

UNIDAD CURRICULAR

1 DESCRIPCIÓN UNIDAD CURRICULAR (UC)

Denominación UC	Enfermería Comunitaria					
Área de Conocimiento	Disciplinar de enfermería					
Ciclo	Tercer ciclo: Gestión de cuidados intra y extrahospitalarios					
Fecha de vigencia	2022-2023					
Departamento- Unidad Coordinadora	Enfermería comunitaria					
Responsables	Docentes del Departamento					
Año que se imparte	Cuarto año					
Semestre que se imparte	Octavo					
Número de Créditos	20					
Número de Horas	Totales	200	Teóricas	60	Prácticas	140
Observaciones						

2 CONOCIMIENTOS PREVIOS REQUERIDOS

PREVIAS REGLAMENTARIAS	Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría Administración de los Servicios de Salud
PREVIAS SUGERIDAS	Ciencias Sociales aplicadas al campo de la salud Herramientas Metodológicas

3 CARACTERÍSTICAS DE LA UC

BASES CONCEPTUALES

El curso de Enfermería Comunitaria pretende profundizar en el conocimiento de la Salud Comunitaria, programación en salud y en las funciones y actividades que desempeña Enfermería Comunitaria para la atención de personas, familias y grupos de población con enfoque familiar y comunitario.

Para ello es necesario partir del concepto de Ser Humano: los seres humanos somos integrales, en relación dialéctica con el medio transformadores de la realidad. Somos históricos y generamos conocimiento acerca de nosotros y de la realidad para transformarla con el fin de satisfacer nuestras necesidades (San Martín, 1989)

La salud, la enfermedad y la muerte de los grupos humanos, antes y ahora, no pueden explicarse ni entenderse al margen del ambiente natural y de las sociedades, en los cuales ocurren estos fenómenos, ya que la naturaleza del ser humano ha sido y es sociocultural e histórica, es decir, en evolución permanente.

Es importante tener presente el modelo de determinación social. Este constituye un enfoque complejo que pone centro en el modelo capitalista de producción, no habla solo de los factores sociales aislándolos e interrelacionándolos unos con otros, sino de un sistema que acumula bienes sin freno, que trae sus consecuencias para el ambiente y el ser humano, por abuso y destrucción de los recursos naturales. La vida inmersa en esta lógica genera modos de vida acordes al modo de producción, por lo tanto, consecuencias para la salud. El modelo de producción capitalista es patogénico, con sus procesos productivos y la desigualdad social que genera, quedando lo biológico sublimado a lo social. A su vez los sujetos quedan presos de los modos y condiciones de vida impuestas por la sociedad y las relaciones de poder, que conlleva a la dinámica de acumulación de capital como elemento fundamental para entender la determinación social del proceso salud enfermedad. (Breilh, 2013)

El marco conceptual del SNIS adopta el concepto de salud de Villar y Capote que la define como:

“...una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el

cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”. (Poder Ejecutivo, 2007, p.2)

En este proceso, el ser humano “puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud – enfermedad en que se encuentre.” La salud es un derecho humano que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos (Facultad de Enfermería, 1993). El ejercicio del derecho a la Salud se relaciona no sólo con el acceso a la atención a la salud, sino también a las condiciones de vida.

El abordaje de las situaciones de salud-enfermedad se realiza desde las perspectivas de derechos, diversidad (desde múltiples puntos de vista,

como étnico, cultural y sexual, entre otros), género y generaciones.

A su vez, se identifica como relevante la perspectiva de

interseccionalidad, que parte de la premisa de que las diversas formas de discriminación no actúan independientemente, sino que se interrelacionan conformando un sistema (Expósito, 2012).

