaje. Enfermería también está pasando por un proceso de escrutinio y está ampliando muchos papeles com-

prendidos entre ellos los de la especialista clínica en pediatría y la especialista clínica en enfermería escolar.

Además, los adelantos científicos tienen su efecto sobre los procesos educativos y de enfermería. Los instrumentos refinados, la tecnología de los computadores y los descubrimientos de las ciencias físicas, biológica y del comportamiento influyen en las técnicas educativas y en la práctica de la enfermería. Así pues, la enfermera escolar de hoy está trabajando dentro de dos dominios, ambos en estado de flujo.

El mismo papel de la enfermera escolar está cambiando, se está ampliando y ahora se hace más hincapié en lo fisiopatológico. Las enfermeras escolares se están preparando para ofrecer atención primaria de la salud mediante la evaluación de problemas físicos, psico-médicos, psico-educativos, de comportamiento y de aprendizaje y para dar atención integral al niño sano. También tienen que ver con el desarrollo, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de atención de la salud (Silver 1971; National Education Association 1971). Algunos sistemas escolares están estimulando a sus enfermeras a desplazarse del modelo médico o de patología y a acentuar más la educación y asesoría en materia de salud. Estas especialistas clínicas poseen títulos como el de consultoras o consejeras en salud en lugar de enfermera escolar.

La enfermería escolar ha padecido de una imagen estereotipada de origen histórico: Colocadora de curitas, verificadora de asistencia, detectora de casos de enfermedades contagiosas o desagradables y cuidadora oficial de enfermedades y heridas en las escuelas. Esta imagen positiva (aunque limitada) no se ha de minimizar porque el fácil acceso a la enfermera escolar proporciona oportunidades de descubrir casos importantes. Por ejemplo, los primeros auxilios emocionales pueden frecuentemente conducir al aconsejamiento sustentador en problemas del desarrollo. Sin embargo, si los estudiantes, el personal escolar y los padres creen que la enfermera debe limitarse a las funciones tradicionales, la bien preparada especialista clínica de avanzada puede experimentar frustración y descontento (Oda 1974).

Actualmente no hay consenso con respecto a la preparación académica apropiada para la enfermera escolar. Esto explica en parte la amplia variación de requisitos mínimos que prevalece en todos los estados, y que van desde la credencial de registro como enfermera titulada (grado asociado, diploma o licenciatura) a la certificación adicional como enfermera de salud pública, enfermera escolar o enfermera-maestra. Hay, claro está, muchas enfermeras escolares que tienen grados superiores y certificaciones adicionales en otras áreas de idoneidad: Por ejemplo audiología y audiometría, educación especial y educación para la salud.

La tendencia actual estimula la preparación de posgrado en enfermería escolar para especializarse (Stobo 1969). El capítulo de Enfermedades Escolares de la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos de Norte América aboga por la preparación pre-servicio en enfermería escolar en el programa básico de licen-

ciatura con especialización de posgrado (American Nurses' Association 1961). Este punto de vista también es apoyado por la Asociación Estadounidense para la salud, la educación física y recreación, en su publicación titulada —*Enfermería para los Años Setenta*— (1973).

En un sistema apoyado por la comunidad que está consciente del costo-beneficio, se ha presionado a las enfermeras escolares para que demuestren con datos firmes lo que valen —estadísticas y dinero economizado. Gran parte de la labor de la enfermera escolar es invisible (para los demás) y tiende a pasar inadvertida y sin reconocimiento. Además, en salud, los resultados del trabajo preventivo no se prestan fácilmente a la cuantificación, si bien los fracasos de tales esfuerzos sí suelen hacerlo. No existen actualmente instrumentos de investigación que midan las enfermedades que se previnieron, o los daños que se evitaron. Si el número de estudiantes que entran y salen de la oficina de la enfermera por malestares y lesiones sin importancia no es considerable, el volumen de trabajo diario puede parecer magro cuando se totaliza al final del año. Así, pues, la evaluación de los servicios de enfermería escolar ha cobrado mucha importancia y sirve con más frecuencia de base para reducir los servicios de enfermería que para aumentarlos. Se necesitan nuevos enfoques para analizar la eficacia de los servicios de la enfermería escolar, y unos cuantos se están empezando a desarrollar ahora (Basco y otros 1972; Tuthill y otros 1972).

El patrocinador financiero de los servicios de salud escolar es de ordinario uno de dos sistemas administrativos. Un servicio generalizado de enfermería escolar indica que la enfermera forma parte del departamento de salud de la comunidad y que ella asume responsabilidades hacia la escuela ya sea como parte de su cargo o como la totalidad de éste. Un servicio de enfermería escolar especializado indica que el sistema empleador es el distrito de educación. También existen sistemas combinados que son patrocinados conjuntamente por una agencia de salud pública y por un sistema escolar, pero no son los que predominan.

Todavía hay controversia sobre las ventajas y desventajas de una forma de servicio de salud escolar sobre la otra. El movimiento de los últimos años ha sido del servicio generalizado hacia el especializado.

Resumen

Los servicios de enfermería escolar se centran en el estudiante como miembro de una familia dentro de la escuela y la comunidad según se muestra en la figura 13.1. El ejercicio de la enfermería implica interacciones enfocadas hacia el mejoramiento del proceso educativo. El estado de salud del estudiante, el comportamiento de salud y la adaptación social —el efecto colectivo de estos— sobre su capacidad de beneficiarse de la experiencia educacional, constituyen el interés central de la enfermera escolar.

Como profesional de la salud ubicada dentro de un sistema educativo, la enfermera escolar tiene una identidad como enfermera y un papel variable. Una enfermera escolar debe normalmente ajustar y adaptar el proceso de enfermería al personal administrativo y a la orientación de cada escuela, a la aceptación y prioridades del personal docente y a las necesidades de los alumnos de acuerdo con los grados escolares, tamaño de la escuela y variaciones socioeconómicas. La variabilidad en la definición del papel es tan fundamental para esta forma de ejercicio de la enfermería que se la puede considerar como una característica de dicho papel. Cada enfermera puede interpretar la necesidad de que el rol sea inventivo, como un reto a su creatividad o como una restricción a su desempeño. La naturaleza independiente de la enfermería escolar y la falta de proximidad a otras enfermeras escolares o a la supervisión estrecha, exigen de quienes la practican flexibilidad, autoconfianza e iniciativa.

La comprensión de la naturaleza de la enfermería escolar proporciona los fundamentos en que se puede basar una filosofía para ejercerla. Cada enfermera debe desarrollar un plan para actuar que combine las necesidades y los deseos que parezcan más apropiados en una escuela determinada. Hay que tomar en cuenta las demandas y los requerimientos de cada comunidad escolar, pero la enfermera tiene que mantenerse firme en el cumplimiento de los objetivos que considere esenciales. A menos que tenga una filosofía sólida de servicio, las demandas diversas y divergentes sobre la enfermera escolar pueden lograr que sus servicios se fragmenten y dispersen en muchas áreas dejando como resultado poca continuidad y cumplimiento en ninguna.

BIBLIOGRAFIA

- American Association for Health, Physical Education, and Recreation. *School Nursing for the 70's*. Washington, D.C., 1972.
- American Nurses' Association. "Functions and Qualifications for School Nurses." *American Journal of Nursing* 61 (1961):93-97.
- American School Health Association. "The Nurse in the School Health Program." *Journal of School Health* 38 (1961):3-37.
- BASCO, DOLORES; EYRES, SANDRA; GLASSER, JAY; Y ROBERTS, DORIS. "Epidemiologic Analysis in School Populations as a Basis for Changing School Nursing Practices—Report of the Second Phase of a Longitudinal Study." *American Journal of Public Health* 62 (1972):491-497.
- GROSS, NEAL. "Some Contributions of Sociology to the Field of Education." In *Sociology of Education*, edited by Ronald M. Pavalko. Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, 1968.
- HAWKINGS, NORMAN G. "Is There a School Nurse Role?" *American Journal of Nursing* 71 (1971):744-751.
- National Education Association. Department of School Nurses. *DSN Guidelines for School for School Nurse Specialist Education Program*. Washington, D. C.: marzo 20, 1971.

- ODA, DOROTHY. "Increasing Role Effectiveness of School Nurses." *American Journal of Public Health* 64 (1974):591-595.
- ODA, DOROTHY. "The Nature of Nursing in Schools: A Study of a Coordinate Work Role." Unpublished doctoral dissertation. University of California, San Francisco, California, 1973.
- RICHIE, JEANNE. "School Nursing: A Generalized or a Specialized Service?" *American Journal of Public Health* 51 (1961):1251-1259.
- SILVER, HENRY K. "The School Nurse Practitioner Program." *Journal of the American Medical Association* 216 (1971):1332-1334.
- STOBO, ELIZABETH. "Trends in the Preparation and Qualifications of the School Nurse." *American Journal of Public Health* 59 (1969):669-692.
- TUTHILL, ROBERT W.; WILLIAMS, CAROLYN; LONG, GENE; Y WHITMAN, CAROLINE. "Evaluating a School Health Program Focused on High Absence Pupils: A Research Design." *American Journal of Public Health* 62 (1972):40-42.

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA Y LA ADMINISTRACION

14

Lou Anne Irion

Introducción

La enfermería de salud comunitaria es un término que sugiere tipos específicos de intervenciones de atención de enfermería y diversas formas de ordenación y de estructuras organizativas, tales como departamentos de salud, instituciones para atención domiciliaria de la salud y programas de prestación de servicios a domicilio. En este capítulo no se discutirá ninguno de estos dos componentes de la definición, sino que se enfocará hacia algunas reglas prácticas cotidianas que, es la intención, ayudarán a las personas de poca experiencia que se aventuran en el mundo de la administración, a adquirirla a corto plazo con el mínimo de dolores de cabeza. En realidad debiera titularse: "Aprenda a los tropiezos de Lu" porque lo que yo espero compartir son ciertas cosas que he aprendido de mis propias experiencias y de las de otras que han tratado de ocuparse de uno de los aspectos más creativos de los servicios al cliente, o sea, acomodar los servicios que muchos suministradores de atención proveen a grupos numerosos de clientes.

Temprano en mi vida profesional caí en cuenta de que si lograra convencer a otros de que dieran la clase de atención que yo daría si pudiera multiplicarme, la prestación de servicios y el "buen cuidado de enfermería" se podrían extender más allá de lo que alcanzaban mis dos manos. Empecé a creer que si pudiera ayudar a otros a darse cuenta del potencial que tenían para prestar servicios al cliente y también a crear un ambiente que propiciara su desarrollo, sería capaz de transmitir mi filosofía personal del papel de interventora a más personas cada vez y a través de ellas a otros—tanto suministradores como clientes. En consecuencia, el factor multiplicativo que constituía el proyectarme muchas veces a través de otros, se me convirtió en habilidad para administrar. Para otras personas, el factor multiplicativo puede ser la enseñanza, la supervisión, la investigación o escribir. Mi compromiso creciente con la profesión y hacia mi propio progreso ha solidificado esta corazonada y ahora ha tomado la forma de algunas de las ideas y destrezas que espero compartir con los lectores en las páginas que siguen. Debo admitir que no ha sido tan fácil como lo pensé; determinar qué es lo que "debe hacerse" para suministrar servicios aceptables de atención al paciente, es muchísimo más difícil de lo que pensaba. Pero no importa, el aprendi-

zaje, después de todo, es un proceso continuo que ofrece al aprendiz la oportunidad de equilibrar su filosofía y entrega con la experiencia y la realidad.

¿Qué es la administración?

El proceso administrativo es una combinación de dinámica personal que tiene sus propias cualidades y fuerzas vitales. No es estática ni jerárquica. No se la puede encajonar o convertir en un conjunto de reglas y normas, a manera de recetario de cocina, que garantice resultados instantáneos. No es una serie de técnicas que, si se comprenden, conduzcan a éxitos administrativos y de organización. No es una licencia para “curiosupervisar” o para sacarle el cuerpo a las responsabilidades y presiones de la atención al paciente o a los servicios directos. (Eso elimina muchos de sus prejuicios, ¿no es cierto?). No es una tarea fácil de escritorio. Es, como lo he declarado, una combinación de fuerzas dinámicas que, equilibradas, tienen el potencial de crear o movilizar energía que puede dirigirse al cumplimiento de objetivos o tareas previamente definidas y claramente enunciadas. Dicho simplemente, la administración es el proceso por el cual un grupo de personas (los suministradores) interactúan en favor de, o con un grupo de personas (usuarios) para contribuir a que se cumplan los resultados que se esperan (servicios de atención al cliente). El individuo que está en posición de facilitar este proceso, que se convierte en un líder —ya sea formal o informal— para ayudar al desenvolvimiento de este proceso, es un administrador. A un micro-nivel puede designársele jefe de equipo, gerente o supervisora; a un macro-nivel puede que se le llame ejecutiva o directora. El título o nombre poco importa. Lo que sí es importante es el fundamento o filosofía sobre la cual esté basado el liderazgo o el proceso de la intervención administrativa.

El proceso administrativo tiene otras varias cualidades importantes. Ocurre en el contexto de un ambiente que tiene sus propios parámetros o linderos organizativos, los cuales pueden ser de naturaleza tanto estructural como funcional. Es decir, que la organización tiene sus propias “razones de ser”, y éstas son dictadas en gran medida por el lugar que ocupa en la comunidad, sus relaciones con otras organizaciones que se ocupen de la prestación de servicios de salud, su estructura colectiva, sus metas y objetivos generales y su viabilidad y flexibilidad financieras. Menciono aquí estos parámetros de la organización porque muchas personas que asumen posiciones de liderazgo inicial o roles administrativos se exponen a sus primeras frustraciones cuando dan por sentado que todas las organizaciones son por el estilo. Lo que a menudo parece ser falta de capacidad o de potencial administrativo en un individuo, puede tener menos indicio de habilidad, que de conflicto entre su filosofía y objetivos y los del medio ambiente. No todos pueden, ni deben, ni desarrollarían su propio potencial en cualesquier ambiente (premisa que nuestra cultura suele ignorar). Por consiguiente, un factor crucial para el administrador en ciernes es la correspondencia afortunada entre su filosofía y la del medio. Cuando esto se da, se refuerza el potencial, y cuando

no se da, lo que resulta es frustración. Mi primera regla práctica es esta: seleccione cuidadosamente el medio. Averigüe cuáles son sus objetivos, cómo está gerenciado y si ofrece alguna compatibilidad o compatibilidad en potencia con sus objetivos y filosofía de la atención.

Otra cualidad del proceso administrativo es que en el ambiente, tanto del micro como del macro nivel, hay por lo menos cuatro relaciones en acción recíproca constante. Estas son: El proveedor con el usuario (cliente), el usuario con el proveedor, el proveedor con el proveedor, y el usuario con el usuario. Cada una de estas relaciones es importante porque en conjunto establecen el tono de las interacciones que ocurren y que la administradora debe comprender y utilizar a medida que desarrolla su estilo de intervención administrativa. Ella tiene que reconocer las acciones recíprocas y su influencia sobre el ambiente y sobre el proceso de la atención. Por ejemplo, son inherentes a la relación usuario-proveedor las expectativas culturales y sociales del rol, las cuales anuncian qué es lo que espera o exige el usuario del proveedor y del proceso de atención. Son inherentes a la relación proveedor-usuario las actitudes del proveedor hacia el cliente y su responsabilidad de ayudar al usuario a comprender, hacer frente o participar en el proceso de atención. La relación proveedor-proveedor saca a luz todos los dilemas de la socialización profesional que con frecuencia estructura nuestra manera de sentir respecto a quién debe hacer qué y cuándo y si las personas son capaces de trabajar hacia objetivos compartidos de la atención al cliente y no hacia objetivos autónomos del proveedor. La relación usuario-usuario define hasta dónde, los individuos que comparten problemas, pueden ayudarse unos a otros a hacer frente a las situaciones que los hacen ingresar al proceso de la atención de enfermos y al ambiente del servicio. Se podrían enunciar muchas otras interpretaciones y ejemplos de estas cuatro relaciones de acción recíproca. La administradora advertida, aunque no comprenda plenamente todas las ramificaciones, estará siempre alerta a detectar y reflexionar sobre las diversas influencias resultantes de estas fuerzas. En verdad, estas cuatro relaciones de acción recíproca son las que más influyen en que el proceso administrativo sea dinámico y estimulante.

LAS TAREAS DE ADMINISTRACION

Una administradora (el título, sea dicho otra vez, no tiene importancia) tiene, a mi juicio, tres tareas fundamentales:

1. Crear tanto en el micro como en el macro nivel, un ambiente que propicie el desarrollo vocacional y la idoneidad de todo proveedor de servicios al cliente. Esta es la primera prioridad ya que se trata de las personas que suministran los cuidados al cliente.
2. Llevar a cabo las tareas que son distintivas de la organización. Esta es la razón de ser de la organización.

3. Monitorear o hacer auditoría del cumplimiento de las tareas de la organización, de tal manera que se garantice un nivel razonable y seguro de atención al cliente y de modo que los resultados de la auditoría se utilicen, no de manera punitiva, sino para ayudar a los proveedores a progresar hacia la realización de su propio potencial vocacional y para fomentar el desarrollo de los servicios al cliente.

Tal vez yo debiera aclarar el uso que hago de los términos. Considero que *el proveedor* es toda persona que por la naturaleza de su empleo o intervención asume las responsabilidades de un servicio (o grupo de servicios) que afecta directamente la prestación del cuidado al paciente. El término *no* se refiere solamente a las personas que tienen ciertas credenciales educativas o destrezas profesionales tradicionales.

El administrador tiene iguales responsabilidades en todas las áreas de tareas hacia todo proveedor de servicios al cliente con quien tenga contacto. Yo identifico cinco niveles de trabajadores: el de oficina, el paramédico (asistente, ayudante, etc.), el profesional de nivel medio (enfermeras, asistentes médicos), el médico general y el especialista o superespecialista.

Utilizo la palabra *tareas* para designar una actividad, una cantidad medible o un comportamiento(s) deseado que complementa los objetivos de la organización en el micro y macro nivel que haya en el ambiente. Las tareas pueden tener que ver con planificación, discernimiento, destrezas o evaluación.

Por *ambiente* del micro-nivel quiero decir la organización misma. En el ambiente del macro-nivel está esa serie más grande de sistemas de la cual la organización forma parte y con la cual tiene interdependencia. El ambiente, en consecuencia, comprende la organización en que se trabaja, pero no se limita a ella.

Vigilar o hacer auditoría se refiere al análisis del funcionamiento real en lo que se relaciona con el desempeño deseado, medido según criterios previamente definidos que han sido desarrollados de acuerdo con los resultados que se consideran deseables. Vacilo en utilizar la palabra calidad porque puede ser un término no definible. Por ejemplo, la calidad puede ser la incógnita X de respuesta abierta y que nunca se logra contestar; lo último y perfecto. Para la mayor parte de las tareas es mucho más sencillo definir una norma aceptable. Si bien se está continuamente luchando por la perfección (calidad) se puede definir con bastante claridad un nivel por debajo del cual la tarea, la intervención, el servicio de atención al paciente es inaceptable y se hace necesario tomar medidas correctivas. Este enfoque de la vigilancia de los servicios de atención al cliente evita dos dilemas administrativos. (1) Ofrece un patrón de estándares de atención —tanto clínica como de gerencia— para proteger el derecho que tiene el cliente a recibir un cuidado aceptable y seguro. Ciertamente, todo intento de vigilar o hacer auditoría de las tareas o intervenciones clínicas exige la participación activa de las especialistas clínicas pertinentes, pero hay otros tipos de tareas o intervenciones, particularmente las que se relacionan con actitudes, continuidad de la atención, prácticas y procedimientos de organización e información, programación, acom-

pasamiento, registro, hospitalidad y comodidad que el medio ofrece a sus clientes, etc., todos los cuales se prestan a que la diversidad de proveedores que hay en el ambiente establezcan oportunamente los criterios. (2) Evita que los proveedores desperdicien energía emocional disputando retóricamente sobre lo que significa "calidad" de los servicios y, como no es posible ponerse de acuerdo sobre una definición, que no asuman la responsabilidad de nada, como ocurre con frecuencia.

INDICACIONES UTILES SOBRE METODOS DE ADMINISTRACION

El lector ya se habrá dado cuenta de que esta presentación está muy lejos de ser un enfoque teórico del complejo campo de la administración. Se trata de un enfoque con sentido común, pues he descubierto (y esta es otra indicación útil) que en nuestro proceso de socialización profesional y de acumulación de conocimientos, la mayoría de las cosas están hechas para que parezcan demasiado difíciles. Tanto es así que olvidamos utilizar todos nuestros sentidos, incluso nuestro sentido instintivo como parte de nuestro arsenal básico de instrumentos para la solución e intervención de problemas administrativos. Aunque las técnicas son útiles, y el desarrollo de destrezas es importante, la herramienta básica de una administradora es la utilización juiciosa de sí misma y un enfoque de solución de problemas que le dé un aura de autenticidad. La combinación de estos dos factores le da a la administradora, principiante o experimentada, un respaldo estructural que a mí me hace pensar en la "estructura básica" sobre la cual se edifican el conocimiento específico, las destrezas y las experiencias. En el resto del capítulo se identifican algunos de los elementos que desarrollan esta estructura básica.

