



Gestión del cuidado en salud en población migrante: construyendo una práctica interdisciplinaria

Health Care Management in Migrant Populations: Moving towards an Interdisciplinary Practice



Autores

Katia Marina Silva

Universidad de la República - Facultad de Enfermería (FEnf-UdelaR)

E-mail: katiamarina.com@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8513-4221>

Joaquín Ferreira Bacciarini

Universidad de la República - Facultad de Enfermería (FEnf-UdelaR)

E-mail: ferreirajoaquin85@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2925-1279>

María Lourdes Balado Calviño

Universidad de la República - Facultad de Enfermería (FEnf-UdelaR)

E-mail: lourdesbalado2013@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4556-0426>



Resúmen

La población migrante presenta situaciones de salud cada vez más complejas. Las estrategias vigentes en Uruguay no permiten una gestión eficiente de la atención interdisciplinaria para la resolución de casos.

El objetivo del trabajo es identificar estrategias que optimicen la atención en salud de esta población, mediante la gestión interdisciplinaria. Se analizan roles y relaciones entre prestadores y profesionales involucrados en la resolución de un caso complejo.

La construcción de vínculos formales interinstitucionales e interprofesionales y la gestión de casos fueron las estrategias más efectivas. A futuro, se sugiere elaborar e implementar herramientas estandarizadas y difundir experiencias interdisciplinarias exitosas.

Abstract

As migrant populations present increasingly complex health situations, strategies currently used Uruguay's do not allow for the efficient management of interdisciplinary care and resolution of cases.

The objective of this study is to identify interdisciplinary strategies that would optimize healthcare in the migrant community by closely examining the resolution of a complex case and analyzing the roles and relationships between the providers and professionals involved.

In conclusion, the most effective strategies were building formal inter-institutional and inter-professional links and case management strategies. Moving forward, the development and implementation of standardized tools and the sharing of successful interdisciplinary experiences are suggested.

Key words

Migrantes; grupo de salud interdisciplinario; gestión; salud de las comunidades.

Migrants; interdisciplinary health group; management; community health.

Fechas

Recibido: 02/07/2021. Aceptado: 19/01/2022



1. Introducción

La movilidad humana es un amplio concepto que se refiere a todas aquellas formas posibles de desplazamiento de un grupo humano de un lugar a otro, en el ejercicio de su derecho a la libre circulación. Fue definida como derecho humano en la Declaración Universal de 1948, cuyos artículos 13 y 14 explicitan que “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia y, en caso de persecución, a buscar asilo y a disfrutar de él en cualquier país” (Organización de las Naciones Unidas, 1948). La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define la migración como el “El movimiento de personas fuera de su lugar habitual de residencia, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado” (Organización Internacional para las Migraciones, 2019); implica la planificación un desplazamiento realizado en forma voluntaria, sin asistencia del Estado o de otros organismos nacionales o internacionales. Son consideradas refugiadas, según la Convención de Ginebra de 1951, aquellas personas que “en su estado de origen o de su última residencia tienen fundados temores de ser perseguidas por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas y no puedan o, a causa de dichos temores, no quieran acogerse a la protección de tal país” (OIM, p. 171).

El marco legal garantiza el acceso a derechos esenciales, pero carece de alcance para asegurar su accesibilidad

En Uruguay, la diversidad y magnitud del proceso migratorio durante los últimos años ha creado nuevos desafíos en cuanto a la integración de la población migrante. La movilidad humana abarca múltiples dimensiones vinculadas con la cultura de origen, la del país receptor y el encuentro que se da entre ambas; incluye el campo de la salud, que constituye el objeto de este estudio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la exposición a riesgos biológicos, psicológicos y sociales producto de los desplazamientos, ya sean voluntarios o forzados, aumentan la vulnerabilidad de la población. Los problemas más destacables están asociados a la interrupción de la atención sanitaria, el acceso y accesibilidad a los sistemas de salud, la falta de diagnósticos y tratamientos oportunos y el aumento de las enfermedades transmisibles (OMS, 2017). La resolución del 55.º Consejo Directivo (OMS/OPS), plantea en su artículo 16 que los servicios de salud deben ser inclusivos, responder a las necesidades de salud de los migrantes y ser de fácil acceso, eliminando las barreras geográficas, económicas y culturales (OMS/OPS, 2016).