La formación de los recursos humanos debe corresponder con las necesidades de salud a nivel nacional y regional. Es necesario un recurso humano enfermero que privilegie la atención integral. Esto implica acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, actuando sobre factores de riesgo y fomentando los factores

protectores, contribuyendo en el diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento, así como actuar en la recuperación, en la rehabilitación de

secuelas y en los cuidados al usuario crónico así como cuidados paliativos. Es decir, para un sistema de salud basado en la estrategia de la Atención Primaria, reconociéndola como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Por esta razón, la propuesta de renovación de la APS se basa en la transformación de los sistemas sanitarios.

En este contexto, el sistema de salud retoma la APS, donde se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (OPS, 2007). Dentro del primer nivel de atención, uno de sus ejes estratégicos para el cambio de modelo de atención son las políticas de formación de los recursos humanos (OPS, 2011).

El modelo actual de salud producto de la reforma, da un marco normativo al ejercicio del profesional de enfermería. Esta realidad exige de “un profesional con formación generalista que promueva el desarrollo de capacidades, habilidades cognitivas y prácticas para el cuidado enfermero en los diferentes grupos etarios, considerando las respuestas humanas a los procesos biopsicosociales y sus alteraciones, así como las terapéuticas holísticas para el bienestar de la persona y los colectivos, en los contextos sociales. La enfermería es una disciplina que esencialmente cuida.” (FENF, 2014, página)

“Efectivamente, la enfermería es una profesión de las ciencias de la salud, cuyo objeto de estudio es el cuidado de enfermería a personas, familias, comunidades y entornos. Su accionar es valorar, diagnosticar y actuar dentro del área de sus competencias sobre las respuestas individuales y colectivas a las circunstancias del proceso salud enfermedad. Aplica la lógica del método científico en su área de competencia, teniendo en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para contribuir a una mejor calidad de vida y de salud, y la optimización de los servicios de enfermería para garantizar la calidad y la excelencia.” (Mazarrasa, Sánchez, Germán, et al, 2003, página)

Entendemos que la disciplina de enfermería comunitaria es aquella desarrollada por profesionales responsables “que, investigando junto con la población, conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde las personas viven, trabajan, estudian, se relacionan o en las instituciones de salud cuando fuera preciso. Desde una concepción del/la profesional de enfermería como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación y gestión, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.” (Dpto. de Enfermería Comunitaria, 2016, página 1)

Si bien tomamos elementos de diversos modelos enfermeros, nos basamos principalmente en los de Leininger y Watson para el desarrollo de nuestra práctica profesional. “Leininger ha estudiado en diversas culturas la manera en que se imparten los cuidados: «la enfermería es un aprendizaje humanístico, un arte y una ciencia... dirigido hacia la promoción y mantenimiento de la salud, o recuperación de la enfermedad, la cual tiene implicaciones físicas, psicoculturales y significados sociales»” (Leininger, 1984; citado por Mazarrasa et al, 2003,p. 1372).

En cuanto a la teoría de Watson, reconoce la dimensión espiritual de la vida de los seres humanos, “y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Los cuidados holísticos promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma” (Marriner-Tomey, 2007, página)

Coincidimos con Colière (1993) en que “el objeto de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir y existir” (página 22)

“La orientación familiar y comunitaria en la renovación de atención primaria de salud (APS) es uno de los componentes del sistema de salud basado en APS. Lo que supone que la atención no descansa exclusivamente en el análisis de las situaciones desde una perspectiva individual o clínica. La visión de la salud pública toma elementos de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y/o fortalezas y decidir el orden de prioridades de las intervenciones, siendo estos