Exploración del ambiente

Explore el ambiente en toda su extensión, utilizando los cinco sentidos. Esto quiere decir, en dos platos, que recoja múltiples y repetidas impresiones de "lo que está pasando". También significa que pasa mucho de su tiempo en el escenario de prestación de servicios. Observa. Rastrea el flujo de papeles y sistemas, lee manuales, especialmente el manual del personal. Habla con los trabajadores de todos los niveles, vigila sus interacciones e intervenciones. Revisa los suministros. En sustancia, desarrolla la capacidad de darse cuenta cabal y permanente del micromedio del cual es responsable y de las personas que tengan que ver con él. De igual importancia es la inversión de energía que haga para recolectar múltiples y repetidas impresiones de la comunidad a la que sirve: cuáles son los sistemas formales e informales de apoyo, dónde se reúne la gente, cuáles son los idiomas, estilos de vida, costumbres, tabús, etc. La recolección y actualización permanente de datos básicos se arraiga tan profundamente que uno empieza a

darse cuenta de las variaciones, las sutilezas, las insinuaciones y las excepciones— en el funcionamiento, en la regularidad de las operaciones y en los comportamientos del personal. Cae en cuenta de que si se le escapa la solución de un problema, es porque probablemente no lo identificó correctamente y valora y analiza más reflexivamente hasta que la esencia del problema le salta a los ojos. Una vez que haya identificado las causas, las soluciones le parecerán más bien obvias. La experiencia contribuirá a desarrollarle esta habilidad, pero entre tanto utilice libremente personas-recurso y explore minuciosamente el ambiente.

Reconozca y busque toda la pericia que tenga al alcance. La administradora avisada valora las múltiples cualidades que los proveedores, el personal y los clientes llevan consigo al servicio. Demasiado a menudo, el “profesional” confía solamente en los recursos que se consideran profesionales. Y esto está muy mal. Semejante postura elimina toda experiencia que no sea la transferencia cortical objetiva de información y destrezas. Limita gravemente la estructura básica de que hablé antes. (Por ejemplo, piense en todos los demás aspectos de la vida que son importantes: Lenguaje, música, culturas, estilos de vida, preferencias alimentarias, orígenes étnicos, etc.). Trabajando en estrecha colaboración con personal auxiliar de salud comunitaria y otras personas del lugar, muchos profesionales, incluyéndome a mí, estamos percibiendo cada vez mejor los recursos administrativos potenciales que hay en esos aspectos de la vida. Los residentes de las comunidades étnicas y de la pobreza abrieron los ojos de los profesionales hacia la “experiencia local” que ellos aportaban al proceso de atención al cliente. El equilibrio que ofrecían ellos a los proveedores de saber acreditados, fue admirable y humillante al tiempo. Y muchos de nosotros, bien educados, bien intencionados proveedores, nos preguntábamos cómo habíamos podido ser tan necios por tanto tiempo.

Identifique claramente las tareas de las cuales es responsable. Para la administradora en ciernes, después de un ambiente impropicio ésta es el área que ofrece el potencial más grande de frustración. Cuando los demás no satisfacen sus expectativas, frecuentemente las tareas se le señalan con términos negativos de la manera más descriptiva (como hacen con los roles de todo el personal). La descripción de las tareas se puede convertir en un proceso de racionamiento deductivo (estas son las cosas que tengo que hacer para evitar problemas), más que en un proceso de análisis objetivo o de dirección clara que cuente con una descripción escrita del cargo convenida mutuamente y alcanzable (estos son los comportamientos, tareas, destrezas o juicio crítico que se esperan de mí). La administradora tiene que saber, por lo menos ante quién es responsable y de qué. Esto último debe comprender la gama de tareas administrativas tales como personal, movilización y evaluación de los recursos, gastos y responsabilidad financiera, responsabilidades de los comités, actividades de planificación y evaluación y el alcance de los servicios de atención al cliente, inclusive las horas de que se ha de dar cuenta y las intervenciones en la atención de emergencia. Si se elige la organización con acierto, como ya se ha sugerido, estos problemas pueden ser

mínimos. No obstante, siendo la administración un proceso dinámico, es necesario discutir y revalidar periódicamente aún los roles, relaciones y responsabilidades cuya definición haya quedado perfectamente clara.

Nuevamente yo le advertiría a la administradora familiarizarse íntimamente con las políticas de personal y el manual de procedimientos. Es este un instrumento administrativo que no solamente describe los papeles de la organización y las responsabilidades de la administradora y de su personal, sino que también esboza sus derechos de empleada y los de aquellos de quienes es administrativa-mente responsable y de quienes tiene que rendir cuenta.

En el organigrama, las descripciones escritas de los cargos y cualesquiera de los contratos negociados, entre empleado y empleador, que se apliquen a la administradora y a su personal, están implícitas o explícitas otras pautas administrativas.

La toma de decisiones

Involucre apropiadamente a otros en la toma de decisiones. Una de mis anécdotas favoritas es la de un niño de 6 años inscrito en una escuela elemental progresiva, quien trajo a casa la libreta de calificaciones con D en cooperación. Cuando el padre le preguntó por qué había sacado esa calificación, el niño contestó que porque no había votado en favor de ir a un paseo. El padre le recordó que a él le gustaban los paseos y que era difícil creer que hubiera votado en contra. La respuesta del niño fue: "¿Para qué iba a votar? El bus estaba esperándonos para llevarnos". Las administradoras utilizan esta clase de manipulaciones con el personal pidiéndoles que tomen decisiones sobre cuestiones (1) que han sido ya decididas por otros niveles de decisión de la organización o (2) para las cuales no tienen prerrogativa decisoria.

La administradora tiene que valorar cuidadosamente los asuntos que somete al grupo de empleados. Dichos asuntos se pueden clasificar en cuatro grupos principales:

1. Asuntos que ya han sido decididos en otros niveles administrativos, pero sobre los cuales se les pide que expresen su opinión o reacciones.
2. Asuntos ya decididos en otros niveles administrativos, pero sobre los cuales se le pide al grupo que proponga alternativas o sugerencias y seleccione la que se deba poner en práctica.
3. Asuntos sobre los cuales no se ha decidido aún y respecto a los cuales se buscan consejos, alternativas o sugerencias. La administradora expresa claramente que si bien las recomendaciones del grupo serán tomadas en cuenta, la decisión propiamente dicha será tomada por otros.
4. Asuntos sobre los cuales aún no se ha decidido y que ella traslada al grupo para que éste los discuta, tome decisiones y los ejecute. La administradora define claramente los límites o parámetros dentro de los cuales ha de tomarse la decisión.

La regla práctica fundamental para la administradora es reconocer las implicaciones y diferencias inherentes a estas cuatro categorías y utilizar, apropiada y juiciosamente, el proceso de decisión. Si bien no es mi intención discutir los diversos enfoques de los procesos de liderazgo fundamentado en el administrador, liderazgo fundamentado en el grupo y la toma de decisiones, la estudiante sería en este campo explorará algo de la literatura sobre teoría de la organización, la cual le ayudará a la administradora a desarrollar su propia filosofía respecto a la combinación de posibilidades para compartir el liderazgo y la toma de decisiones.

Una sugerencia que hago es: No someta un asunto a la decisión de un grupo si no está en capacidad de aceptarla, ejecutarla o dar cuenta de ella o de la reacción del grupo, o si tiene reparos para hacerlo.

El trato con los empleados

Hay que ser honrado, justo y consistente en las interacciones con los empleados. Estos tres valores se reflejan directamente el uso que la administradora haga de sí misma, al cual ya me referí antes. Como se trata de valores más que de técnicas, su origen está en la base filosófica de lo que la administradora percibe como comportamiento apropiado en las interacciones. Tratándose de intervenciones mediante el comportamiento, se validan mediante las percepciones subjetivas de los compañeros y empleados a través del tiempo, más que por estándares objetivos. No se les puede describir como prescripciones administrativas predefinidas, sino que se ofrecen como indicadores que tienden a alimentar un medio ambiental que permita la dinámica creadora del personal y las actividades de atención al cliente. Se discutirán varios componentes importantes de estos valores. A medida que gane experiencia, querrá añadir más a esta lista.

A mi juicio, la administradora prudente renuncia al derecho de exhibir varios comportamientos espontáneos que pueden justificarse como respuestas humanas normales pero que son incompatibles con el papel administrativo y potencialmente destructoras. Por ejemplo, creo que ella debe renunciar a la libertad de murmurar sobre otros miembros del personal administrativo, compañeros, empleados o clientes. Debe formarse sus propias impresiones y callárselas. Ciertamente, los asuntos se pueden discutir pero las características, rasgos y acciones personales no se deben discutir. La administradora debe igualmente desalentar la murmuración de los demás. Los compañeros de trabajo y los empleados pueden conjeturar legítimamente que si la administradora murmura de otros, bien puede murmurar también sobre ellos. Esta premisa puede ocasionar la primera fisura grande en el proceso de comunicación.

Es igualmente importante que la administradora renuncie al derecho de compartir o ventilar las frustraciones personales con otros. Por deprimida o desanimada que se pueda sentir, es un tanto injusto agobiar a los empleados

con reacciones personales a los dilemas o problemas administrativos. El negativismo de la administradora lo perciben rápidamente los empleados y ello fomenta sus propios sentimientos de insatisfacción y desasosiego. A pesar de que la administradora puede ser capaz de superar rápidamente sus actitudes negativas internas, los empleados pueden conservar las percepciones que ella ya les había transmitido. En esencia, yo creo que la administradora tiene la responsabilidad sin paralelo de hallar maneras de hacer frente a sus propias necesidades personales, tales como desahogar fuera del servicio sus frustraciones de trabajo. Esto es difícil de hacer y exige mucho esfuerzo y madurez tanto a la administradora novel como a la experimentada.

La administradora renuncia también al derecho de responder espontáneamente a sentimientos de cólera o de hostilidad. El uso inapropiado de estas reacciones humanas normales causa a menudo una ruptura en la relación supervisora-empleada que es difícil de subsanar y que puede poner a la defensiva a cualesquiera de las dos o a ambas. Por ejemplo, sin razón aparente un empleado puede abandonar regularmente, durante largos períodos de tiempo, la situación donde el paciente recibe el cuidado. Aún cuando este comportamiento se haya observado repetidamente otros días, estos pasan sin que el hecho se discuta con él, hasta que llega uno en el cual, por cualesquiera razones, la administradora percibe que el comportamiento del empleado es intolerable y cuando él regresa, la administradora estalla en cólera y comunica su disgusto con acusaciones globales y arrolladoras o con sarcasmo mordaz. Cuando se enfrían los ánimos y retorna el razonamiento objetivo, la administradora tal vez cae en cuenta de que la situación que le provocó cólera no ocurrió súbitamente; de que en realidad muchas veces el empleado ha hecho lo mismo y ella no tomó medidas apropiadas. Aún más, puede darse cuenta de que la naturaleza crítica del incidente precipitante fue resultado de su propio sentimiento de frustración súbita y agobiadora que se habría podido evitar. La autocorrección administrativa o situacional concurrente podría haber fomentado un enfoque más creador respecto a un problema de comportamiento de un empleado.

La administradora tiene que mantener, en el plano confidencial, todas las interacciones privadas con los empleados. Esto es de particular importancia cuando el empleado comparte información personal o cuando hay una acción disciplinaria de por medio. En esencia, el empleado es siempre libre de discutir estas interacciones si lo desea, pero la administradora tiene que guardar reserva y silencio. La tentación de violar este principio administrativo crece a medida que se hace más intensa la dinámica de una situación dada o cuando la administradora sospecha que hay tergiversación o manipulación en potencia. No hay para qué decir que con frecuencia es difícil mantenerse callada, pero hay que salvaguardar el derecho de los empleados a que sus asuntos se mantengan confidenciales. Pocas cosas pueden ser más destructivas en el ambiente de una organización, que una situación en la cual los empleados tengan que elegir entre ser leales a la administradora o a uno de sus compañeros (formar bandos).

En el terreno de la justicia habría que hacer otra consideración. Es necesario enfrentar el dilema que reconoce la necesidad de interesarse por cada uno de los empleados y personalizar el ambiente de trabajo sin dejar de ser justas con todos los empleados y reduciendo al mínimo la sospecha de favoritismo. Este asunto exige de la administradora balance en la toma de decisiones y, repito, discernimiento penetrante respecto a los factores que influyen esa decisión. Por ejemplo, una enfermera miembro del personal solicita un día libre para estudiar para un examen que ha de presentar en una clase vespertina. Ella no quiere descontar ese tiempo de sus vacaciones. ¿Es justo concederle el permiso? ¿Se le otorgaría el día libre a un ayudante que solicita tiempo para atender asuntos personales? ¿Qué factores deberá tener en cuenta para tomar la decisión? Una regla práctica para esta situación podría ser: Recuérdese que toda acción engendra una reacción. La administradora tiene que estar siempre en capacidad de sustentar las razones de sus decisiones, basándose en lo justas que las considere el personal de todos los niveles. Sugiero esta precaución, no con el ánimo de inmovilizar a la administradora novel, sino para ayudarla a hacerse consciente de que tiene la responsabilidad ineludible de ser equitativa.

Equilibrar todo aquello que va contenido en la justicia, honestidad y consistencia es, en el mejor de los casos, difícil. No obstante es posible lograrlo cuando el marco filosófico de referencia que adopte la administradora es flexible y da lugar a que ella haga esfuerzos concienzudos para resolver los problemas metódica y razonablemente. Esta es una destreza que, como las demás, se adquiere a través del tiempo, la experiencia y la reflexión. Todo administrador novato (o experimentado) comete errores. Eso no es importante. Lo que importa es que aprenda de sus errores y sea capaz de reducir al mínimo los conflictos en potencia a que estos errores podrían conducir con el empleado.

Medidas disciplinarias

Hay que obrar con cautela al aplicar los procedimientos disciplinarios.

Para que una empleada pueda terminar un trabajo o tarea a un nivel de desempeño aceptable, tiene que saber ante todo de qué tarea se trata. Más aún, tiene que ser diestra en esa tarea, o de lo contrario hay que desarrollarle las destrezas, el juicio y las actitudes que le permitan desempeñarla aceptablemente. A la persona se le tiene que conceder un período razonable de tiempo para que pueda practicar la habilidad, el juicio y las actitudes deseadas sin temor de que la califiquen mal (Mager y Pipe 1970).

La administradora tiene que considerar y examinar estas premisas básicas antes de llamar al orden a un empleado. Cuando esté segura de que se han hecho esfuerzos razonables de consolidar la capacidad potencial del empleado para adquirir un nivel de desempeño aceptable; de que su desempeño está siempre por debajo de los estándares; de que se ha documentado y registrado ese desempeño dando ejemplos específicos de acciones que tengan relación con el

nivel de desempeño esperado, y todo esto ya ha sido discutido con el empleado, la administradora tiene la responsabilidad y está en capacidad de llevar a cabo la acción disciplinaria mediante los procedimientos de personal pertinentes.

Ya he mencionado que la justicia y la reserva son en extremo importantes en las transacciones supervisor-empleado. Esto cobra aún mayor importancia cuando se ha iniciado una acción disciplinaria. En muchas organizaciones, el manual de política y procedimientos de personal ofrece orientaciones específicas a la administradora sobre los enfoques que deben darse a las acciones disciplinarias. Otras tantas organizaciones, no proporcionan ninguna guía y la administradora tiene que decidir en qué forma aplica las acciones disciplinarias de tal manera que proteja tanto los derechos del empleado como los de la gerencia.

De mi experiencia sugiero los 4 pasos siguientes para llevar a cabo dicho proceso:

1. Cuando se ha observado y *documentado*, incluyendo fecha y lugar, un nivel aceptable de desempeño durante un período de tiempo que permita establecer el *patrón de comportamiento*, se debe citar al empleado a conferencia privada con la supervisora. En ésta se deben discutir con el empleado, en un tono exento de amenazas, los comportamientos censurables y solicitarle que exponga sus razones respecto a esos comportamientos. A menudo el empleado está en capacidad de identificar factores ambientales o situacionales que fomentan los comportamientos inaceptables, y la supervisora debe tomar medidas para corregirlos. En otros casos, naturalmente es obvio que los factores predisponentes del desempeño inaceptable no están en el ambiente de trabajo sino en la manera como el individuo percibe su cargo, o en actitudes o razones personales que interfieren con el cumplimiento de los deberes del cargo a un nivel aceptable. En cualquiera de los dos casos se debe establecer un plan de mejoramiento que defina (1) lo que el empleado deberá hacer para mejorar su desempeño y (2) lo que la supervisora deberá hacer (si fuera el caso), para corregir, en la medida necesaria, la situación ambiental de modo que ésta no interfiera con el desempeño cabal (o aceptable) de los empleados. Se deberá fijar un tiempo límite para re-evaluarlo, que podrá variar de dos semanas a dos meses, según sean las circunstancias en cada caso. El factor determinante en relación al tiempo, es que se concede un período suficiente para la observación del desempeño del empleado con el fin de poder determinar si ha mejorado o no.

2. Al cabo del tiempo acordado se cita al empleado a una nueva conferencia. Si su desempeño ha dejado de ser problema, se le debe felicitar y se deben discutir con él cualesquiera otros problemas que haya con él. Es posible que no se necesite tomar otras medidas.

Si, por el contrario, no ha habido ningún cambio, es preciso identificar la naturaleza persistente del problema y ofrecerle al empleado la documentación adicional que lo sustenta. Se debe determinar un segundo plan de acción y el empleado deberá expresar las medidas específicas que adoptará para corre-

girse. La supervisora deberá documentar el problema por escrito, recordando registrar los acuerdos a que se llegó en la primera conferencia, el plan de acción acordado en esa ocasión; los hechos que condujeron a la segunda conferencia y las medidas que el empleado se propone adoptar en el futuro inmediato. Al empleado se le deberá entregar una copia del documento. También se le deberá notificar que la seriedad del problema sugiere que la supervisora tenga que informar al próximo nivel administrativo y a la oficina de personal. Otra vez debe identificarse un intervalo de tiempo dentro del cual el empleado deberá mejorar su desempeño.

3. Si el desempeño del empleado continúa siendo inaceptable, deberá llamársele nuevamente a conferencia. Antes de ésta la supervisora deberá, sin embargo, discutir con la gerencia o con la oficina de personal las alternativas que existan para mantener la acción disciplinaria. A menudo está incluida la suspensión sin goce de sueldo. A veces también incluye la destitución del empleado. Sin embargo, esta medida usualmente constituye el cuarto paso.

4. Si aún así el empleado no da señales de cambiar, es necesario despedirlo.

En todo este proceso, la supervisora tiene que llevar un registro fiel de los comportamientos inaceptables del empleado. Además, tiene que ser tan objetiva en sus evaluaciones como le sea posible. También, en los pasos 2, 3 y 4, tiene que escribir sus comentarios y hacer que el empleado los conozca. En el paso 3, debe entrar en contacto con la oficina de personal en busca de guía y advertir al empleado de los derechos que tiene de apelar mediante el procedimiento de querrela.

Como se dijo anteriormente, es posible que la supervisora encuentre en los manuales de personal o en los contratos sindicales, orientaciones específicas sobre los procedimientos disciplinarios. A falta de estos, el procedimiento descrito aquí es un enfoque razonable para esta área, difícil pero necesaria, de la administración.

El administrador deberá aceptar el hecho de que *la base fundamental de la acción disciplinaria es la disponibilidad de documentos que sustenten la existencia de un patrón de conducta inaceptable en términos de las destrezas, discernimiento o actitudes, bien definidos, que se requieren para el cargo*. Esto no se debe emplear como una reacción punitiva o de cólera. Tiene que hacerse de manera que proteja, por un lado, los derechos de la persona a un empleo justo y por otro, las responsabilidades de la gerencia respecto al cumplimiento de los objetivos enunciados del programa de trabajo. Muchas administradoras noveles encuentran este proceso engorroso o demasiado lento, pero permítase-me advertir que es esencial. La acción disciplinaria puede ser un área peligrosa para la administradora en ciernes que se aventure en ella sin apropiadas salvaguardas para el empleado y un sentido claro de dirección y de secuencia en las acciones. Sin embargo, si la administradora percibe que el comportamiento de un empleado es potencial o francamente peligroso para el bienestar del cliente,

o realmente perturbador del ambiente de la organización, tiene que tomar medidas *inmediatas* para remediar la situación. Hará bien en comunicar la gravedad del problema a su supervisora y al jefe de personal. Su experiencia y la guía que reciba de ellos le ayudarán, por lo general, a hacer frente a la naturaleza crítica de la situación.

Resumen

En este capítulo se ha presentado un enfoque limitado y pragmático de la administración. El individuo tiene la responsabilidad de desarrollar su habilidad para administrar mediante el uso prudente de sí mismo como fino instrumento para la intervención. Al tiempo que reconoce la complejidad de los diversos factores y las distintas interacciones en el medio. La administradora se esfuerza por alcanzar un nivel, propio, de desempeño confiable, responsable y considerado que, en su análisis final, por el sentido que hagan el proceso y el enfoque, fomente la prestación de un mejor cuidado a los clientes.

