



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROPUESTA DE DISEÑO DEL SERVICIO DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA
PARA EL EGRESO DEL PACIENTE: ROL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO TERMINAL
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA
GESTIÓN EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

LIC. EN ENF. ANA CRISTINA PEDRAZA BERNAL

TUTORA ACADÉMICA:

DRA. EN ENF. DANIELIA GÓMEZ TORRES

TUTORES ADJUNTOS:

DRA. EN C.S. MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GARDUÑO

DRA. EN A.D. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO

TOLUCA, MÉXICO NOVIEMBRE 202



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	9
PREGUNTAS CONDUCTORAS.....	10
METODOLOGÍA	11

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 Infraestructura	16
1.2 Normatividad	18
1.3 Políticas de trabajo	19
1.4 Área Física	25
1.5 Recursos tecnológicos.....	28
1.6 Capital humano	31
1.7 Actividades y funciones de enfermería.....	33
1.8 Servicio de transición.....	36

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría de la transición	38
2.2 Metaparadigmas desarrollados en la teoría.....	41
2.3 Transición al egreso del paciente.....	43
2.4 Suplementación del rol.....	46

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1 Universidad de Paraná.....	48
3.2 Complejo Hospitalario de la Universidad Federal de Paraná.....	49
3.3 Servicio de enlace	51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS.....	54
--------------------------------------	----

4.2 Infraestructura específica para el servicio de transición.....	55
4.3 Normatividad del servicio de transición hospitalaria	56
4.4 Políticas del servicio.....	57
4.5 Espacio laboral.....	58
4.6 Recursos tecnológicos.....	60
4.7 Capital humano	61
4.8 Organización del servicio de transición.....	63
4.9 Actividades de capacitación	64
4.10 Comunicación efectiva	65
4.11 Contrareferencia.....	66
PROPUESTA.....	69
CONSIDERACIONES FINALES.....	88
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	90
APÉNDICE.....	102

INTRODUCCIÓN

En el momento que la salud de una persona se ve afectada, y no puede ser atendida de manera domiciliaria, ella debe recibir atención hospitalaria; en este caso, habrá de enfrentar tres momentos a los que deberá adaptarse: el ingreso hospitalario, la permanencia, y el egreso; este estudio aborda el momento de egreso del paciente hospitalizado, periodo en el que el personal de salud realiza intervenciones con la finalidad de favorecer la recuperación o mantenimiento eficaz de la salud.

Estas circunstancias hacen imprescindible la presencia de personal de enfermería que deberá ser responsable de realizar la transición de los pacientes al momento del alta ya sea a su domicilio o incluso a alguna unidad que brinde cuidados especializados, a fin de enlazar a otras especialidades; así, durante el egreso del paciente tanto él como su cuidador primario adquieran las herramientas necesarias para obtener una transición saludable.

El objetivo de este estudio es fundamentar una propuesta para el diseño de un servicio de enfermería que instrumente la etapa de transición hospitalaria ante el egreso del paciente, concibiéndolo como un rol de enfermería. La finalidad de esta investigación ha sido obtener la información necesaria para proponer un servicio de transición hospitalaria, con un enfoque cualitativo-descriptivo, fundamentado por la teoría de Afaf Ibrahim Meleis sobre la transición. El escenario donde se llevó a cabo la recopilación de información fue el complejo hospitalario de la Universidad Federal de Paraná, ya que cuenta con un servicio que realiza esta función; los datos se obtuvieron a través de una guía de entrevista y una guía de observación, en una cédula previamente elaborada de acuerdo con los objetivos del estudio; se entrevistó a las profesionales de enfermería que interactúan directamente en este servicio, lo que permitió conocer el desarrollo de sus funciones y la comunicación que sostienen con el resto del área hospitalaria.

Se utilizó como metodología el estudio de caso, analizando la información obtenida con la técnica cromática, para obtener finalmente las categorías y subcategorías a definir.

El marco ético legal de este estudio se fundamenta en la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en México en su artículo 100 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. En relación con Brasil, país donde se realizó la investigación, se consideraron las leyes y reglamentos vigentes respecto a la confidencialidad de la investigación en salud.

Los marcos que sustentan el estudio son los siguientes:

En el capítulo I se describen los elementos necesarios para el desarrollo de un servicio de transición hospitalaria desde la infraestructura, normatividad, políticas, recursos tecnológicos, capital humano, así como las actividades y funciones de enfermería que se llevan a cabo en el servicio de transición; con la finalidad de determinar las directrices para establecer el servicio en las unidades hospitalarias en México.

En el capítulo II se mencionan las características que definen la Teoría de la Transición de Afaf Ibrahim Meleis, así como su aplicación en el servicio de transición, el cual determina los factores que se involucran para el egreso del paciente en su estancia hospitalaria. Se analiza la teoría que establece que la principal función del personal de enfermería es cuidar en los procesos de transición, originados de procesos ya sea de salud o enfermedad, señalando los cuatro tipos de transiciones: de desarrollo individual; de desarrollo familiar; situacionales; y durante el proceso salud enfermedad, puntualizando la importancia del cuidado y el impacto en los roles de vida.

En el capítulo III se aborda el marco contextual en el cual se describe el espacio donde se llevó a cabo esta investigación, retomando las características principales del complejo universitario, su historia y el desarrollo a través de los años, lo cual la ha convertido en la universidad más antigua de Brasil y un referente educativo, al desempeñar un papel fundamental en el desarrollo socioeconómico y en la calidad de vida de la población de Paraná, mediante el ingreso a la enseñanza y las actividades llevadas a cabo por la sociedad académica a favor de la sociedad brasileña.

En el capítulo IV, constituido por los resultados, se plasman los datos obtenidos en cada una de las entrevistas realizadas, la guía de observación y el video del servicio de enlace, donde se lleva a cabo un análisis exhaustivo, contrastando la información a fin de obtener categorías y subcategorías; además se manifiestan los fundamentos necesarios para la creación del servicio de transición hospitalaria.

De acuerdo con los datos obtenidos se ponen de relieve los elementos necesarios para fundamentar la creación del servicio, resultando indispensable establecer un espacio exclusivo para su implementación, con recursos tecnológicos que permitan generar una comunicación efectiva intra y extrahospitalaria, así como capital humano que lleve a cabo una organización eficiente a través de actividades y funciones que brinden una continuidad de cuidado integral, con énfasis en la capacitación, comunicación y enlace entre los diferentes niveles de atención asistencial.

En conclusión, con base en la información recabada se proponen las características ideales para la creación del servicio, así como las fuentes de información, anexos y apéndices.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el paso del tiempo, el sector salud ha experimentado cambios con la finalidad de responder a las necesidades que demanda la sociedad; por ejemplo, en España, desde los años sesenta, existían unidades destinadas a la recuperación de pacientes crónicos agudizados; si bien no tuvo la estructura deseada, el profesional de enfermería ya establecía estrategias específicas para brindar atención a pacientes con secuelas de enfermedades como diabetes, cardiopatías, enfermedades isquémico vasculares, entre otras.

En 2002 en dicho país se crea el modelo tradicionalmente sociosanitario Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE), el cual ha aportado una nueva atención, orientada hacia las necesidades de las personas, su dependencia, su labor de cuidado; es una nueva filosofía de los cuidados, el cual confirma que el usuario es el centro del sistema sanitario; también aporta una nueva idea de población, de cuidadores, de autocuidado. Jodar, Cadena, Parellada y Martínez (2005) definían a EHE como encargada de garantizar la continuidad de la asistencia, facilitando la coordinación entre niveles asistenciales.

Aun cuando en diversos países se ha trabajado en la creación y fortalecimiento del servicio de la EHE, en México la situación es diferente, todavía no se implementa a través de un servicio específico, sino lo ejecuta en un servicio existente.

El profesional de enfermería que participa en este abordaje interdisciplinar debe distinguir la planificación del alta y la coordinación interniveles, ofreciendo diversas alternativas a los modelos tradicionales de atención para los pacientes dependientes; el papel fundamental del profesional de enfermería ha sido ofrecer una respuesta válida a las necesidades de la población y colaborar, así, al descubrimiento de la verdadera demanda, el liderazgo de todo un proyecto de futuro, con énfasis en el momento de egreso del paciente de la unidad hospitalaria logrando transiciones saludables no solo para él, sino también para su cuidador principal, por ello es de vital importancia aplicar un plan de alta de parte del profesional de enfermería para el momento del egreso hospitalario, pues este describirá las recomendaciones que le

darán seguridad respecto a los cuidados que deben implementar en el hogar (Fernández, 2019: 3).

En Portugal, Knop (2019) define al servicio de EHE como aquel que participa en la identificación de los pacientes que necesitan cuidados post-alta hospitalaria, coordinan la planificación del alta hospitalaria y transfieren las informaciones del paciente para un servicio extra hospitalario, con la finalidad de fortalecer el proceso de transición que el paciente está experimentando y el cual modifica el rol que previamente ocupaba, aplicando un plan de alta que favorezca la atención primaria, ya que permitirá dar continuidad a los cuidados del paciente, evitar complicaciones, reingresos y quejas; ello hace que se disminuya el costo de la atención hospitalaria (Tixtha, 2014: 7).

En el mismo sentido, el personal de enfermería se asegura que los pacientes regresan a casa con el apoyo que necesitan: recursos, y atención de los profesionales de atención primaria quienes llevan a cabo el proceso de transición con éxito (Costa, 2019: 2).

Lo antes expuesto es parte de lo referido por el personal que ha realizado acciones acerca de lo que debe ser un servicio de alta de enfermería, el cual, en coordinación con el paciente y familia, propiciará una rápida recuperación y al mismo tiempo fortalecerá la aceptación del nuevo rol que asumirá el cuidador primario, esto permite mejorar la provisión de apoyos materiales y económicos, así como brindar ayuda en el ámbito emocional y social (González, 2016: 15).

El análisis del modelo de atención actual, sugiere la necesidad de un cambio en la manera de atención, el cual debería ser un cuidado centrado en el paciente, en los valores, la autonomía de los usuarios y las familias. Ante tal perspectiva, el personal de enfermería busca constantemente estrategias que superen los retos y dificultades de gestión; por consecuencia, un servicio de EHE puede brindar servicios tales como educar; comunicar; orientar; ser abogada (o) de los pacientes; agentes de cambios; colaborador; negociador; miembro del equipo y clínica (Aued, 2019: 2). Sin embargo, en nuestro país aún no existen unidades de atención que lleven a cabo servicios de transición, con la coordinación de enfermería. Para lograrlo es necesario fijar con precisión aspectos indispensables: infraestructura, capital humano, normatividad, políticas y recursos tecnológicos, requerimientos del área física, así como las

actividades y/o funciones del personal asignado al servicio, donde el personal de enfermería de transición sea quien integre los componentes y estrategias para la gestión de la continuidad de atención, lo cual implica numerosas acciones que requieren de una actuación multiprofesional, la mayor comprensión de la función de cada uno, y por consiguiente, un sistema de salud integrado que emplee procesos específicos para el logro de objetivos.

Dicho servicio proporcionará, a través de la suplementación del rol, los componentes, procesos y estrategias necesarios para lograr una transición saludable; además, acciones que, relacionadas con el rol facilitador del enfermero para el efectivo cuidado post alta, dan una perspectiva en el ámbito de este proceso de transición asistencial como emergente y susceptible de mejorar (Guzmán, 2020: 29).

A través de este proyecto de investigación se busca saber ¿Cuáles son los elementos requeridos para el diseño de un servicio de transición hospitalaria, que dé continuidad del cuidado al egreso del paciente dentro del rol de enfermería?

JUSTIFICACIÓN

Ante el egreso de un paciente, hoy en día las unidades de salud ofrecen una serie de recomendaciones de manera verbal y escrita, su finalidad es que, al salir de la institución de salud, no solo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades, sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar (Pinzón, 2005; 19). Sin embargo, no se cuenta con un servicio diseñado exprofeso para atender de manera integral, el egreso hospitalario del paciente; por ello, la intención de desarrollar una investigación que ofrezca los elementos necesarios para diseñar e implementar un servicio de transición.

En el mismo sentido, Alonso (2001) señala que las medidas que han coadyuvado a evitar los reingresos hospitalarios son: la aplicación del plan de alta, la educación al paciente, el seguimiento del mismo, y la prevención de iatrogenias durante el ingreso previo, estos elementos fortalecen la reincorporación del individuo a la sociedad y permiten percibir el impacto que tiene la creación de un servicio donde se ejecuten los planes de alta de enfermería especializados y específicos para cada paciente: otra razón importante para llevar a cabo este proyecto de investigación.

En consecuencia, un servicio que brinde atención específica y orientada en el momento del alta del paciente, hará coparticipe del cuidado al cuidador primario, ofreciéndole no solo capacitación y orientación, también el establecimiento de un plan de cuidados específico y personalizado; por ello, se contempla necesario investigar el fundamento para incorporar un servicio de altas que dé respuesta a dichas necesidades.

Si la institución hospitalaria implementa esta función, se logrará evaluar la ejecución de un diseño del servicio de transición que permitirá el crecimiento del profesional de enfermería, incrementando la participación de los derechohabientes, así como del cuidador primario y su familia, en la recuperación rápida del enfermo y su reincorporación a la vida familiar, social y laboral.

El seguimiento del paciente y de las personas encargadas de cuidarlo es fundamental; por ello busca la creación del servicio de alta de enfermería, el cual tiene como objetivo

lograr que los resultados de transición sean los adecuados, que impacten en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes, ayudando a prevenir reingresos hospitalarios y disminuir los costos, además ofrecer alfabetización en salud e información sobre los programas del sistema de salud; acciones de enorme trascendencia al implementar en las unidades hospitalarias un servicio de transición hospitalaria al egreso del paciente.

La creación del servicio de transición hospitalaria permitirá dar continuidad al cuidado del paciente en el egreso hospitalario, disminuyendo así la probabilidad de reingreso debido a complicaciones de salud en su hogar, con énfasis en brindar una capacitación de calidad, eficaz y eficiente al paciente y su cuidador primario, para finalmente coordinar la intervención de los distintos profesionales en el equipo de atención desde primer nivel hasta un tercer nivel de especialidades.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Fundamentar la propuesta para el diseño de un servicio de enfermería para la transición hospitalaria ante el egreso del paciente en el rol de enfermería.

Objetivos específicos

- Identificar los componentes de infraestructura necesarios para la implementación del servicio de transición.
- Indagar sobre las actividades y funciones del servicio de transición hospitalaria.
- Distinguir la normatividad para la creación del servicio de transición hospitalaria.
- Delimitar las políticas de trabajo que deben regir el servicio de transición hospitalaria.
- Describir el área física del servicio de transición hospitalaria.
- Marcar los recursos tecnológicos necesarios al utilizar el servicio de transición hospitalaria.
- Determinar el capital humano que requiere el servicio de enlace para su implementación

PREGUNTAS CONDUCTORAS

- ¿Cuáles son los componentes de infraestructura necesarios para la implementación del servicio de transición hospitalaria?
- ¿Cuál es la normatividad que debe regir la creación del servicio de transición hospitalaria?
- ¿Qué políticas apoyan la fundamentación de un servicio de transición hospitalaria?
- ¿Cómo debe ser el área física del servicio de transición hospitalaria?
- ¿Cuáles son los recursos tecnológicos que son necesarios para el servicio de transición hospitalaria?
- ¿Qué capital humano se requiere para el funcionamiento del servicio de transición hospitalaria?
- ¿Qué tipo de actividades y funciones realiza el servicio de transición hospitalaria?

METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo cualitativo, como lo plantea Massot (2012), la metodología cualitativa permite abordar la realidad subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimientos científicos, buscando desde la interioridad de los actores, las lógicas de pensamiento que guían sus acciones, si estudiamos a las personas mediante técnicas cualitativas obtendremos detalles complejos difíciles de obtener a través de otro tipo de investigación. Este tipo de investigación toma gran fuerza en los estudios educativos, debido a sus aportes para comprender las complejas relaciones que se establecen entre los actores (Chaverra, 2018: 371).

El objeto de estudio de la presente investigación es el diseño de un servicio de transición hospitalaria, se lleva a cabo con la intención de convertirse en pioneras de su implantación en un hospital, y dar respuesta a las necesidades de transición de los pacientes, creando un entorno para la suplementación del rol que asumirá el personal de enfermería.

La Teoría de la Transición de Afaf Ibrahim Meleis, fundamenta esta investigación, haciendo énfasis en que toda persona experimenta continuamente transiciones; estas pueden ser simultáneas o consecutivas, saludables o no saludables, impactando en el dominio de conducta para el paciente y/o el cuidador, obteniendo como resultado la insuficiencia del rol, el cual se define como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta del rol percibida por uno mismo (Meleis, 2010:16). Esta teoría busca la suplementación del rol, el cual debe clarificar su actuar y adaptar el nuevo entorno a través de actividades preventivas o terapéuticas para evitar complicaciones del paciente con cuidados continuos de calidad, con una estructura definida cuyo impacto evite el reingreso hospitalario.

El escenario donde se llevó a cabo esta investigación fue el complejo hospitalario de la Universidad Federal de Paraná, Brasil, institución que cuenta con el servicio de transición, llamado servicio de enfermera de enlace; en sus instalaciones se tomó la

información necesaria a través de entrevistas con el personal, revisión de documentación, registros y observaciones de campo (Yin, 2018: 26). Derivado de la contingencia que vivimos actualmente por Covid-19 las entrevistas se realizaron en línea a través de la plataforma Zoom y con apoyo de un traductor –como recurso humano– para recopilar la información necesaria.

Criterios de inclusión para esta investigación:

- Unidad hospitalaria que cuente con el servicio de transición hospitalaria.
- Personal de enfermería asignado al servicio de transición hospitalaria.
- Profesionales de enfermería que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería que no desee participar en el estudio

El método utilizado es el estudio de caso como estrategia de investigación, el cual incluye el método, con la lógica de plan que incorpora los acercamientos específicos a la colección táctica y al análisis de los datos (Yin, 2018: 28). Es un método específico y complejo que se encuentra en funcionamiento y del cual se pretende lograr mayor comprensión y profundizar en aspectos no habituales mediante otros diseños. Por tanto, la cuestión de la generalización de los estudios cualitativos (incluido el estudio de caso) radica en el desarrollo de una teoría que puede ser transferida a otros casos (Martínez, 2006: 20); es decir, es una recolección formal de datos presentada como una opinión interpretativa de un caso único, e incluye el análisis de los datos recopilados durante el trabajo de campo y redactados en la culminación de un ciclo de acción o la participación de la investigación.

El diseño del estudio de caso que se pretende se realiza bajo dos perspectivas:

Modalidades	Descripción
Observacional	Se apoya en la observación participante como principal técnica de recolección de datos.

Situacional Estudian un acontecimiento desde la perspectiva de quienes han participado en el mismo.

Se utilizó como instrumento una guía de observación para recopilar y obtener la información necesaria del servicio de transición del complejo hospitalario, la cual verificaba información referente a la delimitación del espacio, instalaciones dentro del servicio, equipamiento, personal asignado y distribución de las áreas físicas; debido a la contingencia por la pandemia, para la descripción del área física, se solicitó como referencia un video e información, herramientas que permitieron la observación y el análisis y obtención de información, no únicamente del personal de enfermería perteneciente al servicio de transición hospitalaria, sino también del entorno en el que se desarrollan.

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas las cuales permitieron obtener información sobre el servicio de transición en el complejo hospitalario, con el objetivo de capturar las perspectivas de los diferentes participantes, enfocándolas en sus diferentes significados para enriquecer el tema a investigar (Yin, 2018: 16). Como estrategia general de análisis de los datos procedentes de las entrevistas, posterior a la grabación, estos se transcribieron textualmente en modo electrónico en el programa Word, se procedió a la aplicación de la técnica cromática, resaltando con colores cada pre categoría, facilitando la agrupación de estas en las explicaciones concurrentes, para continuar con la discusión de resultados, efectuando una contrastación con la teoría de la transición.

Posteriormente se presentaron los resultados de la investigación por categoría y subcategorías, así como las consideraciones finales que conducirían al fortalecimiento de la teoría según los enfoques insertos en esta investigación.

Aspectos éticos

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ha establecido los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse

la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; en esta investigación daremos cumplimiento a lo señalado en el artículo 14, inciso V el cual señala:

“Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables”.

Para cumplir con el precepto, se envió vía electrónica el consentimiento al sujeto participante con la finalidad de dar a conocer de forma clara y explícita lo conducente en dicho documento:

Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación identificando con una letra y número ejemplo. (E-1).

Así mismo el reglamento refiere en su artículo 14, inciso VII lo siguiente:

“Deberá contar con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación. Lo anterior con la finalidad de garantizar la dignidad y el bienestar de la o las personas sujetas a la investigación”.

Al respecto, el macro proyecto fue enviado al Comité de Ética de un hospital de tercer nivel, obteniendo un resultado favorable. En relación con el estudio, se debe considerar cualquier riesgo en la investigación para determinar la probabilidad de que el participante pueda sufrir algún daño como consecuencia inmediata o tardía. Esta investigación se clasifica como sin riesgo, de acuerdo con lo mandatado en el artículo 17 inciso I, del mencionado ordenamiento que señala: “Son estudios donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Además, como parte de la investigación es fundamental el “anonimato”, cuyo origen etimológico significa “sin nombre”. Anguita y Sotomayor enfatizan que tanto

confidencialidad como anonimato se refieren a la información que se considera susceptible de protección, en razón de que su conocimiento por terceros puede dañar al titular de la misma (Anguita, 2011: 27); es decir, la información que se procesó en esta investigación se trató con sigilo y confidencialidad, sin fines de lucro ilícito u otros propósitos distintos, las personas que participaron no podrán ser asociadas a un titular identificado o identificable, para tal se cumplirá este precepto, señalando a los participantes con una letra y un número (E-1, E-2, etc.). Lo anterior, para acatar lo mencionado en el Artículo 16, del multicitado reglamento: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 Infraestructura

La infraestructura hospitalaria es la base principal para el estudio de la administración hospitalaria, así como en la prestación de servicios de salud del paciente; es el estudio y análisis que abarca todas las áreas necesarias para el funcionamiento de un edificio de salud (Alcaraz, 2017: 9). Cuando una edificación sanitaria está bien planeada, diseñada y ejecutada, el servicio que se ofrece es más confortable y ello favorece la atención, además genera ambientes que hacen más adecuada la prestación de los diferentes tratamientos.

Actualmente los objetivos de una infraestructura hospitalaria son reducir drásticamente el consumo de recursos, pues estos tienen un funcionamiento continuo y, por tanto, un gasto descomunal de energía y de agua, generan constantemente ruidos, residuos y gases que han de ser manejados de forma eficiente. La tendencia demuestra que, en el caso de las instalaciones -un campo de vital importancia en el hospital- se tienden a separar del edificio hacia módulos independientes, garantizando no sólo la seguridad, sino también la implementación de prácticas renovables respecto a los procesos de suministro, recolección y transformación.