El Estado uruguayo reconoce el derecho a la migración y establece que “las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de salud, trabajo, seguridad social, vivienda y educación, en pie de igualdad con los nacionales” (República Oriental del Uruguay [ROU], 2011, p. 2). También contempla el derecho a solicitar refugio, en salvaguarda de la vida, integridad física, moral e intelectual, libertad y seguridad (ROU, 2007). El marco legal garantiza el acceso a derechos esenciales, pero carece de alcance para asegurar su accesibilidad, que queda sujeta a la capacidad y voluntad de quienes aplican la normativa.

La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamenta el derecho a la protección de la salud y estipula las modalidades para el acceso a la totalidad de los ser-



vicios. Todo extranjero que demuestre su intención de radicarse en el país está amparado por la ley, aunque no se expliciten políticas o estrategias para su cumplimiento (Centro de Información Oficial, 2007). La implementación es competencia del Ministerio de Salud y los prestadores del SNIS no pueden rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud, ni limitar las prestaciones incluidas en sus programas. Aun así, las herramientas en territorio no están claramente definidas. La adquisición de las competencias pertinentes para la resolución de los casos y la toma de decisiones por parte de los equipos interdisciplinarios quedan, por lo tanto, sujetas al criterio y voluntad de sus integrantes. Estos deben lidiar a su vez con la carencia de un marco normativo regulador y con la ausencia de estrategias y herramientas sistematizadas, esenciales para construir un proceso asistencial que contemple las exigencias del sistema y las necesidades de la población migrante.

El objetivo de este trabajo es identificar estrategias que optimicen la atención en salud de la población migrante mediante la gestión interdisciplinaria del cuidado

El análisis de un caso clínico complejo pretende evidenciar las problemáticas en salud planteadas por la migración y reflexionar acerca de la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario y de la relevancia de contar con determinadas herramientas normativas.

El objetivo de este trabajo es identificar estrategias que optimicen la atención en salud de la población migrante mediante la gestión interdisciplinaria del cuidado. Como objetivo secundario, se procura revisar los roles y relaciones entre los prestadores y profesionales de la salud que participaron en la resolución del caso clínico presentado.

2. Antecedentes

Se eligieron siete investigaciones internacionales y regionales, publicadas entre 2010 y 2018, que abordan la gestión interdisciplinaria de la atención en salud. Proviene de áreas profesionales como Enfermería (Bilodeau, Dubois y Pepin, 2013; Espinoza, 2020; Balado y Marina, 2018), Sociología y Gestión (Dumas, Douguet y Fahmi, 2016) Medicina, (Epstein, Juárez, Epstein, Loya y Singer, 2010; Miró, 2016) Medicina y Gestión (Nancarrow et al., 2013). Todas ponen de manifiesto la fragmentación del conocimiento clínico en los procesos asistenciales.

Enfermería considera que los médicos no comunican lo suficiente al equipo acerca de su proyecto terapéutico (Dumas, Douguet y Fahmi, 2016) y que existe falta de autonomía de la profesión enfermera en la ejecución de sus tareas (Espinoza, 2020).

Desde el punto de vista médico, se ha demostrado una relación significativa entre el aumento de la fragmentación del cuidado de los pacientes en el hospital y estadías hospitalarias más prolongadas (Epstein, Loya y Singer, 2010). Por su rol central dentro del equipo asistencial, internistas y enfermeros deben hacer hincapié en el desarrollo de prácticas colaborativas interprofesionales que eviten la asistencia fragmentada durante la internación y que permitan una atención de calidad, efectiva y segura (Miró, 2016). Estas observaciones se enmarcan en una realidad asistencial donde se priori-



za la especialización y la alta competencia sobre las habilidades de transversalidad y coordinación (Dumas, Douguet y Fahmi, 2016).

La interprofesionalidad se considera como un medio para lograr una combinación adecuada de las habilidades profesionales, en respuesta a la necesidad pragmática de trabajar en equipo y mejorar la eficiencia de la atención (Espinoza, 2020; Balado y Marina, 2018; Nancarrow et al., 2013). Para ello, debe implementarse un modelo de trabajo donde el alcance de objetivos comunes y el respeto y comprensión de los roles sustituya el control jerárquico indiscriminado (Dumas, Douguet y Fahmi, 2016; Nancarrow et al., 2013).