BIBLIOGRAFIA

- ARGYRIS, CHRIS. *Personality and Organization*. Nueva York: Harper, 1957.
- ARNOLD, MARY F.; BLANKENSHIP, L. VAUGHN; Y HESS, JOHN M., eds. *Administering Health Systems: Issues and Perspectives*. Chicago: Aldine-Atherton, Inc., 1971.
- BARNARD, CHESTER I. *Functions of an Executive*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1938.
- BENNIS, WARREN G. *Changing Organizations*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., Inc., 1966.
- BLUM, HENRIK L. Y LEONARD, ALVIN R. *Public Administration: A Public Health Viewpoint*. Nueva York: The Macmillan Company, 1963.
- CLELAND, DAVID Y KING, WILLIAM R. *Management: A Systems Approach*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1972.
- DALTON, MELVILLE. *Men Who Manage: Fusions of Feeling and Theory in Administration*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1959.
- DOWNS, ANTHONY. *Inside Bureaucracy*. Boston: Little, Brown, and Company, 1967.
- ETZIONI, AMITAI. *A Sociological Reader on Complex Organizations*. 2a. ed. Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc., 1969.
- LEVY, SAMUEL Y LOOMBA, N. PAUL. *Health Care Administration: A Managerial Perspective*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1973.
- LUFT, JOSEPH. *Group Processes: An Introduction to Group Dynamics*. Palo Alto, Cal.: National Press Books, 1970.
- MCGREGOR, DOUGLAS M. *The Human Side of Enterprise*. Nueva York: McGraw-Hill Book Co., Inc., 1960.
- MAGER, ROBERT F. Y PIPE, PETER. *Analyzing Performance Problems or "You Really Oughta Wanna."* Belmont, Cal.: Fearon Publications, 1970.
- MARCH, J. G., ed. *Handbook of Organizations*. Chicago: Rand McNally, 1965.

- SCOTT, WILLIAM G. Y MITCHELL, TERENCE B. *Organization Theory: A Structural and Behavioral Analysis*, ed. rev. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., and the Dorsey Press, 1972.
- SIMON, HERBERT A. *Administrative Behavior: A Study of Decision-making Processes in Administrative Organization*. 2a. ed. Nueva York: The Free Press, 1957.
- WHYTE, WILLIAM H., JR. *The Organization Man*. Garden City, Nueva York: Anchor Books, 1957.

Revistas que contienen artículos generalmente relacionados con estos temas:

Administrative Science Quarterly
Hospitals
Journal of Nursing Administration
Management Science Review
Public Administration Review
Supervising Nurse

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA EN LA PLANIFICACION DE LAS COMUNIDADES

15

Sarah Ellen Archer

Introducción

En este capítulo presento un breve recuento de mi participación en la planificación comunitaria para la salud durante los últimos catorce años en una diversidad de ambientes. Este recuento muestra cómo una enfermera puede comenzar escudriñando algo muy modesto y cómo a través de una variedad de experiencias se va ampliando y puede paso por paso llegar a ser lo que para mí se ha convertido en uno de los principales focos de trabajo. La presentación de mis experiencias sirve como base para discutir algunas de las muchas maneras en que las enfermeras de salud comunitaria pueden, y debido a nuestra perspectiva única, deben, así lo creo, incorporarse a las oficinas de planificación de la comunidad contribuyendo a que puedan hacer frente a las necesidades de atención de la salud. Esa participación también nos da luces respecto a cómo se toman las decisiones y quién las toma, información que es esencial para comprender cómo funcionan realmente las comunidades a las cuales servimos. Dicha comprensión es un pre-requisito para tener éxito en la introducción de cambios. Sugiero referirse a la sección sobre el proceso de planificación en el capítulo 2 y a la porción del capítulo 6 que trata de política, como material fundamental para este capítulo.

Participación de la enfermera en la planificación

Mis percepciones sobre la necesidad de planificación comunitaria de la salud y el bienestar, comenzaron realmente cuando aún era estudiante, durante mi experiencia en enfermería de salud comunitaria. Había sido asignada a un distrito negro, pobre y trabajando allí me sentí incómodamente consciente de algunos de los efectos de la pobreza, el alojamiento inseguro, la mala nutrición, el ves-

tido inadecuado, el desempleo o el subempleo y de las escuelas por debajo de la norma, sobre la salud física y mental. Las necesidades a una escala tal como la de esta comunidad no se podían enfrentar eficazmente sobre una base individual o familiar, aunque hubo muchas cosas que fue posible hacer a este nivel. Las gentes de la comunidad realmente necesitaban organizarse y hacer conocer sus necesidades de tal modo que provocaran acción de parte de la comunidad más extensa, esto es, tanto de la ciudad como del área metropolitana que es aún más grande. El tipo de acciones que se necesitaban era hallar trabajo para la gente, poner en vigor los reglamentos de la vivienda para que los propietarios ausentes repararan las casas y aumentar el presupuesto de las escuelas locales. Las clases que recibí de Ciencia Política me habían enseñado que había poder y seguridad en los números, y era poder lo que las gentes necesitaban para lograr producir cambios. El porqué no se habían organizado me molestaba insistentemente y ni el departamento de salud ni mis colegas podían contestarme esa pregunta.

Trabajando en el extranjero

Mi primer contacto real con el fundamento mismo de la planificación comunitaria y las acciones para el desarrollo ocurrió poco después de graduarme, cuando fui a trabajar a un país del Medio Oriente. Nuestro equipo médico móvil hacía parte de una operación mucho más amplia que incluía otro personal dedicado a programas de auto-ayuda en agricultura y cría de animales domésticos, así como también a proyectos de mejoramiento cívico. Juntos trabajábamos en toda suerte de proyectos comunitarios desde la crianza de pollitos hasta la construcción de caminos y letrinas, a la renovación de edificaciones abandonadas o averiadas en la guerra para instalar clínicas, escuelas o centros comunales. Como personas extranjeras, solo proveíamos asistencia técnica y algunos materiales; las comunidades aportaban la mayor parte de los materiales y la mano de obra. La población establecía las prioridades y en consecuencia realmente participaba en lo que se hacía. Aún en el corto tiempo que estuve allí, se podían ver los cambios. Los edificios y las vías tomaron forma, los niños estaban mejor alimentados, las madres y los bebés recibían más atención médica y muchos niños, entre ellos algunas chicas, fueron a la escuela. Y más importante todavía, la propia gente de la comunidad se ocupaban de la planificación y el desarrollo, y así, a más de cosechar los beneficios de los proyectos específicos, experimentaban el orgullo y la fe en sí mismos que se deriva de descubrir que unidos podían realizar algo e introducir cambios. Esta experiencia me enseñó muchas cosas, de las cuales, hay dos que son enteramente pertinentes a este capítulo. La primera fue que la gente podía trabajar unida para introducir cambios en sus comunidades con la ayuda de técnicos foráneos. Y la segunda, fue que prácticamente todo lo que ocurrió o dejó de ocurrir en estas comunidades, afectaba la capacidad de las personas para funcionar a su óptimo

nivel. Desde que viví esa experiencia se me ha hecho imposible pensar sólo en hospitales y consultorios, o médicos y enfermeras, cuando pienso en "salud".

De vuelta a casa

Al regresar a los Estados Unidos, volví al mismo distrito donde como estudiante había obtenido experiencia en enfermería de salud comunitaria, sólo que esta vez lo hacía como enfermera de planta del departamento de salud local. Estaba decidida a averiguar si en un ghetto urbano de los Estados Unidos se podían desarrollar los mismos tipos de compromiso y planificación comunitaria cuyo éxito había atestiguado en el oriente medio y de ser así, ¿qué ocurriría?

A principios de los años 1960 había mucho idealismo entre los jóvenes. Algunos de nosotros nos hicimos miembros de organizaciones de la comunidad en que trabajábamos. En aquellos tiempos las iglesias eran focos particularmente influyentes en las actividades de la comunidad. Las que había en nuestra área eran muy activas tratando de mejorar las relaciones comunidad-policía, en hacer algo sobre la zona "roja", en desarrollar programas de auto-ayuda para los desempleados o subempleados, y en ofrecer actividades recreativas y sociales a diversos grupos de edad y de sexos. Las iglesias servían como centros para organizarse, en torno a los cuales los grupos podían trabajar unidos para introducir cambios en la comunidad. Si bien los trabajadores trataban de movilizar a los miembros de la comunidad, sólo una pequeña porción, concentrada en un grupo de una iglesia sobrevivió al proceso de formación de grupo. Sus esfuerzos nunca lograron modificaciones de importancia en el vecindario, al cual se le había prometido renovación urbanística y la renovación consistió en hacerlo desaparecer en el transcurso de cuatro años.

Nuestro consejo de gobernación sobre derechos civiles nos brindó unas cuantas oportunidades más de esforzarnos por modificar las desigualdades que arrastraban e injuriaban a tanta gente. La clase de información que los clientes me dieron por ser su enfermera de salud comunitaria, sirvieron de base para investigaciones que nuestros grupos de voluntarios podían hacer respecto a prácticas discriminatorias. Nuestros informes se convirtieron en datos que respaldaban las denuncias que se entablaron contra restaurantes y moteles que infringían las leyes, que prohibían rehusar servicios a los clientes por razones de raza.

En esta materia los problemas resultaron muy complicados y los medios para manejarlos estaban firmemente atados por el papeleo burocrático y bloqueados por astucias políticas. El movimiento nacional sobre derechos civiles trajo como consecuencia algunos cambios en favor de las comunidades que eran clientes nuestras, pero aún así el cambio siguió siendo dolorosamente lento y frustrador.

Equipos de salud en los Apalaches

La próxima oportunidad que tuve de trabajar con comunidades en la planifi-

cación y el desarrollo fue como miembro de un equipo de profesores de varias disciplinas que llevó estudiantes a las comunidades de los Apalaches a analizar la salud y la comunidad y a planificar con líderes locales, ya fuera el desarrollo de servicios de salud en las comunidades o maneras de utilizar recursos de otro lugar para el seguimiento de las necesidades halladas en los programas de detección.

No encontramos profesionales de la salud residiendo en las comunidades. Encontramos varios problemas ortopédicos sin tratar y defectos congénitos sin atender, muchos de los últimos adjudicables al alto grado de uniones consanguíneas en esta comunidad aislada y a la falta de cuidados prenatales. Nuestro epidemiólogo atribuyó al despertar sexual precoz y al intenso ejercicio de la actividad sexual, la incidencia excepcionalmente elevada de cáncer del cuello uterino que encontramos en aquellas comunidades carentes de otras fuentes de esparcimiento. Una de nuestras primeras y más urgentes actividades fue ayudar a los residentes de la comunidad a disponer entre ellos mismos y con las autoridades del condado un sistema de transporte para llegar a los servicios médicos de que se podían servir. Como por lo general no había dinero para la hospitalización, aun en el caso de que los clientes tuvieran acceso a ellos, se solicitó a los equipos de salud que enseñaran el cuidado de heridas y quemaduras en el hogar, así como también cuidados elementales de cabecera en una diversidad de estados de salud. En esta ocasión otra vez planificamos en conjunto con personas que participaban y que tenían la última palabra en las decisiones.

Participación de la comunidad en la planificación

El impulso hacia la participación de la comunidad y el control por la comunidad fue resultante de experiencias con los programas de acción comunal patrocinados por la Oficina de Oportunidades Económicas y los subsiguientes programas de ciudades modelo. La atención de la salud se hizo más sensible a la participación de la comunidad con la puesta en vigor de P.L. 89-749, "Enmiendas de 1966 a la ley de Planificación Integral de la Salud y al Servicio de Salud Pública". Esta ley prometía a nuestros clientes la oportunidad de trabajar hombro a hombro con profesionales de la salud. En unos cuantos lugares los usuarios habían comenzado a compartir en el proceso de planificación pero la representación del usuario había sido en gran medida difícil de lograr y su impacto no pasaba de ser simbólico.

Mi primer brochazo de planificación sanitaria global ocurrió cuando yo era supervisora de enfermería de salud comunitaria en un departamento de salud del condado. El consejo de planificación sanitaria global estaba precisamente iniciándose por medio de una serie de audiencias públicas en todo el condado para familiarizar a los nuevos miembros de la junta con algunos de los problemas y necesidades de la población en materia de servicios de salud. A mi personal y

a mí se nos solicitó que animáramos y ayudáramos a aquellos clientes nuestros que desearan hablar a la junta para que asistieran a la audiencia local y dijeran lo que tuvieran que decir. Al cabo sólo pudimos convencer a cinco o seis clientes para que fueran. Transportamos a algunos de ellos. Tuvimos que hacer grandes esfuerzos para animarlos y literalmente hablando fue preciso tomar entre las nuestras la mano de algunos, en particular de clientes cuya primera lengua era el español y que tenían que hablar inglés ante la junta. Una vez que nuestros clientes comenzaban a hablar, decían las cosas tales como eran. Esperas de tres y cuatro horas con un niño enfermo en el único hospital del condado que admitía a quienes no podían pagar; dos cambios de línea y más de una hora en un bus con varios niños para llegar al consultorio; citas para consulta en tres días diferentes para tres miembros de la misma familia, de modo que la madre tenía que regresar con todos los niños independientemente de cuál de ellos iba a la consulta, pues no se disponía de servicios que cuidaran menores. Los miembros de la junta estuvieron atentos y tomaron notas. La mayoría de ellos eran proveedores de servicios o profesionales de clase media y sus esposas. Posteriormente trabajamos con el consejo de planificación sanitaria global orientando a los miembros de la junta que procedían de nuestra parte del condado, en cuanto a algunas de las condiciones de vida y de salud que encontrábamos. Los hacíamos que nos acompañaran a visitas domiciliarias, los tuvimos sirviendo como voluntarios en algunos de nuestros consultorios y discutíamos con ellos lo que habían visto y contestábamos sus preguntas. En cuanto nuestros clientes comprendían por qué estas personas querían hablar con ellos durante las visitas domiciliarias y en el consultorio, empezaban a colaborar muy bien con los miembros de la junta. Mediante estas actividades descubrimos grandes áreas de problemas que algunos miembros de la junta ni siquiera sospechaban que existían en el sistema de prestación de servicios de salud.

Durante el mismo período, compartí la presidencia del comité de planificación y organización para el desarrollo de una oficina con sede en la comunidad, cuyos objetivos comprendían la coordinación de servicios de organismos públicos y privados y la provisión de un servicio de información y referencia. Al cabo de cinco años esta oficina sigue en pie y está funcionando bien.

La educación formal en planificación

Mis estudios doctorales en planificación y administración fueron sostenidos con fondos federales para el adiestramiento de personal para las oficinas de planificación de la salud integral. Las reuniones con patrocinio federal proporcionaban oportunidades de intercambio entre representantes del usuario y del suministrador de servicios, que eran miembros de las juntas de planificación y planificadores de todo el país, con personal de los gobiernos federal y regional, así como también con profesores y estudiantes de los programas de posgrado. Como estudiante

dentro de este grupo llegué a conocer a muchos de mis colegas; el grupo era y sigue siendo abrumadoramente masculino. Muchos de los miembros de más trayectoria tenían experiencia en administración hospitalaria y en programas de construcción de hospitales y de otros servicios.

En conjunto, las estudiantes constituíamos un grupo más joven; algunas de las mujeres eran enfermeras. Estábamos interesadas ante todo en los factores ambientales y sociales que influían en la salud de la comunidad. Muchos de los burócratas ya estaban pensando en el mantenimiento de sistemas y en estas reuniones se desencadenaron algunas discusiones interesantes.

En marzo de 1972, la Región IX y la oficina federal de planificación sanitaria global me envió a Washington, D.C. a un encuentro con los directores de los programas de posgrado y con la junta de la recién formada Asociación Estadounidense para la planificación sanitaria global. Entre nuestros objetivos estaba entablar relaciones y allegar apoyo de la junta para los programas de posgrado e influenciar a los miembros del Congreso y del Departamento de Salud, Educación y Bienestar para que continuaran asignando partidas a los programas de posgrado. Logramos ganar el apoyo de la junta pero no conseguimos persuadir a los legisladores. Esta experiencia me hizo saborear cómo es que los intereses creados maniobran para concertar transacciones a nivel federal. Sumé esta información a lo que ya había aprendido acerca de la política a nivel estatal y federal. Muchos de mis compañeros de los veintitantos programas que prepararon planificadores han asumido cargos en organismos de planificación sanitaria global; otros no lo hemos hecho por una diversidad de razones. Por mi parte, yo prefiero seguir trabajando con la oficina de planificación sanitaria global y otros organismos de planificación como voluntaria o como asesora más bien que como funcionaria.

En el momento de escribir esto, soy uno de los miembros voluntarios que representan a los proveedores en el consejo de planificación sanitaria global del condado en que vivo. Trabajo en este consejo de dos maneras. En primer lugar, participo como miembro representante de los proveedores, en comités de Servicios de Salud, Servicios de Salud Infantil y Servicios Médicos de Emergencia, y como presidenta de los comités Revisores de Servicios de Salud y de Observación y Datos Demográficos Vecinales. En segundo lugar, soy asesora voluntaria del consejo de planificación sanitaria global en pago parcial por aceptar estudiantes de posgrado matriculadas en mis clases sobre planificación de la salud comunitaria, investigación de la comunidad, organización de la comunidad y en el programa de residencia que conduzco durante los veranos. Actualmente estamos ayudando a planificar y poner en práctica los siguientes proyectos del consejo citado: un estudio de todos los servicios de salud infantil del condado, un estudio evaluativo de los cambios que se han introducido en la atención médica de emergencia como resultado del curso sobre servicios médicos de emergencia que está ofreciendo la universidad popular (community college) local, y un estudio de nuestro aleatorio de las actitudes de los residentes del condado hacia las

necesidades en general y las de salud en particular, el cual será utilizado para poner al día los datos que sirvieron a todas las instituciones del condado como punto de partida para la planificación. Algunas estudiantes de posgrado han ayudado como asistentes del personal en los Servicios de Emergencia, Salud Mental, Salud Escolar y Comités de Educación Sanitaria, lo mismo que prosiguiendo proyectos individuales y, compartiendo sus hallazgos con los servicios y la junta directiva del consejo de planificación sanitaria global. Las estudiantes de posgrado aprenden mucho sobre actividades de planificación y dinámica de la comunidad en un área predominantemente urbana gracias a su trabajo de campo en el consejo. Este a su vez se beneficia con la pericia y horas-mujer que su presupuesto de ninguna manera podría costear. Las experiencias son un juego en que todos ganamos, incluidas nuestras razones para estar allí, que son las de la comunidad. Para las estudiantes interesadas en la planificación y el desarrollo de áreas rurales, Ruth y yo utilizamos las de nuestro condado o el Condado de Pomo.

Discusión

Este relato de mi trayectoria a partir de estudiante curiosa en el programa básico y a través de una variedad de experiencias de trabajo con comunidades que planificaban y desarrollaban sus propios programas, ilustra las diferentes formas en que las enfermeras trabajan con comunidades en su calidad de clientes. Aun cuando somos pocas, las enfermeras nos mantenemos activas en las actividades de planificación de la salud en las comunidades. Algunas son directoras ejecutivas y planificadoras profesionales remuneradas que trabajan con oficinas de Programas Médicos regionales de organismos estatales o regionales de planificación sanitaria global. Otras son asesoras de una diversidad de organismos federales, estatales y locales de planificación. Una colega es la planificadora de servicios para un organismo federado regional de planificación sanitaria global. En su calidad de tal "la prestan" a cualquiera de los consejos de planificación de los condados miembros para ayudarles a planificar servicios. También sirve como miembro del personal en todas las juntas revisoras que estén considerando propuestas para establecer algún servicio de atención de la salud.

Otras enfermeras que trabajan con firmas consultoras privadas están ocupándose no solamente en la planificación de la planta física de facilidades para extender la cobertura, hospitales y consultorios externos, sino también en el diseño, puesta en práctica y evaluación de los servicios que éstos ofrecen. Muchas enfermeras prestan sus servicios en grupos de trabajo, comités y juntas asesoras y normativas de toda clase de organismos orientados hacia la planificación. Como profesionales y ciudadanas, hacemos conocer nuestras opiniones en las audiencias locales, estatales y federales, respecto a los planes que afectan la salud de nuestras comunidades. Se ha tenido en cuenta nuestro testimonio en cuestiones tales como los servicios de salud escolares, el tránsito de masas y el Seguro Nacional de Salud.

Se me ha preguntado: “¿Por qué han de intervenir las enfermeras en la planificación para la salud de la comunidad?”. Esta pregunta la hacen más frecuentemente otras enfermeras que los planificadores y los usuarios. La respuesta que tengo siempre lista es: “¿Por qué no habrían de intervenir las enfermeras?”. Las enfermeras y sobre todo las de salud comunitaria tienen información e interés considerables respecto a las capacidades de los individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades para hacer frente a su medio y funcionar a su nivel óptimo. Por esta razón a mí me resulta obvio que de la misma manera como las enfermeras que trabajan en instituciones de internamiento tienen que intervenir en la planificación de lo que en ellas se hace, las enfermeras de salud comunitaria tienen que involucrarse en la empresa de planificación de la comunidad.

Permítaseme ser totalmente específica. En primer lugar, creo que las enfermeras de salud comunitaria aportan una perspectiva única a todo tipo de organizaciones de la comunidad que estén implicadas en la planificación que afecta la salud y el bienestar de las personas. Tal como lo indiqué anteriormente, casi todo lo que ocurre en las comunidades influye en la capacidad de alguien para hacer frente a sus problemas. Constituimos generalmente el grupo de profesionales de la salud que hace contactos a mayor escala y en mejores condiciones con la gente en su propio territorio. Podemos, pues, hacer observaciones y preguntas así como también obtener información sobre asuntos que nuestros clientes probablemente no discutirían con otros profesionales en otras situaciones. Debido a nuestra preparación en enfermería en general y en enfermería de salud comunitaria en particular, tenemos todo un conjunto de instrumentos y de habilidades no sólo para analizar lo que vemos y oímos sino también para utilizarlos de tal manera que contribuyan al cambio. Las enfermeras de salud comunitaria podemos ser un eslabón vital en la red de comunicaciones entre los organismos planificadores y nuestros clientes ya que estamos en los dos campos. Podemos hacerlo estimulando a los clientes a que asistan a reuniones y digan lo que tengan que decir, o, si no lo conseguimos asegurarnos por lo menos de que nuestros clientes están informados de lo que está ocurriendo. Debemos poder hablar el idioma de nuestros clientes y el de nuestros colegas y así desempeñar un papel de intérpretes. He visto que los usuarios que son miembros de juntas y comités se sienten menos intimidados cuando hablan con enfermeras que con miembros de otras disciplinas representadas en ellos. Participando en la planificación de la comunidad para la salud, se presentan también oportunidades de actuar como abogadas del cliente, papel legítimo y esencial de las enfermeras de salud comunitaria.