La infraestructura para la salud es hoy en día uno de los retos más complejos, donde se entiende que el conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones debe orientarse hacia un futuro próximo y no solo limitarse al presente (Sandoval, 2020: 8). Por sí mismo, el edificio hospitalario es el más difícil de diseñar debido a la complejidad de tecnologías y seguridad que deben integrarse, así como las expectativas de los pacientes y las familias, las cuales, combinadas con aquellas de los procesos asistenciales, son el elemento para diseñar un entorno asistencial seguro, resultado del trabajo coordinado de equipos multidisciplinarios. Los servicios de salud deben ser de alta calidad en todos los establecimientos, independientemente del subsector de salud al que pertenezcan, ya sea público, social o privado.

Establecer dentro del programa arquitectónico, elaborado conjuntamente entre los responsables del equipamiento, y la participación de expertos de la salud, evaluadores de tecnologías y encargados del diseño y desarrollo del proyecto, la dimensión de áreas y espacios, características de las instalaciones requeridas para el mobiliario y equipo a utilizar, esto permitirá un entorno de trabajo de los hospitales orientado a la labor en equipo ya que, de manera constante, se lleva a cabo la colaboración entre los diferentes campos de experiencia de los trabajadores (Gómez, 2018: 2).

En los países desarrollados, alrededor de un tercio del costo del edificio hospitalario se consume en los servicios de ingeniería mecánica: calefacción, ventilación, electricidad, ascensores y comunicaciones. En México, por considerarse zona de alta sismicidad, las instituciones de salud tienen instalaciones edificadas bajo normativas técnicas y constructivas actuales, así como normas de seguridad y señalizaciones adecuadas para la evacuación de sus ocupantes, ante sismos o incendios (Celis, 2019: 19).

Los establecimientos para la atención a la salud hospitalaria deberán tener delimitadas las diferentes unidades, áreas, servicios y locales que los integran; en correspondencia con el programa médico-arquitectónico, estas acciones permitirán definir de forma puntual el objetivo de cada área operativa.

Además, en relación con las disposiciones de infraestructura y equipamiento en nuestro país, deben aplicar de acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad y capacidad de resolución que marcará la línea de acción de la unidad; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención a la Salud establece lo mínimo necesario para su ejecución.

Es importante mencionar que el diseño, construcción, ampliación, remodelación o rehabilitación de todo tipo de hospitales, deberá considerar la guía para la reducción de la vulnerabilidad en el diseño de nuevos establecimientos de salud, la cual está establecida en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Para el establecimiento o fortalecimiento del índice de seguridad que contribuya a reducir la vulnerabilidad y a garantizar el funcionamiento ininterrumpido, durante y después de alguna emergencia o desastre ocasionado por fenómenos de origen natural o antropogénico, los hospitales deberán considerar los criterios y requerimientos establecidos en el programa que en materia de seguridad hospitalaria se encuentre vigente.

La inclusión de una arquitectura funcional propia del modernismo arquitectónico, dota de equipos, menaje, instrumentos e instalaciones diversas, acorde con el avance de las técnicas hospitalarias del momento (Betancourt, 2017:21). Por consiguiente, la infraestructura debe tomar como referencia las necesidades a cubrir de los usuarios; es prioritario determinar el núcleo de población que será atendido; su composición, así como su dinámica (los cambios previsibles) y los factores que determinan la identificación, cualificación y explicación de los problemas de salud; las condiciones sanitarias generales; las relaciones de coordinación entre el servicio, el hospital y las demás instituciones médicas y sanitarias, las condiciones generales de funcionamiento, tanto lo relativo a construcción, como a operación y mantenimiento.

1.2 Normatividad

En relación con el interés que el Sistema Nacional de Salud tiene acerca de resolver la creciente demanda de servicios de atención a la salud, actualmente los hospitales son factor fundamental, dado que, en estos establecimientos se atienden con regularidad pacientes con padecimientos de mayor gravedad y complejidad, que requieren de atención cada vez más especializada con un enfoque integral. De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención especializada, constituyen elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia.

Aun cuando el uso de tecnologías de punta para la atención de los usuarios del Sistema Nacional de Salud depende de la disponibilidad de recursos financieros de las

instituciones y establecimientos para la atención hospitalaria y ambulatoria de los sectores público, social y privado, en diversas normas se establecen las características y criterios mínimos necesarios de infraestructura y equipamiento que garanticen a la población demandante, servicios homogéneos con calidad y seguridad.

Las instituciones de salud deben mostrar disponibilidad, oportunidad, veracidad, comparabilidad, homogeneidad, confiabilidad, suficiencia y calidad, conforme a los ordenamientos jurídicos aplicables a cada país, lo cual garantizara establecimientos seguros para el uso hospitalario. Existen diversos modelos para la implementación de gestión de procesos, los cuales son propuestos para las organizaciones de manera general, están alineados a normas o modelos que persiguen estándares internacionales de calidad (Sánchez, 2021: 25).

Se debe tener presente que el objetivo de dar cumplimiento a las normas aplicables a la normativa necesaria para la creación de este servicio tienen como objetivo establecer la defensa de la propiedad, pues al defender las vidas humanas, se obtiene una protección de la propiedad como un subproducto de la defensa de la vida (Martínez, 2020: 21). El principal objetivo es preservar la vida humana y brindar calidad y seguridad en la atención dentro de una unidad hospitalaria.

La Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención a la salud especializada, asimismo lo legalmente permisible para la ejecución de las unidades hospitalarias, lo que permitirá brindar atención con calidad y calidez, enfocado en el logro de objetivos.

1.3 Políticas de trabajo

Las políticas laborales son “un conjunto de directrices que regulan las relaciones de trabajo para el cumplimiento de los derechos y deberes recíprocos de las partes y que tributan a fomentar el pleno empleo selectivo, libremente elegido y productivo, ajustado y en respuesta a un contexto integrado coherentemente con las fluctuaciones de la economía y los actores sociales” (Arteaga, 2020:5). Estas políticas ayudan a establecer la uniformidad en el ámbito laboral, ajustándose y respondiendo a un

contexto integrado coherentemente por las necesidades del entorno y a las circunstancias específicas, el nivel y la etapa de desarrollo económico, con este propósito, los gobiernos diseñan e instrumentan toda una serie de medidas con las que animar la creación de empleo, aminorando los posibles desajustes y mejorar el propio funcionamiento de las áreas de trabajo, beneficiando a las políticas económicas las cuales “requieren ser evaluadas para respaldar aciertos o para revertir errores” (Kato-Vidal, 2021: 12), e impactarán significativamente en el desarrollo laboral.

La política laboral forma parte del proyecto social esencial de cualquier gobierno, ya que corresponde al constitucionalismo social; en la política laboral oficial los aspectos más destacados y de alcance nacional, son: el empleo, el salario, el reconocimiento y aplicación de los derechos básicos laborales, justicia laboral, los conflictos obrero-patronales, sobre todo, los colectivos y la política sindical, que en conjunto forman parte del núcleo fundamental del Estado Social de Derecho, la política y justicia aplicada de las cuales se encarga la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS). “Las políticas laborales son planteamientos generales o maneras de comprender, que guían o canalizan el pensamiento y la acción en la toma de decisiones de todos los miembros de la organización” (De Ortecho, 2020:83).

Se debe tener presente que la Ley Federal del Trabajo se encarga del equilibrio entre los factores de producción, y la justicia social; la jornada laboral máxima, y sus medidas protectoras; el reparto de utilidades; los derechos de seguridad social; salud, higiene y seguridad laboral; vivienda, educación y capacitación, entre otras, creando políticas preventivas, en función de mitigar los riesgos detectados, en donde el área de talento humano y dirección son responsables de la realización de acciones que contrarresten cualquier posible riesgo o factor que perjudique el servicio público administrativo de salud promoviendo la creación de empleos y la organización social para el trabajo, y estableciendo espacios específicos seguros para ello.

El artículo 123 constitucional y sus leyes reglamentarias son de observancia y aplicación general en relación con la legislación laboral, a través de este ordenamiento se rige subsanando desajustes y deficiencias en el mercado laboral, por un lado, las

referidas a la modificación de los elementos normativos e institucionales del mercado de trabajo y por otro, las denominadas políticas activas del mercado laboral.

De esta manera podemos encontrar políticas referidas a elementos normativos e institucionales del mercado de trabajo, como: aquellos que influyen en la fijación de los salarios –la estructura de la negociación colectiva, la existencia de un salario mínimo y la indicación salarial–, así como en las relaciones laborales; entre estos destacan: la normativa existente en cuanto a modalidades de contratación, los costos y normas de despido y la movilidad, los cuales inciden en el proceso de búsqueda de empleo y en la organización del trabajo, sin contar con limitantes como los recursos y trámites burocráticos para la implementación de nuevas políticas e insumos que permitan mejorar el servicio. Se trata, por tanto, de un elemento institucional determinante en la eficacia del funcionamiento del mercado de trabajo; algunos países han admitido la intermediación de agencias privadas para su implementación.

Políticas de salud

La política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito, tiene su origen en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas.

Las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad) con base en los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad; elevar la calidad de las políticas permitirá mejorar el cambio de comportamiento de la ciudadanía y su actitud ante la prevención (Jaramillo, 2021: 4). Respecto al análisis de las perspectivas que implican la participación de la población en las políticas de salud se describen tres tipos, de acuerdo al grado de intervención; en primera instancia esta aquella perspectiva eminentemente política responsable del sistema (nivel macro); en este nivel hablamos del gobierno del sistema, el cual toma decisiones acerca del rumbo que han de tomar los valores gubernamentales y logro de objetivos; la perspectiva político-administrativa y la

perspectiva político-técnica cuentan con responsables político-administrativos y profesionales asistenciales respectivamente, estas perspectivas son las de la gestión del sistema entendida como la posibilidad de conseguir los objetivos mediante recursos disponibles, otorgando a la población el mayor número de servicios en función de sus necesidades.

Formulación de una política en salud

La formulación de las políticas de salud debe responder no solo a los perfiles epidemiológicos de cada país, sino también al contexto cultural y disponibilidad financiera, en este sentido, el área de enfermería debe proponer la integración de políticas encaminadas a favorecer la salud de la población, en un sentido de autocuidado, mediante estilos de vida saludables; para lograrlo, es necesario contar con un respaldo político.

La formulación de políticas en salud inicia con la identificación de un problema, se formulan posibles soluciones que permitan tomar una decisión generando una política efectiva de acción, cuya ejecución facilitará valoración; en consecuencia, se gestionan y administran los recursos necesarios que generen una producción de efectos que impacten en el área de aplicación; finalmente se evalúan los resultados generando, de ser necesario, una acción política de reajuste (Ortiz, 2020: 5). La adopción de un conjunto determinado de valores y principios constituye el primer grupo de alternativas por las cuales se debe optar en la formulación de políticas sanitarias y en el diseño de sistemas de salud.

Es bien sabido que los valores no son todos equivalentes; optar por la descentralización no involucra una definición del mismo orden, que hacerlo por la equidad. Mientras que la primera es sólo una medida operativa, aunque con consecuencias democráticas, la segunda apunta a generar un impacto directo sobre la calidad de vida de la población.

Las reformas de salud propuestas deben articular tres niveles de valores de manera coherente. Esto permite construir un modelo analítico para evaluar las propuestas de políticas para la reforma sistémica. En la discusión sobre el sistema de salud, primero

analizamos el cambio de valores que conducen a las políticas públicas en general, especialmente las políticas sociales, en seguida los valores que se consideran centrales.

Tipos de políticas enfocadas a la salud

Existen múltiples taxonomías aplicables a las políticas de salud. Se puede distinguir a la política según: 1) los valores o fines a los que se adhiere o propende; 2) el nivel de operacionalización en el que ha sido formulada (declarativas, sustantivas e instrumentales); 3) se puede distinguir una política según su origen (ofrecidas o demandadas); 4) a quién va dirigida (focalizadas e universales); 5) el área de la salud pública (contenidos); por último, 6) pueden aplicarse a las políticas de salud, clasificaciones propias de las políticas sociales (Tobar, 2015: 11).

Política departamental

La política departamental muestra diversos enfoques, comportamientos y normas relacionadas con el desempeño laboral, las cuales determinan el desarrollo de estrategias efectivas. Existen diversas formas de implementar las políticas departamentales, enfocándolas de acuerdo con la filosofía de la unidad, su naturaleza, dirección y objetivos a perseguir. Inicialmente se debe determinar el rango de tiempo para su cumplimiento clasificándola en política a largo plazo (aquella que toma en cuenta los factores de desarrollo y crecimiento), y la política a corto plazo (establecida sobre la base de la prioridad y la urgencia).

Una vez determinado el tiempo, se orientan en relación con los principios que deben regir cada departamento, sección en particular o servicio, algunas que se emplean en México son: la ISO 9001 (Calidad), la ISO 14001 (Medio ambiente), ISO 45001 –antes OHSAS– (Seguridad y salud), entre otras. Estas establecen reglas y directrices básicas acerca del comportamiento que se espera del empleado, y fija las bases sobre cómo se desarrollará la documentación (manuales, entre otros) de la empresa, estableciendo planes de mejora, que a partir de su implementación contribuyan a la eficacia y al cumplimiento de los estándares (Brito, 2020: 15), y permitan a la empresa un reconocimiento a nivel nacional.

Las más comunes son la Política de Calidad en la cual se fijan los principios y objetivos de calidad a alcanzar, la Política Medioambiental que refiere el ser responsable, gestionar y minimizar el impacto ambiental, y la Política de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) o de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) donde se habla de conseguir condiciones de trabajo dignas y minimizar los riesgos de accidentes.

Por consiguiente, cada establecimiento debe analizar y determinar las políticas departamentales que implementará para dirigir su empresa, con el objetivo de ser reconocidos como organización condicionada por el compromiso moral y la calidad de la producción o los servicios, proporcionando credibilidad y confianza para consolidar la imagen pública (Álvarez, 2019: 178).

Estas políticas departamentales brindan un soporte al regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles de atención, como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud, mejorando la capacidad gerencial de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando la implantación de un sistema de información gerencial que facilite la toma de decisiones y permita conocer el estado real de los servicios, sistemas e infraestructura que los soporta, y tomar acciones sobre esta (Fajardo, 2020: 909), lo que permitirá reflejar objetividad en las intervenciones y el logro de los objetivos institucionales.

En el escenario actual, donde los resultados económicos son la clave esencial del progreso, es preciso defender y ahondar en la responsabilidad moral y profesional que les asiste a las instituciones prestadoras de servicios de salud para mejorar el estado de la salud en el país, así como la responsabilidad social que implica la búsqueda de interacciones que logren la adhesión y solidaridad de una red de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto, se debe involucrar a quienes pertenecen a la institución, ya que deben liderar las acciones de transformación y cambio, crear condiciones de convivencia, diálogo, participación y compromiso tanto en las prácticas individuales como colectivas, generando un clima proactivo dirigido a la integridad y transparencia en el ejercicio de la gestión pública.

1.4 Área Física

La Organización Mundial para la Salud (OMS,2010) a través del documento ambientes de trabajo saludable en el año 2010, indica que: un modelo para la acción, establece que un lugar de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones establecidas sobre la base de las necesidades previamente determinadas: temas de salud y de seguridad en el entorno físico de trabajo, bienestar en el entorno psicosocial de trabajo, con inclusión de la organización del trabajo y de la cultura laboral. Un diseño eficiente asegurará el rápido y eficaz movimiento y comunicación de materiales, insumos y personal entre las unidades del hospital (Bambaren, 2008: 50), características ideales que se deben implementar en los centros de trabajo.

Las condiciones físicas que rodean el trabajo tienen un impacto positivo o negativo en el entorno laboral. Factores como la iluminación, la ventilación, la limpieza, el orden, la estimulación visual y auditiva, el aire acondicionado y la seguridad afectan la comodidad y el estado de ánimo de los trabajadores y el entorno físico es un factor determinante para el desempeño. Por ello es necesario evaluar la existencia de posibles factores de riesgo en los puestos de trabajo con el fin de prevenirlos (Díaz, 2021:3), y con ello brindar seguridad en el ejercicio laboral eliminando el riesgo de sufrir lesiones en forma individual o daños materiales en equipos, máquinas, herramientas y locales.

Es importante hacer notar que un riesgo se puede hacer evidente también por un daño material, sin haber llegado a afectar personas. Es ahí donde se plantean nuevos métodos para hacer que este espacio no se convierta en un entorno incómodo y riesgoso para el trabajador o que solamente esté basado en la productividad (Castañeda, 2017: 3), debe ser prioritario obtener espacios confortables, personalizados y organizados que brinden comodidad al trabajador.

La neuroarquitectura - Es una disciplina relacionada con la forma como el entorno modifica el cerebro y, por lo tanto, el comportamiento. Su función es crear espacios para la felicidad, el bienestar, la productividad y la calidad de vida (González, 2019: 2), ofrece beneficios que ayudan al paciente a agilizar su mente, ya que los efectos que ejercen estos conceptos ayudan de manera muy positiva a una pronta sanación.

Si analizamos que la calidad de la atención se define como la obtención del máximo beneficio para el paciente con riesgos mínimos, mediante la optimización del uso de recursos, incluyendo estos últimos: tecnología, infraestructura y capital humano (Álvarez, 2018: 308), podríamos deducir la importancia de tener un espacio que propicie las condiciones ideales para el logro de las metas del servicio de transición hospitalaria.

La teoría del color - Existe una gama de colores que se recomienda utilizar dependiendo del tipo de trabajo a realizar, así como el tipo de mobiliario ideal para el servicio. El color específicamente puede influir en el rendimiento y creatividad, por lo que es un aspecto que debemos tomar en cuenta antes de elegirlo y colocarlo en el espacio de trabajo. Las plantas son otro elemento decorativo que permite reducir el estrés y aumentar la creatividad, aunque no todas son recomendadas para oficinas o espacios cerrados.

El color puede actuar de diversas maneras sobre el individuo, ya sea para expresar un sentimiento, manifestar una necesidad, transmitir una idea, calcular una distancia, percibir una textura, o identificar un sonido, entre otros (Caro, 2020: 30); por esta razón, se debe tener claro qué funciones realizará el servicio seleccionado, y así, determinar la gama de colores a utilizar.

En relación con los espacios cerrados, la ejecución de un trabajo es factible; sin embargo, es recomendable que cuando se trabaje en interiores, se debe contar con marquesinas, pisos, paredes y ventanas en excelente estado, esto protege del frío y reduce el riesgo de accidentes; además se requiere una buena ventilación e iluminación general, factores que no solo reducen el riesgo de accidentes, sino que también mejoran la comodidad del trabajador, así como su productividad.

Luz circadiana - Este tipo de iluminación influye en el sistema cardiaco con sus frecuencias; dio pie a que los arquitectos desarrollaran nuevos sistemas de representación y a considerar el color en sus proyectos (Caro, 2020: 29). La calidez de la iluminación artificial al lograr el confort del paciente, motiva un descanso benéfico en su recuperación.

Los niveles de iluminación en oficinas o ambientes de trabajo pueden mejorar la productividad, la seguridad y el confort de los empleados; sin embargo, cuando son deficientes pueden reducir las actividades laborales y la salud de los trabajadores (Maquines, 2020: 2). El adecuado diseño de sistemas de iluminación natural reducirá el consumo energético producto de la iluminación artificial; mas si se combina con sistemas de automatización que la regule de acuerdo con las necesidades internas y con el clima exterior puede mejorar la sensación percibida por el usuario.

Ergonomía - Referida como la toma de decisiones participativas para la prevención de lesiones músculo esqueléticas y efectos de un inadecuado o inexistente manejo de la mecánica corporal (Chávez, 2017: 79), brinda herramientas al profesional de enfermería para identificar oportunamente los elementos necesarios de equipamiento que permitirán proveer de posiciones higiénicas que no dañen o lesionen su organismo.

Entre las causas de lesiones por falta de ergonomía se encuentran la organización del trabajo, aumento de ritmo de carga de trabajo, escasez de mano de obra y falta de formación, factores ambientales, mobiliario y equipos inadecuados, obsoletos, mala iluminación, deficiente temperatura, sobrecarga en determinados segmentos del cuerpo, fuerza excesiva y la repetición de movimientos (Chávez, 2017: 77); por ello es importante establecer recorridos que permitan identificar de forma oportuna cuando el mobiliario, entre otros factores, ya no sea el adecuado para garantizar el bienestar del trabajador.

Es fundamental despertar conciencia en las áreas institucionales que corresponda, así como en el talento humano de enfermería, sobre la importancia de la prevención de riesgos ergonómicos, siendo el principal objetivo tener una población laboral sana, lo

que llevaría a evitar días perdidos por enfermedad, ya que el desconocimiento y la falta de prevención en materia de salud y seguridad laboral es similar en todas las instituciones de salud.

El mobiliario, en una configuración *open office* (sin divisorias entre mobiliarios), aumenta la difusión de la luz natural dentro de la oficina, pues no es una barrera vertical (Caro, 2020:37). La posición de este mobiliario influye en la distribución de la iluminación natural que entra al lugar debido al tamaño y ubicación de las divisorias para los muebles; por ello, al iniciar el servicio debemos tener presente la importancia de la proyección de luz natural, en favor de los beneficios que brinda.

Finalmente al analizar los aspectos más relevantes del área física en la creación de un servicio hospitalario, podemos agregar que el medio psicosocial está vinculado con toda esta información, estableciendo interacciones laborales, como la satisfacción, las condiciones de su organización, capacidades del trabajador, su cultura, su condición personal y extra laboral; todo esto puede influir en su estado de salud y su rendimiento laboral, por ello es fundamental revisar los elementos actuales y necesarios para la creación de servicios en unidades hospitalarias, donde acuden usuarios vulnerables debido a un estado de salud alterado, lo cual será decisión de cada institución de salud, la apertura de este servicio hospitalario.

1.5 Recursos tecnológicos

La transferencia de las informaciones del paciente, entre el hospital y los demás servicios de salud, se establece a través de la definición de un sistema informático integrado, lo que va al encuentro de otros estudios que apuntan a la necesidad de un canal de comunicación para la transferencia de información entre los servicios de salud y los profesionales, tales como: e mail, teléfono, sistemas y programas (Aued, 2019: 3).

Uno de los sectores en los que más beneficios se observan aplicando tecnologías es, sin lugar a dudas, la salud; gracias al empleo correcto de herramientas tecnológicas en los sistemas sanitarios se pueden obtener innumerables mejoras y ofrecer un servicio más eficiente, si además se hace empleando estándares, tecnologías abiertas

y software libre, fortaleciendo los sistemas de salud para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud pública (García, 2021: 50) los beneficios se multiplican ya que son, en parte, coadyuvantes en mejorar la salud de las comunidades y, en consecuencia, de aumentar la expectativa de vida de la población.