	elementos los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema” (OPS, 2007). “Los modelos de atención en salud familiar en la región marcan una tendencia en varios países, donde se toman como ejemplo para desarrollar estrategias tácticas y operativas en las políticas de salud. El abordaje familiar es un aspecto de interés que en Uruguay ha influido en planes y programas de políticas sociales y de salud. Se espera que la integración del enfoque familiar en las políticas sociales, específicamente en salud, aporte una visión hacia una atención integral” (Carrillo, 2014). La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes en equipo interdisciplinario y en coordinación con otros sectores. La Ley 18.211 en el artículo 36 establece que “las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.” De la Revilla define al equipo de salud como “un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad en que actúan.” El abordaje en equipo no solo fortalece los resultados, también es un espacio de intercambio de saberes que contribuye a una cultura de trabajo interactiva, fortaleciendo la continuidad y seguimiento del cuidado, la racionalidad de recursos y tiempos, ampliar cobertura. El propio proceso de trabajo contribuye a la consolidación del modelo de atención Del mismo modo que la interdisciplina es fundamental para la atención integral de salud, la intersectorialidad o trabajo en redes lo es para el abordaje de la salud colectiva. Como se ha mencionado no es suficiente la intervención de los profesionales de salud para atender los problemas o necesidades de la población. Con relación al proceso de enseñanza-aprendizaje, el nuevo Plan de Estudios persigue la formación integral del estudiante. “Se parte de un modelo pedagógico centrado en la construcción del conocimiento, que jerarquice los procesos de enseñanza y de aprendizaje en torno a situaciones reales propias de la disciplina, que promuevan los procesos de reflexión, y que permita al estudiante poseer una actitud crítica y autónoma, orientado a los aprendizajes significativos y vinculados a la realidad de la asistencia de enfermería de calidad a la población”. (FENF, 2014, página)		
OBJETIVO GENERAL	Implementar los cuidados de Enfermería a personas, familias y grupos de una población, fomentando la participación de los propios involucrados, incorporando aspectos conceptuales de la Salud Comunitaria y de la programación en salud.		
OBJETIVOS RELACIONADOS AL PERFIL DE EGRESO	1. Conceptualizar y aplicar la Enfermería Comunitaria como área de actuación de enfermería profesional. 2. Analizar los principios y métodos que se aplican en la Salud Comunitaria. 3. Identificar y aplicar herramientas metodológicas del trabajo en el (PNA) 4. Aproximarse al desarrollo de las funciones y actividades de la/el Licenciada/o en Enfermería en el Primer Nivel de Atención (PNA). 5. Aplicar algunos elementos de la planificación en salud a la práctica en el PNA.		
UNIDADES DE APRENDIZAJE		CRÉDITOS	20

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	Se espera que el estudiante logre: • Integrar la conceptualización de la Enfermería Comunitaria como área de actuación de la Enfermería profesional. • Analizar los principios y métodos que se aplican en la Salud Comunitaria. • Identificar y aplicar las herramientas metodológicas del trabajo en el PNA. • Identificar las funciones y actividades de la/el Licenciada/o en Enfermería en el primer nivel de Atención. • Analizar la situación de S-E encontrada desde una perspectiva de determinación social. • Conceptualizar y aplicar la planificación en salud para la atención de las personas, familias y grupos, con enfoque de Gestión de cuidados.
----------------------------------	---

4 CONTENIDOS

DESCRIPCIÓN GENERAL CONTENIDOS	En este curso se profundiza en: el conocimiento de la salud familiar y comunitaria, la planificación en salud y en las funciones y actividades que desempeña la enfermería comunitaria para la atención de personas, familias y grupos de población. En la experiencia práctica el estudiante se inserta en un servicio de salud del Primer Nivel de Atención, se integra al equipo de salud y elabora un plan de cuidado, asumiendo la atención de enfermería a la población destinataria.
PROGRAMA ANALÍTICO	Unidad I – Bases conceptuales para el trabajo de la enfermería comunitaria en el PNA. Unidad temática II – Cuidados de Enfermería con enfoque familiar. Unidad temática III - Enfoque y herramientas metodológicas para el trabajo comunitario. Unidad temática IV - Planificación sanitaria y gestión de cuidado en el PNA Unidad temática V - Cuidados de Enfermería a lo largo de la vida.