En segundo lugar, en nuestra calidad de enfermeras de salud comunitaria somos responsables de participar activamente en los procesos de decisión y planificación de la comunidad en que trabajamos. Tercero, si decidimos eludir esta responsabilidad, la planificación seguirá haciéndose de todos modos sin nosotros y seguiremos teniendo que quejarnos de que “ellos” decidieron no solamente lo que pasará con nuestra institución o comunidad, sino también los

roles que desempeñarán las enfermeras en estos sucesos. Creo que ha llegado el momento de que las enfermeras dejen de eludir responsabilidades en la planificación y toma de decisiones cuando estén a nuestro alcance. Cuando las oportunidades no se presenten, tendremos que demostrar que conocemos los juegos de la planificación y luego crear las oportunidades para intervenir. Solamente entonces nos van a escuchar "ellos", porque entonces seremos parte de "ellos". El ser parte del órgano decisorio nos permite expresar nuestras opiniones y hablar en nombre de nuestros clientes y aprender cómo y quién toma las decisiones. Esta es información vital para comprender como funcionan las comunidades y es un pre-requisito para producir el cambio. Finalmente, y personalmente, encuentro que la mayoría de las reuniones y actividades de planificación de la comunidad en las que participo, son mucho más agradables y productivas que muchas otras reuniones y actividades profesionales.

Tal como lo indiqué, prefiero ser voluntaria o funcionaria remunerada de una oficina de planificación de la comunidad. Ser voluntaria tiene muchas connotaciones y suscita la idea de que se hacen cosas triviales o que simplemente sirven sólo para obstaculizar al personal. Como bien sabe todo el que ha participado en un programa de trabajo voluntario bien organizado y mantenido, estos problemas no tienen por qué ocurrir. Mi experiencia tanto como voluntaria y como funcionaria que ha trabajado con voluntarios reafirma mi convicción de que las voluntarias hacen posible que se proporcionen servicios que de otra manera nunca se dispensarían, como ha sido el caso con todo el movimiento en favor de los consultorios gratuitos. Además, los voluntarios pueden hacer por el sistema dentro del sistema, cosas que los funcionarios remunerados no se atreverían a intentar. Las voluntarias no pueden ser despedidas por un administrador colérico, y por consiguiente tienen un conjunto de intereses creados del todo diferentes a los de los funcionarios. Como voluntaria en el consejo de planificación sanitaria global de mi localidad, mis intereses creados (ante todo y por sobre todo conservar una área clínica para mis estudiantes de posgrado) giran en torno a lograr ciertos cambios en la manera como se hacen las cosas en el condado con el fin de mejorar la capacidad funcional de las personas. Como la escuela para la cual trabajo está en otro condado, prácticamente no gasto tiempo ni energía defendiendo su territorio o asegurándome de que mi trabajo no cambia ni se elimina como consecuencia de las decisiones que tomamos. Una de las maneras como se ganan puntos en la universidad, es prestando servicio a la comunidad, por ejemplo, haciendo trabajo voluntario en organizaciones comunitarias, lo cual constituye una bonificación adicional.

Los voluntarios pueden alcanzar bastante poder utilizando su posición social y su estatura ocupacional para añadir prestigio a sus actividades de voluntarios. Esto lo aprendí de niña observando a mis padres, ambos voluntarios sin remedio en toda clase de organizaciones comunitarias. Antes de que un grupo le permita a uno opinar, uno tiene que pagar las cuotas. Se las he pagado al consejo de planificación sanitaria sirviendo en comités y ayudando a la

institución con estudios y trabajo femenino que ésta no podía costearse. Las enfermeras que pagan sus cuotas a las organizaciones, háganlo como lo hagan, se ganan el derecho de contribuir con información que alimenta la toma de decisiones y a que se les escuchen sus sugerencias acerca de las direcciones en que se puede mover una institución. Las enfermeras que se ciñen a esta pauta tendrán también acceso a información sobre la estructura de poder de la comunidad y estarán en capacidad de desarrollar vínculos que pueden llegar a serles útiles en la tarea de producir cambios.

Resumen

Las enfermeras, sobre todo las de salud comunitaria, tienen una contribución especial que hacer a los organismos de planificación de la comunidad que se ocupen de asuntos que afecten el nivel funcional de la población de sus comunidades. Nosotras, más que los miembros de otras disciplinas de la salud, tratamos con los clientes en su propio medio y por esta razón vemos sus necesidades con una perspectiva que otros no tienen. Esta información tiene que incorporarse a la toma de decisiones y a la planificación. Podemos facilitarla estimulando a los clientes a participar, sirviendo como intérpretes y abogadas del usuario y haciendo oír nuestras propias observaciones. Cumpliendo nuestra responsabilidad como enfermeras de salud comunitaria, de participar en decisiones que afectan a nuestras comunidades, podemos también aprender mucho sobre cómo funcionan esas comunidades. En este capítulo se discuten diversas formas en que las enfermeras de salud comunitaria pueden participar y participan en la planificación sanitaria de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS, HERBERT K. "A Community Perspective on Health Care." *Nursing Outlook* 19 (1971):92-94.
- ARCHER, SARAH E. Y JARVIS-ECKERT, MARILYN. "Health Classes on Wheels." *Nursing Outlook* 16 (1968):52-54.
- BROWN, ESTHER LUCILLE. *Nursing Reconsidered: A Study of Change*. Parts I, II, y III. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1970-1971.
- DEGEYNDT, WILLY Y HALLSTROM, BETTY J. "The Role of the Nurse in Comprehensive Health Care Services Delivery Structure." *The Journal of Nursing Administration* 1 (1971):8-16.
- FRY, WILLIS F. Y LAUER, JOAN. "The Planning Team: Why Include Nursing Membership." *The Journal of Nursing Administration* 2 (1972):70-77.
- HENRY, PAUL. "Pimps, Prostitutes, and Policemen: Education of Consumers for Participation in Health Planning." *American Journal of Public Health* 60 (1970): 2171-2174.
- ROBISCHON, PAULETTE. "Community Nursing in a Change Climate." *Nursing Outlook* 19 (1971):410-415.
- SIMMONS, H. J. "Community Health Planning—With or Without Nursing." *Nursing Outlook* 22 (1974):260-264.

LAS ENFERMERAS DE SALUD COMUNITARIA Y LA ORGANIZACION COMUNAL

16

Teresa A. Bello

Introducción

Por su naturaleza misma, la enfermería de salud comunitaria ofrece una oportunidad excepcional de establecer diversos tipos de relaciones entre enfermera y cliente. Entre las destrezas de la enfermera de salud comunitaria están las técnicas de cabecera, el análisis de los puntos fuertes, necesidades y recursos del cliente, de la familia y de la comunidad, la planificación y evaluación de las intervenciones de enfermería. En las visitas domiciliarias, la enfermera de salud comunitaria percibe el medio normal del cliente y se da cuenta de la dinámica de la relación cliente-familia-comunidad que ejerce influencia en el comportamiento. Por medio de entrevistas hábilmente conducidas, la enfermera de salud comunitaria recoge información sobre el cliente y la familia. Valiéndose de sus habilidades técnicas y de sus conocimientos psicosociales y fisiológicos, y de información obtenida de la familia, la enfermera de salud comunitaria produce una estrecha relación con el cliente y la familia. La oportunidad de establecer una relación enfermera-comunidad mediante la cual la enfermera entra a participar con los residentes de la comunidad ya no como clientes sino como colegas, colaborando todos hacia metas comunes, se suele omitir o considerar tangencial al rol de la enfermera de salud comunitaria.

En la organización de la comunidad, la enfermera trabaja con personas del lugar, pero, las decisiones respecto a lo que se ha de hacer y cómo hacerlo las toman las personas de la comunidad. El proceso no es fácil y requiere que la enfermera se esfuerce por librarse de la tendencia a precipitar la acción y tomar decisiones independientemente de aquellos a quienes éstas van a afectar.

Las razones por las cuales la enfermera debe participar en la organización de la comunidad son bien obvias. En muchas áreas de nuestro país el nivel de atención de la salud es insatisfactorio y se hace necesario que los profesionales adopten nuevos métodos de intervención. El Gobierno y muchas comunidades están haciendo un esfuerzo para conseguir que los servicios de salud vuelvan a originarse en la comunidad, con el objeto de que hayan insumo y control más directos de la población sobre la atención de salud que ésta recibe.

¿Qué enfermera de salud comunitaria no se ha sentido frustrada por las regulaciones que nos impiden suministrar atención necesaria de enfermería, por ejemplo, transportar un cliente cuando es obvio que no existe transporte público o las condiciones físicas del cliente no le permiten ponerse de pie, esperar un bus y maniobrar dentro de éste? En nuestro sistema actual carecemos de poder, del poder que le permite a la enfermera expresar lo que es el buen cuidado en enfermería, del poder que necesitan las personas del lugar para hacerse escuchar cuando exponen sus necesidades y percepciones de lo que son buenos servicios para la atención de la salud.

Una manera de alcanzar poder es participando activamente en las acciones de organización de la comunidad. Muchas enfermeras participan en la organización de la comunidad pero de manera limitada, por ejemplo, formando grupos de madres para discutir asuntos en los cuales ellas tengan interés especial. Lo que en este capítulo se propone es la participación de la enfermera de salud comunitaria en la tarea de organizar la comunidad a una mayor escala. Hay ganancias para todos los interesados, particularmente para la enfermera. Esta puede ser la oportunidad para que todos aprecien sus esfuerzos, porque al trabajar con los clientes hacia metas comunes, los resultados de esos esfuerzos serán más duraderos.

La organización de la comunidad en acción

El oriente de los Angeles (East Los Angeles, ELA) abarca una área de aproximadamente 44 millas cuadradas. La población, predominantemente de habla española o con nombres españoles, asciende a unos 400.000 (1970) habitantes. La cercanía de la frontera mejicana propicia un constante flujo de mejicanos y la conservación de los valores culturales de su patria. Es una zona de bajos ingresos y de alta densidad de población, con todos los problemas sanitarios que son de suponer.

Por la época de mi llegada a ELA, no había organizaciones lugareñas que fueran de la comunidad y se preocuparan de la salud. Reconociendo este hecho, un grupo de cuatro personas que residían en la comunidad y un consultor estatal en salud que trabajaba con la oficina de planificación sanitaria global, redactaron una propuesta con el ánimo de establecer una de tales organizaciones con el nombre de grupo de trabajo en salud de ELA.

Cuando se consolidó la propuesta, se repartieron volantes y se hicieron llamadas anunciando una reunión comunal que se llevaría a cabo en el vestíbulo de una iglesia local para elegir la junta directiva. Se eligió ese ambiente para las elecciones con el fin de aumentar las posibilidades de asistencia y elección de personas que residieran en la comunidad. Llevar a cabo una reunión de éstas en una institución oficial hubiera reducido estas posibilidades.

El objetivo del grupo de trabajo era hacer conocer a las instituciones oficiales como percibía la comunidad sus necesidades de salud y desarrollar un sistema

de prestación de servicios en cuya planificación y ejecución participara la comunidad. Las metas eran que el grupo de trabajo fuera: 1) un modelo para los futuros grupos de trabajo de la comunidad, 2) la institución coordinadora de todos los programas relacionados con la salud en ELA; y 3) la institución que administrara estos programas de salud.

Antes de que se eligieran todos los miembros de la junta, los cuatro lugareños que habían redactado la propuesta contrataron otro personal poco numeroso para que se hiciera cargo de las labores de oficina, propagara información sobre el grupo de trabajo y solicitara un respaldo más amplio de la comunidad. Las personas contratadas residían en la comunidad y eran conocedoras del trabajo de oficina, tenían práctica en organización de la comunidad, y necesitaban trabajo. Sobre todo, actuaban independientemente. Los cuatro residentes se declararon miembros de la junta y administraban el presupuesto. Actuaron rápidamente para evitar que se les escapara la ayuda financiera federal y sin embargo no querían acelerar las elecciones hasta que el mayor número posible de residentes se hubiera informado de que éstas debían llevarse a cabo.

La junta finalmente elegida estaba formada por lugareños y profesionales. Si bien los términos profesional y lugareño sugieren numerosos significados, en este contexto profesional quiere decir individuo empleado por una institución oficial y lugareño quiere decir una persona que residía en la comunidad y que no tenía empleo oficial. Uno podía residir en la comunidad y seguir siendo considerado como un profesional. Los lugareños se daban cuenta de que el hecho de recibir un sueldo podía influenciar el foco de la lealtad.² Por ejemplo, un residente de la comunidad podía criticar una institución oficial porque rendía mal servicio y recibía insuficiente insumo de la comunidad. La institución entonces le ofrecía un cargo como trabajador de la comunidad y al cabo de unas cuantas semanas él no podía comprender por qué otros residentes de la comunidad seguían haciendo críticas. El único cambio perceptible instituido por la institución oficial era haberlo contratado. El lugareño, a su vez, en una posición más alta debido al cargo y al sueldo, canalizaba sus energías hacia la conservación de su puesto y a ignorar las injusticias de antes. En tanto que algunos residentes rechazaban abiertamente al residente empleado, otros comprendían la necesidad del cargo y la dignidad que había en él. Esta táctica de dividir, para conquistar, enseñó a los residentes a desconfiar de la razón de ser de las instituciones oficiales y de los residentes que desempeñaban cargos en ellas.

A excepción del consultor estatal en salud que, de aquí en adelante, se llamará sencillamente el consultor, todos los miembros de la junta eran simples aficionados en materia de gerencia, administración y procedimiento parlamentario. Al principio, el consultor sugirió que la junta necesitaba pericia en esos tópicos e intentó hacer arreglos para que los miembros de la junta recibieran adiestramiento sobre la materia. La mayoría, sintiéndose importantes y honrados porque la comunidad los había elegido, rechazaron la sugerencia. Pensaban que la dedicación y el trabajo duro serían suficientes para realizar la obra. Además, re-

chazaban los procedimientos burocráticos que les parecía que paralizaba las instituciones oficiales. Sin lugar a dudas, la junta podía funcionar adecuada y regularmente sin esos reglamentos y regulaciones que a su parecer solo servían para estorbar el progreso y hacer imposible la reciprocidad con los residentes de la comunidad. El temor era que la junta se volviera tan insensible e inflexible como el propio "establecimiento".

En consecuencia, las primeras reuniones de la junta se fueron en sondearse unos a otros y en tratar de definir tareas. ¿A los profesionales les interesaba servir a la comunidad o servir a la institución oficial? ¿A los lugareños les interesaba servir a la comunidad o adquirir poder político? ¿Qué objeto tenía la junta directiva? ¿A quién dirigía la junta? ¿Cómo dirigía la junta?

Los miembros que eran lugareños tenían experiencia en organizar y asistir a reuniones comunales de interés especial donde expresaban sus preocupaciones. También eran hábiles para preparar y asistir a reuniones con los supervisores del condado, directores de hospitales, funcionarios estatales y federales. Sin embargo no estaban familiarizados con estrategias como el desarrollo y la gerencia de programas aplicados a la organización de la comunidad. En las reuniones se gastaba mucho tiempo recordando las diversas experiencias de los miembros de la junta con el "establecimiento". Una y otra vez se narraban historias de horror sobre la mala calidad de los cuidados médicos y de enfermería.

PRESIONES SOBRE LA JUNTA

Los residentes de la comunidad, al oír que el grupo de trabajo iba a luchar y vencer en defensa de los derechos de ellos, comenzaron a acudir al personal de éste para relatarle casos de mala prestación de servicios de salud y pedirles ayuda para vérselas con los responsables. Los funcionarios a su vez comenzaron a pedir directivas a la junta. Muchos miembros de la junta comenzaron a darse cuenta de que había repetición de temas de una reunión a la siguiente. Fue entonces y sólo entonces cuando la junta reconoció la necesidad de adiestramiento; la presión de la comunidad aceleró la acción en ese sentido. La junta aprobó una moción de solicitar y financiar un curso de adiestramiento.

A medida que progresaban las sesiones de capacitación, las tareas y los métodos para su ejecución se hacían más claros. Las decisiones fiscales se iban a hacer sobre datos sólidos en lugar de "pálpitos" ya que la junta como en todo, tendría que asumir la responsabilidad legal. Se exigieron minutas de las reuniones y se les dio carácter de documentos legales. No era permitido faltar a una reunión de la junta, y se necesitaba quórum para las votaciones. La junta aprendió que sus miembros eran responsables de lo que hiciera el personal. Los reglamentos del grupo de trabajo tenían que observarse en lugar de pasarlos por alto y esto significó establecer los comités específicos. Aun a medida que la junta se esforzaba por establecerse como grupo formal y legítimo, sus miembros insistían en

que las reuniones de la comunidad se celebraran semanalmente para informar a sus electores de lo que la junta estaba haciendo y obtener retroalimentación.

Algunos de los miembros de la junta empezaron a redactar una propuesta de proyecto para reclutar y conservar enfermeras méjico-estadounidenses que estarían bajo la égida del grupo de trabajo y de una escuela superior local. El informe al respecto a los residentes de la comunidad originó tanto interés que se pasó una invitación a la líder, próxima a jubilarse, del departamento de enfermería de la escuela local para que hablara de su programa de enfermería y de lo que pensaba acerca de la propuesta del proyecto. Los residentes de la comunidad también deseaban suministrarle su propio insumo. Desafortunadamente, durante su visita se perdió una tapa de cubo de una de las ruedas de su costoso automóvil deportivo. Furiosa, llamó al sheriff y les gritó a los residentes que asistían: "Ustedes son responsables de esto, yo vine aquí de buena fe. Solo estoy tratando de ayudarles a ustedes, pobres gentes". Por fortuna para el grupo de trabajo y la comunidad, se fue poco después.

El proyecto para reclutar y conservar enfermeras méjico-estadounidenses se instituyó tras mucha caldeada negociación con el administrador fiscal de la escuela superior local. El proyecto que se propuso involucraba sólo al grupo de trabajo, pero el administrador fiscal insistía en que éste no podía utilizar el presupuesto sin aprobación de dos profesoras de enfermería que eran la directora y la directora adjunta del proyecto. Esto cambiaba lo que se había discutido con los representantes de la escuela superior local y la institución federal que financiaba el proyecto? Lo inquietante era que el proyecto había sido aprobado y financiado gracias al apoyo de la comunidad y a la promesa de la escuela superior local de que trabajaría estrechamente con el grupo de trabajo. Cuando por fin se llegó a un acuerdo, la comunidad lo consideró como una victoria espectacular del grupo de trabajo y de la junta. Las instituciones oficiales locales comenzaron a reconsiderar la opinión que tenían del grupo de trabajo. De ahí en adelante ya nadie podía poner en duda la legitimidad del grupo de trabajo.

En cuanto la junta comenzó a tener confianza en sí misma y a funcionar sobre ruedas, se suscitó un conflicto de liderazgo entre el consultor y un miembro lugareño de la junta. El asesor fue acusado de que tomaba decisiones y se las imponía a la junta y de actuar sin la anuencia de ésta para tratar de utilizar la comunidad para escalar poder. Esto fue un choque para el consultor y su única defensa fue explicar que estaba tratando de hacer que las cosas funcionaran de la manera más rápida y mejor posible. Sostuvo que lo único que le interesaba era ver la organización convertida en algo realmente viable. La junta se dividió entre miembros "agradecidos de la ayuda", miembros "mejor hagámoslo solos" y miembros "¿de qué se trata?". El conflicto se resolvió con la renuncia del consultor y su desaparición de la vista de todos. Pese al sentimiento de culpa de los pocos miembros "agradecidos de la ayuda", la junta volvió a unirse concentrándose en las metas. Al mismo tiempo, las solicitudes de ayuda provenientes de otras comunidades lugareñas, para establecer grupos de trabajo y redactar propuestas de proyectos,

ahogaban a los funcionarios. Estos solicitaron a la junta que aumentara el personal. La solicitud fue aprobada y el grupo de trabajo comenzó a convertirse en organización activista con base en la comunidad.

Hoy, el grupo de trabajo está a punto de abrir el primer consultorio controlado por la comunidad. Organizó dos hogares de recuperación para alcoholicos de ambos sexos y diseñó un programa de adiestramiento vocacional para ancianos. Otro programa que desarrolló fue el del proyecto de carrera en salud para la retención del personal de enfermería.

MI INTERVENCION PERSONAL

Yo fui una de las dos enfermeras de salud comunitaria electas miembros de la junta y me gustaría referirme a esta experiencia. Tanto mi nombre como mi primer idioma son españoles, y llegué a ELA para trabajar en un proyecto financiado por el Gobierno federal. Mi presencia en la reunión en la cual se hicieron las elecciones se debió a la insistencia de mi jefe y a mi curiosidad respecto a la organización. Había rumores desenfrenados de que esta organización era militante y yo quería comprobarlos personalmente.

En la reunión estaban otros miembros del personal del proyecto, pero eran pocos y yo fui candidatizada por una de mis amigas a quien yo también candidatice. ¡Cómo nos divertimos! Luego resulté electa, con gran sorpresa de mi parte. ¡Por Dios! Pensé que eso significaba asistir a reuniones después de las horas de trabajo.