La tecnología sanitaria es conocida actualmente como el conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria y los sistemas organizativos con los que se presta dicha atención, el desarrollo de esta tecnología en este ámbito no ha llegado a su punto máximo de desarrollo, por lo que debe seguirse optando por su innovación (Canepa, 2016: 59), estas tecnologías sanitarias, que incluyen productos sanitarios, equipamientos, aparatos biomédicos, procedimientos y técnicas diagnóstico-terapéuticas, así como sistemas de información clínica, telemedicina, tele asistencia en sus diferentes modalidades, permiten abordar problemáticas que antiguamente se desconocían.

El ámbito de la salud es uno de los campos en los que esta tecnología posee mayor potencial (Rancan, 2016: 2), los avances de las innovaciones tecnológicas producen cambios en los paradigmas y revelan alternativas radicales, otorgando una metodología más eficiente, reduciendo costos y generando información más precisa.

En consecuencia, un elemento fundamental en el uso de las tecnologías es la gran variabilidad existente en la práctica clínica, considerándose aceptable cuando no hay evidencia científica acerca de que una tecnología sea superior a otra o se estén aplicando a poblaciones de pacientes diferentes por distintos médicos y en centros igualmente diversos, siendo siempre inaceptable, si se produce por deficiencias en las habilidades profesionales, mala organización de los centros sanitarios, ya sea por ignorancia o decisión deliberada de no utilizar prácticas de las que existe evidencia probada de su efectividad sobre otras.

Un proceso de investigación y análisis, dirigido a estimar el valor y la contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora individual y colectiva, además del impacto económico y social, es un factor que contribuye a mejorar el desempeño de los profesionales de salud, los cuales adquieren herramientas nuevas que mejoran el

desarrollo de su área laboral. responsables de mejorar la salud de las comunidades y, en consecuencia, de aumentar la expectativa de vida de la población (Barrientos, 2016: 2).

La situación actual del sistema sanitario requiere un manejo racional y eficaz, es una de las actividades socio-económicas de mayor importancia, que genera sensibilidad en nuestra sociedad, con tendencia a seguir aumentando. Las innovaciones tecnológicas, la mayor expectativa de vida, el nivel de información de la sociedad en su conjunto y por lo tanto la mayor exigencia, justifican elaborar sistemas con alto grado de eficiencia y eficacia. Una herramienta fundamental es el manejo de información que pueda respaldar la toma de decisiones, provocando modificación en las conceptualizaciones del proceso salud-enfermedad, así como influencia en la configuración de prácticas culturales y subjetividades (Lara, 2016: 70). Los hospitales, actores principales del sistema sanitario, generan un importante volumen de información, pero en la mayoría de los casos esta se encuentra dispersa. Hoy estamos en un periodo de transición entre los esquemas tradicionales de organización jerarquizada y estática, y una organización más abierta, dinámica y orientada a los procesos y a la información estratégica.

Los errores en el diseño de los sistemas de información, la falta de formación del personal y los programas no adecuados a las necesidades, son obstáculos difíciles de superar, ya que producen cambios permanentes en la tecnología de la información al generar un horizonte inestable y cambiante. Por eso es prioritario establecer un modelo que brinde continuidad y viabilidad adaptándose a las estructuras cambiantes; válido frente a los distintos estilos de gestión. El registro del paciente con expediente digital, generación de recetas y otras prescripciones o formularios de trabajo, control de laboratorios y quirófanos desde una sala de mando, generación de estadísticas, reportes, videoconferencias, acceso a bibliotecas, base de datos, telemedicina, etc., son experiencias que se viven continuamente; sin embargo, no debemos perder la humanización de los cuidados los cuales permitirán establecer buenas relaciones humanas, con el fin de responder de manera integral a las necesidades del paciente (Vanegas, 2017: 12)

Los recursos y servicios corresponden a aquellas instalaciones, personal profesional, técnico y auxiliar que formará parte del servicio dentro de la unidad hospitalaria, los cuales se dividen en recursos físicos instalados, como mobiliario y equipo susceptibles de ser utilizados para implementar programas de acción, recursos humanos, representados por el personal profesional y recursos financieros disponibles.

1.6 Capital humano

Al delimitar el área física se debe realizar la descripción del puesto que se deberá cubrir, el cual se definió como un documento que describe las tareas, los deberes y las responsabilidades de un cargo (Wayne, 2010: 98) haciendo mención de las principales tareas que realiza, el porcentaje de tiempo dedicado para cada tarea, los estándares a cumplirse y las condiciones de trabajo, así como los riesgos posibles, determinando el número de personas que llevarán a cabo cada tarea así como los equipos necesarios para ejecutarlo.

El capital humano que participa funge como una persona que funciona como consultor para el proceso de planificación del alta dentro de un centro de salud que brinda educación y apoyo al personal del hospital en el desarrollo e implementación. El profesional de enfermería informa sobre intervenciones, aclara las dudas que tenga la persona respecto a los cuidados, e indaga si requiere alguna otra información sobre su estado clínico (Nava, 2010: 43).

La finalidad es reforzar y ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma durante la convalecencia; estos son proporcionados por ella misma a través del autocuidado o por su familia y cuidador, es decir por asistencia (Nava, 2010: 41), las indicaciones deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre cómo el mensaje ha sido interpretado por el paciente y su familiar o cuidador, identificando oportunamente necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad.

Un factor elemental para el éxito de las organizaciones es la contribución de los conocimientos e ideas innovadoras, con la participación activa basada en

la democracia y cooperación (Duran, 2020: 3), por lo cual el cálculo en la dotación de personal de enfermería en cada unidad hospitalaria, se determina con base en normas para cada escenario tanto a nivel internacional como nacional; sin embargo, es fundamental no dejar de lado las directrices necesarias para que el cuidado que desempeñen los profesionales de enfermería sean de calidad enfocándose en la individualidad del paciente según su estado de salud física, mental y social, así como las funciones del cargo que desempeñará.

La administración del cuidado de enfermería conlleva la responsabilidad de la calidad de la atención que necesita cada paciente para lograr una pronta y adecuada recuperación de la salud, adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa (De Salazar, 2005: 3); por ello, es responsabilidad del profesional de enfermería conocer las condiciones de los pacientes a su cargo. El cuidado de estos profesionales, requerido por los pacientes de una institución hospitalaria, sumado a otros criterios técnicos de la administración del cuidado de la salud, orientan la definición de la cantidad de personal de enfermería necesario y la formación profesional que debe tener este, para garantizar el cuidado con calidad o al menos para cubrir las necesidades mínimas de los pacientes (Meza-Galván, 2009: 154).

Para determinar el número total de profesionales de enfermería necesario para el funcionamiento de los servicios hospitalarios, diversos estudios señalan que es necesario observar en ellos, su nivel de estudios, el tiempo promedio que invertían en los procedimientos que realizaron a los pacientes, así mismo el nivel de dependencia del paciente; estos factores coadyuvan en la determinación del personal necesario para la ejecución de los planes de cuidado individualizados, originados mediante la realización de una exhaustiva valoración de enfermería en cada una de ellas, detectando así los problemas existentes y prestando los cuidados necesarios para su resolución (Hernández, 2016: 3).

Factores como la comparación en la dotación de personal en los diferentes servicios, los requerimientos de los pacientes según su nivel de riesgo y dependencia, son

elementos cuyo objetivo es mantener constante la calidad de la asistencia garantizando la seguridad de la atención, estos permitirán establecer un cuidado integral y humano que distinga al profesional de enfermería, y de la misma forma, visualizar el grado de dependencia con el que egresará de la unidad hospitalaria para enfrentar su nuevo rol.

En la actualidad, una participación activa del trabajador es de vital importancia, esto solo se puede lograr venciendo todos los paradigmas, logrando el aprendizaje participativo, además, tener como administrador del talento humano a una persona que promueva y facilite la creatividad, innovación, trabajo en equipo, efectividad y sobre todo apoyo a la capacitación de su personal en forma permanente (Rodríguez, 2017: 12).

Al considerar como referencia la información antes mencionada, se deduce que el profesional de enfermería constituirá la figura clave responsable en la gestión y administración de recursos durante la prestación de asistencia sanitaria (Ferrer, 2017: 217), ya que estos profesionales identifican y reconocen de forma oportuna las necesidades del paciente, estableciendo planes de cuidados que permitan la pronta recuperación de este y su familia.

1.7 Actividades y funciones de enfermería

Una vez decidido el diseño físico de los servicios de enfermería y determinada la ubicación del servicio hospitalario, puede iniciarse la planificación de la organización de los servicios de enfermería, una de las primeras medidas que pueden tomarse en la planificación del departamento de enfermería es la ejecución de un diagrama de organización que muestre los servicios que van a proporcionarse.

También se debe determinar la autoridad que ha de asignarse a las supervisoras y a al personal en jefe, así como los escalones de responsabilidad. El organigrama de la estructura debe mostrar cada categoría del personal y establecer el grado de responsabilidad y las relaciones de trabajo en los nuevos servicios en el departamento de enfermería; se requiere contar con la disponibilidad de capital humano, así como materiales, allí radica la importancia de contar con personal experto, con aptitudes,

habilidades y conocimientos correctos para la prestación de cuidados de calidad (Clemente, 2021: 8).

En general, un buen servicio de enfermería depende de la estricta supervisión de cada unidad de enfermería, cualquiera que sea el sistema de atención; no obstante, se reconoce que actualmente no se dispone de suficiente personal en ningún país. Con el propósito de sustituir al profesional de enfermería, se han adoptado muchas formas, en algunos países se sigue actualmente la práctica de utilizar los servicios de estudiantes para proporcionar atención. Debido a ello, el profesional de enfermería debe facilitar información general sobre las características de su proceso; diagnóstico, tratamiento y cuidados en la unidad; información detallada sobre la coordinación y los recursos sanitarios de atención primaria (Martin, 2010: 9) lo cual permitirá capacitar al cuidador primario de forma oportuna.

Para establecer y mantener la estabilidad del personal, siempre que sea posible, se guardará la norma de destinarlo a un servicio determinado del hospital, y no cambiarlo muy a menudo. Ellos prestan sus mejores servicios cuando son asignados al servicio que más les interesa. Hay que tener en cuenta el servicio que prefieren y trasladarlos en cuanto sea factible, si no puede hacerse de inmediato. Sin embargo, la asignación a un servicio no debe limitarse, es mejor permitirles que lleguen a ser expertos en las esferas de su elección.

Además, la insistencia actual sobre las necesidades de la enfermedad justifica el paso sucesivo del personal de enfermería por nuevos servicios, para una introducción planeada en el servicio a la atención del usuario con problemas por resolver en su domicilio. La disponibilidad de personal de enfermería varía mucho de un país a otro, y cada uno de estos debe elaborar sus propias normas para la dotación de personal sobre la base del número de profesionales disponible y la formación que puede proporcionarles.

A fin de establecer y de mantener un alto nivel de atención de enfermería, la enfermera consultora, o la dirección de enfermería del hospital, debe redactar normas escritas para que sirvan de guía al personal de enfermería en las diversas secciones del

hospital. Desde el inicio de la planificación del funcionamiento de un departamento de enfermería, habrá que examinar varios manuales o guías.

El servicio de transición hospitalaria en otros países es llamado servicio de enlace, en el cual se han delimitado funciones como la identificación del paciente donde se utiliza de la búsqueda activa, tanto individualmente como en asociación con personal de enfermería que ocupa otros cargos en el hospital, el personal de enlace se encarga de coordinar el trabajo de los diferentes profesionales sanitarios y participa en la asignación de los diferentes recursos asistenciales (Sanz, 2021: 7); por lo cual identifican a los pacientes durante los encuentros programados con el equipo multiprofesional.

Cuando la identificación es realizada por un profesional diferente al de transición, este informa el servicio mediante el envío de una solicitud de referencia (médico, personal asistencial, supervisora). El personal de transición inicia la planificación del alta hospitalaria, después de identificar al paciente que necesita de sus servicios o después de recibir la solicitud de referencia, lo que puede ocurrir en diferentes momentos de la internación y sufre interferencias de otras variables como: condición clínica del paciente; el llenado de los documentos por el equipo de salud; día del alta hospitalaria, sin tener un día específico asignado para iniciar la planificación de esta.

Para la organización de la planificación del alta hospitalaria, el personal de enfermería debe realizar una entrevista con el paciente y, si es necesario, incluir algún familiar, a fin de obtener información sobre la vivienda del paciente, con la intención de verificar si después del alta hospitalaria, el paciente podrá o no regresar a su domicilio o si será necesario realizar algún tipo de adaptación, para que en caso afirmativo el profesional de enfermería brinde una orientación clara y dirigida, que permita identificar las modificaciones necesarias para cubrir las necesidades del paciente en su nuevo rol.

Al planear el alta hospitalaria, evalúan si el paciente y/o el cuidador comprendieron las orientaciones proporcionadas para dar continuidad al tratamiento. Es decir, se valora si las indicaciones que se brindaron al momento del alta favorecerán la integración autónoma y responsable en la sociedad, a la vez que ofrecerán el marco y las

herramientas para el desarrollo personal a cada ciudadano (Santiago, 2010:5). Además, el profesional de enfermería realiza un exhaustivo examen físico, cuando es necesario, y una evaluación psíquica del paciente frente al alta hospitalaria, se refuerzan los cuidados que deben ser realizados y los servicios disponibles, para garantizar una planificación de alta según sus necesidades. Los principales elementos incluidos en la planificación del alta y transferidos a los servicios extra hospitalarios dependen de la situación de cada paciente e incluyen datos socioeconómicos, historial de salud, condiciones de salud y necesidades de cuidados después del alta hospitalaria.

1.8 Servicio de transición

Meleis explica que cada cambio en la vida de una persona supone una transición que puede ser de cuatro tipos: de desarrollo (incluye aspectos como el nacimiento, crecimiento, madurez, envejecimiento y muerte), situacional, de salud-enfermedad (incluye el proceso de diagnóstico de una enfermedad crónica, alta hospitalaria y recuperación) y organizativo, el cual incluye los cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de los clientes y trabajadores (Larrosa, 2019: 268). Lo anterior para la reintegración del individuo a la sociedad, adquiriendo el nuevo rol que vivirá.

El personal de enfermería de transición es extremadamente importante respecto al alta hospitalaria para asegurar que los pacientes reciban los cuidados planificados, según sus necesidades, independientemente del lugar donde enseguida serán atendidos o de los profesionales que los asistirán y, además, para que los servicios de diferentes niveles de atención a la salud puedan operar como una red, de forma articulada y coherente (Aued, 2019: 1), esto permite brindar atención no solo en la estancia hospitalaria sino al egreso, tanto del paciente como de su cuidador.

Los servicios de transición hospitalaria de los complejos hospitalarios cuentan con un sistema informático en el que comparten la información del paciente con un servicio extra hospitalario que, posteriormente, realiza los debidos encaminamientos, así la transferencia de la información sobre el paciente es realizada por el personal de

transición, por medio del envío electrónico del formulario de contra referencia a un servicio extra hospitalario.

La transferencia de información entre el hospital y el servicio extra hospitalario ocurre en diferentes tiempos. Para los pacientes, se lleva a cabo de 24 a 48 horas antes del alta hospitalaria y para pacientes con necesidad de cuidados menos complejos, se realiza el mismo día del alta hospitalaria, la finalidad es proveer una mayor satisfacción del usuario al recibir servicios a través de procesos orientados a sus necesidades y expectativas.

La presencia de esta figura de enfermería en el sistema sanitario, podría mejorar la calidad de la atención en pacientes que presentan enfermedades crónicas, además de la sostenibilidad del sistema sanitario (Sáenz, 2021: 11), ya que actualmente la cantidad de pacientes que ingresan a los hospitales son, en gran mayoría, aquellos con enfermedades crónico degenerativas, que requieren estancias hospitalarias prolongadas y que limitan el número de ingresos para atenciones ambulatorias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Una transición es un proceso de paso de una fase, condición o estado de la vida a otro durante el cual los cambios en el estado de salud, las relaciones de roles, las expectativas o las habilidades crean un periodo de vulnerabilidad (Meleis, 2010: 154), este periodo permite observar y detectar áreas de oportunidad para la capacitación previa al alta del paciente y con ello obtener una adaptación a su nuevo rol exitosa.

2.1 Teoría de la transición



Afaf Ibrahim Meleis, decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Pensilvania, inició sus estudios de enfermería en la Universidad de Alejandría donde posteriormente fue profesora; tiempo después obtiene una beca Rockefeller la cual la lleva a California EE.U.U.; su currículum vitae es impresionante, pero más aún lo es su contribución a la disciplina de enfermería.

Se le reconoce por su teoría de las transiciones, donde muestra su interés por lo que las enfermeras de la clínica hacían para facilitar que las personas asumieran nuevos roles, para apoyar estilos de vida saludables y para disminuir las posibilidades de que contrajeran enfermedades. Meleis advirtió que las enfermeras en la clínica pasaban mucho tiempo cuidando de personas en transiciones.

En consecuencia, Meleis forma parte del grupo de enfermeras investigadoras que se ocupan de completar el ciclo practica-teoría-investigación al formularse preguntas clínicamente relevantes y estudiar temas provenientes de la práctica. Su contribución

es palpable y actual, hay tesis doctorales, estudios de investigación y artículos que amplían y sitúan en la clínica la teoría de las transiciones.

“Una estudiosa de la enfermería demuestra una pasión por hacer la diferencia” afirma Meleis y con ello nos habla de ella misma. Su implicación en la salud global, su participación en órganos directivos y consultivos, su compromiso con la salud de las mujeres y la educación de los profesionales de la salud es muestra de ello, la calidad de su trabajo es un ejemplo para todos.

Una teoría de enfermería que incorpora la experiencia del paciente y el papel de la enfermera, en este caso, la teoría de las transiciones, como guía para investigar y, en última instancia, planificar los sistemas de atención que abordan las consideraciones importantes de la transición del alta y otros procesos de transición.

Tener un buen estado de salud o no, depende de multitud de factores, se basa en las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

El profesional de enfermería pasa la mayor parte de su tiempo clínico cuidando personas que están experimentando uno o más cambios en su vida que afectan su salud (Meleis, 2010: 1). Algunas de las transiciones que son ejemplo de lo antes mencionado son el ingreso hospitalario, la transición de un egreso, el posparto, la rehabilitación, recuperación de procesos quirúrgicos, pérdida de alguna extremidad, entre otros.

Entender y reconocer las transiciones es de suma importancia para recobrar la salud, para que el paciente y su cuidador identifiquen dónde están y a dónde quieren llegar; para ello se deben identificar los tipos y patrones de transición que podrían experimentar, ya sean transiciones de desarrollo, salud-enfermedad u organización.

La teórica Meleis clasifica las transiciones en tres tipos, la transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte, las transiciones de salud enfermedad incluyen procesos de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico

de enfermedad crónica y finalmente las transiciones organizativas aquellas que incluyen cambios en las condiciones del entorno que afectan las vidas de los pacientes y de los trabajadores.

En esta investigación nos enfocamos a la transición de enfermedad-salud en la hospitalización-egreso, es por ello que al identificar el patrón que sigue esta enfermedad podemos determinar que muchas personas sufren múltiples transiciones al mismo tiempo y no solamente una, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de su vida diaria, considerando que las transiciones múltiples pueden ser secuenciales o simultáneas.

Asimismo, las propiedades de la experiencia de la transición se han utilizado para guiar grupos de soporte para ayudar a las personas a tratar experiencias y problemas de salud (De Oliveira, 2017: 4), que pueden incluir la conciencia, que es la percepción o el conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición, el compromiso el cual se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición, el cambio y diferencia el cual afirma que todas las transiciones se componen de un cambio, pero no todos los cambios se relacionan con la transición, ya que para identificar el proceso de transición es importante descubrir y describir los efectos y significados de la misma; la teoría menciona que transición es un tiempo con un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión, estrés y llega a un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad.

Existen patrones de respuesta que se conceptualizan como indicadores de proceso y de resultado, los indicadores de proceso dirigen a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo, permiten una valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables, incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, desarrollar confianza y afrontamiento, mientras que los indicadores de resultado pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no; incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas.

Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre personal de enfermería y paciente, esta relación es un proceso recíproco que afecta a ambos y su importancia es vital para el desarrollo de los procesos de transición.

2.2 Metaparadigmas desarrollados en la teoría

Persona:

En relación con obras previas de Meleis sobre suplementario del rol, del marco de transición y de la teoría intermedia, pudieron deducirse los siguientes supuestos de la teoría de las transiciones.

- Las transiciones son complejas y multidimensionales, tienen patrones de multiplicidad y complejidad.
- Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.
- Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de vida, son manifestados en todos los individuos.
- Cambio y diferencia no son intercambiables ni sinónimos de transición. Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.
- Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.
- La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga, o un afrontamiento retrasado o nocivo.
- El personal de enfermería es el principal cuidador de clientes y familias que sufren las transiciones.

Existen pacientes con experiencias y respuestas, es decir, transiciones complejas y multidimensionales, caracterizadas por flujo y movimiento en el tiempo, que causan cambios en los patrones básicos de la vida.

Cuidado o enfermería

Disciplina científica en la que el personal de enfermería es el principal cuidador de los clientes y las familias que sufren las transiciones.

Salud

Estado diferente a la vida. Dominio, cuyas variables son menos síntomas, bienestar percibido y capacidad de asumir nuevos roles.

Entorno

Se refiere a la adaptación del paciente dado de alta al hogar y la adaptación de su familia, al haber dado cambios de identidades, roles y patrones de conducta, que dependen de los significados y procesos de las experiencias y transiciones de la persona.

Afirmaciones teóricas

Se dedujeron en los primeros trabajos de Meleis las afirmaciones teóricas de los trabajos (Avessera, 2011: 15), las cuales son: Las transiciones de desarrollo, salud y enfermedad son básicas en la práctica de enfermería.

Los patrones de transición incluyen:

- Si el paciente sufre una o múltiples transiciones.
- Si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas.
- El grado de superposición entre transiciones.
- La naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos que desencadenan las transiciones en un cliente.
- Las propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.

- Las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud y enfermedad están influidos y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición.
- La transición saludable se caracteriza por indicadores de proceso y de resultado.
- Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y cliente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso recíproco que les afecta a ambos.

2.3 Transición al egreso del paciente

Con el paso del tiempo, Meleis se centró en personas que no hacen transiciones saludables y el descubrimiento de intervenciones que las facilitarían. Este cambio de pensamiento teórico la llevó a las teorías mencionadas en sus publicaciones de las décadas de los setenta y ochenta. Los principales trabajos de Meleis sobre transiciones definían algunas no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Definió la insuficiencia del rol como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta del rol percibida por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2010: 23). Esta conceptualización la llevó a definir el objeto de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos. Meleis creía que el desarrollo de conocimientos en enfermería debía orientarse a la terapéutica enfermera y no a entender los fenómenos relacionados con respuestas a situaciones de salud y enfermedad. Por tanto, empezó a desarrollar la suplementación del rol como terapéutica de enfermería.