La interprofesionalidad se considera como un medio para lograr una combinación adecuada de las habilidades profesionales

En Uruguay, 730 personas provenientes de países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) o Estados asociados tramitaron su residencia en el año 2013 (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2019). Para el primer cuatrimestre de 2018, esta cifra se elevó a 5326 individuos (Rivero, Incerti y Márquez, 2019). En cuanto a nacionalidades, en 2018 predominaron, en orden decreciente, Venezuela, Brasil, Argentina, Colombia, Perú, Chile, Paraguay, Ecuador y Bolivia (Rivero, Incerti y Márquez, 2019). Entre 2017 y 2019, 9455 ciudadanos de países no pertenecientes al MERCOSUR ni Estados asociados iniciaron su trámite de residencia.

Entre ellos prevalecieron cubanos, seguidos por indios, dominicanos, estadounidenses y españoles (Dirección Nacional de Migraciones, 2017; 2019). En 2018, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) anunció 6816 solicitantes de refugio (ACNUR, 2018). No se encontraron datos oficiales que desglosaran las cifras del refugio por nacionalidad.

En sociedad civil, la Consulta de Enfermería Intercultural (CEI) de la Asociación Civil Idas y Vueltas desarrolla la Enfermería Gestora de Casos (EGC) con población migrante desde 2017. En los dos últimos años, la CEI ha identificado casos de mayor complejidad biológica, a la cual se suman variables como precariedad laboral y habitacional, irregularidad del estatus migratorio, desconocimiento del sistema sanitario nacional y escasas redes de apoyo. El proceso asistencial de esta población exige, por lo tanto, la intervención coordinada de varios profesionales y una gestión interdisciplinaria del cuidado (Balado y Marina, 2018).

3. Marco teórico

La salud fue definida por Dubos en 1995 como el “Estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (Gavidia y Talavera, 2012); en contexto de migración, demanda un abordaje integral con enfoque intercultural (Leininger, 1999), que contemple dimensiones como el propio desplazamiento (voluntario o forzado); aspectos biológicos y psicosociales (salud-enfermedad, duelo migratorio y adaptación); diferencias culturales (idioma, religión, valores); inserción laboral; vivienda; ejercicio de los derechos, etc.



La calidad de la atención sanitaria depende de factores políticos, filosóficos, económicos, estratégicos y organizacionales, entre otros. Las organizaciones de salud son sistemas altamente complejos, en los que la interacción profesional constituye un elemento fundamental para lograr la eficiencia en el desempeño. En este sentido, una comunicación sinérgica dentro de los equipos potencia la generación de nuevas ideas, el desarrollo del conocimiento, el intercambio de habilidades y destrezas y un clima organizacional propicio al cumplimiento de los objetivos sanitarios (Ayuso Murillo y Grande Sellera, 2006).

El Equipo de Salud es definido por la Organización Panamericana de la Salud como

[...] una forma particular de organización del trabajo, que incluye la autonomía relativa de cada profesión (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno) y la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones. (OPS, 2008)

También destaca que

[...] la constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición de sus componentes y actividades, sino que es necesario que asuman objetivos comunes [...] basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades, de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran. (OPS, 2008)

Este concepto no solo hace referencia a un grupo de individuos formados en diferentes disciplinas científicas del área de la salud, sino a todos aquellos —profesionales o no— que contribuyen a la atención de los usuarios en todas las etapas de su proceso asistencial (Center for the Advancement of Interprofessional Education, 2017).

El trabajo interprofesional ha sido identificado en varios estudios como la mejor estrategia para mejorar la calidad asistencial

La interdisciplina se define como una síntesis de competencias que, mediante métodos y conceptos procedentes de varias áreas de competencia, procura resolver un problema o producir un nuevo conocimiento. Se conceptualiza al equipo interdisciplinario como el conjunto de profesionales que cumplen con el objetivo de la interdisciplina (Vienni Baptista, 2015).

El trabajo interprofesional ha sido identificado en varios estudios como la mejor estrategia para mejorar la calidad asistencial, mediante la coordinación oportuna de las competencias de cada integrante del equipo de salud (Espinoza, 2020; Nancarrow et al., 2013). La colaboración interprofesional se sustenta en cuatro competencias centrales: valores y ética profesional; repartición adecuada de los roles y responsabilidades según cada disciplina; habilidades comunicacionales; trabajo en equipo y centrado en las personas (Interprofessional Education Collaborative, 2016).