Me consideraban tanto profesional como lugareña. Ser del mismo grupo étnico, mi estilo informal de actuar y mi ignorancia sobre aquello en lo cual me estaba metiendo, fueron todos factores que obraron en mi favor. No conecté mi experiencia y participación en la junta de directores a nada tan amplio como practicar la organización de la comunidad. Mis actividades se dirigieron más bien a cumplir los compromisos que asumí cuando salí electa.

Para los demás miembros de la junta, el hecho de que entre ellos hubiera una enfermera era algo casual y solo se me consultaba cuando surgían preguntas sobre enfermedades o tratamiento médico.

Luchando en el nuevo papel de directora en una junta, me rompía la cabeza en busca de asociaciones o experiencias que me ayudaran. La asociación evocaba imágenes de la General Motors y de la Fundación Rockefeller, lo cual obviamente no me servía. Mi experiencia en liderazgo se reducía a la de tesorera del Club de Actores, al cual pertenecí, en la escuela secundaria y ésto tampoco servía de nada. Resolví ser una novicia.

Entonces canalicé mis energías para tratar de decidir qué relación había entre la junta, la salud y la enfermería. Fui a la biblioteca pero no conseguí nada. La palabra salud sólo evocaba la asociación con el bienestar físico. Comencé a pensar sobre mi experiencia como estudiante de enfermería. Se me buscaba para que le sirviera de intérprete a todos los pacientes de habla española que llegaban

al pabellón al cual fui asignada. Recordaba el placer que sentían los pacientes al ver una enfermera con quien tenían algo en común. Recordaba también mis estallidos de cólera durante las conferencias clínicas en que las discusiones sobre pacientes de habla española adquirían un tono denigrante. Revivía las experiencias de mi propia familia con el sistema de prestación de servicios de salud. Poco a poco, la salud comenzó a tomar un significado diferente. La salud es el empeño personal de una enfermera en expresarse en contra de servicios de salud insatisfactorios, y participación activa en los esfuerzos de la comunidad por modificar la situación.

Aunque mis antecedentes étnicos eran semejantes a los de ellos, yo no estaba familiarizada con la mayoría de los residentes de la comunidad ni con la dinámica de la misma. Habiéndome dado cuenta de ésto, obviamente, el próximo paso era recolectar más información sobre la comunidad de los residentes, los líderes formales e informales, la red de sistemas de apoyo y cómo insertarse en ellos y la política de la comunidad. Tuve que aprender sobre los patrones de comportamiento de un grupo urbano que parecía ser más asertivo y franco que el grupo rural migratorio que me era más conocido. La única manera de proceder era escuchar atentamente en las discusiones antes, durante y después de las reuniones de la junta, escuchar los comentarios de los compañeros acerca de la comunidad, oír a los comerciantes, asistir a otras reuniones de la comunidad, leer los periódicos locales y mantener los ojos abiertos ante lo que realmente estuviera ocurriendo. Durante las visitas domiciliarias, les daba tanta importancia a los comentarios de mis clientes sobre otros residentes y al medio circundante como a los comentarios sobre enfermedades.

Como dije antes, recolectar esta información era algo que hacía más por inclinación natural que como una fórmula para implicarme exitosamente en la comunidad. En sustancia, la evolución del conocimiento que iba adquiriendo sobre el contexto de la comunidad en la cual debía funcionar, me fue dando una preparación cuidadosa para implicarme significativamente con esa comunidad. Dicha información aumentaba mi sensibilidad a los matices de esta comunidad urbana en particular y disminuía mi temor de tener que actuar en el vacío. En conversaciones informales, podía valerme de esta información para explicar por qué ELA necesitaba una organización como el grupo de trabajo y por qué los residentes deberían unirse a él. Discutía la política de la comunidad con conocimiento de causa en vez de propagar rumores que parecieran hechos. Las "necesidades y exigencias de la comunidad" adquirieron sentido humano y dejaron de ser retórica para convertirse en realidad.

Comprender estos casos y llevar a cabo esas actividades aumentaron mi deseo de hacer que la junta comenzara a moverse. Sintiéndome incómoda con la mani-fiesta falta de dirección en las reuniones iniciales de la junta, me valí de esta táctica: rotulé mentalmente a cada miembro de la junta como agresivo, bloqueador, facilitador o guardián, y luego las hice caer en cuenta tan encantadoramente como me fue posible, de que exhibían esos patrones de comportamiento. Actuando

en tono menor, disminuía la posibilidad de convertirme en una amenaza para el liderazgo de los varones. Gracia, saber y habilidad eran ingredientes eficaces.

A medida que la tarea de la junta se hacía más clara, yo me afirmaba participando más y más en las actividades de la junta como redactar de nuevo los estatutos, actuar en el comité de comunicaciones, redactar y corregir propuestas y cartas, reclutar nuevos miembros, participar en piquetes de protesta y negociar con las escuelas superiores o los administradores locales. La gloria de la coronación llegó durante la fatal reunión de la comunidad con la líder del departamento de enfermería. Enfadada por las peroratas y observaciones que hizo esa mujer, me puse de pie y respondí con elocuencia. Asombrada de mi súbito valor, apenas si oí la atronadora ovación en la sala de reuniones. Lo único que pasó por mi cabeza fue que aquello tenía que ser salud porque me sentía muy vigorizante.

Otro resultado de las actividades en la comunidad fue la revaluación de mis metas y de mi compromiso con la institución oficial para la cual trabajaba. Como enfermera novata de salud comunitaria, al principio estaba encantada de trabajar en un lugar que estaba destinado a brindar atención a población de mi mismo grupo étnico; creía que se podría provocar un impacto que cambiara el sistema de prestación de servicios de salud. Debido a mi idealismo e inexperiencia con las fuerzas burocráticas resistentes al cambio y con colegas inflexibles, no estaba preparada para manejar mi frustración. A menudo los clientes no podían cumplir citas de la consulta de crecimiento y desarrollo, examen físico periódico o segundas consultas por falta de transporte. Las regulaciones no permitían transportar a los clientes o administrarles inmunizaciones en el domicilio. Por esta razón los niños no estaban vacunados y la atención preventiva de la salud era esporádica. Había una enfermera angloamericana insensible trabajando en el consultorio, que trataba a los clientes con descortesía y sin consideración hacia sus prácticas culturales siendo una de ellas la extrema modestia de los niños. Esto no tenía para mí sentido alguno. Los profesionales de la salud, se suponía, íbamos a elevar el nivel de salud en ELA y ni siquiera éramos capaces de prestar servicios. En reuniones del personal hablábamos sobre esta discrepancia, pero la atención se desviaba hacia el número de visitas domiciliarias que se hacían, cuántos clientes nuevos había, las sumas gastadas, etc. Aparentemente, la cantidad de esto y aquello era lo más importante para justificar el proyecto. Parecía que para cada sugerencia que se hiciera con el fin de mejorar los servicios de enfermería, había una regulación que impedía ponerla en práctica. Sin saber cómo ser agente de cambio y temerosa de que se me considerara militante, mi entusiasmo declinó. Me quejaba constantemente ante mi supervisora, quien aseguraba que me comprendía.

Entonces fui elegida para formar parte de la junta. Después de que las tareas de la junta quedaron definidas con mayor claridad y surgió mi papel, mi sentido del deber se dirigió más y más hacia la junta. Exitos sucesivos en las tentativas que hacía la junta para introducir cambios, ensancharon mis posibilidades. Y así pude ver qué había que hacer para introducir cambios en la institución. Mi creciente identificación con la comunidad hizo resaltar el hecho de que yo trabajaba

en una institución insensible a las necesidades básicas de sus clientes, y mi sentimiento del deber como enfermera de salud comunitaria hacia la institución revivió en otra forma.

Los procesos de observación y de recolección de datos se pusieron en práctica en el proyecto. Discutí la situación con otros funcionarios que yo ya sabía que estaban hartos. Discutimos la estrategia y los límites de nuestro compromiso, por ejemplo, renunciar o correr el riesgo de que nos echaran. Junto con otras enfermeras miembros del personal del proyecto, me reuní con los administradores de éste. Intimidada y con el miedo atravesado en la garganta, me encargué del director médico del proyecto. Como resultados de la reunión, no volvieron a contratar a la enfermera insensible, cambiaron las regulaciones del transporte de clientes y de las inmunizaciones y los administradores empezaron a trabajar con la comunidad para conseguir un servicio de autobuses para llevar la gente al consultorio. El personal de enfermeras convino en que esto debía ser salud porque hacía que uno se sintiera bien.

Discusión

En toda el área de desarrollo de la comunidad han proliferado las teorías o explicaciones abstractas sobre las cosas que ocurren. La experiencia de ELA reflejaba un gran número de teorías diferentes, de las cuales eran completamente ignorantes quienes participaron en ella. En la vida real, uno por lo general está profundamente implicado en una situación antes de que sepa que existe el marco teórico. Ciertamente, el hecho de implicarse en algo motiva a menudo la búsqueda de más conocimientos sobre el tema.

Fue solo varios años más tarde al encontrar toda la literatura sobre organización y desarrollo de la comunidad cuando pude poner en perspectiva los sucesos que había vivido.

Mientras una comunidad no se concentre en algo que sea de interés común, sus miembros tienden a quejarse individualmente sobre los problemas locales y a proponer soluciones que con frecuencia son contradictorias. Sin organización, carecen del poder de esperar, exigir o forzar el cambio. Si a esto se añade una actitud derrotista en cuanto a la probabilidad del cambio, poco es lo que se puede progresar. Pero si se invierte la actitud, la sola idea de que el cambio puede ocurrir da origen a una sentencia que se cumple sola e induce comportamientos que efectúan el cambio. Las experiencias de la junta ejemplifican por cierto estas realidades. Antes de que los miembros de una organización puedan adquirir la capacidad de predecir y controlar su medio social, tienen que valerse de la influencia política para lograr el cambio. El movimiento sindical ha demostrado bien claro que cuanto más numerosa es la población base, tanto más grande es el impacto que los voceros de la organización tienen sobre los procesos políticos que afectan a la población. Los procesos de la organización pueden perfectamente evolucionar desde la respuesta de la comunidad hasta convertirse en asuntos cru-

ciales; también pueden ser estimulados por la presencia de un agente organizador, ya sea local o foráneo. Como las enfermeras de salud comunitaria frecuentemente desempeñan uno de los roles que los organizadores pueden asumir, utilizaré el ejemplo del consultor de ELA y lo contrastaré con las otras formas a que podemos ceñirnos en la organización de la comunidad.

El organizador de la comunidad de ELA

Nuestro consultor se podría llamar un agente externo. Era el experto de fuera de la comunidad propiamente dicha, un descendiente de ingleses que trataba de implantar un programa en la forma de una organización —el grupo de trabajo. Era un especialista en resolución de conflictos, que practicaba el absolutismo ético por cuanto sugirió que conocía las necesidades y demandas de la comunidad mejor que ella misma (Roland 1966:5). En este caso no estaba en discusión que se hubiera creado el grupo de trabajo como necesidad de la comunidad, ya que al respecto había pleno acuerdo. Era más bien una cuestión de lealtades. Fue solo cuando uno de los miembros de la junta comenzó a tener la sensación de que ésta estaba siendo manipulada, que él comenzó a dudar de las motivaciones del consultor. Esta es una crisis corriente en muchas situaciones de la comunidad; gradualmente se empieza a sospechar que la figura dirigente está buscando exaltación personal cuando realiza actividades que hasta el momento se creía que iban enteramente dirigidas al mejoramiento de la población.

Si se mide el éxito por el grado hasta el cual el agente externo pone en práctica su programa, el consultor tuvo éxito; sin embargo, su comportamiento condujo a una crisis del liderazgo. A diferencia del modelo de organizador maestro-catalizador (biddle 1953:78) él no había fomentado el desarrollo de habilidad en los miembros de la junta que antes carecían de preparación para tomar decisiones. No fue hasta más tarde que los miembros de la junta advirtieron que al darles todas las soluciones y no permitirles desarrollar sus propias capacidades, el consultor había sido descuidado. Este es un enfoque corriente en las personas educadas y a quienes se les define como profesionales; se da por sentado que su saber resuelve todos los problemas y sus actuaciones se aceptan pasivamente. La renuncia del consultor fue una experiencia que los ayudó a madurar. Los miembros de la junta fueron capaces de afirmar su confianza e independencia como personas pensantes y que resolvían problemas.

Otro modelo de organizadores de comunidad es el orientado hacia los procesos, el permisivo. Su filosofía gira en torno al relativismo ético, esto es, se siente menos seguro de que conoce por anticipado lo que es "correcto" para la comunidad y está menos dispuesto a imponer sus propias ideas a otros (Roland 1966:7). Este estilo está menos orientado hacia el contenido, que los modelos mencionados antes, y es menos propenso a perturbar el proceso de la comunidad mientras ésta lucha por establecer sus propias soluciones.

Un enfoque parecido es la utilización óptima de los recursos internos. En éste

el organizador estimula a la comunidad a identificar sus necesidades y a trabajar en cooperación para satisfacerlas. El objetivo central es hacer que las personas trabajen en la solución de sus propios problemas. Entre las desventajas está: ser un proceso lento, en el que la actuación es informal y la acción que se emprende tiene menos probabilidades de quedar bajo el control del técnico. Como vimos en el capítulo 2, el método de los recursos internos capacita a las personas para trabajar unidas en la solución de los problemas que consideran importantes y de esta manera los proyectos que emprenda la comunidad serán significativos y duraderos, a diferencia de lo que ocurre con los proyectos impuestos.

En la mayoría de las teorías sobre práctica de la organización de la comunidad, el foco de la atención está en una persona foránea que posee pericia y que al trasladarse al lugar organiza la comunidad que estaba desorganizada. Si bien este punto de vista puede ser útil, despreciar la pericia que poseen las comunidades para mantenerse vivas, es una injusticia que se comete con la integridad y las capacidades de quienes residen en ella. Visto el éxito con la perspectiva del organizador profesional de la comunidad, se pasan por alto las fortalezas pasadas y presentes de ésta, las cuales también pueden facilitar el progreso hacia la meta del organizador.

En esta experiencia, los miembros lugareños de la junta disputaban y gastaban mucho tiempo de las reuniones discutiendo sus victorias pasadas, lo cual hacía que las cosas no marcharan tan rápidamente como el consultor deseaba. Esto se solía interpretar como ejemplo del fenómeno descrito por Altshuler: Legos de escasa educación y con irreparables desventajas para tomar decisiones, interesados solamente en sí mismos y en lo que les es más suyo, atemorizados de todo lo que no les es familiar, deliberando interminablemente (1970:45). Pero no son solamente los legos sin educación quienes así se comportan; iguales modalidades se suelen ver en las sesiones de negociaciones laborales o en reuniones de profesores universitarios. No es raro que el comportamiento de las personas en las reuniones, visto fuera del contexto de las opiniones de los miembros, frecuentemente le parezca inexperto e improductivo a la persona que no participa. No se puede abreviar demasiado el tiempo que se necesita para que el usuario se despoje de su postura social o quejumbrosa y quede listo para actuar, sin que se pierda parte de lo que los miembros de la comunidad ya tienen en su favor. A veces es un prelude necesario narrar historias de la guerra con el fin de aprestarlos para que sigan en acción. "Lo hicimos antes y podemos hacerlo otra vez". Los organizadores de comunidades debieran reconocer esto como parte inevitable del proceso y dejar tiempo suficiente para que se cumpla.

Asociada a menudo a esta impaciencia, está la idea preconcebida del organizador profesional de comunidades sobre el comportamiento y el sistema de valores de la comunidad. Biddle advierte que las actitudes que tenga hacia la población quien trabaje con ella, o bien estimula o bien detiene el desarrollo (Biddle 1974:245). Se obtiene aquello que se espera tener.

Considerando el ejemplo dado, nos damos cuenta de que los miembros lugare-

ños de la junta tienen el concepto de que la organización de la comunidad consiste en hacer arreglos para efectuar reuniones con el fin de discutir algún asunto o situación crítica, interpelar a los administradores al respecto, actuar como intérpretes de quienes necesitaban los servicios y hacerse conocer de los residentes de la comunidad como abogados y de las instituciones como voceros articulados. Este proceso es parecido al que implica la organización de un sindicato o de un grupo de interés especial; y ésto no es sorprendente.

El método de la junta para resolver problemas queda ilustrado en el siguiente ejemplo. El grupo de trabajo tenía que ampliar la cobertura con el fin de obtener más fondos para su programa. Inicialmente, intentando hacer las cosas muy bien, los miembros de la junta cavilaban sobre cuál sería el mejor método para enfocar este problema complejo. Un miembro lugareño de la junta, cansado de que no se pudiera llegar a un acuerdo, dijo que conocía a un residente de la comunidad que había ayudado a miembros de sindicatos a organizarse y que estaba sin empleo por un impedimento físico. Se podía confiar en que haría un buen trabajo para quedar bien con la comunidad. Todos convinieron en que era una buena idea. Se contrató al hombre, y él montó un programa de reclutamiento hasta con fechas para cada actividad. El residente de la comunidad pudo utilizar sus capacidades y aumentó su autoestima y sus ingresos y a la vez quedó resuelto otro problema más de la comunidad.

El recuento que hacía la junta de sus pasadas victorias era una afirmación de su capacidad para actuar valientemente frente al establecimiento. Eran los guerreros en la "guerra contra la pobreza". Mientras la macro-sociedad atribuye un valor negativo a su táctica de exigir para que la escuchen, sus compatriotas de la comunidad saben cuánto valor se necesita para enfrentar a una figura de autoridad que no tiene agallas o no ve la necesidad de darle la cara a los residentes de la comunidad para escucharlos. Hasta el enfoque de los recursos internos, que estimula a las comunidades a identificar sus propias necesidades, deseos y a trabajar en forma cooperativa para satisfacerlas, tiene un gustillo al enfoque paternalista de "ayudemos a esta pobre comunidad a moverse".

La enfermería de salud comunitaria y la organización de la comunidad

Las enfermeras de salud comunitaria caen con frecuencia en esta trampa como resultado del proceso educativo que las adoctrina en la creencia de que saben qué es lo que les conviene a los clientes. Esa manera de pensar pone en desventaja a la enfermera que está ejerciendo la organización de comunidades, pues sus ideas preconcebidas acerca de la comunidad ahogan su habilidad para escuchar con criterio y darse cuenta de los procesos de la comunidad reconociendo por estos medios sus fortalezas y necesidades. Repito, necesitamos saber qué es "lo que realmente está pasando".

La enfermera de salud comunitaria que está implicándose en organización de

INTERVENCION DE LA JUNTA DE DIRECTORES

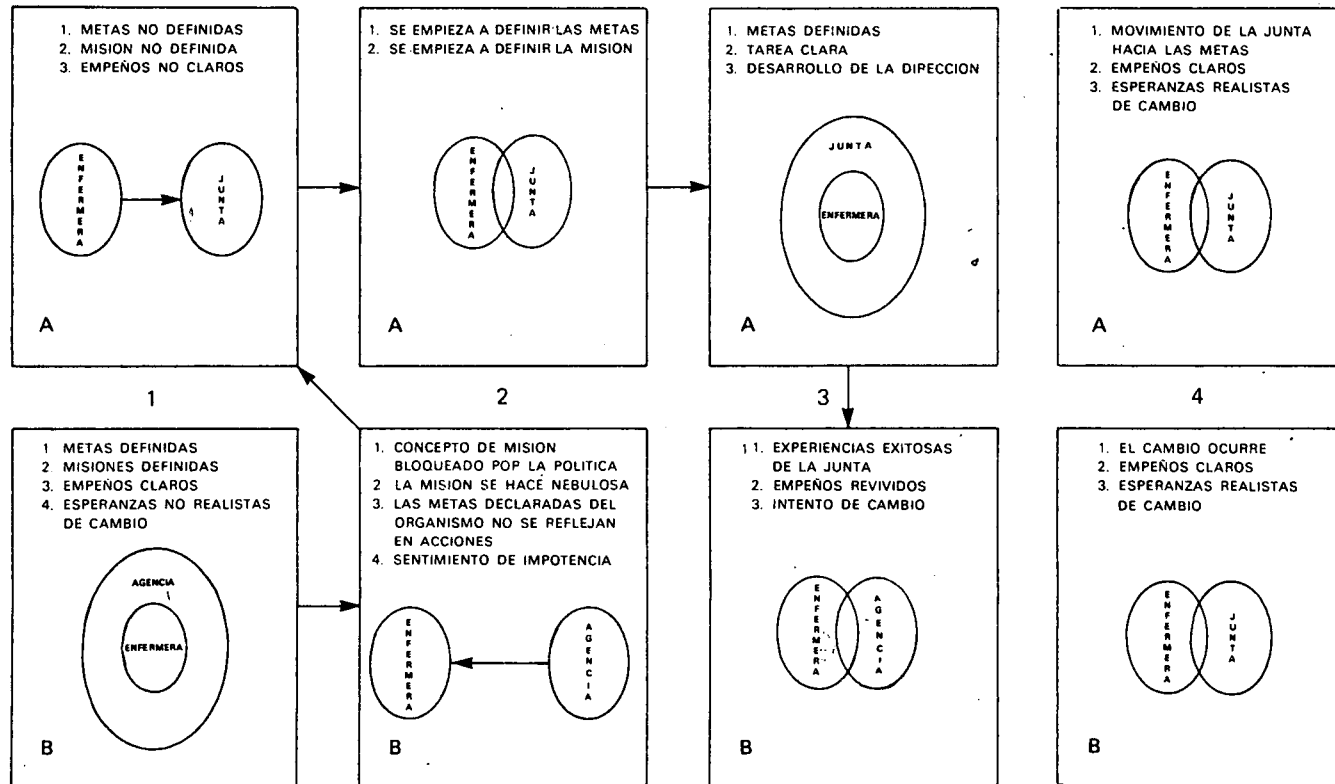


FIGURA 16.1

la comunidad debería comenzar con un examen minucioso de sus motivos para hacerlo. Si cree que la organización de la comunidad es un componente de enfermería, debería ser capaz de hablar de objetivos relacionados con la enfermería. También debiera conocerse a sí misma percibiendo bien sus puntos fuertes y sus debilidades. La organización de la comunidad es un proceso que ocasiona cambios en todas las personas que más intervienen en él. El cambio puede ser compensatorio o doloroso según la habilidad de cada cual para "conocerse a sí mismo". Al nivel de los lugareños, la enfermera de salud comunitaria tiene que estar preparada para que la interroguen sin cesar, tanto directa como tangencialmente. Sin ser demasiado cínicos o maliciosos, los miembros de la comunidad bien pueden preguntarse por qué es que llega otra forastera más a "hacerle bien al pueblo". La manera como transmita sus razones para implicarse y el tono emocional con que lo haga determinarán el que desarrolle o no una relación de mutua confianza.