5 MODALIDADES DE ENSEÑANZA

MODALIDAD DICTADO	Teórico – Práctico, semipresencial.
--------------------------	-------------------------------------

6 METODOLOGÍAS DE ENSEÑANZA

Los contenidos teóricos se desarrollarán con modalidad semipresencial. Dentro de la modalidad presencial, se abordarán los temas sustantivos del curso, con metodología expositiva o de taller, favoreciendo la participación de los estudiantes.

Para la modalidad virtual contarán en la Plataforma EVA con material de estudio, cuestionario para la guía de lectura, foros de consulta e intercambio. Se estimulará la participación, el intercambio de experiencias a través de los foros y el estudio de los aspectos teóricos.

La experiencia práctica se desarrollará en servicios del PNA, con una docente referente (relación docente estudiante: 1/12). Dentro del desarrollo de la práctica se darán instancias de reflexión y discusión de experiencias mediante espacios de tutorías docentes y seminarios.

7 MODALIDADES Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN

DURANTE EL DICTADO	La evaluación se realizará con autoevaluaciones en EVA, cuestionarios, parciales, participación en talleres, seminarios, espacio de tutorías y valoración de la experiencia práctica. La acreditación se realizará a través de dos instancias: el desempeño práctico y la prueba escrita individual. 1-. Evaluación del desempeño práctico: 60% 2.-Evaluación de los aspectos teóricos: 40%
TIPO DE EXAMINACIÓN	Examen en forma teórico y práctico

8 BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Ayuso, D Tejedor, L. Serrano, A (2015) Enfermería Familiar y Comunitaria. España: Diaz Santos
- Barrenechea, C. y col. (2009). Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el trabajo en el 1er Nivel de Atención. Montevideo, Uruguay: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Udelar.
- Ramos Calero, E., (2001). Enfermería Comunitaria: Bases teóricas. Madrid, España: DAE
- Ramos Calero, E. (2000). El trabajo en equipo en Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería.
- Roca Roger, M. et al (2011) Enfermería comunitaria: elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Barcelona, España: Monsa/Prayma.
- De la Revilla, Luis., (1994). Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma.
- Etchebarne, L. et al. (2001). Medicina Preventiva y Social. Montevideo, Uruguay: Oficina del Libro FEFMUR.
- Zurro, M. & Jodar, G., (2011) Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona, España: Elsevier.

9 BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- Casado, V. Et al. (2012) Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, España: Panamericana.
- Colomer, C., Álvarez, D., (2008). Promoción de la salud y cambio social. Barcelona, España: Masson.
- López Arellano, O., Escudero, JC et al (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Revista Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 3, - 324 –número 4.
- Fernández, L. y col. (2008). Abordaje teórico-practica en la atención de Enfermería en niños/as y adolescentes. Montevideo, Uruguay: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Udelar
- Frías Osuna, A., (2000). Enfermería Comunitaria. Barcelona, España: Masson.
- Frías Osuna, A., (2006). Salud Pública y educación para la salud. Barcelona, España: Masson.
- Gofin, J. y Gofin, R., (2012) Salud Comunitaria Global: Principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona, España: Masson.
- González, P., Etchebarne, L., Bozzo, E. & Garay, M. (2005). Programación participativa en Salud Comunitaria PROPAS. Montevideo, Uruguay: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Udelar.
- Klainberg, M. y cols. (2001). Enfermería comunitaria: una alianza para la salud. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- López, M., (1994). Atención Domiciliaria. Madrid, España: Interamericana.
- Martínez Riera, JR., (2006). Enfermería en Atención Primaria. Alicante, España: Difusión Avances
- Mazarrasa Alvear, A.; Sánchez Moreno, C.; Germán Bes, C.; Merelles Tormo, A; Aparicio Ramón, V. (2003) Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2da. Ed. España: McGraw-Hill.
- Sierra López, A. (2001). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona, España: Masson.
- Vargas González, W., (2006). Atención primaria de salud de acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José, Costa Rica: EDNASS-CCSS.