En el equipo de salud, existen diferentes roles y se destacan para este caso el de enfermería y el del médico internista. Enfermería es una profesión que se relaciona particularmente con el fortalecimiento del liderazgo y la gestión sanitaria. La disciplina

[...] abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfer-



medad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa de los pacientes, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud, la gestión de los sistemas de salud y la formación. (Shamian, 2014)

La medicina interna es una especialidad médica que se dedica a la atención y cuidado integral del adulto enfermo como ser biológico, psíquico y social. El internista se considera el clínico por excelencia, desempeñando un rol versátil como médico de cabecera que abarca desde la atención primaria hasta la terciaria, con complejidad progresiva del paciente. En los hospitales de tercer nivel, donde con frecuencia se asiste a un fraccionamiento del quehacer profesional, el internista representa el eje articulador alrededor del cual se mueve todo el equipo de salud; es un profesional que tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento de casos complejos, con pluripatología, que exceden el ámbito de una sola especialidad. El internista es asesor, consultante e integrador de otros especialistas, es el encargado de dirigir y centralizar el acto médico; organiza e integra las decisiones para asegurar la atención efectiva y humana del paciente, con conocimiento de sus problemas de salud, pero también de su contexto cultural, social y económico (Pinilla, 2010).

Cabe destacar la trascendencia de los códigos deontológicos en el desempeño interdisciplinar e interprofesional de las prácticas

La gestión de casos y navegación de paciente (EE. UU., década de los 70) son estrategias creadas para dar respuesta a la desinstitucionalización de pacientes con afecciones graves, que requerían derivación o seguimiento a servicios ambulatorios sanitarios y en la comunidad. Ambos métodos cumplen los objetivos de facilitar recursos que garanticen el cumplimiento del proceso asistencial y brindar el apoyo necesario para transitar la vivencia. Con la partici-

pación activa de usuarios y profesionales, se logra reducir la fragmentación y duplicación de los servicios y contribuir a disminuir sus costos. La descentralización de los servicios de salud confirió a los gestores de casos y navegadores de pacientes un papel de creciente importancia, hasta desempeñarse, hoy en día, en los tres niveles de atención. El rol puede ser ejercido por profesionales de diversas disciplinas, aunque se destacan los licenciados en Enfermería y en Trabajo Social por su desarrollo procedimental en el área de la coordinación (Morales-Asencio, 2014; Freund et al., 2014).

Cabe destacar la trascendencia de los códigos deontológicos en el desempeño interdisciplinar e interprofesional de las prácticas. Estos contribuyen al conjunto sistematizado de normas mínimas compartidas por un mismo grupo disciplinar (Pantoja Vargas, 2012) y constituyen una forma de autocontrol para las organizaciones, así como un fundamento para las relaciones laborales.

4. Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa, mediante el análisis interpretativo de un caso clínico, basado en la evidencia científica y la teoría.

Se respetaron los principios bioéticos: beneficencia (el caso se fundamentó en hacer el bien a una persona, familia y comunidad), no maleficencia (su reflexión se construyó



basada en la prudencia de la presentación de la información), autonomía (se respeta la privacidad del paciente fallecido y su familia) y justicia (este principio se sustenta en la necesidad de compartir la información y poder resolver con mejor desempeño situaciones que puedan ser replicables).

No existen conflictos de interés institucional, ya que se respetan los principios de anonimato y confidencialidad de datos (se adjuntan autorizaciones institucionales Hospital Maciel y Asociación Civil Idas y Vueltas).

5. Caso clínico

Paciente de 28 años, de origen caribeño, con estudios terciarios finalizados, soltero. Sin antecedentes personales ni familiares relevantes. Migró de su país en busca de oportunidades laborales y mejora de su calidad de vida. Residió en Brasil por seis meses e ingresó a Uruguay cinco días previo a la consulta en emergencia del Hospital público Francisco Maciel. Presentaba historia de seis meses de evolución dado por síndrome de repercusión general con adelgazamiento de 15 kg y fiebre con predominio vespertino. Agregó distensión abdominal progresiva, ictericia y orina hipercoloreada, acompañados de síndrome funcional anémico.