La implicación con la comunidad también puede hacer impacto sobre las relaciones de la enfermera con ella y en escenarios mucho más amplios. He hecho un diagrama de mi experiencia para mostrar los efectos mutuos de mi implicación con la junta del grupo de trabajo en salud de ELA (figura 18.1).

Mi primer contacto con la junta del grupo de trabajo fue mi candidatura medio frívola y mi inesperada elección a la junta (1A). En ese momento mi identidad como enfermera de salud comunitaria era la de funcionaria de la institución con la cual trabajaba (1B). Estaba lista a hacer lo que entendía que exigían la institución y las metas que ésta había establecido. Tenía claro el concepto de mi rol en ella. No veía necesidad de que la institución cambiara, mucho menos que yo pudiera ser quien lo hiciera. A medida que me fui implicando con la junta, comencé a revisar mis propios objetivos y roles como miembro de una comunidad (2A). Sin embargo, la experiencia en ella inundó mi percepción de la institución con la cual trabajaba y por primera vez empecé a ver sus regulaciones y actuaciones bajo una nueva luz, a poner en duda sus objetivos. Reflejando una alienación creciente, el diagrama (2B) me muestra dejando de identificarme con mi institución. Habiéndome prometido a mí misma aprender mi papel como miembro de la junta, me encontré enteramente sumergida en la perspectiva de la comunidad (3A). Siéndome posible obtener ciertos éxitos con la junta, volví a poner mis intereses en la institución. Puesto que seguía en mi papel de enfermera, comencé a considerar cómo, y si podría hacerlo, introducir cambios en las actuaciones de la institución (3B). El tiempo y la experiencia con la junta me ayudaron a poner en claro puntos en los cuales diferían y que no eran obstáculos insalvables y me dieron una visión más realística de mi posición dual como profesional y como lugareña (4A). El éxito en introducir cambios con la ayuda de colegas en la institución de salud donde trabajaba, también me relacionó con el rol de mi cargo en una forma nueva, ni totalmente alienada, ni tampoco de aceptación ciega como antes (4B). En este momento me encuentro implicada al mismo nivel con la institución y con la junta. Ahora estoy armada de destrezas para las relaciones interperso-

nales en la producción de cambios y comprendo mejor mis roles en ambos sistemas. (Aun cuando ésto se presenta en sucesión aparentemente lógica en el diagrama, hay que comprender que tales procesos no ocurren siempre de esa manera. Ni tampoco comprendí su lógica hasta después de mucho tiempo y aprendizaje.)

Como persona de fuera, la enfermera de salud comunitaria llega con conceptos y teorías aprendidas fuera del contexto de la comunidad. Puede estar convencida de que el saber de los libros o los sentimientos bien intencionados son por sí mismos suficientes para iluminarla. El conocimiento de los libros únicamente, carece de base real y tiene que probarse antes de aplicarlo. Si espera convertirse en parte de la vida de la comunidad, la enfermera tiene que estar en capacidad de dejar de lado esos conceptos y teorías y convertirse en estudiante dispuesta a aprender de la comunidad real. Ese proceso de desprendimiento le quita la sensación de seguridad a la enfermera de salud comunitaria que esté convencida de que sabe qué es lo que le conviene a la comunidad aún antes de llegar a ella.

Lo que a menudo se olvida es que los residentes de la comunidad cumplen con el deber de hacer averiguaciones sobre los desconocidos que se presenten. El comportamiento de ella es examinado y sus comentarios interpretados. Aun cuando a primera vista parezca que a la enfermera de salud comunitaria se le presta mucha atención, la realidad es que los astutos residentes de la comunidad están analizándola con sólo escucharla y observarla. También ellos tienen ideas y teorías derivadas de su experiencia local y de la sociedad a que pertenecen. Los residentes tienen ideas preconcebidas acerca de las enfermeras. Es responsabilidad de la enfermera de salud comunitaria darse cuenta de esto y disipar las ideas que interfieran con su capacidad para ejercer.

Antes de emprender la organización de la comunidad, la enfermera, tiene que instalarse en ella y desarrollar un "sentido de comunidad". Una manera de empezar es haciendo su propio análisis. Valiéndose de un mapa, selecciona una área de la comunidad. Con cuaderno de notas en la mano, detiene su vehículo y procede a pasearse calle por calle observando conscientemente cosa por cosa sin omitir nada. ¿Hay contaminación ambiental o del sonido? ¿Qué apariencia tienen las casas? ¿Están recién pintadas? ¿En qué condiciones se encuentran? ¿Son de uno o dos pisos? ¿De qué color están pintadas? ¿Hay vallas en torno de ellas? ¿Hay avisos indicando "cuidado con el perro", "no se admiten solicitantes" o "no moleste"? ¿Hay tapetes de "Bienvenido"? ¿Hay aceras o senderos? ¿Hay árboles? ¿Hay flores o prados? ¿Hay edificios de apartamentos? ¿Qué apariencia tienen? ¿Hay cercados y dónde? ¿Hay automóviles? ¿De qué año y en qué estado se encuentran? ¿Hay gente en la calle? ¿Son jóvenes o mayores? ¿Hay niños? ¿Es pesado el tráfico? ¿Hay señales en las calles? ¿Cuál es la composición étnica de los residentes que se ven? ¿Cómo van vestidos? ¿Hay caminos, carreteras, puentes, ferrocarriles o canales? ¿Hay señales de parada de autobuses? ¿Hay bancos para sentarse y esperar? La enfermera de salud comunitaria debe entonces trazar un mapa propio señalando las características enunciadas. Debe hablar con los residentes de la comunidad con quienes se encuentre. ¿Son amistosos? ¿Han obser-

vado un cambio físico o en las personas de su vecindario? ¿A qué atribuyen el cambio? ¿Conocen la política local y cuáles son sus opiniones? ¿Desde cuándo viven allí? ¿Conocen la historia del área? La enfermera de salud comunitaria deberá escuchar con astucia para captar palabras o frases claves como "esos hippies arruinaron este lugar", "todos los políticos son pícaros", "a nadie le importamos", "no vaya por las calles de noche", "toda la gente joven se ha ido". Estas frases pueden agregar un tono emotivo a los datos y alertar a la enfermera de salud comunitaria sobre cuáles son los temas delicados.

Este enfoque descriptivo del proceso es conocido de las enfermeras de salud comunitaria ya que constituye el formato básico para recolectar datos sobre los clientes, las familias y el ambiente domiciliario de estos. Lo único que se hace es extender el proceso a todo el escenario de la comunidad para un propósito distinto. Se trata de nuevo de nuestra pregunta básica: "¿Qué está pasando realmente?". Al informar cualesquiera datos descriptivos, hay que evitar hacer interpretaciones anticipadas de lo que se ve u oye.

Por ejemplo, en un asentamiento situado en una reservación de indígenas, varias enfermeras emprendieron un paseo por la comunidad. El grupo se reunió para informar sobre los datos que cada una había recolectado. Una comenzó diciendo que los indios a quienes se dirigió habían sido no amistosos y hostiles con ella porque era de ascendencia inglesa. Otra angloamericana informó que los anglocriollos habían sido hostiles y no amigables con ella porque procedía de otro estado. Ambas estaban a punto de devolverse porque temían por su vida, cuando otra rindió su informe. Su experiencia había sido similar, salvo que a ella le entró más bien curiosidad que miedo. Pensando que un negociante estaría menos dispuesto a ignorarla, entró a la oficina de un agente de propiedad raíz y entabló una conversación sobre el valor de la tierra y las propiedades que estaban en renta. Por la conversación supo que hacía poco se había descubierto petróleo en la reservación, descubrimiento que atrajo angloamericanos de otros estados, quienes estaban explotando a la comunidad local en busca de hacerse ricos. Acampaban sus caravanas en cualquier parte sin respetar la propiedad ajena, sin servicios sanitarios o sin importarles su efecto sobre el medio ambiente. Los residentes locales consideraban su comportamiento incivilizado y egoísta. Por eso eran hostiles y suspicaces hacia cualquier angloamericano desconocido. Esto sirve como ejemplo de la necesidad de andar con cautela al traducir la experiencia en acción basándose en datos incompletos.

La manera como se plantean preguntas a un residente de la comunidad es importante. Kent está a favor del enfoque de la pregunta "ingenua", mediante la cual primero se le pregunta al residente cómo llegar a una calle determinada o dónde hay un restaurante. A partir de ese momento se le pueden hacer otras preguntas sobre el vecindario (videotape de Kent). Si uno comienza por identificarse, por decir su ocupación y lugar de trabajo, lo que logra es colocarse fuera del proceso de comunicación informal del residente. Aún cuando uno puede estar orgulloso de sus propias credenciales, el residente probablemente se pondrá en guar-

dia ante ellas. (Esto no quiere decir que se le oculte la verdad al residente o que se rehuse informarle quien es uno). Puede suceder que cualesquier enfoque que se ensaye resulte insatisfactorio. Esto es de por sí indicativo de que "algo está pasando" en la comunidad. Antes de seguir acercándose a los residentes, inténtense otras vías tales como el periódico o la estación de radio de la localidad. Léanse los carteles o folletos que aparezcan por la vecindad. Inténtese hablar con los niños o los adolescentes, quienes suministran información desde otro ángulo.

Junto con este enfoque de análisis personal, se necesitan datos recolectados de organismos oficiales, departamentos de salud estatales y locales, oficinas del censo, oficina de estadísticas vitales y registros escolares. Boyle enumera varios factores esenciales que se debieran examinar, entre ellos los geográficos y ambientales, datos demográficos y socioeconómicos, objetivos de las instituciones oficiales que suministran servicios de atención de la salud, niveles de educación, situación económica y la distribución del poder (1973:176-179).

Con los datos personales y físicos recolectados, es posible obtener una imagen significativa de la comunidad total y una comprensión suficiente de las necesidades y exigencias de los residentes. No obstante, la enfermera de salud comunitaria necesita continua ayuda en la interpretación de los datos y retroalimentación acerca de lo que hace para introducir cambios. La ayuda podría provenir de un residente comprensivo de la comunidad o de un profesional cuya procedencia étnica sea la misma de la comunidad.

La enfermería de salud comunitaria está ampliando sus conocimientos y se da más cuenta del ambiente inmediato del cliente al tomar en cuenta los factores sociales, económicos, psicológicos y culturales. A medida que la atención de la salud va dejando de prestarse en las instituciones tradicionales, se tienen que ampliar el conocimiento y la conciencia que se tenga del ambiente integral de la comunidad. Las enfermeras de salud comunitaria tienen que asumir la responsabilidad de mejorar la atención deficiente de salud que ofrecen sus instituciones como consecuencia de regulaciones poco realísticas. La enfermera de salud comunitaria no puede seguir considerando a sus clientes como "esas gentes" si desea permanecer en la comunidad. Semejante actitud establece una distancia manifiesta entre ella y sus clientes que no puede hacer otra cosa que interferir con los esfuerzos que haga para establecer una relación de trabajo con la comunidad.

El desarrollo de un pluralismo consciente en nuestro país exige ahora que todas las enfermeras reciban preparación académica para ejercer en comunidades muy diversas, distintas de la población estándar de raza blanca, anglosajona y protestante. Análogamente, las enfermeras tienen que hacerse responsables de que el estilo en que ejerzan sea adaptable a comunidades de tipos diferentes de la suya propia. Si no se amplía el repertorio de tácticas de la profesión, no solamente se puede rebajar la eficacia del servicio de la enfermera a las comunidades que se le hayan asignado, sino también eliminar la enfermería de salud comunitaria como fuerza activa favorable al cambio en la búsqueda de mejores servicios de salud que está haciendo la población. Ponerse de parte de los clientes en esta

búsqueda puede resultar una emocionante prueba de la disposición de las enfermeras para valerse de su capacidad para asumir el liderazgo en otro papel más: el de organizadoras de comunidades.

Resumen

La organización de la comunidad es otra destreza y otro importante papel para las enfermeras de salud comunitaria que estén interesadas en que las comunidades sean autónomas. Mi propia elección a la junta de un grupo de acción comunal me introdujo a un proceso de transformación que modificó mis expectativas y mis acciones en relación con esa comunidad y con mi propia institución de salud. La experiencia me proporcionó también una base para identificar puntos fuertes y débiles de muchas de las teorías de organización de la comunidad, que influyen sobre la forma en que suele ejercerse esta habilidad.

En calidad de miembro de una comunidad, observé como se podía impedir que los miembros lugareños de la junta desarrollaran su capacidad innata para actuar, así como maneras de maximizarlas para el beneficio final de toda la empresa. Se discutió en detalle la influencia decisiva del organizador de la comunidad, y se presentaron varios modelos que refrenan o estimulan el desarrollo de la capacidad para actuar independientemente. Entre estos modelos se incluyeron el del absolutista ético, el maestro catalizador y el relativista ético. Resalté la importancia de combatir el impulso que siente el profesional de lograr niveles adecuados de eficiencia haciendo él mismo lo que la gente necesita aprender haciéndolo por sí misma, aun cuando esto tome más tiempo. Una de las maneras en que el organizador puede multiplicar la efectividad de los miembros interesados de la comunidad, es permitir pacientemente que transcurran las etapas necesarias para que ellos progresen de una postura social a otra de acción.

La entrada de una enfermera a una comunidad que no conoce puede verse estorbada si adopta de modo crucial sus teorías y conocimientos librescoes carentes de base. Se sugieren maneras de observar lo que realmente está sucediendo y para lograr establecer una comunicación con los residentes que los ayude a ambos.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS, HERBERT E. "A Community Perspective on Health Care." *Nursing Outlook* 19 (1971):92-94.
- ALINSKY, SAUL D. *Rules for Radicals: A Pragmatic Primer for Realistic Radicals*. Nueva York: Vintage Books, A Division of Random House, 1971.
- ALTSHULER, ALAN A. *Community Control*. Nueva York: Pegasus, 1970.
- BIDDLE, WILLIAM. *The Cultivation of Community Leaders*. Nueva York: Harper and Brothers Publishers, 1953.

- BIDDLE, WILLIAM W. Y BIDDLE, LAUREIDE J. *The Community Development Process: The Rediscovery of Local Initiative*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1965.
- BOYLE, JOYCEEN S. "Community Assessment." In *Family Centered Community Nursing*, editado por A. Reinhardt y M. Quinn. St. Louis: C. V. Mosby, 1973.
- BRADSHAW, BARBARA R. Y MAPP, C. BERMELL. "Consumer Participation in a Family Planning Program." *American Journal of Public Health* 62 (1972):1336-1339.
- COX, FRED *et al.* *Strategies of Community Organization*. Itasca, Ill.: F. E. Peacock Publishers, 1974.
- DILLICK, SIDNEY. *Community Organization for Neighborhood Development, Past and Present*. Nueva York: Wm. Morrow and Co., 1953.
- ETZIONI, AMITAI. *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. Nueva York: Free Press, 1961.
- GLASER, BARNEY AND STRAUSS, ANSELM L. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine-Atherton, 1967.
- GROSNER, CHARLES F. "Community Development Programs Serving the Urban Poor." *Social Work* (1965):15-21.
- HALEY, JAY. *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*. Nueva York: Avon Books, 1969.
- HAWLEY, AMOS H. "Community Power and Urban Renewal Success." *American Journal of Sociology* 68 (1963):422-431.
- HENRY, PAUL. "Pimps, Prostitutes, and Policemen: Education of Consumers for Participating in Health Planning." *American Journal of Public Health* 60 (1970):2171-2174.
- HUNTER, FLOYD. *Community Power Structure*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1953.
- HUNTER, FLOYD *et al.* *Community Organization: Action and Inaction*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1956.
- KAHN, SI. *How People Get Power: Organizing Oppressed Communities for Action*. San Francisco: McGraw-Hill Book Co., 1970.
- KENT, JAMES. *Descriptive Approach to Community Organization*. Videotape. Denver: F.U.N.D., 1970.
- KENT, JAMES A. *Death of Colonialism in Health Programs for the Urban Poor*. Denver: Foundation for Urban and Neighborhood Development, 1972.
- KENT, JAMES A. Y SMITH, HARVEY. "Involving the Urban Poor in Health Services through Accommodation —The Employment of Neighborhood Representatives." *American Journal of Public Health* 57 (1967):977-1003.
- KORNHAUSER, WILLIAM. "Power Elite or Veto Groups." In *Culture and Social Character*, editado por Seymour Martin Lipset y Leo Lowenthal. Nueva York: Free Press, 1961.
- LUTHER, THELMA AND BREWER, WILMA D. "Stimulating Community Action in Health." *Nursing Outlook* 18 (1970):41.
- National Commission on Community Health Services. *Health is a Community Affair*. Cambridge Mass.: Harvard University Press, 1967.
- OMI COLLECTIVE. *The Organizer's Manual*. Nueva York: Bantam Books, 1971.
- OZARIN, LUCY D. Y THOMAS, CLAUDEWELL S. "Advocacy in Community Mental Health Programs." *American Journal of Public Health* 62 (1972):557-559.
- PARKER, ALBERTA W. "The Consumer as Policy-Maker— Issues of Training." *American Journal of Public Health* 60 (1970):2139-2153.
- REINHARDT, ADINA Y QUINN, MILDRED D. *Family-Centered Community Nursing: A Socio-cultural Framework*. St. Louis: C. V. Mosby Company, 1973.
- ROLAND, WARREN L. *Perspectives of the American Community*. Chicago: Rand McNally, 1966.

- ROSE, ARNOLD M. *The Power Structure: Political Processes in American Society*. Nueva York: Oxford University Press, 1967.
- ROSS, MURRAY G. *Community Organization Theory: Principles and Practice*. 2a. ed. Nueva York: Harper and Row Publishers, 1967.
- SCHATZMAN, LEONARD Y STRAUSS, ANSELM L. *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1973.
- SELLER, RUDOLPH V. "The Black Health Worker and the Black Consumer—New Roles for Both." *American Journal of Public Health* 60 (1970):2154-2170.
- SUTTLES, GERALD D. *The Social Construction of Communities*. Chicago: University of Chicago Press, 1972.
- TURNER, JOHN B., ed. *Neighborhood Organization for Community Action*. Nueva York: National Association for Social Workers, 1968.

PARTE IV

ACLARACIONES Y RELATOS CON MORALEJA

ACLARACIONES Y RELATOS CON MORALEJA

17

Ruth P. Fleshman
Sarah Ellen Archer

Una de las diferencias entre ficción y realidad es que las novelas siempre tienen un final perfecto, sin cabos sueltos y todos los interrogantes resueltos. La única manera de discernir cuál es la lógica pura de la vida real, es mirar atrás en la historia. Mientras el hecho está ocurriendo, no hay manera de encajonarlo dentro de un comienzo, intermedio y final bien definidos. Y no solamente ignoramos dónde principia y termina el hecho, sino que ni siquiera podemos saber si lo entendemos cabalmente.

Esta última parte, pues, trata exactamente de lo que dice el título. Hay unos cuantos aspectos sobrantes que realmente no encajaban en ninguna parte: algunos problemas, dilemas, para los cuales no hay una sola respuesta, más prosa inmortal esencial. También hay algunas palabras de advertencia que esperamos van a facilitarle a la enfermera su supervivencia en el sistema o al menos a permitirle saber de dónde le van a llegar los golpes.

Dilemas de la atención enfocada hacia el cliente

Un cliente llega a un servicio de emergencia, un consultorio médico o un centro de salud del vecindario. Es obvio que ha estado drogándose, está bajo los efectos de la droga, y lleva drogas consigo. Solicita servicios que no tienen que ver con su estado, se comporta correctamente. Sin embargo, no quedan dudas de que está infringiendo las leyes referentes a posesión y uso de sustancias prohibidas. El personal de salud se ve ante un dilema: atenderlo sin darse por enterado de que el paciente está quebrantando la ley, o notificar a los agentes de la ley y pedir su arresto.

Sé por experiencia cómo manejaría este problema, pero no puedo esperar que todas las enfermeras estén de acuerdo con mi decisión. Por su naturaleza, en un dilema ninguna de las opciones es fácil de adoptar. No obstante, apostaría a que un alto porcentaje de mis colegas analizaría los peligros inmediatos y a largo plazo de ambas opciones y terminaría por no decir nada y proceder a dar la atención.

Cambiamos ahora una de las condiciones: El cliente solicita tratamiento para un absceso del tobillo provocado por una aguja, pues al inyectarse en una de las pocas venas que le quedaban se ha producido una reacción inflamatoria que está gravemente infectada, dolorosa y que necesita atención inmediata.