La esencia de los trabajos de Meleis de la década de los setenta, definía la suplementación del rol como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol por el rol propio y del cónyuge. Por tanto, la suplementación del rol incluye clarificar y adoptar roles, que puedan ser preventivos y terapéuticos (Raile, 2011: 417).

Durante el análisis de la teoría, se puede identificar que la calidad de la capacitación previa al alta del paciente es el predictor más fuerte para la preparación del egreso. Una mayor y mejor capacitación para el alta fue predictiva de menos reingresos (Meleis, 2010: 153), si como profesionales de enfermería brindan la información suficiente, así como la resolución de dudas al paciente y familiares, esto determinará que el manejo fuera de la unidad hospitalaria sea el adecuado y beneficie al paciente para evitar su reingreso.

En los estudios sobre el alta hospitalaria y la transición a la atención en el hogar, la percepción sobre la preparación para el alta del paciente, puede ser diferente de la evaluación del personal de salud. La evaluación de la preparación para el alta y la transición a la recuperación y a la atención en el hogar se ha vuelto cada vez más importante para la seguridad, la satisfacción y los resultados del paciente, determinar el momento adecuado del alta y el seguimiento posterior al alta para seguir sus necesidades.

La responsabilidad, como personal de enfermería, es muy grande, ya que significa el logro de resultados para poblaciones de pacientes seleccionadas a través de la educación del paciente y del personal, la construcción del sistema para la continuidad de la atención, la optimización de los resultados durante las transiciones entre los lugares de atención, la medición y evaluación de procesos, así como resultados de atención clínica.

La teoría de las transiciones se seleccionó como guía para conceptualizar la transición de descarga e identificar variables de estudios relevantes debido a la congruencia entre los conceptos de esta teoría y los conceptos de situación de transición específica de irse a casa después de la hospitalización. El alta hospitalaria es un proceso de transición que ocurre en tres fases secuenciales: fase de hospitalización durante la cual ocurre la preparación del alta, posteriormente el alta cuando se pueden medir los resultados a corto plazo del proceso de hospitalización, y por último el período posterior al alta cuando las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a las demandas de atención en el hogar y sus necesidades de apoyo y

asistencia de los servicios familiares y de salud proporcionan evidencia de resultados positivos o adversos del proceso de transición del paciente.

En relación con el alta del paciente, se analizaron las cuatro dimensiones principales de esta teoría (Meleis, 2010: 154), como: la naturaleza de la transición (factores de hospitalización, incluidos ingresos previstos y la duración de la estadía en el hospital) las condiciones de transición (características del paciente que incluyen edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, etc.) la terapéutica de enfermería (capacitación al momento del alta y coordinación de la atención), y por último los patrones de respuesta (preparación para el alta, dificultad de afrontamiento al alta y uso de los servicios de salud al egreso), cada una de estas dimensiones deben valorarse con los pacientes que egresan para establecer la estrategias necesarias para su tratamiento.

Preparación para el alta del paciente

La preparación del alta del paciente es un concepto familiar para ellos, las familias y los proveedores de atención hospitalaria; se conoce como una estimación de la capacidad de los pacientes y los familiares de abandonar una unidad hospitalaria; es la percepción de estar preparada o no para el momento del egreso hospitalario tomándolo como indicador para determinar si la recuperación es suficiente para permitir un alta segura. Las características de la preparación para llevarla a cabo, son: capacidad funcional, preparación y competencia para administrar el autocuidado en el hogar; factores psicosociales, incluida la habilidad de afrontamiento; disponibilidad de apoyo social; educación adecuada e información sobre qué esperar, acceso a un sistema de salud y recursos comunitarios.

La preparación para el alta del paciente se puede medir con base en una evaluación utilizando criterios específicos de la situación para guiar las decisiones clínicas de alta (Kristjanson, 1995: 11). La necesidad de incluir al paciente en la percepción de la preparación para el alta se ha identificado como un componente importante de la evaluación del alta; sin embargo, en muy pocas ocasiones se toma en cuenta.

La importancia de las habilidades de educación del paciente para promover la preparación para el alta y los resultados antes del alta, el impartir eficazmente la

enseñanza del alta con énfasis en la cantidad apropiada de contenido da un resultado favorable para el paciente y familia, ayudando a su pronta recuperación y limitar o evitar complicaciones.

2.4 Suplementación del rol

El rol es un conjunto de comportamientos, así como un sentimiento u objetivo que proporciona unidad a un conjunto de acciones potenciales. En cualquier situación interactiva, el comportamiento, los sentimientos y los motivos tienen a diferenciarse en unidades, que pueden denominarse roles: una vez que estos se diferencian, los elementos de comportamiento, sentimientos y motivos que aparecen en la misma situación tienden a ser los firmados con los roles existentes.

En el curso de la vida, un individuo sufre muchas transiciones que implican una gran movilidad, la suplementación del rol se define como la información o experiencia necesaria para llevar el rol del titular y otros significativos a la plena conciencia de los patrones de comportamiento anticipados, unidades, sentimientos, sensaciones y objetivos involucrados en cada rol y su complemento (Meleis, 2010: 514).

La suplementación preventiva del rol permite ser un medio para lograr el dominio de roles para la persona que debe adquirir y dominar los comportamientos y sentimientos apropiados al aprender los comportamientos que se esperan, los sentimientos y objetivos apropiados para el rol y los costos y recompensas que se anticiparán, incluso si otras personas significativas brindan refuerzo negativo o positivo. La suplementación preventiva de roles puede ser una forma en la que otras personas importantes los aclaran para las personas que anticipan la transición, y a través de los cuales el individuo pueda dominar la transición anticipada por medio de ensayos y modelos de roles.

La insuficiencia del rol se define como un comportamiento que indica cualquier disparidad en el cumplimiento de las obligaciones o expectativas de roles importantes de otros en una situación de salud o enfermedad, el papel del profesional de enfermería ayuda a las familias a explorar muchos puntos de vista, alternativas y posibles consecuencias de las decisiones que se tienen que tomar, a que la familia se

sienta más segura de su capacidad para la toma de decisiones y orientarla hacia el sistema de atención a la salud.

La toma de roles se define como asumir de forma imaginaria la posición o el punto de vista de otra persona, la transición efectiva de roles es teóricamente menos difícil para las personas que han aprendido a representar un rol y contrarrestar el rol imaginativamente y si el otro comprende los componentes más destacados de las transiciones que involucra a cada uno de ellos.

El ensayo de roles como concepto se refiere a la actividad interna que precede a la interacción abierta, en la cual el individuo fantasea, imagina y representa mentalmente cómo podría evolucionar un rol. En otras palabras, el individuo representa mentalmente el papel, anticipando en la imaginación las respuestas de otras personas significativas. Por ello, el ensayo de roles cumple una función muy importante para anticipar y planificar el curso de acciones futuras, lo cual es muy importante para la toma de roles, este ensayo de roles no procede con el supuesto de que estos se estructurarán rígidamente, pues finalmente evolucionarán en la realidad y pueden ser bastante diferentes a los que se imaginaron; sin embargo, estos permiten al individuo y otras personas anticiparse al comportamiento y los sentimientos asociados con los roles ensayados.

Por otro lado, el personal de enfermería siempre ha estado involucrado en la enseñanza grupal y en la orientación anticipada, principalmente destinadas a proporcionar conocimiento e información de los receptores de atención a la salud. En el curso de la vida, un individuo pasa por muchas fases de transición que implican una movilización extensa de recursos personales para hacer frente al estrés que inicia cualquier cambio. Los cambios y la pérdida, y la adquisición de nuevos roles son de particular importancia para el profesional de enfermería porque, la salud y enfermedad, las transformaciones situacionales y las etapas de desarrollo inician directamente una serie de cambios importantes en sus roles.

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1 Universidad de Paraná



La historia de la Universidad de Paraná se remonta al año de 1892; el político Rocha Pombo colocó la piedra angular de una futura universidad en la Praça Ouvidor Pardini, fue el inicio de muchos retos que ha superado este organismo para llegar a ser

lo que es el día de hoy. Al llegar el año de 1914 cuando se determinó cerrar las universidades, la forma que se encontró en ese momento para adaptarse a la ley y seguir funcionando, fue dividir la institución en facultades autónomas, cada una reconocida individualmente por el gobierno; durante casi 30 años se hicieron esfuerzos para restaurar la universidad, objetivo logrado a fines de 1940; ya en el año de 1950, se convirtió en la Universidad Federal de Paraná, institución pública y gratuita, adoptando el trípode: Docencia, Investigación y Extensión, que orienta las actividades de la universidad hacia el desarrollo de la comunidad en la que opera.

Con su federalización, la institución pasó por una fase de expansión, la construcción del Hospital de Clínicas (1953), el Complejo Rectorial (1958) y el Centro Politécnico (1961) supuso su consolidación. Son 100 años de historia, marcados por la perseverancia. La UFPR es la mayor creación de la cultura Paraná, habiendo sido elegida símbolo de Curitiba, una institución con renombre internacional, que forma líderes en diversas áreas, y cuyo principal objetivo es establecer estrategias que permitan formar líderes que trabajen en un desarrollo económico, social y educativo de calidad.

3.2 Complejo Hospitalario de la Universidad Federal de Paraná

Desde su origen, este complejo hospitalario tuvo como objetivo crear un servicio a la población y apoyo a la formación de estudiantes en el curso de Medicina de la UFPR. Así, el 5 de agosto de 1961, el entonces rector, Jânio Quadros, inauguró el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. En sus inicios, el Complejo Hospitalario estaba integrado por tres enfermeras, que eran hermanas vicentinas, las cuales incorporaron a otras enfermeras de diferentes partes de Brasil. Fueron asistentes (religiosos y laicos) y profesionales laicos, elegidos por los médicos, con cierto “don” para la enfermería y que fueron capacitados sistemáticamente por enfermeras para el ejercicio de la profesión (Bernardino, 2006: 150). Este personal se identificó por poseer una gran autoridad en la toma de decisiones para establecer normas y rutinas, así como capacitación continua al personal de nuevo ingreso que permitiera continuar una directriz de trabajo enfocada en el logro de objetivos.

El compromiso de los profesionales de enfermería siempre se destacó; con el ingreso de un mayor número de estos, se crearon puestos intermedios, así como de jefe general, jefes de unidad y supervisión diurna y nocturna, estos profesionales brindaban cuidados a los usuarios, y al mismo tiempo ejercían funciones administrativas necesarias para brindar una atención integral.

Los hospitales universitarios federales son importantes centros de formación del factor humano en el área de la salud y brindan apoyo a la docencia, la investigación y la extensión de las instituciones federales de educación superior a las que están vinculados.

Con el paso de los años, y el crecimiento del complejo, se incorporaron trabajadores que desarrollaron múltiples actividades, generando la necesidad de contratar trabajadores más calificados, y preparados, necesarios para adaptarse a las innovaciones tecnológicas. Las necesidades del complejo incrementaron de tal manera que pasaron de 80 profesionales a más de 200, debido a la ampliación de actividades, lo que permitió dirigir las intervenciones ahora en comisiones, ampliando los roles sin cambiar la estructura, centralizando su modelo de gestión.

Alrededor de 1992, se establece el Proceso de Municipalización del Sistema Único de Salud (SUS) en Curitiba, iniciando una nueva etapa con participación del sindicato en los espacios hospitalarios, donde el profesional de enfermería también se veía incluido con sindicalistas pertenecientes al servicio de enfermería, hecho que no se había visto antes, dando lugar a la participación política de los trabajadores de enfermería (Bernardino, 2006: 151). Esto permitió analizar y destacar la valiosa participación de estos profesionales, que, aunado a los cambios generados por las nuevas administraciones, siempre continuó brindando atención integral, con participación en los diferentes ámbitos del complejo hospitalario; lamentablemente no siempre se tomó en cuenta su opinión, pero eso no limitó su participación, siendo cada día más notoria la necesidad de continuar en la jerarquización, identificando las diferencias entre la preparación y la ejecución del trabajo, dando cada día más relevancia y poder de decisión al conocimiento administrativo.

Los profesionales de este complejo hospitalario analizan que el modelo clínico, curativo y hospitalario no será suficiente para sostener su reconstrucción, actualmente se establecen estrategias y planes de acción, con la finalidad de satisfacer las necesidades existentes de la sociedad, contextualizar y articular este complejo hospitalario para cubrir las necesidades a nivel nacional es un reto persistente.

El Hospital de Clínicas trabaja competentemente en la enseñanza de diversas secciones de la UFPR, principalmente en el Sector de Ciencias de la Salud. Además de los cursos en la UFPR, el Hospital de Clínicas también recibe pasantes de otras instituciones educativas afiliadas, Hoy por hoy, cuenta con más de 55 años de historia, elevando a la institución al mayor hospital universitario del estado de Paraná y al tercero del país, destacando la importancia de la tecnología para la calidad de trabajo de los profesionales de la salud, la docencia, la investigación y los servicios de salud, Actualmente, HC es el hospital público más grande de Paraná y el tercer hospital universitario federal más grande del país. Es reconocida tanto por su excelencia en la asistencia en el área asistencial, como en las actividades de docencia, investigación científica y extensión.

3.3 Servicio de enlace

El alta hospitalaria es una herramienta administrativa orientada a la promoción de intervenciones más efectivas y planificadas en una perspectiva de integración con otros puntos de cuidado de la salud, que promueve el autocuidado, la autonomía y el acceso a recursos disponibles, para recuperar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

El servicio tiene como objetivo:

- Mejorar la respuesta comunitaria de los pacientes con necesidades de atención continua, siguiendo los criterios de inclusión establecidos por el servicio
- Identificar oportunamente a los pacientes que serán derivados a la red en busca de una mayor resolución a través de la continuidad de la atención después del alta hospitalaria.
- Oficializar la ejecución de la contrarreferencia y ofrecer acceso a la información para reinsertar al usuario en la Red de Atención Primaria.

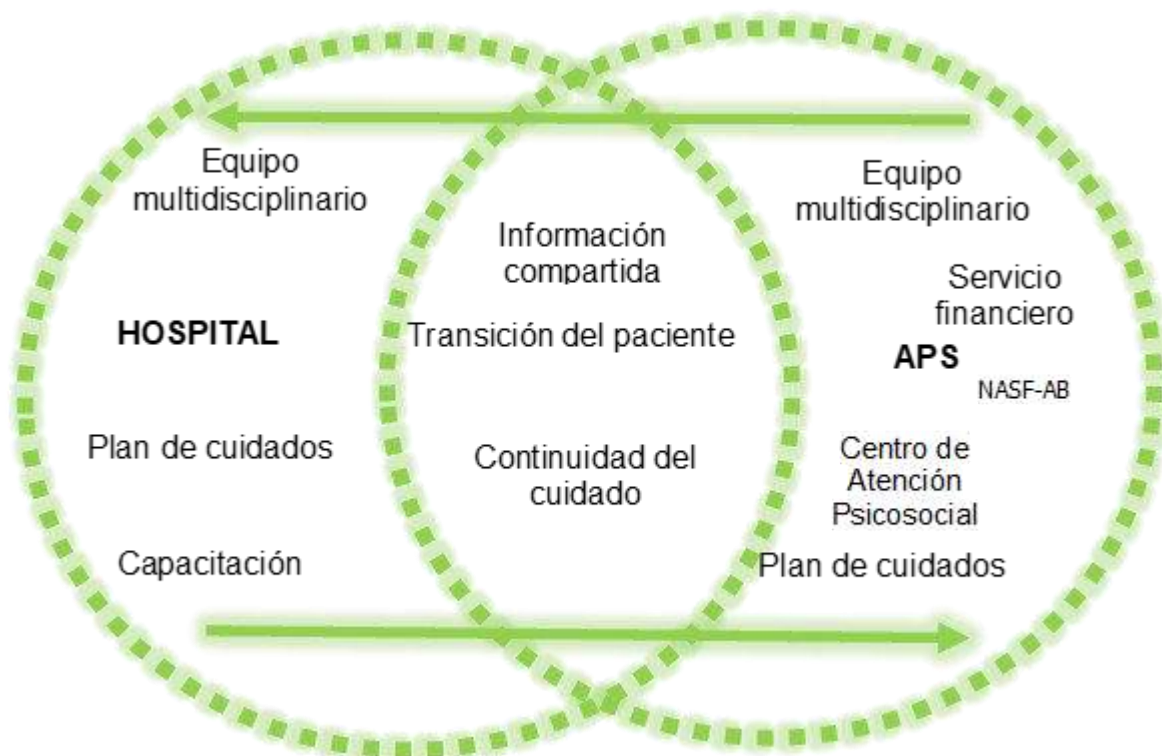
En el momento del egreso del paciente, el servicio de enlace identifica a los pacientes que tienen necesidad de continuidad asistencial y/o dependientes, que requieran intervenciones sanitarias secuenciales y/o rehabilitación en todos los niveles de complejidad; en este sentido se definieron los criterios de inclusión, lo cual permite seleccionar y ejecutar cuidados integrales en el momento del alta.

Criterios de inclusión



Una vez que se identifican los pacientes que cumplen los criterios de selección para su ingreso al servicio de enlace, se da continuidad a su atención con base en el Modelo de Gestión de Altas, el cual permite brindar atención de forma integral, con el objetivo de visualizar al paciente no como una persona única, sino como un conjunto de elementos que participarán en su recuperación.

Modelo de gestión de altas



Fuente: Elaboración Dra. Elizabeth Bernardino de la UFPR, 2020.

El servicio de enlace del Complejo Hospitalario de la UFPR establece este modelo de atención, en el cual se identifica que la Atención Primaria a la Salud (APS) juega un papel fundamental en la ejecución de los cuidados, ya que se encuentra integrada por diversas instituciones que tienen el objetivo de brindar atención desde diversos enfoques, por ejemplo el Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AB) expande la oferta de salud con un enfoque en la resolución, el alcance y el objetivo de las acciones, se integra por equipos multidisciplinarios que permiten la

discusión de casos clínicos donde la atención es compartida entre los profesionales, tanto en la unidad de salud como en las visitas domiciliarias, y posibilita la construcción conjunta de proyectos terapéuticos con el fin de ampliar y calificar las intervenciones en el territorio y en la salud de los grupos poblacionales. Estas acciones de salud también pueden ser intersectoriales, con un enfoque prioritario en acciones de prevención y promoción de la salud.

Asimismo, menciona la integración de los servicios financieros los cuales establecen una asociación estratégica, que permite beneficiar a los usuarios, al brindar un incremento en los ingresos destinados a la APS, generando una mejora en la calidad de atención que brindan los establecimientos de salud ya sea en complejos universitarios o clínicas de calle, equipos ribereños y fluviales.

Por consiguiente, se puntualiza dicho modelo de atención, el cual ha cambiado con el paso de los años, adecuándose a las necesidades que se presentan, siempre con el objetivo de brindar atención integral en los distintos niveles de atención.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través de esta investigación se logró fundamentar las condiciones necesarias para la implementación del servicio de enfermería para la transición hospitalaria en el egreso del paciente, como un rol específico. El análisis y tratamiento de los datos se realizó mediante una construcción analítica inductiva, lo que dio paso a la integración de las categorías pertinentes por medio de cromos, sustentando lo obtenido por medio de la teoría de transición de Afaf Meleis.

4.1 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS

CATEGORIA
Infraestructura específica para el servicio de transición hospitalaria
Normatividad del servicio de transición hospitalaria
Políticas internas
Espacio laboral
Recursos tecnológicos
Capital humano
SUBCATEGORÍAS
Actividades del servicio de transición
Actividades de capacitación
Comunicación efectiva
Contrareferencia

Fuente: entrevistas realizadas al personal del servicio de transición en Curitiba.

El análisis de la información permitió obtener las anteriores categorías y subcategorías, las cuales serán esenciales para la fundamentación del servicio de transición, por lo que es necesario describir su contenido, contrastar y discutir los resultados, para finalmente establecer los elementos necesarios para la implementación de este servicio en nuestro país.

4.2 Infraestructura específica para el servicio de transición

Infraestructura física es el conjunto de edificaciones, áreas, locales y materiales, interrelacionados con los servicios indispensables para la prestación de servicios de atención médica, los cuales son necesarios de acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad o requerimientos del servicio en la atención sanitaria según la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Por ello se consideró relevante detallar las especificaciones de la infraestructura que se requiere para la implementación de un servicio de transición hospitalaria en una institución de salud, como lo señalaron los participantes:

Anteriormente los enfermeros que trabajaban en la asistencia, también desarrollaban la función de enlace, por lo que llegamos a la conclusión que necesitábamos una sala exclusiva (E-1).

En cuestión de infraestructura (...) es necesaria una sala específica para realizar su trabajo (E-2).

(...) Las enfermeras de la gestión de altas trabajan exclusivamente para eso [servicio de enlace], la estructura es pequeña: una sala (E-4).

Según lo señalado al contar con una infraestructura y dotación hospitalaria de calidad, al usuario se le garantizaría la calidad de un servicio óptimo por medio de la organización espacial, óptima administración, atención suficiente y adecuada (Caro, 2020: 52). Por ello podemos aludir que el componente necesario para la implementación del servicio es una sala exclusiva, la cual coadyuvará a facilitar la labor del profesional de enfermería con la finalidad de promover, proteger y mejorar la salud,

la seguridad y el bienestar de los pacientes que vivan un proceso de alta dentro de la unidad hospitalaria, así como establecer una comunicación asertiva que permita la comunicación con los diversos servicios hospitalarios, reafirmando lo que señala la teoría de Afaf Meleis donde refiere que los entornos pueden limitar, apoyar o promover transiciones saludables (Meleis, 2010: 68).

4.3 Normatividad del servicio de transición hospitalaria

Una norma oficial en materia de salud se puede entender como la medida técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias adecuadas; las normas brindan condiciones de salud, seguridad e higiene que deberán observarse en los centros de trabajo, así como el proceso de elaboración, modificación y publicación de las mismas (Estrada, 2020: 20). En contexto con la temática anterior, se cuestionó a las participantes acerca de la normatividad con la que se rigieron para la creación del servicio de transición hospitalaria, ellas refirieron:

Nos basamos en las políticas de salud y reglamentos de salud regional, federal, estatal y municipal (E-2).

La Ley 8080 del sus (Sistema Único de Salud) tiene tres principios: integralidad, universalidad y equidad (E-3).

La Ley 3390 de 2013 sobre el alta responsable, los profesionales deben proporcionar el alta adecuada al paciente para que este entienda sus necesidades, no se pierda y pueda ser direccionado a otro nivel de atención (E-3).