Se utilizó una metodología cualitativa, mediante el análisis interpretativo de un caso clínico, basado en la evidencia científica y la teoría

Al examen físico: lucidez, febril, taquicardia, polipnea, mal estado general, caquexia. Presentaba anemia clínica e ictericia, sin evidenciarse elementos clínicos de hepatopatía crónica. Se constataron conglomerados adenopáticos firmes-elásticos. El examen cardiovascular presentaba taquicardia regular y edemas en miembros inferiores. La exploración abdominal mostró hepatoesplenomegalia y ascitis bien tolerada. No se encontraron alteraciones neurológicas. De la paraclínica se destaca un hepatograma con patrón colestásico y elementos de insuficien-

cia hepatocítica (descenso severo de albúmina, colinesterasa y tasa de protrombina). Anemia severa y linfopenia, lactato deshidrogenasa normal y beta2 microglobulina elevada. Se realizó una ecografía de abdomen con Doppler que mostró hepatomegalia a expensas de múltiples lesiones hipoecogénicas y ascitis moderada. La paracentesis mostró celularidad a predominio linfoplasmocitario. Se completó el estudio con una tomografía computada que mostró la presencia de conglomerados adenopáticos múltiples supra e infra diafragmáticos, junto a hepatomegalia regular heterogénea con múltiples nódulos sólidos hipodensos y esplenomegalia. La serología viral para hepatitis A, B y C fue negativa, así como el metabolismo del hierro y el panel de anticuerpos para hepatopatía autoinmune. Ante la presencia de un síndrome poliadenomegálico, síntomas B y hepatoesplenomegalia con elementos de insuficiencia hepatocítica, se planteó el diagnóstico de probable linfopatía tumoral con compromiso hepático. No fue posible confirmar el diagnóstico histológico mediante biopsia ganglionar o hepática, ya que el paciente no se encontró en oportunidad para ser sometido a un procedimiento invasivo, debido al gran compromiso de su estado general y coagulopatía severa. Se realizó



inmunofenotipo en médula ósea y ascitis que no evidenció clonalidad. Se iniciaron tratamiento fisiopatológico de la insuficiencia hepatocítica y soporte nutricional.

El paciente se encontraba sin familiares en Uruguay, ni red social de contención. Desde el inicio de la internación, se realizó el abordaje del caso por un equipo interdisciplinario que integró a internistas, licenciadas en enfermería y enfermeras, asistente social, hematólogos, hemoterapeutas, cirujanos, equipo de cuidados paliativos, psicólogo y médico experto en nutrición. El paciente sufrió un rápido deterioro clínico y paraclínico. Se instauró tratamiento empírico con corticoides y, debido a su mal estado funcional (con una escala de Karnofsky de 40%) y al comportamiento agresivo de la probable enfermedad de base, se planteó mal pronóstico vital a corto plazo.

La gestión del cuidado en clave interdisciplinaria resultó ser una estrategia indispensable para la resolución del caso

Se estableció comunicación telefónica con la madre para informarle sobre la situación clínica adversa y la dificultad para el traslado fuera de fronteras. Se tomó contacto con el equipo de Asesoría en documentación de la Asociación Civil (A. C.) Idas y Vueltas, referente en atención a población migrante; se gestionó

una solicitud de visa humanitaria que habilitara a la madre a ingresar a Uruguay. Madre-hijo/a se reencontraron a las tres semanas de la internación. El paciente continuó con peoría de la falla hepática, desarrolló ascitis y encefalopatía refractarias al tratamiento. Se decidió, en conjunto, continuar con tratamiento paliativo hasta su fallecimiento, trece días después. El mismo día, se acompañó a la madre en el comienzo del duelo mientras se iniciaron las gestiones para su alojamiento transitorio en la ciudad, por intermedio de la A. C. El equipo médico de sala la acompañó en la realización de los trámites *post mortem*, dado que no contaba con una red de apoyo para ello. Siguiendo la voluntad del paciente luego de fallecer, se procedió a la cremación del cuerpo y al traslado de sus cenizas a su país de origen.

6. Discusión

La gestión del cuidado en clave interdisciplinaria resultó ser una estrategia indispensable para la resolución del caso. En ella intervinieron médicos internistas y estudiantes, otras especialidades médico-quirúrgicas y de cuidados paliativos, licenciados y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y psicólogos. Además de los equipos del Hospital Maciel, participaron profesionales y voluntarios de la A. C., entre otros licenciados en Relaciones Internacionales del equipo de Asesoría en Documentación. La multiplicidad y diversidad de los actores implicados demostró la necesidad de un método de coordinación como la Enfermería en Gestión de Casos, que unificara las etapas del proceso asistencial.