Aun cuando tenemos muchas normas éticas que nos recomiendan no moralizar en torno a las enfermedades del cliente, a algunas de nosotras nos resulta difícil no responsabilizar a los pacientes que padecen algunas enfermedades en cierto modo merecidas por infringir normas sociales. Los trabajadores de salud son a menudo bruscos, predicadores y físicamente hostiles hacia los clientes que presentan enfermedades que la sociedad reprocha; las venéreas son sólo un ejemplo. En tales circunstancias es un poquito más fácil darle la simple connotación de castigo a la enfermedad o tratamiento.

Agreguemos ahora un cliente que no sólo responde a la descripción que precede, sino que además es alegador, descortés, rehusa seguir indicaciones o direcciones, utiliza lenguaje francamente obsceno y parece determinado a insultar a quien encuentre a su paso.

Se hace ciertamente difícil mantener un temple sereno ante los insultos repetidos. Pensar en lo doloroso que puede ser el absceso, tal vez sirva de algo; tal vez sea que él esté empezando a sentir efectos de privación de la droga; además uno puede tener un poquito de tolerancia hacia su impaciencia si piensa en todos los formatos que tenemos que llenar. Pero los clientes tienen que darse cuenta de que también nosotras somos seres humanos.

Cuando el médico por fin empieza a tratar el absceso, hace la incisión un poco antes de que el anestésico haya hecho pleno efecto y el cliente le lanza un golpe. Lo yerra, pero...

El personal de salud tiene la obligación de suministrarle servicios a clientes cuyo comportamiento no siempre es correcto o siquiera cortés. A medida que la atención de la salud se convierte en un derecho real y deja de ser un privilegio, no cabe esperar gratitud u obsequiosidad; después de todo no tenemos que darle las gracias al registrador de votantes por permitirnos ejercer nuestro derecho constitucional a depositar nuestro voto. Por otra parte, las condiciones de trabajo, no pueden incluir amenazas a la seguridad personal, a menos que se le pague a uno por correr ese riesgo. El comportamiento real del cliente y nuestra percepción del mismo determinan en gran medida el que ese comportamiento sobrepase el límite de la simple descortesía y se vuelva amenazante o hasta peligroso. Aquello que no comprendemos con frecuencia nos atemoriza. Entre nosotras hay también algunas que somos temerarias que no admitimos que el peligro existe. Lo mismo que en otras opciones difíciles, la manera como definamos esta situación depende a menudo de los individuos y de las circunstancias en interacciones muy específicas.

Hay así mismo dilemas en la relación entre el funcionario y lo que es ilegal. Las enfermeras de salud comunitaria son las más expuestas a vérselas con clientes que están infringiendo una o más leyes: Usuarios de drogas, inmigrantes ilegales, contrabandistas de licores (en muchos estados hasta la cerveza hecha en casa es ilegal). Cualquiera de estas cosas nos obliga a tomar decisiones sin otra alternativa que sortear una serie de contradicciones en las que ambos lados pesan lo mismo. Hay, naturalmente, las restricciones legales que el cliente ha violado; y el ocultarlo o perdonarlo puede colocar también a la enfermera fuera de la ley. Pero tenemos que tener un conjunto de lealtades: Con el cliente, hacia quien se supone que tenemos cierta obligación especial; con el sistema que nos emplea y nos paga por hacer el trabajo. (¿Tiene una política definida? ¿Hay sobrentendidos informales acerca de lo que se hace realmente?), con nosotras mismas en nuestra calidad de individuos (¿quebranta esto una convicción personal muy profunda?). ¿Hay circunstancias especiales que nos hacen especialmente sensibles hacia esto? Como si fuera poco, todas nosotras miramos las cosas desde un ángulo profesional que nos compromete a prestar atención de salud, no a sostener los sistemas legales o jurídicos que nos rodean. En muchos casos las decisiones de este tipo no pueden ser una victoria tajante del bien sobre el mal. En ocasiones puede ser necesario equilibrar varias opciones malas y elegir la que conlleva el menor riesgo. Al cliente violento, si está desarmado, se le puede convencer ya sea persuadiéndolo, yéndosele encima todo el personal, o llamando a la policía. La presencia de armas cambia toda la escena así sea uno sólo o los dos bandos los que las tengan. Ser un observador inocente no es uno de mis papeles favoritos.

LUCHAS POR EL PODER

Si hay algo que ya debe haber quedado claro, es que no hay razón para esperar un final feliz. Actualmente se están librando batallas que sólo conducirán a nuevos desafíos, defensas, conflictos y más batallas. Una de las que se están llevando a cabo en este momento se relaciona con el cambio de posición de los médicos en la jerarquía del equipo de salud. La tradición ha dejado siempre la decisión en sus manos, y se crearon otras categorías de trabajo sencillamente para que en éstas se llevaran a cabo las tareas que ellos no podían (o no querían) ejecutar. Los médicos se han estado deshaciendo de funciones y responsabilidades sin que se produzca un cambio significativo en la imagen que proyectan. Quienes entre nosotras se han visto en una relación de inferioridad, con los médicos, no han estado conformes con tener que aparentar que están de acuerdo con una autoridad que nosotras no siempre aceptamos. Pero salvo en unos pocos casos, no hemos sido capaces de idear un sistema que sirva para destronar al gobernante sin apelar a una rebelión armada. Siguiendo con la comparación, se

pueden ver países que viven bien con monarcas constitucionales que tienen muchos de los símbolos del poder y una gran influencia, pero una misión claramente definida y una remuneración magnífica.

Al desarrollarse las prácticas de grupo, muchos médicos han dejado de ejercer solos, buscando el apoyo reconfortante de sus compañeros. Los grupos importantes incluso han dado el paso de emplear a otros médicos, no como socios de igual a igual, sino como trabajadores bajo su dirección. El desarrollo de las organizaciones para la conservación de la salud puede popularizar aún más la posición del asalariado. Cuando el control de los ingresos se traslada del médico a la administración de la clínica, también se traslada gran parte del poder para exigir un buen desempeño. Si bien puede ser necesario que transcurra algún tiempo antes de que la imagen cambie, tal vez no esté remoto el momento en que los médicos adviertan que su campo no es el único en el paquete para la atención de la salud.

INDEPENDENCIA, PODER COMPARTIDO Y COLABORACION

Es útil recordar que existe reciprocidad, la otra cara de la moneda, y que todos los actos tienen consecuencias. Las enfermeras que se están desplazando hacia la práctica independiente pueden no estar tomando en cuenta el pleno impacto de la pérdida del sistema de apoyo que tenían dentro de una institución. Cuando las restricciones se hacen insoportables, la noción de independencia se vuelve fascinante. Sin embargo, ésta plantea problemas enteramente nuevos: manejar los impuestos sobre la renta sin retención en la fuente, contratar seguros de salud y de incapacidad, así como el de mala práctica en proporción a los riesgos. Puede muy bien ser un alivio no tener ya que ceñirse a órdenes dentro de la jerarquía, pero también ello significa el no tener ya a alguien que asuma la responsabilidad (o a quién culpar) cuando las cosas no marchan bien. El tener la autoridad para decidir exige asumir responsabilidad por las consecuencias. El modelo médico tradicional los ha investido totalmente del poder y la responsabilidad y los ha colocado a un paso de la divinidad.

Para quienes entre nosotras no aspiramos a la plena independencia, puede haber otro enfoque. Las enfermeras especialistas clínicas, quienes no vacilan en compartir la toma de decisiones con sus clientes, hallan que estos no solamente son mucho más cooperadores con los planes de tratamiento resultantes sino que también están mucho más dispuestos a aceptar cualesquiera resultados que se obtengan.

Los consejeros legales han tratado de ayudar a las especialistas clínicas a evitar enjuiciamientos por mala práctica diciéndoles que se aseguren de no prometer nada cuyas probabilidades en contra sean grandes. Compartir la idea

de los riesgos marginales, las probabilidades de las diversas opciones, el margen de posibles resultados y las incertidumbres relativas del ejercicio profesional, hace que el cliente se dé mejor cuenta de lo compleja que resulta cualquier situación en la que se requieran cuidados. Proclamar que se es omnipotente, aceptar la responsabilidad total, renunciar a alternativas, todo ello tiende a maximizar la posibilidad de amargura cuando se fracasa así sea sólo hasta cierto punto. Yo escuché la llamada telefónica que hizo la familia de un enfermo de cáncer terminal, víctima de una "clínica" de tratamientos de curandero y quedé impresionada con las tácticas astutas que ésta empleó. El director no prometió la curación; admitió que la situación parecía grave y mencionó que su clínica "había tenido cierto éxito con este tipo de cáncer" pero que no podía anticipar los resultados con esta persona. Habiéndoles prometido hacer todo lo que pudiera para ayudarlos cuando los médicos abandonaran el caso, les abrió una esperanza de manera que cuando el cliente por fin murió, la familia no se arrepintió de haber gastado todo ese dinero.

La colaboración entre las instituciones de salud de la comunidad ofrece todavía otra alternativa para los roles tradicionales de trabajo. Se pueden escribir volúmenes enteros sobre el desarrollo de equipos interdisciplinarios, pero a esta altura hay que hacer un comentario importante. La tendencia en la preparación profesional ha sido siempre hacia la especialización diversificada y una mayor separación de los diversos grupos, con lo cual se elimina toda oportunidad de que los estudiantes hagan prácticas del ejercicio en todas las áreas clínicas. No es posible que los equipos interdisciplinarios, los cuales tienen que edificarse desde los cimientos, puedan emprender desde el primer momento las tareas primordiales que les corresponden. El proceso de grupo tiene que cobrar su precio mientras los individuos encuentran el puesto que ocuparán sus identidades y estereotipos profesionales antes de que puedan hacer un análisis más realístico para ajustar el orden de los roles.

Los ajustes que cada uno necesita hacer para llegar a establecer una verdadera relación de equipo son penosos y tediosos, pero muchos de los que han pasado por ésto dicen que los resultados justifican plenamente el trauma. Un objetivo que tenga como punto de partida el servicio al cliente en lugar de la conservación del territorio o del sistema puede humanizar mucho más el procedimiento. Los equipos informan que en último término las capacidades y talentos especiales de sus miembros reciben más énfasis del que hubieran podido recibir con los roles estereotipados. El ayudante bien puede ser el funcionario más apropiado para hacer la admisión; la enfermera puede llegar a ser la mejor terapeuta primaria; organizar los grupos de discusión de padres de familia puede ser la habilidad más importante de la trabajadora social, así el tema sea la dieta. Pero mientras sean las descripciones de los cargos las que dispongan qué contenido corresponde a un trabajo, se hace cada vez más probable que las necesidades del cliente no sólo pasen desapercibidas sino que sean desatendidas cuando no caigan en el territorio de alguien.

BENEFICIO/PERDIDA EN EL CAMBIO

El cambio es emocionante, interesante, vivificador en todas partes. También es difícil, penoso, inquietante, asustador, impredecible. Pese a la planificación más meticulosa y mejor hecha, nunca podemos anticipar todas sus consecuencias. Mientras el crecimiento sea cambio, todo lo que sea viviente tiene que cambiar. No obstante, se llega a un punto en el cual el cambio se vuelve destructivo. El corazón fibrilante no puede hacer su trabajo porque el pulso se vuelve demasiado rápido y errático. Un programa que se revisa semana tras semana nunca sirve para demostrar lo que ha logrado en ningún aspecto. ¿Cómo podemos, pues, mirar totalmente serenos los cambios que ocurren en nuestro propio campo y en los que nos tocan de cerca? Tenemos que atender no solamente al entusiasmo sino también a algunas de las reacciones que pueden surgir del cambio o de la amenaza de cambio.

Si, por ejemplo, nuestros clientes se convierten en miembros que participan plenamente en el equipo de salud, muchos de los roles que nosotras mismas más estimamos nos serán arrebatados. Un abogado se necesita solamente cuando el cliente no puede representarse a sí mismo; romper los velos de la atención de la salud puede conducir a que se elimine la necesidad de tal función a medida que el cliente vaya aprendiendo a defenderse así mismo con éxito. Este mismo proceso también puede minar el poder que otorga el conocimiento especializado de ser más que otro, sobre todo si lo seguimos compartiendo a través del proceso educativo. Naturalmente, siempre existirá la estatura legítima que hace parte de una pericia dada. Sin embargo, esa clase de división del trabajo nos sitúa en un plano de igualdad con nuestros clientes, muchos de los cuales son especialistas en sus propios campos: cocineros, electricistas, madres, cantantes, historiadores.

Estos ejemplos de juegos de suma cero muestran que cuando un jugador asume funciones, las funciones del otro disminuyen. Esto parece estar ocurriendo entre las enfermeras y los administradores de hospitales sobre la cuestión de decidir conjuntamente los patrones para dotación de recursos humanos. La adquisición de poder en este aspecto por parte de las enfermeras se percibe claramente como una disminución del poder de la administración, como si se tratara de cierta cantidad fija. Algunos médicos también parecen percibir una amenaza en las demandas de algunas enfermeras emprendedoras, de encargarse de ciertas destrezas que requieren habilidad especial. En este sentido no queda duda de que lo que nosotras incorporemos a nuestro quehacer se lo estamos quitando a otro, pero esto será así solamente mientras el enfoque parta de la descripción del cargo: *X* puede hacer 1, 2 y 3. *Y* hace 4, 5 y 6. Si llega *Z* y ofrece hacerse cargo de 2 y 5, tanto *X* como *Y* empiezan a temer que dentro de poco se quedarán sin nada que hacer. Piénsese de nuevo en las reacciones de los profesionales de salud de Pomo respecto a las enfermeras recién llegadas a su comunidad (capítulo 8).

Si el desempeño de los cargos se enfoca hacia objetivos, algo faltará siempre por hacer ya sea cualitativa o cuantitativamente, en particular cuando se trata de servicios a los seres humanos. Además, el cómo hacerlo cambia de continuo. La clase de razonamientos que pueden surgir de esta suerte de cambios es muy distinta de las jugadas defensivas antes vistas. Pueden ser igualmente violentas pero al menos existe la posibilidad de que haya menos ataque/defensa cuando los "oponentes" simplemente están debatiendo cuál es la mejor manera de proceder a cumplir su empresa colectiva.

ESPACIO PARA TODOS

Barajando todo un paquete de criterios, en el capítulo 2 Archer presentó un esquema para decidir cuáles eran las acciones más apropiadas de las enfermeras de salud comunitaria. Cuando nos vemos ante problemas de la comunidad que nadie está manejando y que nosotras tenemos que enfrentar aun cuando carezcamos de la educación o experiencia para hacerlo, tenemos una variación sobre el mismo tema. La historia de la enfermería de salud pública y de la salud de la comunidad está llena de mujeres que no se sometieron a actuar como se esperaba de ellas y tomaron la iniciativa de corregir alguna situación de salud que a nadie más le importaba. Esas heroínas de aquellos primeros tiempos tienen hoy sus contrapartes, pero nunca faltan aquellas que no pueden dejar de disparar contra la inconformidad. El movimiento progresivo de todo grupo ocupacional es un equilibrio entre el impulso de los innovadores hacia el progreso y la influencia estabilizadora de los conservadores. Es importante, sin embargo, que en un campo dado ambos puedan coexistir. Muchos de los experimentadores exteriorizan en alguna medida su impaciencia hacia cualquiera enfermera que no acate sus directivas o no se convierta inmediatamente a su causa. Pero hay una intolerancia igual entre los que piensan que salvaguardan el verdadero espíritu de la enfermería contra los bárbaros. Para que la enfermería atraiga y conserve en sus filas personas creadoras e innovadoras, tiene que abrir el campo con el fin de que se emprenda una amplia variedad de actividades. Una perspectiva semejante no sólo salvaguarda los derechos del tradicionalismo sino que evita que se acuse a quienes se aventuran en nuevos territorios diciéndoles: "Eso no es enfermería". Podríamos darle vueltas a la expresión y exigir que nos contesten: "¿Por qué no es enfermería?".

Un campo tan vasto como la enfermería (después de todo somos la más numerosa de las categorías de trabajadores de la salud) tiene que dar cabida a tipos de gentes muy diversas y sería muy poco realístico esperar que estuvieran de acuerdo en algo, cuanto menos en un asunto controvertido. Es esta una de las razones por las cuales los marcos filosóficos de enfermería son todos tan vagos y tan triviales; si se fuera al grano, bien podría haber sólo dos enfermeras capaces de refrendarlas de buena gana.

Esto podría parecer algo extraordinario a quien no ha experimentado nunca el desaliento de descubrir que esos tiros al aire provienen de otras enfermeras mientras uno se encuentra solo en un limbo de innovaciones. Les advierto que no deben suponer que todas nuestras colegas piensan igual que nosotras; hay que tener cuidado con las demás enfermeras. También es una súplica para que todas nosotras recordemos que nadie tiene el monopolio sobre la manera correcta de hacer las cosas. Del mismo modo como yo tengo el derecho de hacer lo mío sin que nadie intervenga, no tengo el derecho de pedirle a alguien que renuncie a lo que está haciendo.

PAGARSE SUS PROPIOS GASTOS

Es importante para estudiantes, investigadores o quien quiera que esté actuando en la comunidad, como parte de su ocupación, tomar en cuenta el equilibrio entre lo que se recibe y lo que se entrega por ello. Los investigadores se están haciendo conscientes de que no se puede dar por hecha la cooperación de los sujetos y de que la buena disposición para responder preguntas simplemente porque se le plantean, ya que no es lo que solía ser. Esto se aplica particularmente a los predios universitarios que esparcen investigadores-estudiantes que irrumpen en el mundo con cuestionarios penetrantes. Igual ocurre con la gente de varias áreas-objetivo: el ghetto o la población privada favorita del momento; el proyecto de nuevo desarrollo de nuestra ciudad; el grupo ocupacional del año. Muchas personas se han dado cuenta de que su tiempo ha sido devorado por un encuestador tras otro que cree que tiene el derecho divino de plantear, preguntar y luego desaparecer en el crepúsculo. También los estudiantes creen que sus metas educativas están por sobre todo lo demás, sin pensar cuál es el costo para las gentes, quienes tienen sus propias preocupaciones. El personal de salud y otros benefactores de la comunidad también tienen la reputación de que prometen buenas nuevas que luego jamás están en capacidad de cumplir cuando aparecen las prioridades presupuestales.

Lo que deben tener en cuenta los estudiantes (y sus profesores) es que al valerse de otras personas con fines de aprendizaje se queda en deuda con ellas. La cuestión aquí es, pues, la de cómo pagar esa deuda. A veces el pago está en el servicio recíproco: la utilización de una experiencia educativa para ofrecer algún servicio de salud que se necesita, o bien por el contrario, la conversión de una situación de servicio de rutina en una experiencia de aprendizaje. En la investigación (o estudios o proyectos de estudiantes) las contribuciones del cliente en términos de tiempo, esfuerzo, respuestas o hasta espacio de escritorio en una institución, deberían tener alguna recompensa: una copia del documento, un informe final de la experiencia, o por lo menos unas "gracias" sinceras. Algunas de las experiencias de aprendizaje más innovadoras con ayuda del cliente han procedido directamente de lo que han sido preocupaciones de los estudiantes.

Filipinos que vivían en un hotel ruinoso recibieron servicios de salud inesperados cuando algunos estudiantes instalaron un consultorio en el vestíbulo. Los proyectos a pequeña escala pueden servir de piloto a otros mayores o incluso a protocolos de solicitud de fondos destinados a mejorar la prestación de servicios al cliente. Los estudiantes encuentran que tales proyectos son mucho más estimulantes que los ejercicios académicos de rutina, porque ven la realidad en acción dentro de las complejidades de un proyecto comunitario real.

Certificación, licencia y credencial

Parece que en el contenido que va a someter a prueba la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos de Norte América (ANA), está implícito que la enfermería en salud comunitaria seguirá siendo un campo generalista de enfermería. El folleto de 1974, *Certificado de enfermería de salud comunitaria* describe el procedimiento y declara que "El examen está concebido para identificar contenidos relevantes a la prestación de cuidados directos al paciente en todas las áreas de la enfermería de salud comunitaria" (ANA 1974:4). Las áreas de contenido que comprenderá la prueba incluyen lo siguiente:

- Proceso de cambio.
- Epidemiología.
- Prevención de enfermedades (primaria, secundaria, terciaria).
- Poblaciones en riesgo.
- Rehabilitación.
- Consideraciones ecológicas.
- Consideraciones económicas y culturales.
- Principios y teorías de la estructura del poder (legislativo, político, de decisión).
- Proceso de grupo.
- Dinámica de la familia y de la comunidad.
- Coordinación y continuidad de la atención.
- Educación para la salud y la seguridad.
- Problemas sociales y de la salud.
- Planificación de la atención de la salud con el paciente, la familia y la comunidad.
- Promoción de la salud y conservación de la salud.

(ANA 1974:4)

Se necesitará de documentación suplementaria en estudios de casos del área de especialización del candidato, un informe para ilustrar la innovación o la iniciativa de mejoramiento de la prestación de servicios de salud, y tres referencias evaluativas de otras personas.