Según los relatos anteriores, resulta preciso indicar que la normatividad en salud está permanentemente enriquecida por la infinidad de reglas de conducta y procedimientos asistenciales y por manuales que guían el ejercicio profesional, que en conjunto determinan el cumplimiento para sus prestadores en todas las fases del servicio en la áreas hospitalarias, o en las de reciente creación (Pérez, 2018; 71); así, podemos inferir que la normatividad que rige la creación del servicio de transición hospitalaria son las normas de salud vigentes, las reglas de conducta y procedimientos que guían

el ejercicio profesional de un servicio hospitalario, en el ámbito de su instalación, lo cual nos lleva a visualizar que en nuestro entorno se deben buscar, analizar y seleccionar las normas que apliquen y den sustento al servicio.

4.4 Políticas del servicio

Las políticas laborales son un conjunto de directrices que regulan las relaciones de trabajo para el cumplimiento de los derechos y deberes recíprocos de las partes y que fomentan el pleno empleo selectivo, libremente elegido y productivo, ajustado y en respuesta a un contexto integrado coherentemente con las fluctuaciones de la economía y los actores sociales (Arteaga, 2020: 478). Estas políticas brindan una guía para la dirección y ejecución de la forma de trabajo; por tanto, al indagar en el servicio de altas del Complejo Hospitalario de la Universidad Federal de Paraná respecto a la implementación de las mismas, estas fueron las respuestas:

Teníamos pacientes que vivían 7 u 8 años en el hospital (...) por lo que el gobierno orientó políticas, para contratar camillas e instituciones para dar continuidad de la atención (E-4).

En el aspecto financiero, los pacientes que pasan mucho tiempo en el hospital, les llamamos “grandes consumidores de servicios de salud”, porque gastamos mucho dinero en brindarles atención (...) por lo cual se determinaron políticas que aceleraran los procesos para su rápido egreso (E-4).

Verificamos qué unidad es la más cercana a su domicilio, pasamos la información a la unidad de salud, agendamos la consulta, procurando que permanezca el mayor tiempo en su hogar (E-4)

Por lo antes mencionado, podemos identificar la necesidad de crear diversas políticas que orienten acciones que permitan establecer los procesos internos del servicio, desde políticas económicas las cuales deben contribuir a la reconstrucción de un gasto público suficiente, eficiente, efectivo y equitativo, abordando las debilidades estructurales (Cepal, 2020: 5), así como políticas de salud, políticas departamentales,

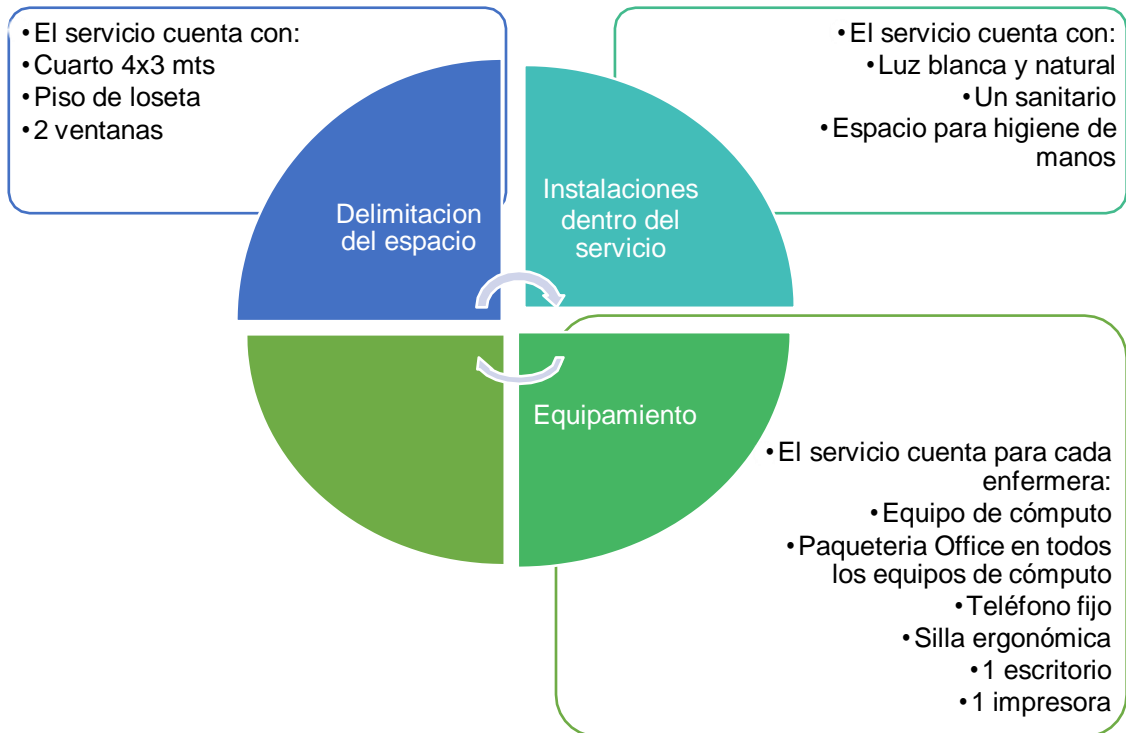
entre otras, tal como lo menciona en la entrevista el profesional de enfermería donde se analizan las políticas económicas con la finalidad de proyectar el cuidado para toda la población, permitiendo favorecer la preservación de la vida con una atención de mayor cobertura.

Las características políticas de las capacidades estatales remiten a las posibilidades del Estado para imponer reglas y su habilidad para procesar las demandas (Raffa, 2020: 55); de acuerdo con lo obtenido en las entrevistas se puede identificar que los profesionales de enfermería orientan su actuar estableciendo comunicación con las diferentes unidades de atención siempre en apego a la normatividad existente permitiendo brindar continuidad del cuidado, determinando, entonces, que las políticas laborales, sociales, departamentales y económicas permiten fundamentar la creación de un servicio de transición hospitalaria, favoreciendo la reincorporación del usuario en su rol actual.

4.5 Espacio laboral

Se define como el lugar que se les proporciona a los trabajadores con equipos adecuados para el desempeño de sus labores, capacitándolos cuando se requiera el uso y manejo de su equipo, generando ambientes físicos y climas laborales que posibiliten la consecución de los objetivos planteados y aseguren el bienestar y la salud de sus colaboradores (Díaz, 2021: 3); analizando lo anterior, se obtuvo la siguiente información referente al área física del servicio de enlace del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná:

AREA FISICA DEL SERVICIO



Fuente: Elaboración con base en las entrevistas realizadas a enfermeras del UFPR, 2020.

Partiendo de lo antes plasmado, podemos concretar cómo debe ser el área física del servicio de transición, identificando los elementos necesarios para la creación del servicio en México, concluyendo que se debe contar con espacios delimitados que permitan la ejecución de las actividades planeadas para este servicio; Afaf Meleis señala que el espacio también contribuye significativamente a la transición inicial de un centro a otro: “Una hermosa habitación tranquila y encantadora, donde se queda sola para adaptarse. Un espacio seguro como el centro de cuidados paliativos / hospicio también se consideró un lugar de refugio y protección” (Meleis, 2010: 403). Esto hace referencia a las experiencias de vida que reiteran que el espacio donde se habilite este servicio cuente con las características mencionadas por las entrevistadas las cuales brindarán funcionalidad y confort no solo a los profesionales de enfermería sino también a los usuarios.

4.6 Recursos tecnológicos

Con el paso del tiempo, las unidades de salud han experimentado la incursión de tecnologías como herramientas en el desarrollo de sus actividades, por lo cual dichos equipos deben ser un catalizador que permita adoptar estrategias que ayuden a mejorar la eficiencia y productividad, y a su vez funcione como un enfoque vinculador que dé valor a los procesos y que permita fomentar la innovación (Bernal-Jiménez: 2019, 87). Esto permite optimizar cada uno de los procesos en los que se involucra el profesional de enfermería, por lo cual se consideró importante identificar cuáles son los recursos tecnológicos necesarios para la creación de este servicio, obteniendo la siguiente información:

(...) Llegamos a la conclusión de que lo mejor sería que contáramos con una sala exclusiva, computadoras, impresoras, acceso a internet, teléfono con acceso a llamadas interestatales y celular (...) contamos con un e-mail institucional y un celular institucional con WhatsApp, lo que es muy importante porque facilita la comunicación (E-1).

Se necesita (...) computadora, un sistema de información hospitalaria, un sistema de información que se relacione con la unidad básica de salud y puntos de asistencia externos al hospital, material de oficina, mesas, sillas, impresora, un celular, plantillas, formularios de información, el registro e historial del paciente, así como un teléfono fijo con extensión fija y contacto por e-mail (E-3).

Tenemos un programa llamado “E-saúde” (E-salud), por lo que es importante que el área de atención básica lo conozca (E-2).

MOBILIARIO NECESARIO EN UNA SALA DEL SERVICIO DE ALTAS

Tecnológicos	Equipo de oficina	Sistemas de información	
Computadora	Escritorio	Externo	Interno
Impresora	Sillas	Municipal, regional	Intrahospitalario
Teléfono fijo	Mesas		
Teléfono celular	Material de oficina		

Fuente: Entrevistas realizadas al personal del servicio de transición hospitalaria.

En las organizaciones debe trascender el empleo de los recursos tecnológicos para facilitar procesos administrativos, difundir su imagen, buscar un mayor alcance como catalizador del cambio social (Padilla de la Torre: 2020, 18). También Meleis nos señala en su teoría que los cambios tecnológicos, la introducción de registros médicos electrónicos, los nuevos modelos de liderazgo crean la necesidad de estrategias que mejoren la adopción saludable a nuevos cambios (Meleis, 2010: 30); por ello, el profesional de enfermería se encuentra en una posición ideal que fortalecerá la creación del servicio de transición, ya que se identifican los recursos tecnológicos necesarios para su ejecución y buen funcionamiento del servicio en beneficio de los usuarios.

4.7 Capital humano

El capital humano se define como el conjunto de conocimientos, experiencias, habilidades, sentimientos, actitudes, motivaciones, valores y capacidad para hacer, portados por los trabajadores para crear más riquezas con eficiencia (Cuesta-Santos, 2018: 138); de acuerdo con lo comentado fue necesario cuestionar a los entrevistados en relación con las características profesionales a reunir para ejercer en el servicio de transición, respondiendo de la manera siguiente:

El profesional debe tener una visión más amplia de la red y la atención hospitalaria para poder articular los recursos disponibles (E-2).

La enfermera conoce todos los recursos que la sociedad puede ofrecerle a ese paciente (...) debe ser una persona con un buen conocimiento en asistencia, tiene que ser proactiva, que resuelva problemas, que sea comunicativa, con dominio en tecnología, que trabajen en conjunto (E-4).

La enfermera debe buscar la mejor forma de resolver esa demanda, de hecho, entendemos que la enfermería es la pieza fundamental de este servicio, por toda la formación, la visión holística (E-1).

Actualmente, trabajamos cuatro enfermeras fijas, es el número mínimo (...) el hospital tiene 500 activos (E-1).

Como fue señalado, la formación, capacitación y actualización de los profesionales de enfermería es básica como fuente de innovación y ejecución de las tareas; es necesario se combinen conocimientos, habilidades, destrezas, expectativas, creatividad y capacidad de los que laboran en las organizaciones (Méndez, 2017: 8), con la finalidad de intervenir de forma integral en la continuidad del cuidado. Meleis refiere que las transiciones poco saludables o las transiciones ineficaces conducen a la insuficiencia del rol, caracterizado con sentimientos asociados a la percepción de desigualdad (Meleis, 2010: 3); por esto, es vital la intervención del profesional de enfermería el cual debe poseer características necesarias para ejecutar de manera dirigida las actividades necesarias en el servicio de transición hospitalaria dentro del rol de enfermería.

Se resalta la necesidad de trabajar en equipo a fin de impulsar en conjunto el desarrollo de una salud de calidad para todos los usuarios, tal como las características que se identificaron en las entrevistas realizadas, señalando el indicador de una enfermera cada 100 paciente, el cual servirá como guía para determinar el capital humano necesario para la implementación del servicio.

4.8 Organización del servicio de transición

El cuidado es un acto que representa una variedad de actividades que permite mantener y conservar la salud; en este sentido, el profesional de enfermería busca integrar al paciente a la sociedad para que logre desempeñar sus funciones habituales, lo anterior va íntimamente ligado a la administración del mismo (Hanna, 2016: 65), es por ello que en el actuar de los profesionales se establecen acciones de cuidado y de organización/administrativas como las que señalan las participantes, las cuales brindan mejoras en la continuidad del cuidado:

Trabajamos de manera interna con manuales de procedimientos institucionales establecidos, para que cada quien respete sus unidades (E-3).

Elaboramos una plantilla para el control de pacientes a los que se les realice la contra referencia y dentro de esos manuales (...) los flujos, las plantillas y las guías se han estado actualizando (E-3).

Tenemos los flujos diseñados (...) se encuentran impresos en una carpeta y tenemos la rutina también descrita de cada actividad que llevamos a cabo, cada vez que identificamos una nueva demanda, la probamos y diseñamos el flujo (E-1).

Gestionamos también los equipos e insumos para el alta como oxígeno, ventilador mecánico, EPAC, BIPAC, catéteres, dietas y material de curación (E-1).

Como consecuencia se contrasta que la implementación de diversas actividades administrativas como el diseño de flujogramas de trabajo, manuales, plantillas, entre otros, regularon, normaron y marcaron un camino, permitiendo el logro de los objetivos, siendo decisiones adoptadas en el marco de instituciones públicas, pero que han sido precedidas de dualismo en la representación de los intereses colectivos de los trabajadores (Malpica, 2020: 5), rediseñándose de forma constante dirigidas a resolver necesidades, ya sea dentro o fuera de la institución, enunciando un comportamiento

equilibrado para promover acciones en favor del egreso del paciente y su continuidad fuera del ámbito hospitalario. Así lo refiere Meleis al señalar que el uso de estrategias de gestión de la atención es fundamental para el modelo de calidad-costo de las metas del cuidador de transición, planes de atención (Meleis, 2010: 482) colaboraciones que permiten identificar las actividades necesarias para el desarrollo del servicio de transición en México.

4.9 Actividades de capacitación

La capacitación brinda ayuda al individuo, da lugar a que el trabajador interiorice y ponga en prácticas las variables de motivación, realización, crecimiento y progreso (Luévano, 2017: 7); en consecuencia, el personal que cuenta con las herramientas necesarias puede lograr grandes beneficios en la continuidad del cuidado, de ahí se identificaron las siguientes actividades del servicio de enlace:

Como educadora tengo que enseñar a las personas dentro de una perspectiva de continuidad, las personas deben entender que los hospitales son una parada dentro del camino de la salud (E-4).

Hacemos también actividades educativas sobre el alta, no de cuidado, sino de procesos (...) Identificamos al paciente con necesidades complejas de cuidado después del alta; con los más complejos, entramos en contacto con la atención primaria mientras están internados, para brindarles las cuestiones necesarias para la continuación de cuidados de atención primaria (E-1).

Dar clases a los residentes sobre la gestión de altas, hacemos actividades con residentes, cuando ingresan, cuando hay una baja demanda del servicio (E-1)

Tomando como referencia lo anterior, podemos señalar que la continua capacitación del profesional de enfermería va modelando progresivamente la disciplina científica

que sustenta el cuidado del bienestar del individuo, la familia y la comunidad, basada principalmente en una práctica social y ética (Vialart, 2018: 3). La teoría de transición reitera que la función del profesional de enfermería abarca el logro de resultados para las poblaciones de pacientes seleccionados a través de la educación del paciente y el personal, la construcción de sistemas para la continuidad de la atención, la optimización de los resultados durante las transiciones entre lugares de atención y medidas (Meleis, 2010: 154), corroborando lo obtenido en la investigación donde se identifica que el profesional del servicio de transición sabe la importancia de la capacitación continua, con el objetivo de disminuir la no continuidad del cuidado articulando los distintos niveles de atención y, como experta en el área, realiza funciones de capacitación para el paciente, familias y profesionales de la salud, incluida el área médica para lograr un trabajo multidisciplinario exitoso.

4.10 Comunicación efectiva

Se define como aquella comunicación eficaz, integrada y coordinada que se dirige a proporcionar información, recomendaciones y orientación para la adopción de medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países (Hernández: 2021, 3). En este sentido, los profesionales de la salud juegan un papel fundamental para establecer canales de comunicación que beneficien al usuario al momento de su alta hospitalaria, por ello se investigó cuál es el nivel de comunicación del servicio de enlace con el resto de los servicios hospitalarios, obteniendo la siguiente información:

El servicio debe ser comunicativo, articulador, negociador y que pueda existir una comunicación entre la atención hospitalaria y la atención básica (E-2).

Llevamos a cabo el contacto el equipo multidisciplinario del hospital y el equipo de la atención primaria a la salud y también de algunos servicios especializados de la red de atención a la salud (...) de esta manera identificamos nivel de dependencia,

algunos dispositivos, tratamientos especiales, discutimos con profesionales (E-1).

(...) visito las unidades, converso con el equipo de enfermería y selecciono a los pacientes del próximo día, en ese momento, pregunto al equipo si el paciente necesita algún examen o documento y dejo todo listo (E-3).

Partiendo de lo antes mencionado, podemos resaltar que a través de conversaciones que establece el profesional de enfermería del servicio de enlace se coordinan acciones para brindar continuidad de la atención, es decir, que la transversalidad de la comunicación en los distintos niveles de la organización permite que los colaboradores alcancen mayores niveles de satisfacción y un mejor desempeño, debido a que se logra una mayor y mejor comprensión del trabajo que realizan y se incrementa su compromiso (Hernández: 2021, 20); esto permite que el paciente que es egresado tenga las condiciones ideales para continuar su tratamiento fuera de la unidad hospitalaria; Meleis señala que la comunicación es el proceso que facilita la implementación de las estrategias y mejora el logro del dominio sobre los componentes de suplementación de roles es decir, aclaración de roles y toma de roles (Meleis, 2010: 18), por lo antes mencionado, se concluye la relevancia de las funciones de comunicación identificadas en las entrevistas las cuales permitirán fortalecer la creación del servicio en nuestro país.

4.11 Contrareferencia

Es un procedimiento comprendido entre aspectos asistenciales y administrativos, este sistema permite que el usuario obtenga continuidad en la atención frente a las necesidades de salud, logrando acceder a una atención de un establecimiento de menor capacidad resolutoria a otro (Salas, 2020: 30), y viceversa todo dependerá del estado del usuario. En consecuencia, esta investigación permitió identificar esta subcategoría arrojando los siguientes datos:

Reviso a los pacientes que fueron dados de alta ese día, reviso el resumen de alta y veo si el paciente entra o no en mis criterios,

selecciono a los pacientes que necesitan contrarreferencia y los datos para que el área de atención básica esté enterada (E-2).

Realizamos la contrarreferencia para la atención primaria a la salud de todos los pacientes que salen con uso de dispositivo, lesiones de piel más graves, estomas, cuidados paliativos, enfermedad crónica de difícil manejo o con historial de abandono del tratamiento, pacientes con necesidad de rehabilitación e intento de suicido, entre otros (E-1).

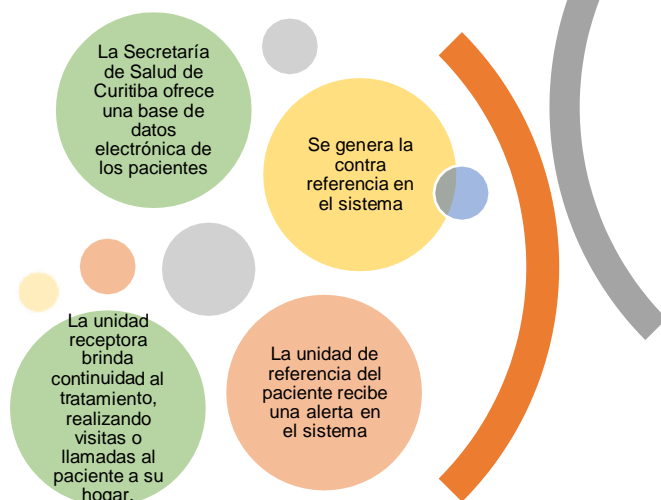
El sistema de salud de la ciudad se organizará para atender a los pacientes, trabajamos en conjunto con el municipio, si falta algo, transferimos al paciente a hospitales secundarios (E-4).

Por lo señalado, la estructura y gestión de dichos sistemas, son vehículos importantes para lograr una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención. Esta coordinación va dirigida a mejorar la conexión entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, con el propósito de elevar la calidad del servicio que se brinda y de optimizar los recursos existentes; además, evitar problemas como retrasos en el cuidado, elevación de costos, interrupción de tratamientos y desplazamientos (Álvarez: 2019, 2). En consecuencia, es reconocible que la enfermera de transición ejecuta esta acción para coordinar la continuidad de cuidado en el nuevo rol del usuario, estableciendo una comunicación efectiva entre los niveles que sea necesario.

Como resultado se obtiene el siguiente diagrama donde podemos identificar las dos vías de contrarreferencia establecida en el UFPR para el logro de la continuidad del cuidado, establecido por el servicio de enlace del Complejo Hospitalario, el cual se determinó de acuerdo con el sistema de salud y las necesidades de los pacientes.

CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE DENTRO Y FUERA DE LA CIUDAD

Contrarreferencia interna



Contrarreferencia externa



Fuente: Elaboración con base en las entrevistas realizadas a enfermeras del UFPR, 2020

El diagrama presentado permite tener una referencia de la forma de trabajo del servicio de enlace en el Complejo Hospitalario de la UFP, en relación con la contrarreferencia de los pacientes hospitalizados, el cual permite visualizar el grado de comunicación necesario entre los diferentes niveles de atención, con el objetivo que en México se identifiquen los elementos involucrados en la realización de la misma y esto permita que el profesional de enfermería participe de forma activa.

PROPUESTA

Infraestructura y espacio físico

Se ha demostrado que las áreas de trabajo cómodas mejoran la salud y el bienestar de los empleados, aumentando los niveles de productividad; brindar un espacio laboral con las características ideales es cada día más importante, con el objetivo de beneficiar no solo al trabajador sino también a la unidad hospitalaria en el logro de sus objetivos.

Teniendo como referencia la información obtenida en las entrevistas con las profesionales de enfermería del complejo universitario, es claro que se debe considerar en el proyecto arquitectónico lo necesario tanto para un acceso directo, rápido y seguro al establecimiento, así como para el egreso, incluyendo lo necesario para las personas con discapacidad y adultos mayores, de acuerdo con lo que establece la NOM-001-SSA2-1993. Esto incluye los mecanismos de transporte y movimiento de pacientes dentro del establecimiento de manera que garantice la seguridad integral del usuario.

Se recomienda utilizar una sala específica para realizar las actividades del servicio de transición, lo anterior por las múltiples actividades que desarrollarán él o los profesionistas de enfermería asignados, aunado a que puede generar en el servicio capacitación de pacientes con patologías crónicas que así lo requieran; debemos cuidar y proteger la individualidad del paciente el cual es un derecho establecido por la Secretaría de Salud que en su punto 6 señala: Ser tratado con Confidencialidad. El establecer un espacio determinado permitirá el mantener una comunicación asertiva con el resto del equipo multidisciplinario con el que debe tener contacto, para establecer los planes de alta que así se requieran.

El piso que se recomienda utilizar puede ser algún porcelanato esmaltado, el cual permitirá que se pueda desinfectar de forma constante sin ocasionar algún daño, debido a su muy baja absorción de agua se considera de muy alta resistencia, además posee una buena entereza a la abrasión y una alta firmeza a la tracción. Esto lo hace

ideal para áreas de uso intensivo, tales como pasillos, consultorios, empresas, entre otros.

Así mismo es recomendable que el servicio cuente con un área de sanitario, el cual puede ser utilizado tanto por el profesionalista como por el paciente, donde puedan realizarse actividades básicas como higiene de manos, que con el desarrollo de la pandemia por SARS-COV2, ha sido de las actividades con mayor difusión, derivado de la importancia que representa para el control de contagios. Si no existiera la oportunidad de que el servicio cuente con un sanitario sería ideal que esté cerca de alguno, que permita trasladarse en poco tiempo y en una distancia corta tanto el profesionalista como el usuario.

Además, agregar que un diseño sostenible puede beneficiarse con un egreso hospitalario temprano de hasta 2,5 días, ya que los edificios ecológicos benefician el proceso de salud. Estas prácticas incluyen muchas alternativas eficaces y energéticamente eficientes, como los sistemas de enfriamiento geotérmico para acondicionadores de aire que rocían agua fría en las profundidades y la recuperan a bajas temperaturas, estas son utilizadas en la fabricación de acondicionadores de aire y luego para recuperación la unidad puede usar los desechos del aire acondicionado como calor para calentar el agua para el baño del paciente, entre otros, con la finalidad de complementar con la producción de energía solar. El desafío es encontrar sistemas dinámicos e innovadores que permitan mejorarse entre sí y maximizar el ahorro de energía en el planeta.

Espacio laboral

El espacio que se propone para la creación del servicio de transición, se recomienda que cuente como mínimo con medidas de 4x3 metros, con ventanas que permitan el ingreso de luz natural, la cual brindara iluminación de forma constante, instalación de luz artificial que transmita la actitud de estar atentos y en conjunto representan claridad, transparencia y pulcritud.

Las puertas de acceso deben permitir una adecuada accesibilidad, derivado que los pacientes que en su mayoría se recibirán son aquellos dependientes con secuelas de

alguna patología que puede limitar de forma parcial o total su movilidad, que podrían ingresar a este servicio en sillas de ruedas. El área es el elemento clave a la hora de que la producción sea efectiva y eficiente, los profesionales de enfermería además de valorar la proyección en el trabajo, la cultura organizacional y la tecnología, también le dan gran importancia al espacio físico en el que pasan determinada parte del día, es por ello que se requiere un espacio que brinde al profesional de enfermería un ambiente favorecedor para mejorar su rendimiento y mantener un desempeño eficiente.

Se recomienda que se brinde al usuario calma al ingresar al servicio, y esto se percibe cuando armonizamos un color neutro (blanco) y lo contrastamos con el azul, permitiéndole permanecer en tranquilidad, para prestar atención a las indicaciones que reciba.

Es recomendable que las sillas con las que se dote a los profesionales de enfermería del servicio de transición hospitalaria sean ergonómicas, que permitan mantener una correcta posición de la columna vertebral y de los músculos, evitando adoptar posiciones incorrectas, debe brindar un buen respaldo que refleje bienestar en el desempeño de las funciones de cada trabajador. En referencia al escritorio, es importante tener presente que el tamaño se determina de acuerdo con el espacio necesario para el equipo de cómputo y los accesorios necesarios para trabajar.

También se deben asignar archiveros que permitan establecer orden y coordinación en el área de trabajo, para cuando se solicite información, sea localizada de forma rápida y oportuna. Así como evitar extravíos que puedan afectar a los usuarios del servicio.

Normatividad

En México, la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 132, fracción XVI, consigna la obligación que el patrón tiene de instalar y operar los lugares donde deban ejecutarse las labores, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el reglamento y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a efecto de prevenir accidentes y enfermedades laborales, así como de

adoptar las medidas preventivas y correctivas que determine la autoridad laboral. Por lo cual se propone que la creación de este servicio dé cumplimiento a la normatividad, enfocándose en las 41 normas oficiales mexicanas vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo, las cuales se agrupan en cinco categorías: de seguridad, salud, organización, específicas y de producto, donde la aplicación es obligatoria en todo el territorio nacional.

La normativa permitirá lograr los objetivos en la creación del servicio de transición hospitalaria en México, el cual es prestar servicios de salud con los más altos estándares de calidad, lograr la acreditación en salud, a través de la implementación del sistema de gestión integral de calidad, implementar una cultura de mejora continua y desarrollar una evaluación permanente de la percepción del usuario, con respecto a los servicios recibidos, con el propósito de alcanzar el más alto nivel de satisfacción.

La normatividad en México es clara y es deber de la institución que proyecte la creación de este servicio, dar cumplimiento a lo solicitado en las normas, lo anterior para ejercer intervenciones de calidad que brinden seguridad al usuario, el cual transcurre en un momento de vital importancia, la transición de su proceso de recuperación, con un cambio de rol significativo a su nueva realidad.

Las normas que se propone revisar como mínimo para la creación del servicio de transición hospitalaria en México, se mencionan a continuación, las cuales es necesario su estricto apego, siempre reiterando que no son las únicas existentes, sino las que se sugieren para la consulta inicial en la creación de este servicio de Transición Hospitalaria; en este sentido se enlistan en sentido informativo mas no limitativo, ya que cada institución normará la creación del mismo, de acuerdo con las necesidades de cada unidad hospitalaria.

Así mismo, es obligación de las autoridades competentes consultar dicha normatividad para su implementación, seguimiento y cumplimiento, identificando cuáles son aplicables respecto al estado actual que guarde la institución de salud.

NORMAS MEXICANAS PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO INTRA HOSPITALARIO

Núm.	Norma	Establece
1	NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000	Los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
2	NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012.	Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada
3	Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2016.	Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
4	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012.	En materia de información en salud
5	Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014.	Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico psiquiátrica.
6	Norma Oficial Mexicana Nom-004-Ssa3-2012.	Del expediente Clínico
7	NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004.	En materia de información en salud.

Fuente: Información recopilada de la página de Gobierno de México en el siguiente link: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

Políticas

En Estados Unidos, lugares como Pensilvania, están promoviendo los cambios de políticas necesarios para acelerar el acceso a modelos de atención transicional basados en evidencia. Entre ellas destacan las políticas que enfatizan la geriatría, los cuidados de transición y paliativos, la atención interdisciplinaria y la participación de los cuidadores familiares en la preparación educativa de la fuerza laboral de salud actual y futura, promueven sistemas de informes y monitoreo del desempeño que aseguran una transición eficaz.

En relación con lo consultado y obtenido por las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería, se determina que las políticas laborales son estándares de atención para todos los hospitales donde se incluyen políticas departamentales para guiar, documentar y evaluar la planificación del alta. Por ello, se propone establecer un proceso que incluya la identificación, evaluación, establecimiento de objetivos, planificación, implementación, coordinación y evaluación de los planes de acción.

Las profesionales de enfermería deberán establecer estrategias que permitan planificar, coordinar y monitorear el proceso de alta, implementando políticas de alta para asegurar la continuidad de la atención. Se coordinarán con el paciente, la familia, el equipo de atención, los recursos y los servicios para facilitar la transición del paciente del hospital a la comunidad u otra agencia de atención de manera individualizada, que ahorre tiempo, sea rentable y continua.

Es necesario que el o los profesionales de enfermería que sean asignados a este servicio establezcan políticas departamentales basadas en principios, directrices, formas de pensar y de actuar en apego a la normatividad previamente mencionada, que sean accesibles a cualquier profesionista que ingrese a este servicio, plasmándolo en documentos coherentes con los objetivos de calidad de la unidad hospitalaria.

Las políticas que se considera importante retomar en el momento de la creación del servicio de transición hospitalaria en México son:

- Políticas que vayan dirigidas a cumplir los requisitos y los compromisos fijados por la unidad hospitalaria, enfocadas en procesos de calidad en los servicios de atención.
- Políticas de seguridad y salud en el trabajo, estableciendo directrices para evitar accidentes laborales.
- Políticas de trabajo enfocados a los objetivos de la Unidad Hospitalaria y a un adecuado funcionamiento del servicio.
- Políticas enfocadas a delimitar las tareas que realizan los empleados y sus responsabilidades cuando están en el lugar de trabajo, así como establecer los límites en la conducta del personal.
- Políticas donde se retome el buen actuar, para evitar situaciones de acoso laboral.
- Políticas encaminadas a la protección de datos de la empresa y de los trabajadores.

Recursos tecnológicos

Es fundamental que se tenga presente que el tiempo transcurre y la tecnología se vuelve parte del día a día, por lo cual el ámbito de la salud no es la excepción, la tecnología cada día brinda herramientas que facilitan el registro de información favoreciendo la disminución en el número de consumo de elementos de oficina, es fundamental que el área cuente con el siguiente equipo:

- Un equipo de cómputo por cada enfermera asignada al servicio.
- Sistema operativo Office
- Un teléfono fijo que permita establecer comunicación efectiva intrahospitalaria, así como extrahospitalaria, ya sea para comunicarse con los diferentes servicios del equipo multidisciplinario, así como establecer una comunicación efectiva con las clínicas de primer nivel que así lo requieran.
- Una impresora en el área (como mínimo).

- Internet

De acuerdo con la información que se obtuvo en las entrevistas, es prioritario que el personal asignado a este servicio tenga un amplio conocimiento en el manejo de los sistemas operativos, acción que será crucial para el manejo de la información de cada usuario, ya que permite agilizar el proceso del flujo de trabajo; los sistemas digitales de archivo sirven para ahorrar espacio, papel y costos de impresión, el uso de sistemas informáticos permite realizar correcciones al instante, lo que evitará el cúmulo de papelería en el servicio y a su vez apoyará al medio ambiente.

Las tecnologías mejoran el trabajo en las áreas, permitiendo una comunicación eficaz; por ejemplo, a través de los correos electrónicos los trabajadores envían mensajes al instante sin interrumpir al destinatario. Actualmente se busca la formación de talento humano con capacidad de aprendizaje, investigación, creatividad y una sólida formación socio humanista, que permita elegir la tecnología en beneficio de su área de trabajo, su entorno y las necesidades de los usuarios.

Capital humano

Parte de la información que proporcionaron las profesionales de enfermería del complejo universitario en Curitiba, fueron las características mínimas necesarias para el personal que sea asignado en este servicio; por lo cual propongo cuenta con las siguientes características como mínimo para su asignación:

- Ser proactiva
- Ser resolutive
- Tener grandes habilidades interpersonales
- Poseer una comunicación asertiva
- Tener conocimiento de patologías, cuidados de enfermería, entre otros.
- Poseer una adecuada comunicación con el equipo multidisciplinario
- Ser responsable y respetuoso.
- Poseer apertura para defender su conocimiento

Aunado a esto, se analizó y determino el número de personal con el que cuentan en el área, por lo cual se propone que en la apertura de este servicio en México se contemple como indicador un profesional de enfermería por cada 100 pacientes, y que se evalúe de forma semestral o anual la efectividad de este indicador; lo anterior de acuerdo con las especialidades que cuente el hospital en el que se quiera implementar el servicio de transición hospitalaria.

La formación de profesionales de enfermería con experiencia en servicios hospitalarios, permitirá que sean colaboradores comprometidos con conocimiento y de alta calidad tanto humana como profesional; una vez identificado el profesional de enfermería que será asignado al servicio es necesario que se encuentre en el servicio de transición exclusivamente, lo anterior para brindar una continuidad del cuidado eficiente y puntual.

El profesional debe tener una visión más amplia de la red y la atención hospitalarias para poder articular los recursos disponibles para que la contrarreferencia sea efectiva.

En hospitales con diversas especialidades se recomienda valorar la oportunidad de asignar un recurso humano en especialidades de mayor complejidad (por ejemplo, pediatría) o a su vez delimitar específicamente las especialidades que serán asignadas a cada profesional de enfermería asignado al área.

Actividades del servicio de enlace

Las actividades del servicio de transición implican el abordaje integral del usuario, por lo cual es necesario tener presente las exigencias del mercado actual, con el fin de formar profesionales que gerencien el cuidado integral, acorde con las exigencias del paciente.

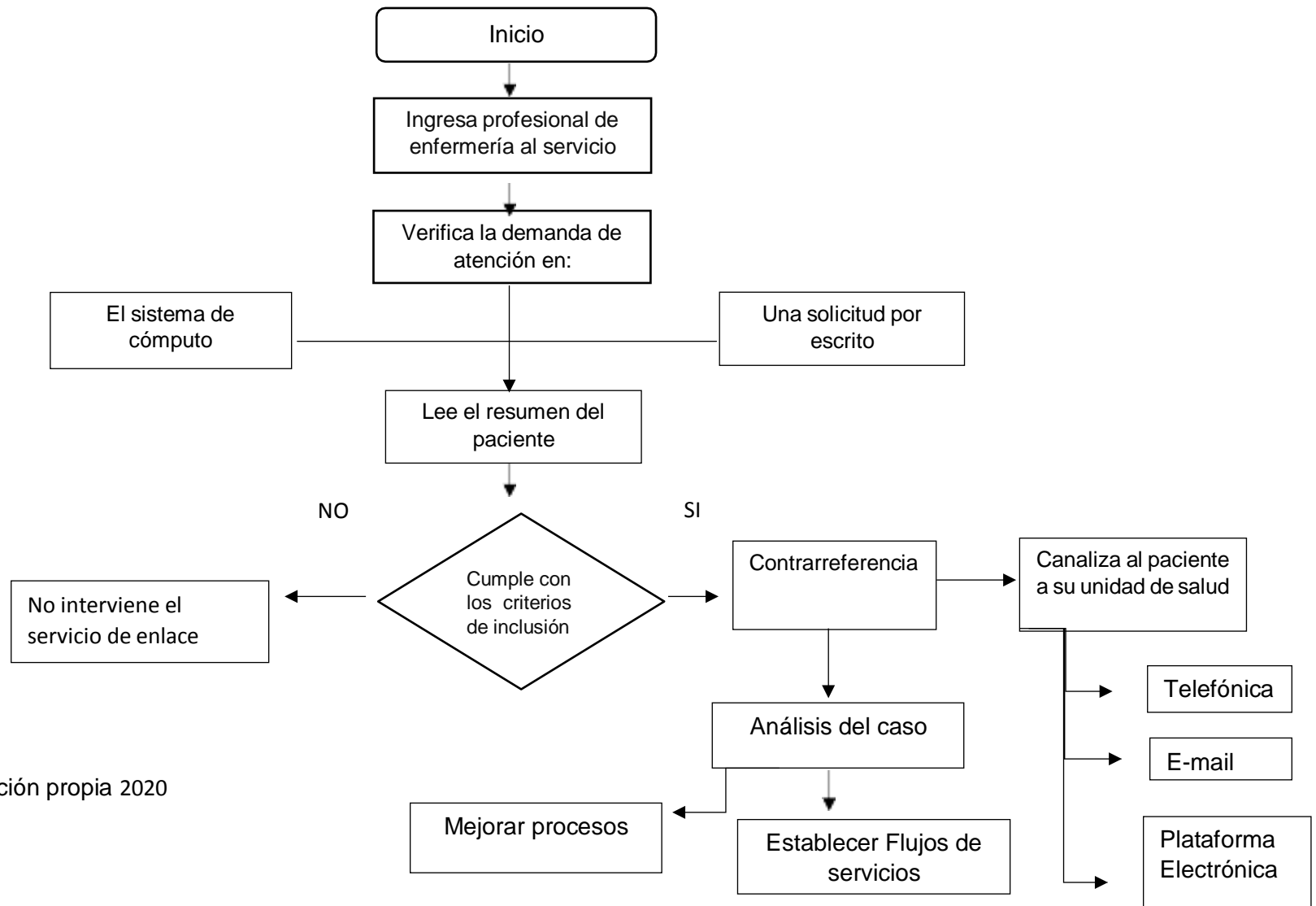
Inicialmente se propone que sean asignados dos turnos para la creación del servicio, de preferencia diurnos, lo cual permitirá dar continuidad de lo trabajado durante el primer turno y evitar retraso en el plan de alta del paciente. Posteriormente se sugiere analizar la dinámica de trabajo que practican en el Complejo Hospitalario de la Universidad Federal de Paraná y que se considera una opción para su implementación

en México, dichas actividades tienen el objetivo de involucrar al profesional de enfermería en todo el proceso de alta del paciente, para lograr una transición saludable que disminuya el número de reingresos hospitalarios.

También de forma inicial se establecen criterios de selección para determinar qué paciente será seleccionado por el servicio para su continuidad (tomando como referencia el listado de pacientes que están señalados como altas), es importante que el profesional de enfermería analice el caso de forma objetiva para determinar si es candidato a dar continuidad por el servicio de transición, una vez seleccionado el paciente se identifican necesidades para posteriormente capacitar al usuario y/ o a su cuidador primario.

Los usuarios seleccionados serán aquellos pacientes dependientes, que egresen aun con necesidad de cuidados básicos inclusive hasta medicamento intravenoso, en este punto la comunicación con el equipo multidisciplinario es fundamental para establecer el plan de alta que permita brindar una recuperación eficiente, el paciente no puede considerarse como un elemento aislado, por el contrario el profesional de enfermería debe consultar con todo el equipo la mejor opción de tratamiento de cada área involucrada, así como en casos muy complejos establecer comunicación con la clínica de primer nivel a la que pertenezca el usuario para dar seguimiento a su recuperación. A continuación, se presenta mediante un flujograma la propuesta para la identificación rápida de las actividades del Servicio de Transición Hospitalaria.

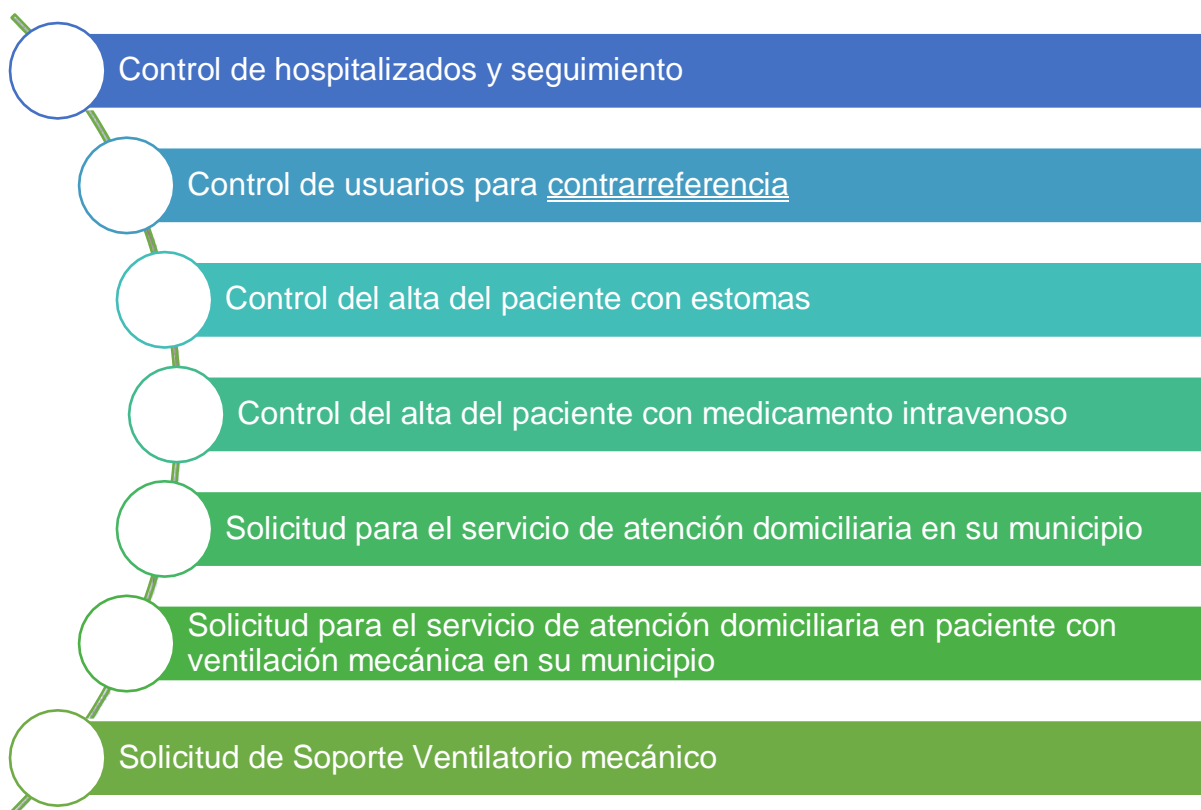
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE TRANSICIÓN



Fuente: Elaboración propia 2020

El flujograma previamente mostrado permite identificar la forma en que el profesional de enfermería del servicio de transición puede intervenir, utilizando las herramientas necesarias para que el plan de alta tenga éxito, la implementación de este servicio debe reforzarse con el manejo de diversos flujogramas, que permitan identificar de forma oportuna al egreso del paciente, la necesidad de continuidad en su domicilio, la solicitud equipamiento especial para los usuarios que así lo requieran, entre otros. A continuación, presento algunas propuestas de flujogramas de atención que pueden implementarse en el servicio, de acuerdo con las necesidades que surjan conforme al desarrollo del mismo.

Instrumentos utilizados en el Servicio de Transición Hospitalaria



Fuente: Elaboración con base en las entrevistas realizadas a enfermeras del UFPR, 2020.

Es importante mencionar que los flujos previamente mencionados no son limitativos, por el contrario, son propuestas para su implementación; sin embargo, si durante la implementación de dicho servicio es necesario agregar o eliminar algunos, eso será determinado por los profesionales de enfermería participantes.

Actividades de capacitación

La educación del paciente en forma de enseñanza en el momento del alta y la coordinación de la atención a través de actividades de planificación del egreso, son las principales estrategias de enfermería hospitalaria para preparar a los pacientes para su egreso hospitalario. Se identifica la necesidad de que el profesional de enfermería brinde educación anticipada para promover el conocimiento, las habilidades de afrontamiento, la confianza y el apoyo necesario para manejar las realidades estresantes, complejas y cambiantes de la experiencia post hospitalización, y que con esto se genere un menor número de visitas al consultorio por las dificultades presentadas en su hogar.

El conocimiento que surge de varias formas de aprendizaje tiene un efecto significativo en la capacidad para participar en el proceso de curación de los demás y de sí mismo, es por ello que se propone establecer estrategias educativas y conductuales para abordar las necesidades de aprendizaje del paciente y el cuidador así como la continuidad y coordinación de la atención en todos los entornos; es necesaria la existencia de personal de enfermería experto para administrar los servicios clínicos a grupos de pacientes de alto riesgo.

La teoría de la transición propone que la naturaleza de esta, las condiciones de la transición y las practicas terapéuticas de enfermería afectarán los patrones de respuesta durante una transición, ya sea de forma favorable o no, todo dependerá de que los profesionales de enfermería cubran las necesidades de los usuarios, valorando aspectos como actividades de la vida diaria, medicación, y manejo del dolor, mantenimiento de la salud, ajuste emocional, acceso a los servicios sociales y de salud, entre otros.

Es fundamental que durante las capacitaciones se tenga presente e incluya la percepción del paciente, identificando que es un componente esencial para la evaluación del alta, así como tener presente la duración de su estancia hospitalaria, condiciones de transición (características del paciente que incluyen edad, género, raza, nivel socioeconómico), terapéutica de enfermería (enseñanza del alta y coordinación de la atención) y patrones de respuesta (preparación para el alta hospitalaria, dificultad de afrontamiento posterior a esta, y utilización de los servicios de salud posterior).

Es necesario establecer un plan de cuidados que permita intervenir para capacitación desde la pre-alta hasta su estancia domiciliaria, donde participe el personal del servicio de transición, así como del primer nivel de atención en conjunto con el cuidador primario.

Comunicación efectiva

El hablar de comunicación efectiva dentro del ámbito hospitalario es fundamental si se planea brindar una atención de calidad, lo anterior deriva del proceso patológico en el que se ve involucrado el paciente al momento de ingresar a una unidad hospitalaria, en el cual la empatía, el respeto, la educación, cordialidad, entre otros, generan una relación de efectividad que permitirá establecer un vínculo de colaboración con el único objetivo de lograr la reintegración saludable de los pacientes a la sociedad.

Generar la participación del paciente dentro de un hospital no es tarea fácil, el profesional de enfermería debe establecer estrategias que permitan indagar sobre el nivel de compromiso del paciente, el rol familiar en el que se desenvuelve, cuáles son las condiciones de su hogar, la comunicación con el primer nivel de atención, así como favorecer que los elementos antes mencionados permitan generar un ambiente propicio para la reintegración del paciente al nuevo rol que desempeñara.

La comunicación que los profesionales de enfermería del servicio de transición deben brindar, debe ser clara, sencilla y adaptada al contexto social de cada paciente, donde se utilice un lenguaje que permita resolver las dudas que se generen al momento de la intervención, visualizando al paciente en su esfera biológica, psicológica y social,

siendo un servicio articulador, negociador y que permita el diálogo entre la atención básica de 1er, 2do, y 3er nivel, donde el trabajo en equipo es fundamental para el logro de los objetivos.

Contrarreferencia

La Secretaría de Salud, para mejorar la coordinación y enlace entre sus unidades, orienta sus acciones de acuerdo con el escalonamiento de los servicios por niveles de atención, definiendo los campos funcionales y los recursos necesarios de cada uno, con el fin de racionalizar y optimizar la provisión de los servicios de salud, de esta manera se establece una comunicación continua que permite la referencia de los pacientes conforme a sus necesidades.

En México se manejan tres niveles de atención básicos los cuales son: el 1er nivel de atención son aquellos establecimientos encargados de detectar de forma oportuna enfermedades, así como establecer planes y programas de prevención para el cuidado de la salud de los mexicanos. El 2do nivel es aquel que ofrece servicios de consulta externa especializada y de hospitalización a usuarios enviados del primer nivel, así como a los que acuden en forma directa en situaciones de urgencia que requieren atención por personal médico especializado capacitado para tal efecto; finalmente el 3er nivel ofrece tratamiento y rehabilitación a enfermos enviados de los otros niveles, que padecen alguna enfermedad o trastorno físico y/o mental más complicados y que ameritan por tanto el manejo más especializado.

Por lo anterior, los usuarios que así lo requieren son referenciados o contrarreferenciados, con la finalidad de ofrecer la posibilidad de ser atendidos en el nivel de complejidad requerido, con los recursos humanos y físicos que la atención de su condición clínica amerita, realizar una referencia siempre es con el objetivo de cumplir con una canalización oportuna y adecuada para la continuidad de la atención.

En forma general, se puede describir que el sistema de referencia/contrarreferencia se aplica en tres momentos: el primero es cuando se identifica una situación de urgencia, el segundo es la identificación de una situación de menor gravedad, pero que requiere

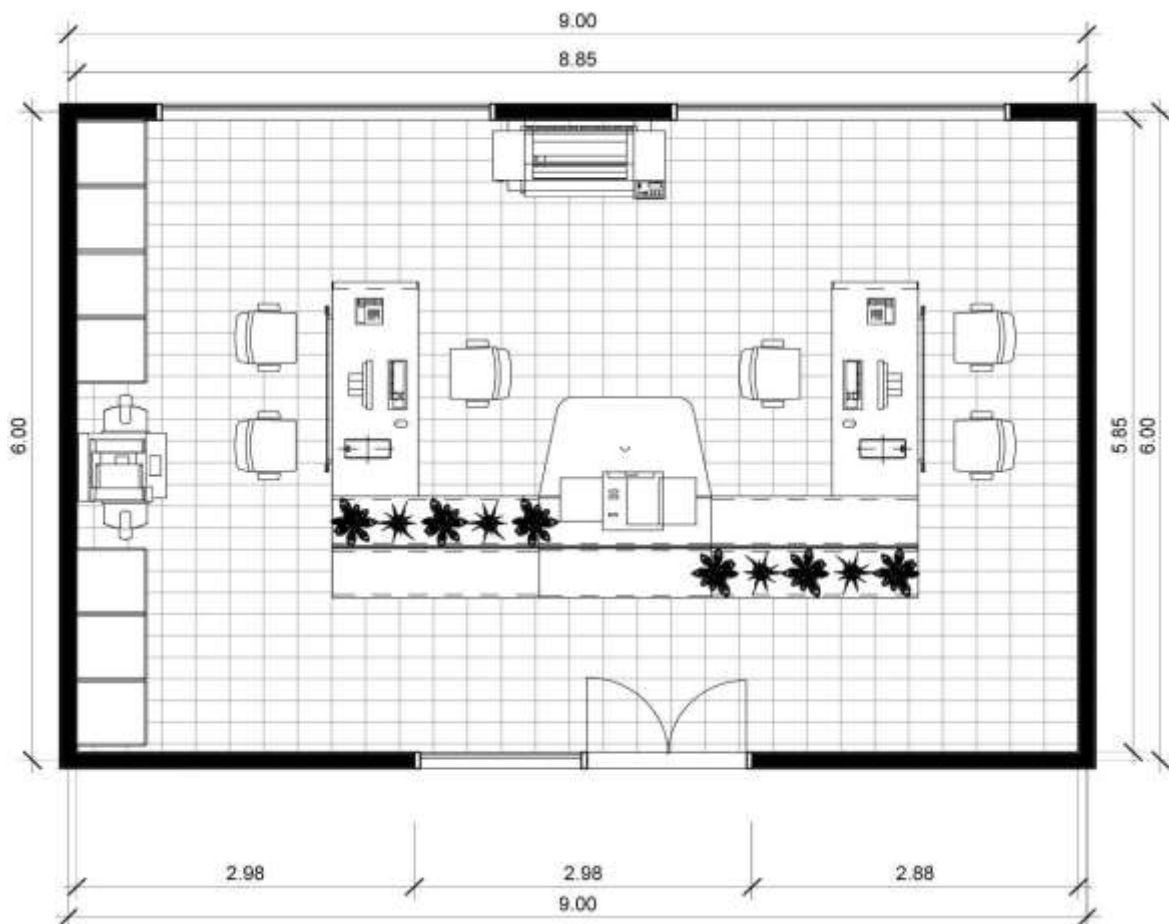
tratamiento ambulatorio o residencial y el tercero es el registro documental de la referencia.

En el contexto del servicio de transición, se propone que el profesional de enfermería participe en el proceso de referencia y contrarreferencia, con el profesional de enfermería de los diferentes niveles de atención, lo anterior para que la continuidad de cuidado sea real y beneficie al usuario para su reincorporación a la sociedad. Si bien es cierto que en México la referencia y contrarreferencia en su mayoría se realiza por el área médica y trabajo social, es momento de iniciar la intervención del área de enfermería, lo cual permitirá reinstalar una comunicación efectiva en beneficio del usuario.

Esto abre una gran oportunidad para que la institución que instale este servicio analice en primer momento cuál es su sistema de referencia y contrarreferencia, para poder establecer un mecanismo de trabajo con el área de enfermería que permita tener una comunicación abierta y efectiva entre los tres niveles de atención de los usuarios.

PROPUESTA DE PROYECTO ARQUITECTÓNICO DEL SERVICIO DE TRANSICIÓN

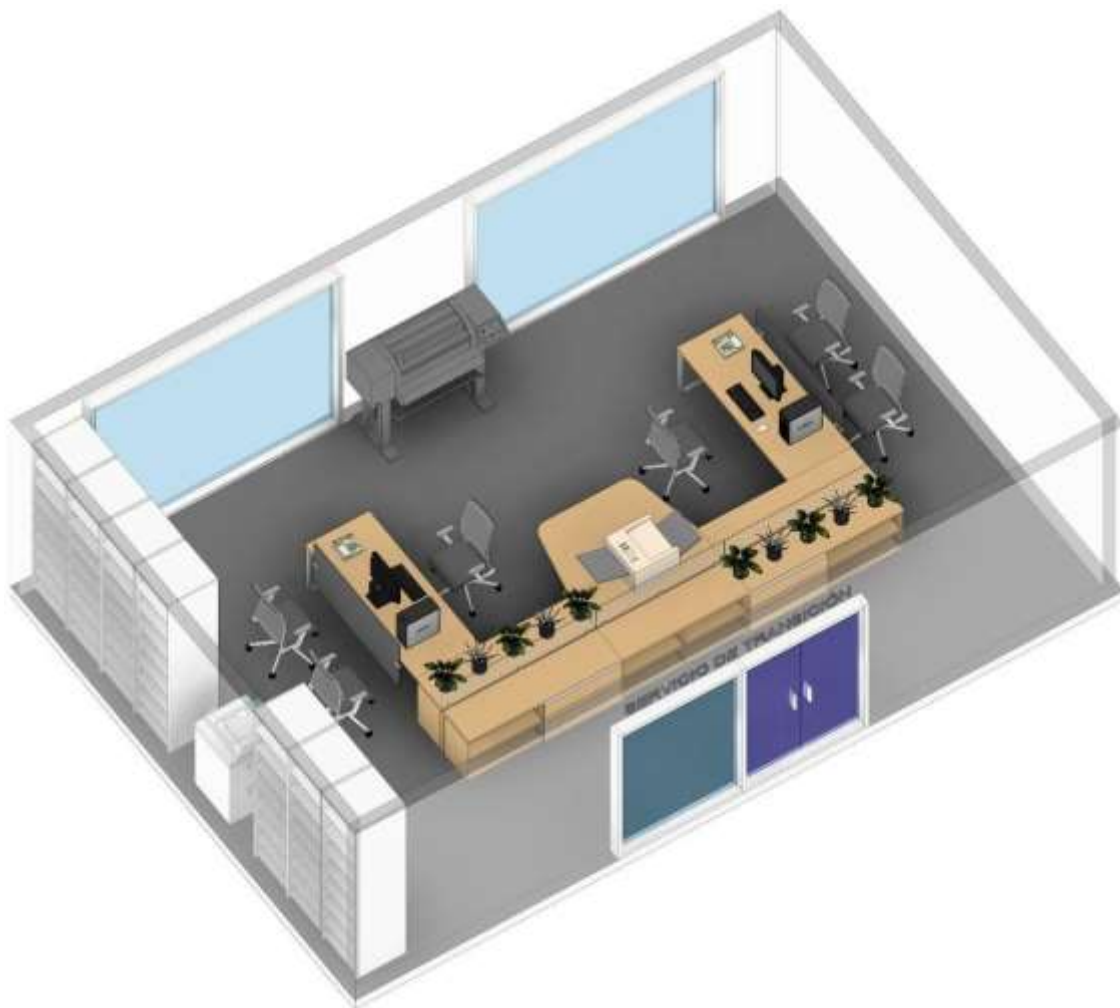
Finalmente se propone el diseño del servicio de transición para su creación en México, lo cual permitirá ser una guía para que las instituciones de salud identifiquen las necesidades mínimas necesarias para la creación de este servicio, el cual permite brindar una continuidad del cuidado integrando los niveles de atención, así como un equipo interdisciplinario. Se propone el siguiente plano arquitectónico con los elementos que se consideran necesarios para su implementación.



Elaboración: Arquitecto Alfredo Balcázar Flores 2021.

VISTA ISOMÉTRICA ARQUITECTÓNICA DEL SERVICIO DE TRANSICIÓN

Así mismo, se presenta una representación gráfica del servicio de transición a través de un objeto geométrico tridimensional reducido a dos dimensiones por medio de una proyección paralela basada en tres ejes. De este modo, conserva sus proporciones en cada una de las tres direcciones del espacio: altura, anchura y longitud, los cuales permiten visualizar la implementación de este servicio.



Elaboración: Arquitecto Alfredo Balcázar Flores 2021.

Ambos diseños permiten visualizar la propuesta de proyecto ofreciendo una representación precisa, que da prioridad a la implementación de planos que permitan la operatividad del servicio con base en acciones específicas, activando estrategias de operación, acondicionamiento de áreas, disponibilidad de recursos y comunicación al interior de la unidad y al exterior de las instalaciones como parte del sistema de los servicios de salud.

Es indispensable dar énfasis tanto la construcción de hospitales seguros frente a los desastres como la protección de los ya existentes, estas pequeñas inversiones necesarias no son nada en comparación con el riesgo de la destrucción parcial o total de un hospital durante un desastre, donde corre riesgo la vida de los pacientes y del personal, y el impacto, igualmente grande, en la salud, la economía y el desarrollo. Es por ello que cada institución de salud que implemente servicios hospitalarios debe tener presente la seguridad de los usuarios.

En conclusión, las unidades hospitalarias desempeñan un papel esencial en el proceso de recuperación, la cohesión social y el desarrollo económico, las cuales dan cumplimiento a los objetivos de desarrollo, desempeñando una función vital en la observación y la vigilancia continua de la salud, las campañas de sanidad públicas, especialmente en el campo de la medicina preventiva, así como en el fomento de la investigación y el establecimiento de laboratorios de referencia, lo cual conduce a la innovación.

CONSIDERACIONES FINALES

Durante la investigación se identificó la importancia e impacto que tiene la existencia del servicio de enlace en Brasil; se logró concluir cuáles son los requerimientos mínimos necesarios para implementar un servicio de esta naturaleza en México. De forma específica es necesario contar con una sala exclusiva, que debe normarse bajo la reglamentación de cada país que decida su implementación, con las políticas departamentales que dependerán del sistema de salud con el que se rija dicho país.

Se identificaron las actividades propias del servicio las cuales permitirán ser una directriz cuando el servicio se implemente en nuestro país, así como identificar la importancia de la capacitación del profesional de enfermería a los usuarios, familia y/o cuidador primario. Se obtiene la subcategoría de contrarreferencia la cual es un desafío el implementarla en México, ya que es un área donde aún el profesional de enfermería no interviene de forma integral, generando un reto para la profesión para el logro de una comunicación efectiva entre el 1er, 2do y 3er nivel de atención.

En cuanto a los objetivos de esta investigación, se logró responder a cada uno de ellos, identificando los requerimientos necesarios para fundamentar la creación del servicio de transición, el cual al establecerse permitirá brindar continuidad de la atención a los usuarios que egresen de las unidades hospitalarias, quienes se enfrentan a transiciones referentes a su estado de salud, sus relaciones, expectativas o habilidades, impactando en el rol que previamente ejecutaban.

Las limitaciones que se experimentaron se derivaron de la pandemia por Sars-Cov2, la cual no permitió conocer el complejo hospitalario para la colecta de la información, así como la sobrecarga de trabajo del profesional de enfermería del servicio de enlace en Brasil, el cual al verse tan saturadas, en ocasiones no respondían a los correos electrónicos para concretar las entrevistas, así también que personal resultara contagiado por este virus generó reprogramación de algunas entrevistas; finalmente este proyecto pertenece a una investigación

multicéntrica cuyo objetivo es la fundamentación del servicio para su implementación.

Es importante señalar la relevancia de la Teoría de Afaf Meleis, la cual permite identificar que una transición inicia antes del alta y se extiende hasta el periodo posterior al alta, se resalta lo que señala la teórica Afaf respecto a que es el profesional de enfermería quien tiene el objetivo de brindar una sensación de bienestar, facilitando las transiciones para mejorar las sensaciones, solo la enfermería a través del cuidado facilita las transiciones hacia la salud y la percepción de bienestar, ayudando a los usuarios a lograr un sentido de dominio, un nivel de funcionamiento y un conocimiento de las formas en que se puede movilizar su energía, dejando en claro que este tipo de servicio únicamente podría ser dirigido por profesionales del área de enfermería.

Finalmente se consideró que existen diversas investigaciones que se pueden generar a partir de la presente, como son: determinar cuál es el perfil de la enfermera de transición y cuál sería el costo de la implementación del servicio de enlace, entre otros. Estas investigaciones permitirían dar continuidad a esta investigación para brindar las herramientas necesarias para su implementación no solo en México, sino en cualquier país que así lo determine.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Alonso M.J. L., Llorente D.B., Echegaray A. M., Echezarreta, U. y González A.C. (2001). Reingreso hospitalario en medicina interna. en *Anales de Medicina Interna*, Vol. 18, No. 5, pp. 28-34. Arán Ediciones, SL. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000500005sabariego
- Álvarez I. H. R., Cabrera, M. V. L., Elizondo, J. A. D., Cortés, J. J. G., & Alvarado, K. P. P. (2018). Evaluación de la calidad de campos clínicos para la enseñanza en pregrado en México. *Educación médica*, 19, 308. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181317301456?token=C57B07500D8EA77E5332E9B6D41EDCAB829FBAF5983E15BF7D8FF1328BDB260D0DB3E35205B272E4842F484E54694AE6&originRegion=us-east-1&originCreation=20211010192447>
- Arteaga P.Y., Alonso P.D. y Negrín R.D. (2020). Políticas laborales basadas en alianzas público-privadas: una reflexión desde su concepción. *Cooperativismo y Desarrollo*, 8 (3), 478-489. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-340X2020000300478&lng=es&tlng=es
- Aued G.K., Bernardino E., Lapierre J. y Dallaire C.L. (2019). Nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 27:3162: Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162>
- Avessera G. y Rodriguez M.M. (2011). *Theorists and Their Work*. 7a Ed. Barcelona-España: Elsevier España S.L.
- Alcaraz M.O., Hernández T.J., Salgado G.A. y Ramírez C.L. (2017). *Arquitectura hospitalaria en el estado de Guerrero*. Universidad Autónoma de Guerrero. Disponible en: http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/1028/TM_15159458_opt.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Álvarez G.I., Labrada D.R. y Vega M.M. (2019). La imagen corporativa como forma de gestión en el ámbito empresarial. Importancia de la imagen pública. *Opuntia Brava*, 11 (3), 178-187. Disponible en: <http://200.14.53.83/index.php/opuntiabrava/article/view/80>
- Álvarez, N, P. A. (2019). Referencia y contrarreferencia Rev: *Acta Pediátrica de México*, v.25 (5). Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1395/1/ActPed2004-52.pdf>
- Álvarez I.H.R., Cabrera M.V.L., Elizondo J.A.D., Cortés, J.J.G. y Alvarado K.P.P. (2018). Evaluación de la calidad de campos clínicos para la enseñanza en pregrado en México. *Educación médica*, 19, 306-312.
- Anguita M.V. y Sotomayor M.A. (2011). ¿Confidencialidad, anonimato?: las otras promesas de la investigación. *Acta Bioethica* 17(2): 199-204. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200006>.
- Arteaga P.Y., Alfonso P.D. y Negrín R.D. (2020). Políticas laborales basadas en alianzas público-privadas: una reflexión desde su concepción. *Cooperativismo y Desarrollo*, 8 (3), 478-489.
- Bambarén A.C. y Alatrística B.S. (2008). Programa médico arquitectónico para el diseño de hospitales seguros, Perú. Ed. Sinco. Disponible en: <http://www.desastres.usac.edu.gt/d,> pág. 50 [documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf](http://www.desastres.usac.edu.gt/d,documentos/docgt/pdf/spa/doc0147/doc0147-parte01.pdf)
- Barrientos G. (2017). La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. *Medicina U.P.B, [S/I]*, v. 35, (2)120-134. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/7146>.
- Bernal J.M.C. y Rodríguez I.D.L. (2019). Las tecnologías de la información y comunicación como factor de innovación y competitividad empresarial. *Ciencia y Tecnología*, Año XXIV, Vol. 24, No. 01. Disponible en: http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3597/Tecn_Info_FactorInnovaci%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Bernardino, E. y Felli V.E.A. (2006). La organización de la Enfermería en lo HC-UFPR: reflexionando sobre los determinantes históricos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), p. 150.
- Bitencourt F. y Monza L. (2017). *Arquitectura para salud en América Latina (Health architecture in Latin America)*. Brasilia: Rio Book's 1ª Edición. Disponible en link.gale.com/apps/doc/A569892320/IFME?u=anon~762f777f&sid=googleScholar&xid=42ca5b3d.
- Brito A.G., Roque G.R. y Guerra B.R. (2020). La gestión de calidad y acreditación hospitalaria en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud. INFODIR*, 0(34). Recuperado de <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/946/1266>.
- Canepa G., Palarino L. y Lapajufker M. (2016). Utilización de tecnología RFID para optimizar la operatividad y administración de una institución hospitalaria. Buenos Aires. Disponible en: <http://ri.itba.edu.ar/handle/123456789/868>.
- Caro L.J.E. y Escobar V.Y.T. (2020). Infraestructura hospitalaria mediante la neuroarquitectura: Centro de salud nivel II en Funza Cundinamarca. Bogotá, p.52. Disponible en: [file:///C:/Users/hp/Downloads/Caro_Julian_Escobar_Yowill_2020%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/Caro_Julian_Escobar_Yowill_2020%20(4).pdf)
- Castañeda H.Y., Betancur J., Salazar J.N. L. y Mora M, A. (2017) Bienestar laboral y salud mental en las organizaciones, *Rev. Electrónica Psyconex*, 9 (14), 1-13. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328547>.
- Celis F., Echeverría E., Casa F., Chías P. y Domínguez P. (2019). Eficiencia energética y arquitectura hospitalaria en España. Retos y posibilidades. En: *EURO elects, III Encuentro Latinoamericano y Europeo sobre Edificaciones y Comunidades Sostenibles: libro de actas*. 2019. 1193-1202. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/38635/eficiencia_echeverria_euro_2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Chaverra F.B., Gaviria C.D. y González P.E. (2018). El estudio de caso como alternativa metodológica en la investigación en educación física, deporte y