Las fortalezas detectadas fueron, en primer lugar, las aptitudes y el interés por parte de los profesionales más involucrados en desarrollar la gestión interdisciplinaria. Estos debieron afrontar la situación compleja de un paciente joven, con rápido deterioro clínico y mal pronóstico vital, que se encontraba lejos de su familia. El contexto social



vulnerable de los pacientes migrantes no siempre permite la presencia de personas cercanas que acompañen en el proceso de morir. Los profesionales de la salud tienen la obligación de garantizar que sus semejantes no mueran en la soledad, la indignidad o la desesperación (Sánchez Jiménez, 2004). En el caso analizado, existió una necesidad inmediata de efectivizar la gestión de recursos humanos, materiales y económicos para conformar una red de apoyo. La comunicación efectiva, precoz y permanente fue preponderante para articular las diferentes tareas y lograr que la madre acompañe a su

La variedad de participantes e interacciones necesarios para la resolución del caso reflejan la gran complejidad de este tipo de situaciones

hijo en las últimas etapas de su vida. En segundo lugar, fueron fundamentales las redes de apoyo formales e informales previamente desarrolladas por la Enfermería Gestora de Casos, así como su capacidad para coordinar los recursos existentes. En tercer lugar, cabe destacar el vínculo de entendimiento mutuo entre el equipo de salud, el paciente y el familiar. Se logró establecer una relación de confianza, demostrando interés por sus hábitos y expectativas. Se dedicó el tiempo necesario para la comunicación de los planes diagnósticos, terapéuticos y pronós-

tico de la enfermedad, incentivando su participación en la toma de decisiones. Estas conductas han demostrado asociarse con experiencias positivas en el cuidado de la salud de pacientes migrantes (Barboza et al., 2020).

En cuanto a las debilidades identificadas, se destacan la carencia de marco normativo y formal de los prestadores en el desarrollo de estrategias y prácticas clínicas específicas. Esta situación dificulta, además, la construcción de una verdadera práctica interdisciplinaria. En efecto, si esta no logra ser sistematizada en su implementación, no puede replicarse en otros casos de gran complejidad biológica o psicosocial.

Para implementar un método de gestión del cuidado en clave interdisciplinaria, es necesaria la previa instalación de procedimientos normalizados, el conocimiento de estos por parte del equipo y el desarrollo de una cultura de trabajo basada en el reparto armonioso y ético de las distintas competencias profesionales. En este sentido, tanto el médico internista como el licenciado en Enfermería combinan habilidades de particular relevancia: dominio clínico generalista; manejo de redes de apoyo en territorio; gestión de servicios de salud y rol articulador dentro de los equipos tratantes.

7. Conclusiones

La variedad de participantes e interacciones necesarios para la resolución del caso reflejan la gran complejidad de este tipo de situaciones. Se identifica la intervención de profesionales sanitarios y de otros actores ajenos al ámbito de la salud. El logro de una gestión eficaz y eficiente del cuidado exige un nuevo estilo de relacionamiento interprofesional y estrategias comunicacionales fluidas, que permitan el acceso y articulación de los recursos necesarios. En este sentido, la formalidad que solo pueden brindar el sistema y las instituciones involucradas constituye una etapa fundamental del proceso. La gestión de casos como Práctica Avanzada de Enfermería, la elaboración de



herramientas y la difusión de experiencias interdisciplinarias se constituyen a partir de prácticas profesionales e institucionales exitosas. La incorporación y estandarización de éstas llevan a la optimización de la calidad del cuidado.

Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018). *Tendencias globales de Desplazamiento Forzado en 2018*. 2-74. https://www.acnur.org/5d09c37c4#_ga=2.233805273.673666459.1582926104-412249149.1577814855
- Ayuso Murillo, D. y Grande Sellera, R. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Editorial Díaz Santos.
- Balado, L. y Marina, K (2018). El cuidado Enfermero en la Consulta de Enfermería Intercultural de la Asociación Civil Idas y Vueltas, Montevideo-Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 13(2), 22-3.
- Barboza, A., Casavieja, D., López, S., Marina, K. y Toledo, N. (2020). Opinión de la población migrante sobre los cuidados del equipo de salud en dos policlínicas municipales de Montevideo. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 44-53. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2165>
- Bilodeau, K., Dubois, S. y Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 2(113), 43-50. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>
- Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A. y Reeves, S. (2017). *Interprofessional Education Guidelines 2017*. Center for the Advancement of Interprofessional Education. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>
- Centro de Información Oficial. (2007). Ley N.º 18.076. Derecho al refugio y a los refugiados. Ley de refugiados. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18076-2006/14> [Consulta: 9/04/2021]
- Centro de Información Oficial (2007). Decreto N.º 2/008. Reglamentación de la Ley N.º 18.211. Sistema nacional integrado de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/6> [Consulta: 9/04/2021]
- Dirección Nacional de Migraciones. Departamento de Estadística. (2017). *Anuario 2017*. https://migracion.minterior.gub.uy/images/anuario17/09-RESIDENCIAS_2017.pdf [Consulta: 16/04/2021]
- Dirección Nacional de Migraciones. Departamento de Estadística. (2019). *Anuario 2019*. https://migracion.minterior.gub.uy/images/anuario19/ANUARIO_2019.pdf
- Dumas, M., Douguet, F. y Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins: ce qui fait équipe? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 1(20), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Epstein, K., Juárez, E., Epstein, A., Loya, K. y Singer, A. (2010). The Impact of Fragmentation of Hospitalist Care on Length of Stay. *Journal of Hospital Medicine*, 5(6), 335-338. <https://doi.org/10.1002/jhm.675>
- Espinoza, P. y Peduzzi, M. (2020). Equipos de Salud Interdisciplinarios y Liderazgo Transformacional. Juntos Pueden Propiciar Mejores Resultados para Pacientes y Profesionales. *Revista Horizonte de enfermería*, 24(1), 50-59. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.24.1.50



- Freund, K. et al. (2014). Impact of Patient Navigation on Timely Cancer Care: The Patient Navigation Research Program. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 106(6), 115-119. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju115>
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26), 161-175.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: update 2016. https://aamc-meded.global.ssl.fastly.net/production/media/filer_public/70/9f/709fedd7-3c53-492c-b9f0-b13715d11cb6/core_competencies_for_collaborative_practice.pdf
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 3(6), 5-8. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2019). Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación. Residencias permanentes de nacionales del Mercosur y familiares de uruguayos en el extranjero. Informe anual 2013. https://www.gub.uy/ministerio-relaciones-exteriores/sites/ministerio-relaciones-exteriores/files/2019-02/MRREE_INFORME_CUATRIMESTRAL_ANUAL_RETORNOS_Y_REPATRIOS_2013_0.pdf
- Miró, M. (2016). Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Revista Educación Médica*, 17(1), 21-24.
- Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S. et al. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resource Health*, 10(11),19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Glossary on Migration*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Preguntas frecuentes sobre salud y migración. <https://www.who.int/features/qa/88/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2016). Resolución del Consejo Directivo 55.º Consejo Directivo 68.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2008). Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-estrategias_desarrollo_equipos_aps.pdf
- República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. (2011). Ley N.º 18.250 Migración. https://www.oas.org/dil/esp/Ley_Migraciones_Uruguay.pdf
- Rivero, S., Incerti, C. y Márquez, C. (2019). El reciente proceso migratorio en Uruguay: algunos desafíos para las alternativas educativas y de cuidado. *Fronteras*, (12), 100-114.
- Pantoja Vargas, L. (2012). Deontología y código deontológico del educador social. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (19), 65-79. https://doi.org/10.7179/PSRI_2012.19.05



- Pinilla, A. (2010). Recuperando la identidad del médico internista al visualizar las competencias profesionales. *Acta Médica Colombiana*, 35(3), 143-153. <https://doi.org/10.36104/amc.2010.1542>
- Sánchez Jiménez, J. (2004). Acompañar al paciente a morir. Papel del médico de cabecera. *Revista Española de Medicina Familiar*, 30(1), 39-45.
- Shamian, J. (2014). El papel de la enfermería en la atención sanitaria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 867-868. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670601>
- Vienni Baptista, B. (2015). Los estudios sobre interdisciplina: construcción de un ámbito en el campo de la ciencia, tecnología y sociedad. *Redes*, 21(41), 141-175.