Tanto la licencia como el certificado han sido históricamente esfuerzos por

alcanzar reconocimiento público. Gran parte del impulso, a principios de siglo, para establecer criterios para uniformar la licencia que se otorga a la enfermera para ejercer, se originó en intentos de proteger al público estableciendo estándares mínimos. La premisa era que la posesión de una licencia o certificado estatal asegura que quien la tenga está capacitada para ejercer su oficio con idoneidad. Hay muchos fundamentos para dudar de esa suposición. Una de nuestras colegas llegó de la peluquería al trabajo con el pelo verde, obra de un peluquero que tenía licencia para ejercer, ¿tal vez el hecho de que a ella aun le quedaba pelo era prueba de que el peluquero era idóneo? ¿En ocupaciones más vitales, como la enfermería, no constituir una amenaza es el único control de calidad que queríamos tener garantizado? En sólo unas pocas áreas, y entre éstas no se cuenta aún la enfermería, se ha intentado en alguna medida hacer provisión para controlar la observancia constante de por lo menos esa norma. En la mayoría de los estados se exige a los conductores de automóviles repetir los exámenes a intervalos, y los ancianos a menudo tienen que demostrar que aún son capaces de desempeñarse según estándares mínimos debido a sus posibles fallas. Sin embargo, la licencia de la enfermera puede seguir vigente toda una vida sin volver a presentar examen, demostrar que ha recibido educación continuada o siquiera que ha ejercido regularmente en alguna medida. En épocas en que los conocimientos son explosivamente cambiantes, es difícil imaginar un examen estandarizado que pueda demostrar cuán actualizada está la persona. Yo aprobé un examen de enfermería para ingresar al servicio civil que todavía preguntaba cosas sobre la vacuna Salk contra la poliomielitis. Todo el que haya presentado últimamente el examen de la Junta Estatal sabe de qué estamos hablando.

Las organizaciones profesionales hacen esfuerzos por establecer niveles superiores de certificación para promover algún grado particular de excelencia. Es de creer que no todos pasan estos exámenes, de modo que es claro que un certificado tal está concebido para que sea el perro guardián que mantenga un guarismo razonable de profesionales y que éstas sobrepasen cierto nivel mínimo de calidad. No obstante, lo que comienza por ser protección del público suele terminar en protección del profesional. La licencia médica, por ejemplo, ha sido interpretada como un modo de excluir a los profesionales que no se resignan al enfoque único de adiestramiento y ejercicio que apoya el establecimiento médico. Las educadoras en enfermería han tenido tendencia a insistir en que la educación superior tiene que ser la única ruta hacia la especialización avanzada; el servicio de enfermería ha sido igualmente firme al imponer la práctica como requisito previo. La naturaleza del compromiso sugiere que la modalidad final terminará siendo cierta mezcla de las dos. Quizás podríamos complicar estas reflexiones sugiriendo que bien podría haber muchas rutas hacia la excelencia, sin tener que mezclar los diversos componentes.

Otra forma de otorgar la credencial consiste en la aprobación oficial de las escuelas ya sea por el Estado o por las organizaciones profesionales, en nuestro

caso, la Liga Nacional Pro-Enfermería. Equipos especialmente designados van a intervalos regulares a cada escuela de enfermería y consideran una amplia gama de factores que miden claramente el grado hasta el cual la escuela supera los instrumentos mínimos que se esperan de tales instituciones. ¿Cuántos profesores hay por cada cuántos estudiantes? ¿Qué proporción de graduadas aprueban los exámenes estatales? ¿Hasta dónde responde el programa a la filosofía y objetivos declarados? ¿Tiene recursos apropiados, biblioteca, aulas, etc., al servicio de los estudiantes? Hay infinidad de preguntas.

Las tres clases de evaluación: licencia, certificado y credencial tienen criterios objetivos en los cuales se basa el análisis final. Pero en consideración al tiempo que cuesta crear y estandarizar las pruebas y otros instrumentos de evaluación, es difícil imaginar a alguien quien pueda mantenerse al paso de los cambios en su campo. Por cuanto la Liga Nacional Pro-Enfermería así como la ANA tienen en cuenta las innovaciones, sería de preguntarse cómo es que se hace para medir éstas. Se ha negado aprobación a individuos y programas porque eran demasiado innovadores según los criterios utilizados. En vista del tiempo que se requiere para crear el instrumento de evaluación, estos innovadores pueden estar en contacto con las actuales necesidades más de lo que lo están las evaluaciones.

Antes de dejar el tema de la licencia, hay otra cuestión de la cual tenemos que precavernos todas. Aunque tenemos muchas dudas sobre los valores de la licencia individual, esta plantea mucho menos problemas que la propuesta de licencia institucional. Este plan, respaldado por muchos administradores de instituciones, eliminaría todas las licencias del personal de salud que esté por debajo del nivel de los médicos (naturalmente) y haría responsable de las funciones de sus empleados a la institución que los adiestre o emplee. Por lo menos, con la licencia individual ocurre que la persona la lleva consigo dondequiera que vaya, y la obtuvo por el rendimiento que logró en exámenes de competencia con procedimientos de evaluación que tiene como base criterios desarrollados dentro de la propia profesión. La licencia institucional le impediría a enfermería participar autónomamente en la toma de decisiones y nos colocaría en una relación de dependencia respecto de la institución en que trabajemos. El personal de salud ya no tendría la libertad de llevar consigo su licencia como pasaporte. Los administradores de hospitales pueden realmente ver en esto una solución a sus problemas de renuncias del personal. Consideramos la licencia institucional como un claro peligro para el desarrollo de cualquier medida de independencia profesional y como un regreso al papel de asistenta que hemos estado tratando de sacudirnos de encima. Damos de que esta forma de licencia proteja siquiera al público de prácticas inseguras; no tenemos dudas de que extinguirá todo vislumbre de creatividad e innovación en enfermería.

El ejercicio de la enfermería camina hacia la liberación

El movimiento creciente de las enfermeras de salud comunitaria hacia los

roles de la especialista clínica es una tendencia que indudablemente va a continuar por algún tiempo. Son cada vez más las enfermeras que sienten que la sola educación básica de enfermería es obviamente inadecuada para servir de base al ejercicio profesional de cualquier clase, mucho menos a uno que requiere alto nivel de pericia. Anteriormente, el desarrollo de conocimientos especializados de enfermería no logró obtener el reconocimiento de la élite médica. Hemos tratado de delimitar un sinnúmero de áreas especiales para proclamar una pericia independiente. Nuestra destreza para manejar aspectos psicológicos de la atención al paciente y la familia eran causa triunfante hace unos cuantos decenios. Las contribuciones socioculturales a cuestiones de atención de la salud ocuparon nuestra atención en el último decenio. Los cuidados primarios son la consigna de esta temporada.

Mientras la especialización avanzada en enfermería se efectúe dentro de instituciones controladas por la actual estructura de poder, el que una enfermera alcance reconocimiento dependerá mucho más de su carisma personal que de la idoneidad efectiva. Casi todas las enfermeras están conscientes de la pequeña medida en que pueden emplear su pleno potencial.

Durante mucho tiempo los activistas de las comunidades han instado a las enfermeras a que busquen apoyo en sus clientes, y algunas de nosotras estamos comenzando a ver lo provechoso que es esto. El ejercicio en un escenario cuyo foco central es la comunidad, demostrará que el usuario hace legítimo el nuevo papel de la enfermera en formas que muchos médicos jamás consiguen. La aceptación se ha puesto de manifiesto por el hecho de que los clientes utilizan sus servicios con conocimientos de causa, los pagan, expresan su satisfacción por la calidad de los cuidados, y vuelven a emplear de nuevo sus servicios. Algunos en realidad plantean problemas al preferir abiertamente una profesional de enfermería al médico que ha sido su preceptor.

A medida que las compañías de seguros empiecen a ver que las enfermeras son capaces de realizar ciertos procedimientos médicos, bien pronto se darán cuenta de que ellas cuestan menos que los médicos. Y empezarán a pagar honorarios de enfermera en lugar de honorarios médicos, los cuales son más altos. Cuando los médicos ya no sean remunerados por un servicio, dejarán de suministrarlo. Esto puede parecer solamente otra teoría económica ingenua, pero probablemente es de mayor influencia que la que jamás tendrán todos los grupos interdisciplinarios de trabajo que se ocupan de legislar el ejercicio de la especialista clínica.

Cuando enfermería no era más que una de las dos ocupaciones respetables para las mujeres, nuestra profesión tuvo un gran número de miembros dinámicos y activos. Tras un período de relativa resignación, la conjunción de una mayor idoneidad profesional con el surgir del movimiento femenino ha comenzado a devolvernos cierta consciencia de nuestra propia fuerza potencial. Muchas feministas activas muestran mucho desdén por la enfermería considerándola poca cosa como profesión para las mujeres. Incluso algunas de nuestras enfermeras más

militantes se desesperan de que el grupo entero no se levante con un solo propósito. Hay una conciencia creciente de que nada se consigue con esperar a que haya alguien quien reconozca nuestro mérito; que no valdrá ofrecer justificaciones serenas y racionales de nuestra valía como colaboradoras para que se nos escuche. Como otros grupos organizadores, algunas de nosotras hemos empezado a exigir nuestro derecho a participar en las decisiones que nos afectan a nosotras y a nuestros clientes. Aún cuando no constituimos una profesión totalmente femenina, los vínculos entre la enfermería y el movimiento de las mujeres son tan oportunos como esenciales. Wilma Scott Heide, presidenta de la Organización Nacional de Mujeres en 1974, y ella misma enfermera, se dirigió a la convención nacional de la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos de Norte América ese año con una exhortación apropiada para las mujeres y para las enfermeras, diciendo que "tenemos que salir de la barraca, del rincón, de atrás, de la oscuridad".

INDICE

- Aborto, 51
- Aceptación profesional, 213-214
- Adaptación,
 - definición de, 56
 - proceso de, 258, 260
- Administración, 314
 - tareas de la, 315-316, 318
 - indicaciones útiles sobre, 317
- Administradora, 322-325
 - toma de decisiones de la, 319
 - regla fundamental para la, 320
 - relaciones del empleado con la, 320-322
- Administrativo (as),
 - proceso, 314
 - prescripciones, 320
- Adrenalina, 260
- Adultos, educación sanitaria para, 136
- Agentes patógenos, distribución de, 120
- Alternativas, evaluación de, 50
- Altshuler, Alan, 347
- Ambiente,
 - definición de, 57
 - exploración del, 317
- Análisis cualitativos y cuantitativos, 12
- Aprendizaje, 313-314
- Aronsen, Elliot, 70
- Asociación,
 - de enfermeros de los Estados Unidos ANA, 163, 367, 369
 - propósitos de la, 163
 - de cardiología, 164
 - estadounidense para la planificación sanitaria global, 332
- Audy, J. Ralph, 261
- Autoridad,
 - estructura de, 301
 - red de, 300
- Bailey, Richard M., 185
- Banathy, Bela H., 5, 33
- Bedsonia, 115-116
- Bello, Teresa, 162
- Benveniste, Guy, 159
- Berne, Eric, 166
- Biddle, William, 346-347
- Blauner, Robert, 246
- Blum, Henrik L., 23, 25
- Blumer, Herbert, 63, 64
- Bower, Eli M., 263
- Boyle, Joydeen S., 353
- Caja negra, definición de, 56
- Cambio, 364
- Cáncer, 136, 330, 363
- Capital, 176-177
- Cater, Douglas, 163
- Causación múltiple, 126
- Centralización, definición de, 56
- Cibernación, definición de, 56
- Cliente (s),
 - dilemas de la atención hacia el, 359
 - educación de los, 130
 - enfermera,
 - comunicación, 278
 - contrato, 282
 - enseñanza al, 291-292
 - influencias sobre la participación del, 39
 - sistemas de apoyo al, 292
- Comuna (s),
 - las enfermeras de educación para la salud en las, 140
 - trabajo de las enfermeras en las, 140
 - visita a la, 78-81
- Comunicación entre el profesional y el cliente, 130
- Comunidad (es), 18
 - conciencia de lo que es, 226-228
 - definición de, 18-19
 - emocionales, 18-20
 - estructurales, 20-22
 - funcionales, 23-24
 - necesidades de salud de la, 338
 - organización de la, 338, 348, 350-351
 - organizadores de la, 346-347
 - penetración de la, 203-206
 - problemas de la, 365
 - profesional,
 - equipo de, 141
 - resultado de las actividades en la, 344
 - ubicación de enfermeras en una, 207-209
- Condiciones médicas, recursos de, 193
- Consecuencias, definición de, 56
- Consultor, 339, 341, 346
- Consultorios, ambulatorio, XV
- Contacto,
 - directo, 125
 - indirecto, 126
- Control, definición de, 56
- Criterios, 167-168
- Cuestionarios, 92-93

- Chicano, 249
- China, control de enfermedades en la, 141
- Churchman, 35
- Datos, análisis de, 62, 63, 90-92
- Decisión (es),
 - matriz para la, 166
 - tipos de participación en la toma de, 168-171
 - toma de, 164
- Demanda,
 - artificial, 179
 - elástica, 178
 - elasticidad de la, 178
 - elasticidad unitaria de la, 178
 - oferta y, 177
- Demografía, 125
- Departamento de agricultura, 194
- Diabetes, tratamiento de la, 149-150
- Dietas, consejos sobre las, 162
- Diferenciación, definición de, 57
- Drogas, educación sobre, 140
- Economía, definición de, 173
- Educación sanitaria,
 - global,
 - componentes de la, 302
 - modelo de, 142
 - modelo del plan tradicional de, 139
- Egreso, definición de, 58
- ELA, 338-339, 343-344, 350
 - organizador de la comunidad de, 346
- Empleados,
 - medidas disciplinarias de los, 322-325
 - trato con los, 320
- Enfermedad (es),
 - categoría específica de, 234
 - causas de, 227
 - estudio epidemiológico de los, 114-116, 118
 - venéreas, 143-146
- Enfermera (s), 353
 - comunidad, relación, 337
 - en salud comunitaria,
 - actividades de las, 4
 - destrezas de la, 337
 - enseñanza de la, 49
 - funciones de las, 6, 30
 - lugar donde ejerce la, 236
 - papeles de la, 277-278
 - participación de la, 338
 - vinculada a los sistemas, 238
 - licencia de la, 368-369
- Enfermería, 3
 - áreas de ejercicio de la, 299
 - en salud comunitaria,
 - áreas para enseñar la, 7-8, 367
 - características de la, 5
 - categorías de población y, 235
 - certificado de, 367
 - conceptos de la, 7
 - definición de, 3
 - los grupos oprimidos y la, 245
 - preparación para la, 7
 - un continuum de cuidados en la, 287, 288
- en salud pública, 228
- escolar, 300-301, 308, 310
 - eficacia de la, 305
 - extensión de los servicios por medio de la, 307
 - flujo del servicio de, 304
 - servicio de, 303
 - tendencias y debates sobre, 307
 - investigaciones en, 77, 78
 - lema de, 249
 - ocupacional, 300
 - roles de, 266-268
 - servicios de, 305
 - utilización selectiva de los servicios de, 304
- Enseñar, aprender lo suficiente para, 151-152
- Epidemia, 126
- Epidemiología, 261
 - definición de, 111, 124, 261
 - en acción, 217
- Equifinalidad, definición de, 57
- Escala,
 - del método, 40
 - del objetivo, 40
 - del tiempo, 38-40
- Escuela (s),
 - definición de, 300
 - educación para la salud en las, 134, 135
- ESMC, 255, 257
 - ejercicio de la, 263, 264
- Especialista(s) clínica(s), 230-231, 362
 - preparación de la, 238-240
 - roles de las, 370
- Estudios,
 - de caso, 125
 - de cohorte, 125
 - de intervención, 126
 - experimentales, 126
 - no experimentales, 126
- Evaluación, tres clases de, 369
- Familia,
 - administración de la, 38
 - consideraciones del medio de una, 35-36
 - el niño y la, 303
 - funcionamiento de la, 35

- modelo de sistema abierto en una, 31-32
 - subsistemas de la, 37
- Fox, David J., 82
- Freire, Paulo, 244
- Galbraith, John Kenneth, 176
- Gama-globulina, 128
- Genética, 25-26
- Ghetto, 329
- Glaser, Barnie G., 13
- Gonococos y bedsonias, distribución de organismos, 121
- Gonorrea, 114
- Grupos,
 - de trabajo, metas de los, 339-342
 - por interés, definición de, 162-164
- Guillain-Barré, síndrome de, 274-276
- Heide, Wilma Scott, 371
- Heilbroner, Robert L., 175
- Hepatitis, 127-129
- Herpes, 115
- Hipótesis, formulación de, 90
- Hogar,
 - análisis del, 288-289
 - evaluación del, 288
- Hospital (es),
 - descentralización de, XVI
 - rurales, 195
- Humphrey, Hubert H., 164
- Infecciones genitales, 113
 - bedsonia, 115, 116
 - gonorrea, 114
 - herpes, 115
 - sífilis, 114, 115
 - tricomoniasis, 115
- Insumo, definición de, 57
- Interacción cliente-enfermera, 4, 67, 280-281, 289-290
- Interaccionismo simbólico, 65-69, 71-72
 - definición de, 62
- Investigación, 77-78, 83-86,
 - evaluación e, 268
 - experimental, 12
 - métodos principales de, 12
 - no experimental, 12-13
 - problemas de la, 82
 - proceso de la, 82-83
 - proyecto de, 83
 - riesgos de la, 101, 103
- Jourard, S. M., 279
- Kennedy, Edward M., 164
- Kent, James, 352
- Keyes, Ralph, 19, 21
- Lawton, Edith B., 288
- Lealtad, 162, 361
- Lee, Phillip, 163
- Legitimidad, desarrollo de, 214-215
- Levi, Lennart, 259-260
- Lewis, Oscar, 90
- Límites, definición de, 56
- Lindesmith, A. R., 65
- Lugareño, definición de, 339
- Magnuson, Warren G., 164
- Manipulación, poder de, 161
- Matriz de decisión, 168-169
- May, Rollo, 161
- McGee, Richard, 268
- Mead, George, 62
- Mendelson, Mary A., 164
- Mercadeo, sistema de, 175
- Mortalidad, tasas de, 125
- Muir, John, 262
- Nader, Ralph, 164
- Natalidad, 125
- Necesidades, 47-50
- Nivel funcional óptimo (NFO), 1, 4, 7, 17, 25, 27, 41, 44, 51
- Novack, Michael, 159
- Nutrición, 276
- Poder. nutriente, 162
- Obesidad, grupos de, 256, 258
- Objetivos,
 - planeación y, 44
 - precursores o predominantes, 42
 - redefinición de, 51
- Observación participante, definición de, 66
- Opresión, 24, 243
- Optimización, definición de, 57
- Organización (es),
 - administración y, 314
 - como comunidades, 22
 - valores en las, 43
- Papeles de las enfermeras de salud comunitaria, 9-11
- Penicilina, 48, 141
- Perspectiva profesional, 140
- Pierce, Chester, 246
- Plan, 52
- Planeación,
 - ciclos de, 53
 - proceso de, 41
 - etapas del, 42
- Planificación, 329-330
 - participación de la enfermera en la, 327, 334

- comunitaria, 328
- participación de la comunidad en la, 330
- educación formal en, 331
- de la planta física, 333
- decisión y, 334-335
- Poder,
 - clases de, 161
 - carismático, 161
 - racional, 160
 - tradicional, 160
 - definición de, 160
 - luchas por, 361
- Política,
 - definición de, 159
 - local, 217
- Prevención, niveles de, 264
- Profesional, definición de, 339
- Programa (s),
 - de residencia de Verano, 198-200
 - específicos, 200-203
- Proveedor, 316
- Racismo, 244
- Reciprocidad, 262
- Relación enfermera-cliente, 30
- Rendimiento, 58
- Respaldo financiero, obtención de, 215-217
- Retroalimentación, definición de, 57
- Rol (es), 363
 - estrategias laborales y, 306
- Ross, Murray G., 21, 38
- Ryan, William, 244
- Salud, 25, 342-343
 - asesoría en asuntos de, 303
 - comunitaria, organismos de, 6
 - educación para la, 304
 - escolar, 303
 - modelos de educación para la, 138
 - pública, 3
 - supervisión de la, 303
- Segregación progresiva, 58
- Servicios de salud, usuario de, 281-282
- Sífilis, 114-115
- Síndrome de adaptación general, 259
- Sistema (s), 5, 30, 31
 - abierto en una comunidad modelo de, 57, 172
 - análisis de, 262
 - aspectos principales de un, 5
 - cerrado, definición de, 56
 - familiar, análisis de un, 34
 - políticos, modelo de un, 171
- Sistematización progresiva, 58
- Situación estable, definición de, 58
- Situaciones de salud, análisis de la capacidad de la familia para enfrentar, 284-286
- Smith, Adam, 177
- Strauss, Anselm L., 13, 65
- Stress, 259-261
- Subsistemas, definición de, 58
- Suicidio, 135
- Tasa,
 - de incidencia, 110, 125
 - de letalidad, 125
 - de mortalidad, 125
 - de prevalencia, 110, 124
- Terkel, Studs, 90
- Términos económicos,
 - análisis de costo-beneficio, 182-185
 - capital, 176-177
 - costos,
 - clases de, 179-180
 - demandas artificiales, 179
 - demandas elásticas, 179
 - elasticidad unitaria de la demanda, 178
 - impuestos, 186
 - índice de precios al usuario, 180-184
 - ley de los rendimientos decrecientes, 181
 - marginalidad, 181
 - oferta y demanda, 177
 - utilidad, 182
- Territorio profesional, 213
- Toffler, Alvin, 19, 21
- Tradición, 175, 361
- Tricomoniasis, 115
- Utopía, 46, 47
- Valoración, 45
 - inicial, 42, 44
- Valores,
 - de las enfermeras, 43
 - normativos, 46, 47
- Vigilancia o auditoría, 316
- Voluntarias,
 - servicios de las, 335
 - intereses creados de las, 335
- Wald, Lillian, 297
- Weber, Max, 160
- White, E. B., 99
- Winslow, C. E. A., 3

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de enfermería de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes.