

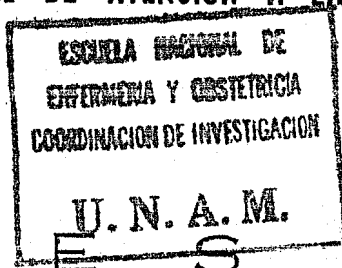
2
lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION A LA SALUD.



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Licenciada en Enfermería y Obstetricia
P R E S E N T A:
EVA VALENTINA AGUILAR BERISTAIN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Y A TODAS LAS INTITUCIONES QUE ME FORMARON

I N D I C E

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
Planteamiento del Problema	3
Problema	7
Hipótesis	7
Objetivos	8
Universo de Trabajo	9
Variables	10
Metodología	11
II.- MARCO CONCEPTUAL	12
1.- Concepto de Salud	13
2.- Proceso Salud-Enfermedad	15
3.- Situación de Salud en México	21
4.- La Atención a la Salud	42
5.- Los Niveles de Atención a la Salud	49
6.- El Primer Nivel de Atención a la Salud	53
7.- La Enfermera y su Participación en la Atención Médica	61
8.- Participación de la Enfermera en el -- Primer Nivel de Atención	68
9.- Problemáticas y Perspectivas	78
III.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	84
Limitación del Campo de la Investigación	85

	Pág.
Area Geográfica	85
Grupos Humanos	85
Metodología de la Investigación	86
IV.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	88
Descripción y Análisis de la Información	89
Pruebas de la Hipótesis	95
Quadros y Gráficas	99
V.- CONCLUSIONES	131
Surgerencias	134
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	137
Bibliografía	138
Anexo	141

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1.- Tendencia de la natalidad en la República Mexicana. 1940-1981	25
2.- Comparaciones internacionales con respecto a la natalidad. 1970-1980	26
3.- Estadísticas vitales de la República Mexicana. 1981.	27
4.- Esperanza de vida al nacer en distintos países alrededor de 1980.	28
5.- Tendencia de la mortalidad en la República Mexicana. 1930-1980.	29
6.- Mortalidad general, infantil, preescolar, escolar y materna. 1970-1980	30
7.- Mortalidad general. 1981	32
8.- Mortalidad infantil. 1980	34
9.- Veinte principales causas de mortalidad preescolar. 1980	36

	Pág.
Cuadro No. 10.- Mortalidad materna de algunos países de América alrededor de 1973.	37
11.- Mortalidad materna por causas Estados Unidos Mexicanos. 1970-1979	38
12.- Incidencia de enfermedades transmisibles. Estados Unidos Mexicanos. 1980	39
13.- Recursos humanos en las instituciones de salud. República Mexicana. 1982.	48
14.- Total de encuestas realizadas en las instituciones del Area de Coyoacán, <u>Mé</u> xico. 1986	99
15.- Edad por grupos etáreos del personal de enfermería encuestado que labora en las diferentes instituciones del Area de Coyoacán. México. 1986	101
16.- Cantidad de personal de enfermería que desarrolla actividades en clínica, <u>cam</u> po o módulo del personal encuestado en el Area de Coyoacán. México. 1986.	103

- Cuadro No. 17.- Estudios que ha realizado el personal de enfermería en relación a su trabajo en el personal encuestado del Area de Coyoacán. México. 1986 105
- 18.- Respuesta a la pregunta: Mencione los niveles de atención para la salud, del personal de enfermería en el Area de Coyoacán. México. 1986 107
- 19.- Respuesta a la pregunta: En qué nivel de la salud está participando el personal de enfermería encuestado en el Area de Coyoacán, México. 1986. 109
- 20.- Respuesta a la pregunta: Qué nivel de atención es más importante para el sistema nacional de salud, del personal de enfermería encuestado del Area de Coyoacán. México 1986. 111
- 21.- Respuesta a la pregunta: El nivel señalado anteriormente es más importante para usted ¿porqué?. Del personal de enfermería del Area de Coyoacán, México. 1986 113

- Cuadro No. 22.- Importancia del personal de enfermería sobre la necesidad de conocer -- las características socioeconómicas de la población para la que trabaja en el Area de Coyoacán. México. 1986 115
- 23.- Como participa el personal de enfermería de la SSA en actividades preventivas. Coyoacán. México. 1986. 117
- 24.- Como participa el personal de enfermería del ISSSTE en actividades preventivas. Coyoacán. México. 1986. 119
- 25.- Como participa el personal de enfermería del IMSS en actividades preventivas. Coyoacán. México. 1986. 121
- 26.- Como participa el personal de enfermería del D.D.F. en actividades preventivas. Coyoacán. México. 1986 123
- 27.- Como participa el personal de enfermería de las diferentes instituciones en la detección oportuna de enfermedades en el Area de Coyoacán. - México. 1986. 125

Cuadro No. 28.- Técnicas de Trabajo para llevar los servicios de salud a la comunidad - del personal de enfermería de las - diferentes instituciones del Area - de Coyoacán. México. 1986.

127

29.- Técnicas de Trabajo para llevar los servicios de salud a la comunidad - del personal de enfermería de las - diferentes instituciones del Area - de Coyoacán. México. 1986.

129

INDICE DE GRAFICAS

Pág.

Gráfica No.	1.- Total de encuestas realizadas en las instituciones del Area de Coyoacán. México. 1986.	100
	2.- Edad por grupos etareos del personal de enfermería encuestado que labora en las diferentes instituciones de salud del Area de Coyoacán. D.F. 1986.	102
	3.- Cantidad de personal de enfermería -- que desarrolla sus actividades en clínica, campo o ambas en el personal encuestado del Area de Coyoacán, D. F.-	104
	4.- Estudios que ha realizado el personal encuestado del Area de Coyoacán, D. F. 1986.	106
	5.- Respuesta a la pregunta: Mencione que son los niveles de atención para la salud, del personal de enfermería en el Area de Coyoacán, D.F. 1986.	108

- Gráfica No. 6.- Respuesta a la pregunta ¿En qué nivel de la salud está participando? del personal de enfermería encuestado en el Area de Coyoacán. 110
- 7.- Respuesta a la pregunta ¿Qué nivel de atención es más importante para el Sistema Nacional de Salud, del personal de enfermería encuestado en el Area de Coyoacán. 112
- 8.- Respuesta a la pregunta ¿El nivel señalado anteriormente es más importante para usted? ¿porqué? del personal de enfermería del Area de Coyoacán, - D. F. 1986. 114
- 9.- Importancia del personal de enfermería sobre la necesidad de conocer las características socioeconómicas de la población para la que trabaja en el Area de Coyoacán, D.F. 1986. 116

- Gráfica No. 10.- Como participa el personal de enfermería de la SSA en actividades preventivas, Coyoacán. D. F. 1986. 118
- 11.- Como participa el personal de enfermería del ISSSTE en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986 120
- 12.- Como participa el personal de enfermería del IMSS en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986. 122
- 13.- Como participa el personal de enfermería del DDF en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986 124
- 14.- Como participa el personal de enfermería de las diferentes instituciones - en la detección oportuna de enfermedades en el Area de Coyoacán. D.F. 1986

- Gráfica No. 10.- Como participa el personal de enfermería de la SSA en actividades preventivas, Coyoacán. D. F. 1986. 118
- 11.- Como participa el personal de enfermería del ISSSTE en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986 120
- 12.- Como participa el personal de enfermería del IMSS en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986. 122
- 13.- Como participa el personal de enfermería del DDF en actividades preventivas. Coyoacán, D.F. 1986 124
- 14.- Como participa el personal de enfermería de las diferentes instituciones - en la detección oportuna de enfermedades en el Area de Coyoacán. D.F. 1986

Gráfica No. 15.- Técnicas de trabajo para llevar a cabo los servicios de salud a la comunidad, del personal de enfermería de las diferentes instituciones del Area de Coyoacán, D.F. 1986.

128

16.- Actividades que realiza comunmente la enfermera en los servicios de las diferentes instituciones del Area de Coyoacán. D.F. 1986.

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad determinar el papel que tiene la enfermera en el primer nivel de atención, inquietud surgida del hecho de que en la mayoría de ocasiones, la formación de la enfermera está orientada para niveles más complejos y costos que pueden disminuirse en gran porcentaje.

En el primer capítulo se hace mención de concepto de salud y sus diferentes enfoques. En el capítulo dos, se analiza el proceso salud-enfermedad, en el capítulo tres se demuestra estadísticamente la situación de salud en México.

El capítulo cuatro, sobre la atención de la salud se describe los requisitos de ésta, las actividades que enmarca y los recursos humanos con que se cuenta en México.

En el capítulo cinco, se describen los niveles de atención para la salud y sus actividades.

En el capítulo seis, se amplía sobre el primer nivel de atención, su importancia su campo de acción.

En el capítulo siete, se analiza a la enfermera en un contexto-

histórico, y en el capítulo ocho, se describe como debe ser la participación de la enfermera en el primer nivel de atención.

En el capítulo nueve se contempla la problemática y perspectivas del nivel antes mencionado.

De esta manera se pretende dar un enfoque general de la importancia del primer nivel de atención y la participación de enfermería.

Para la licenciatura en enfermería es un campo de trabajo en el cual puede tener una proyección eficiente y eficaz para su desempeño profesional.

FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

En México el primer nivel de atención, que abarca la promoción de la salud y la protección específica, ha tenido auge en los últimos años, aunque hay que reconocer que existen por lo menos desde la etapa cardenista. Dada su importancia han surgido varios programas que enfocan su atención a dicho nivel, en el caso particular de la enfermería se tienen manuales que establecen las actividades que deben realizarse, pero no ha surgido a nivel institucional un documento que cubra el papel de la enfermera en el primer nivel de atención, entendiendo por papel el rol profesional que toma no solo en los aspectos técnicos, administrativos, docentes y de investigación sino en su trascendencia a la comunidad.

Por tal motivo es de interés conocer en que medida el personal de enfermería que trabaja en éste nivel tiene la preparación para dicho papel teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos las personas que trabajan éstos aspectos son auxiliares de enfermería y las actividades que realizan las ejecutan con bases muy endebles.

Esto es muy importante porque la enfermera debe comprender que

para prevenir hay que entender el proceso salud-enfermedad que va más allá de la agresión directa al organismo humano, ya que existe gran variedad de estados físicos y sociales, que influyen en la participación activa de cada hombre.

Las consecuencias del déficit de enfermeras en este nivel tiene repercusión negativa en la comunidad, pero puede ser resuelto teniendo en cuenta que en dicho nivel existen profesionales con amplia experiencia que proyectan dentro de su ámbito de trabajo una participación activa, conciente y responsable en el nivel ya mencionado.

"La prevención primaria, tiene como finalidad que la enfermedad no se presente, realizandose durante la fase prepatogénica de la historia natural mediante la promoción de la salud y la protección específica que resultan importantes sobre todo por las particularidades de nuestro país". Así, lo refiere Bustos Castro René en su obra de Administración en Salud, al mencionar los niveles de prevención.

Una de las necesidades primordiales en la sociedad es la salud y es la sociedad justamente con el Estado quienes deben de ser responsables de éste problema y de su solución, ya que los factores condicionantes de la enfermedad o salud están dados prin

principalmente por el sistema socio-económico que existe en una comunidad.

México es un país en vías de desarrollo tanto del sector industrial como agrícola, en donde los medios de producción pertenecen a un grupo minoritario, ocasionando la formación de estatus sociales y en cada uno de ellos existen problemas de mayor o menor proporción y es ahí donde el profesional de enfermería debe conocer éstos para tomar alternativas de solución ya que la problemática de la salud está aunada al desempleo, analfabetismo, desnutrición y contaminación como factores desencadenantes.