- actividad física. Conceptualización y aplicación (Case study as a methodological alternative in research in physical education, sport, and physical activi, Retos, 35, 422-427. Disponible en DOI: 10.47197/retos.v0i35.60168
- Chávez L.F. (2017). Estudio comparativo sobre riesgos ergonómicos en el Profesional de Enfermería del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica y Hospital II Essalud Huancavelica, Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1848>
- Clement A.M. (2021). Cuidados y actividades de enfermería más prevalentes en urgencias pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante entre los años 2017 y 2019. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115516/1/Cuidados_y_actividades_de_enfermeria_mas_prevalentes_en_Clement_Alonso_Marta.pdf
- Cepal N. (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el Covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45840>
- Costa M.F.B. N. A. D., Andrade, S. R. D., Soares, C. F., Pérez, E. I. B., Tomás, S. C., & Bernardino, E. (2019). The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 53.
- Cuesta S.A. y Valencia R.M. (2018). Capital Humano: Contexto de su gestión. Desafíos para Cuba. Ingeniería Industrial, XXXIX, 135-145.
- De Oliveira S.R.M., Dumêt F.J., Antúnez J.D., Arcanjo, O.C., Souza D.S. y Pinto A.C. (2017). Concepción de la teoría de transición de Afaf Meleis. Posibilidades de aplicación para la enfermería. Revista Rol de Enfermería; 40 (4).
- De Ortecho A.M.L. (2020). Incidencia de las políticas empresariales medioambientales en la gestión de residuos sólidos en el sector construcción, Lima 2018. Industrial Data, 23 (2), 83-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81665362010>
- De Salazar L.P. (2005). El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 10, 22-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309125498003>

- Díaz B.R.A., Zúñiga A.L.M., Campo del Paso M.I.G. y Medina P.B. (2021). La seguridad laboral y su incidencia en los niveles estrés en el trabajo. Revista Electrónica sobre cuerpos académicos y grupos de investigación, 8 (15). Disponible en: <https://cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/235>
- Durán S.S.A. y Martínez M.H.A. (2020). Capacitación del talento humano y la gestión de la calidad en instituciones del sector salud: Artículo de revisión, Revista GESTAR. ISSN: 2737-6273, 3 (6), 2-15. Disponible en DOI: 10.46296/gt.v3i6.0013.
- Estrada M.G.A. y Solís C.I.M. (2020). Los factores de riesgo psicosocial en la nueva normalidad de los protocolos de seguridad sanitaria laboral en México. Innovación Productiva para la Competitividad de los Procesos, p 20. Disponible en: <http://redibai-myd.org/portal/wp-content/uploads/2021/01/607-8617-83-8.pdf#page=24>
- Fajardo T.C.H., Zona O.A.T. y Camacho W.E.F. (2020). Metodología para toma de decisiones gerenciales en infraestructuras. Rev. Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informacao, (E28), p.909. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Fajardo-Toro/publication/339616621_Metodologia_Para_Toma_De_Decisiones_Gerenciales_En_Infraestructuras_IT/links/5e5c80934585152ce8ff2d17/Metodologia-Para-Toma-De-Decisiones-Gerenciales-En-Infraestructuras-IT.pdfA
- Fernández A.S., Manrique A.Y. y Gómez K.R. (2019). Importancia del plan de alta: percepción del paciente hospitalizado y su cuidador principal. Tesela, Liderazgo y Gestión; 25 (1). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ts/e12235>.
- Ferrer P.M. y Camaño P.R. (2017). Nursing workforce in spanish hospitals: a comparative Analysis. Índex de Enfermeria, 26 (3), 223-227. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200025&lng=es&tlng=en
- García A.I. (2021). E-receta 2.0: Evolución de la plataforma de receta electrónica para la integración del farmacéutico comunitario como agente activo en el sistema de salud. p 50. Disponible en:

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/69092/74055.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

- Gómez P.V., Ramírez D.A., Jarillo S.A. y Santiago L.J. (2018). Arquitectura de descubrimiento de servicios para entornos hospitalarios. Pistas educativas año XXXVI, Núm. 112. Instituto tecnológico de Celaya. Disponible en: <http://www.itcelaya.edu.mx/ojs/index.php/pistas/article/view/451>
- González Q.N. (2016). Funcionalidad familiar en familias extensas. Significado para el adulto mayor de vivir en familia extensa, Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. 5 Revista Dialnet, Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=61179>
- González S.D. (2019). Neuroarquitectura: el poder del entorno sobre el cerebro. Obtenido de: <https://lamenteesmaravillosa.com/neuroarquitectura-el-poder-del-entornosobre-el-cerebro/>
- Guzmán M.D.C.G., Ferreira A. y Andrade S.R.D. (2020). Rol enfermero para continuidad del cuidado en el alta hospitalaria. Texto & Contexto-Enfermagem, 29. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2020&q=Actividades+de+las+enfermeras+de+enlace+en+el+alta+hospitalaria:+una++estrategia+para+la+continuidad+del+cuidado&hl=es&as_sdt=0,5
- Hanna L.M. (2016). La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/261>
- Hernández L., Graña M., González L., Santana M. y Miranda A. (2016). Plan de cuidados de enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarien. Rev. Cubana de Enfermería. 32 (3): (s/p). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330/198>
- Hernández A.J. y Garbey S.E. (2021). Importancia de la perspectiva afectiva e intercultural en la comunicación profesional en tiempos de crisis. Revista

- Habanera de Ciencias Médicas, 20 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180466183018>
- Jaramillo M. y López K. (2021). Políticas para combatir la pandemia de Covid-19. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).
- Jódar S.G., Cadena A.A., Parellada E.N. y Martínez R.J. (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención primaria, 36(10), 558-562. Disponible en DOI:10.1016/S0212-6567(05)70566-7.
- Kato V.E. (2021). Evaluación de la flexibilización laboral en México, Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía, 52 (Especial). Disponible en DOI: 10.22201/iiec.20078951e.2021.Especial.69555.
- Kristjanson L.J., Hanson E.J. y Balneaves L. (1994). Research in palliative care populations: ethical issues. Journal of Palliative Care, 10 (3), 10-15. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/082585979401000303>
- Lara T. R. (2016). La función de las tecnologías de visualización en la experiencia hospitalaria: el caso del embarazo. Revista San Gregorio, (13), 70-79. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/10162/REXTN-SG13-08-Rangel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Larrosa D.M., López E.S., Tejada M.R. y Vives R.C. (2019). Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Afaf Meleis. p 268. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96324/1/CultCuid_54-266-272.pdf
- Luévano J.A.C. y Martínez J.L.R. (2017). La capacitación como herramienta efectiva para mejorar el desempeño de los empleados. Técnica administrativa, 16 (70), 3. Disponible en <http://www.cyta.com.ar/ta1602/v16n2a3.htm>.
- Malpica D.J. (2020). Políticas públicas de empleo y personas discapacitadas. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/12811/1/Trabajo%20Fin%20de%20Grado%20Políticas%20Publicas%20de%20empleo%20y%20personas%20discapacitadas.pdf>

- Marquines A., Tejeira E., Aulestia E., Lezcano M., Franco S. y Peren J. (2020) Evaluación del nivel de iluminación natural en una oficina del edificio 3835 del International Business Park, SusBCity, 2 (1), 1-8. Disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/SusBCity/article/view/1162>.
- Martínez C.P.C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Rev Pensamiento & Gestión*, 20 (2). 165-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez R.G.L. (2020). Asistencia técnica y seguimiento al mantenimiento y adecuación general de la infraestructura del hospital departamental de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio, p. 25. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16072/2/2019_asistencia_t%c3%a9cnica_segguimiento.pdf
- Martin E., Reina M., García M. y Sendra M. (2010). Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico. *Enfermería Docente* 91 (28). Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-028.pdf>
- Massot I., Dorio I. y Sabariego M. (2012). Estrategias de recogida de información y análisis de la información. Bisquerra, Ed. Metodología de la investigación educativa 3ª ed, 329–366, editorial La Muralla, Madrid.
- Meza G.M.A. (2009). Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17 (3), 153-158.
- Meleis A.I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in nursing Research and Practice*. p.8, New York.
- Méndez G.J., Ruiz R.J. y Ruiz H.I. (2017). Capital humano del personal de enfermería de un hospital público de segundo nivel de la ciudad de Veracruz, México. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.12498.04800>.
- Nava G.M.G. (2010). Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. *Rev. Enfermería Neurológica*, Volumen 12, No. 1

- enero-abril 2013. Granada, España: Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Ortiz M.R. y Rodríguez L.D. (2020). ¿Cómo se diseñan las políticas? Nutrición Pública, Deporte y Actividad Física. Disponible en:
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Ortiz-Moncada%2C+R.%2C+%26+Rodriguez%2C+L.+D.+%282020%29.+%C2%BF+C%3%B3mo+se+dise%C3%B1an+las+pol%C3%ADticas%3F.+Nutrici%C3%B3n+P%C3%ABblica%2C+Deporte+y+Actividad+F%C3%ADsica.+&btnG=Padilla+de+la+Torre+M.R.+y+Pati%C3%B1o+L.M.E.+%282020%29.+Tecnolog%C3%ADas+de+la+informaci%C3%B3n+y+la+comunicaci%C3%B3n+para+el+desarrollo+social%3A+una+propuesta+metodol%C3%B3gica.&btnG=Revista+de+tecnolog%C3%ADa+y+sociedad%2C+10+\(18\).+Disponible+en%3A+https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%22Tecnolog%C3%ADas+de+la+informaci%C3%B3n+y+la+comunicaci%C3%B3n+para+el+desarrollo+social%3A+una+propuesta+metodol%C3%B3gica&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Ortiz-Moncada%2C+R.%2C+%26+Rodriguez%2C+L.+D.+%282020%29.+%C2%BF+C%3%B3mo+se+dise%C3%B1an+las+pol%C3%ADticas%3F.+Nutrici%C3%B3n+P%C3%ABblica%2C+Deporte+y+Actividad+F%C3%ADsica.+&btnG=Padilla+de+la+Torre+M.R.+y+Pati%C3%B1o+L.M.E.+%282020%29.+Tecnolog%C3%ADas+de+la+informaci%C3%B3n+y+la+comunicaci%C3%B3n+para+el+desarrollo+social%3A+una+propuesta+metodol%C3%B3gica.&btnG=Revista+de+tecnolog%C3%ADa+y+sociedad%2C+10+(18).+Disponible+en%3A+https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%22Tecnolog%C3%ADas+de+la+informaci%C3%B3n+y+la+comunicaci%C3%B3n+para+el+desarrollo+social%3A+una+propuesta+metodol%C3%B3gica&btnG=)
- Padilla de la Torre M.R. y Patiño L.M.E. (2020). Tecnologías de la información y la comunicación para el desarrollo social: una propuesta metodológica. PAAKAT: Revista de tecnología y sociedad, 10 (18). Disponible en:
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%22Tecnolog%C3%ADas+de+la+informaci%C3%B3n+y+la+comunicaci%C3%B3n+para+el+desarrollo+social%3A+una+propuesta+metodol%C3%B3gica&btnG=
- Pérez A.C. (2018). Alcance normativo del régimen de protección al consumidor de los servicios de salud. Revista Prolegómenos Derechos y Valores, 21, 41, 61-78.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/prole.3330>
- Pinzón de Salazar L. (2005). El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Rev. Hacia la Promoción de la Salud, vol. 10, enero-diciembre, 2005, pp. 22-27.
- Raffa C. (2020). Políticas sanitarias y arquitectura de Estado en Mendoza: el Gran Policlínico Central, Universidad Nacional del Rosario, 55, Disponible en:
<http://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/20687>.
- Raile, A.M. y Tomey M.A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. 8a Ed. España. Elsevier.
- Rancan C.J. (2016). Utilización de tecnología RFID para optimizar la operatividad y administración de una institución hospitalaria. Instituto Tecnológico de Buenos Aires, p2. Disponible en:
<https://ri.itba.edu.ar/bitstream/handle/123456789/868/Proyecto%20Final%20-%20RFID%20Hospitales%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rodríguez V. y Américo H. (2017). Gestión del talento humano y desempeño laboral del personal de la red de salud Huaylas Sur, 2016. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 128. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2108/TESIS VALENTÍN RODRÍGUEZ%2C HUGO AMÉRICO.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Santiago L.J
- Sánchez G.A.X. y Villegas M.V.R. (2021). Un marco analítico para la implementación de la gestión por procesos en servicios hospitalarios provistos por el sector público. P 25. Disponible en: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/19309/SANCHEZ_GRADOS_VILLEGAS_MADRID%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sandoval B.C.A. (2020). Infraestructura hospitalaria adaptable con influencia en la arquitectura terapéutica como catalizador en la salud del paciente. p 8. Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/9709/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santiago M.M.P. (2010). Pedagogía transpersonal: una nueva realidad humana pide una nueva pedagogía. Currículum: Rev de teoría, investigación y práctica educativa, No. (23) 103-126. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13347/Q_23_%282010%29_05.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sanz B.M. (2020). Nuevos roles de enfermería en el abordaje de enfermedades crónicas (Bachelor's thesis), p7. Repositorio de Datos de Investigación UAM Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691514/sanz_blazquez_maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salas C.G.H. (2020). Sistema de referencia y contrarreferencia en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Propuesta para su

- mejoramiento. Revista Médica Carriónica, 1 (1). Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/303-886-1-PB.pdf>
- Secretaría de Salud Mexicana. NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>
- Secretaría de Salud Mexicana. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_016_SSA3_2012.pdf
- Secretaría de Salud Mexicana. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html>
- Lascano T. y Fabricio J. (2021). Elaboración de un plan de prevención de riesgos laborales para El Distrito de Salud 08d04 Año 2019 Quinindé (Doctoral dissertation, Ecuador-PUCESE. P 7. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2322/1/TENORIO%20LASCANO%20JHOFREE%20FABRICIO.pdf>
- Tixtha E., Alba A., Córdoba M. y Campos E. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Revista de Enfermería Neurológica; 13 (1): 13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Tobar F. (2015). Módulo 1 Salud y cuestión social. Gestión territorial integrada para el sector salud, 11. Disponible en: https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/654_Gestion-territorial-integrada-para-el-sector-salud-WEB-1.pdf
- Vanegas H.E.P. (2017). Cuidado humanizado: un desafío para el profesional de enfermería. Revisalud Unisucre, 3 (1). 12-30. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Cuidado+humaniz

ado%3A+un+desaf%C3%ADo+para+el+profesional+de+enfermer%C3%ADa.
+&btnG=

Vialart V. N., Medina G. I. y Gavilondo M.X. (2018). La cultura profesional del docente de enfermería: Preparación ante las tecnologías informáticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1556>

Wayne M.R. (2010). *Administración de recursos humanos*. México. Pearson.

Yin R. (2018). *Investigación y aplicaciones de estudios de caso: diseño y método*. 6ª ed. Thousand Oaks, CA.

APÉNDICE 1
CONGRUENCIA METODOLÓGICA

Factores intervinientes	Objetivos específicos	Preguntas conductoras
Infraestructura	Identificar los componentes de infraestructura necesarios para la implementación del servicio de transición.	¿Cuáles son los componentes de infraestructura necesarios para la implementación del servicio de transición hospitalaria?
Normatividad	Distinguir la normatividad para la creación del servicio de transición hospitalaria.	¿Cuál es la normatividad que debe regir al servicio de transición hospitalaria?
Políticas	Señalar las políticas internas de trabajo del servicio de transición hospitalaria.	¿Qué políticas internas apoyan la fundamentación de un servicio de transición hospitalaria?

Área física	Describir el área física del servicio de transición hospitalaria.	¿Cómo debe ser el área física del servicio de transición hospitalaria?
Recursos tecnológicos	Marcar los recursos tecnológicos necesarios que son utilizados en el servicio de transición hospitalaria.	¿Cuáles son los recursos tecnológicos que son necesarios para el servicio de transición hospitalaria?
Actividades y procesos	Delimitar las actividades y procesos del servicio de transición hospitalaria	¿Qué tipo de actividades y funciones debe realizar el profesional de enfermería en el servicio transición hospitalaria?
Capital Humano	Describir las características esenciales del capital humano que requiere el servicio de enlace para su implementación	¿Qué capital humano se requiere para el funcionamiento del servicio de transición hospitalaria?

Titulo	Pregunta de Investigación	Objetivo general
PROPUESTA DE DISEÑO DEL SERVICIO DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA PARA EL EGRESO DEL PACIENTE: ROL DE ENFERMERÍA	¿Qué elementos son requeridos para el diseño del servicio de transición hospitalaria facilitando la continuidad del cuidado ante el egreso del paciente dentro del rol de enfermería?	Fundamentar la propuesta para el diseño de un servicio de enfermería para la transición hospitalaria y dar continuidad del cuidado al egreso del paciente en el rol de enfermería.



APENDICE 2
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Guía de Observación 2

1.- El servicio de transición cuenta con la siguiente infraestructura:

Cuartos	1	2	3	4
Ventanas	1	2	3	4
Piso	Laminado	Loseta	Cemento	Otro

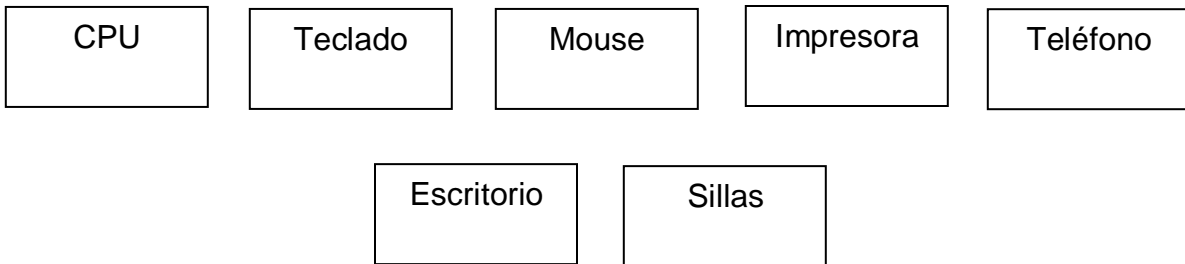
Nota: _____

2.- El servicio de transición cuenta con los siguientes servicios:

Luz	Natural blanca	General	Ambiental	Decorativa
Agua	Sanitario	Lavamanos	Ambos	

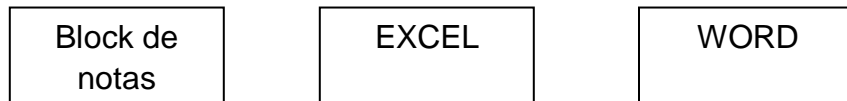
Nota: _____

3.- El servicio de transición cuenta con el siguiente equipamiento electrónico y de oficina:



Nota: _____

4.- Cuáles son los programas con los que trabaja el servicio de transición:



Nota: _____



APENDICE 3
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Guía de Entrevista para el personal asignado al servicio de Enlace del Complejo
Universitario de Paraná

Fecha de Entrevista: _____

Numero de entrevista: _____

1. De acuerdo a su experiencia ¿Cuál es la infraestructura ideal para la implementación de un servicio de enlace hospitalaria?
2. ¿Cuál es la reglamentación del servicio de enlace que permite normar la forma de trabajo?
3. ¿Qué políticas internas se establecieron para el desarrollo efectivo del servicio de enlace?
4. ¿Cuál es el horario de la jornada laboral?
5. De acuerdo al tiempo que lleva laborando en este servicio considera que el número de personal es suficiente
6. ¿Qué funciones lleva a cabo en el servicio de enlace?
7. ¿Cómo selecciona a los pacientes en los cuales llevara a cabo sus intervenciones?
8. ¿Podría describirme cual es la rutina que realiza en el servicio de enlace?

APENDICE 4



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DO ESTADO DO MÉXICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM Y OBSTETRÍCIA



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa intitulada: “Proposta de desenho do serviço de transição hospitalar para a alta do paciente: função do enfermeiro”, que visa conhecer os elementos necessários para o desenho do serviço de enlace.

Os benefícios para a profissão são: estabelecer um serviço de enlace no México que permita ao profissional de enfermagem intervir na alta do paciente, estabelecendo estratégias que favoreçam a recuperação e integração do paciente na sociedade.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista que será realizada através de uma plataforma eletrônica.

A decisão de participar do estudo é totalmente voluntária, não haverá consequência desfavorável para você se não aceitar o convite ; caso decida participar do estudo, você e sua informação serão anônimos, você também pode desistir no momento que você quiser, mesmo quando o pesquisador responsável não o solicitar, informando os motivos de sua decisão, a qual será respeitada na sua totalidade, no decorrer do estudo você poderá solicitar informações atualizadas a respeito ao pesquisador responsável.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo absoluto pelo grupo de pesquisadores. A sua participação não apresenta nenhum risco, a publicação dos dados será realizada, se você preferir, com ou sem um nome.

Você poderá receber uma cópia desta autorização, se desejar, você também poderá receber o telefone, e-mail e endereço do pesquisador, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora e em qualquer momento.

Eu _____, li e entendi as informações acima e minhas perguntas foram respondidas de forma satisfatória. Fui informado e entendi que os dados obtidos no estudo podem ser publicados ou divulgados para fins científicos. Eu concordo em participar deste estudo de pesquisa.

Receberei uma cópia assinada e datada deste formulário de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Data

Endereco

Ana Cristina Pedraza Bernal

7221391268

bpca_13@hotmail.com

Nome e assinatura do pesquisador

Telefone

e- mail

5XE78

NAU4E

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar, el Caudillo del Sur"

CENTRO MÉDICO ISSEMYM Toluca, "Lic. Arturo Montiel Rojas"
207C0401010201S/859/2019

**METEPEC, MÉXICO
NOVIEMBRE 01 DE 2019.**

DRA. EN ENF. DANIELA GÓMEZ TORRES
PROFESORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, UAEMex
PRESENTE

En relación al protocolo de investigación *"Características de un plan de alta hospitalario al egreso del paciente a su domicilio"*, con número de registro 059/19, se le informa que fue evaluado en la sesión ordinaria no. 201 de los Comités de Ética en Investigación e Investigación en Salud del CMI, celebrada el día 23 de octubre del presente, siendo **aprobado**, por lo que puede dar inicio a la fase de ejecución de su proyecto.

Se le solicita muy atentamente, informar a estos Comités sobre los avances del proyecto hasta la conclusión del mismo.

Sin más por el momento, reciba cordiales saludos

ATENTAMENTE


DR. ALBERTO DOMÍNGUEZ CADENA
SECRETARIO DE LOS COMITÉS

c.c.p. expediente/ consecutivo