Nuestro país cuenta con un sistema de salud establecido por -- instituciones de seguridad social y asistencia social básicamente, además de las instituciones privadas, pero solamente -- atienden una parte de la sociedad quedando desprotegido un -- gran porcentaje de la población.

En cuanto a la formación de recursos humanos de enfermería a -- nivel profesional la escasez es alarmante, porque la enfermera egresa de las escuelas de enfermería con una mentalidad "curativa" y son pocas las que se dedican al aspecto preventivo, -- los servicios que prestan éstas últimas tienen como objetivo --

aumentar el nivel de salud del individuo, familia y comunidad, por lo cual es necesario que en la formación de la enfermera - se incluyan en el plan de estudios asignaturas que conlleven a la Salud Pública aplicada a todo ámbito en base a las necesidades reales del país.

La enfermera por lo tanto deberá tener funciones específicas - no solo en el aspecto administrativo, técnico y docente sino - también integrarse a la comunidad de tal manera que perciba - sus necesidades conociendo el medio socioeconómico y cultural - en el que se desenvuelva amén de una carga teórica-práctica - que le permita realizar con satisfacción sus actividades.

Citado lo anterior, se justifica el realizar investigaciones - con respecto a las acciones que afecta a la enfermera en el -- primer nivel de atención, por lo cual se llega al siguiente -- enunciado: La participación cualitativa y cuantitativa del personal de enfermería en el primer nivel de atención, resulta de eficiente para las necesidades actuales de los Servicios de Salud.

PROBLEMA

La participación cualitativa y cuantitativa del personal de enfermería en el primer nivel de atención, resulta deficiente para las necesidades actuales de los servicios de SALUD.

HIPOTESIS :

Si la enfermera desconoce cuales son las acciones prioritarias que debe efectuar en el primer nivel de atención, así como la información de este, entonces su participación cualitativa y cuantitativa es deficiente.

OBJETIVO GENERAL.

Mostrar que el personal de enfermería requiere del conocimiento de la situación de su participación en el primer nivel de atención de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Verificar en que grado cualitativamente y cuantitativamente se llevan a cabo las acciones del primer nivel de atención por el personal de enfermería.

Identificar el grado de conocimientos sobre los niveles de atención por el personal de enfermería.

Identificar la importancia que proporciona el personal de enfermería a las acciones del primer nivel de atención.

Señalar el número de personal de enfermería con que cuenta la jurisdicción en estudio.

Indicar el porcentaje de enfermeras ubicadas en el primer nivel de atención dentro de la población en estudio.

Detectar las causas que interfieren dentro del personal de enfermería que trabaja en los diferentes niveles de atención.

TIPO DE INVESTIGACION

- Transversal, no experimental. Descriptiva.

UNIVERSO DE TRABAJO

Personal de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria IV.

	Profesional	No Profesional	Total
S.S.A.	12	108	120
I.S.S.S.T.E.	5	69	74
I.M.S.S.	10	13	23
D.D.F.	10	75	85
T O T A L	37	265	302

MUESTRA

Aleatoria simple obligada.

Cuestionario

S.S.A.	85
I.S.S.S.T.E.	47
I.M.S.S.	10
D.D.F.	25
TOTAL	167

VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES.- Eficiente preparación de enfermería en el primer nivel de atención en el individuo, familia y comunidad.

- Escolaridad
- Institución en la que labora
- Conocimiento sobre niveles de atención
- Preparación del personal de enfermería.

VARIABLES DEPENDIENTES.- Solución de los problemas de salud - enfermedad.

- Actividades que realiza en el primer nivel
- Importancia que dá al primer nivel de atención

- Ubicación de personal de enfermería en diferentes niveles.

ORIGEN DE LA INFORMACION

Fuente:

Primaria a través de entrevistas directas al personal de enfermería.

Método de recolección: Encuesta

Procedimiento:

Interrogatorio

Instrumento:

Cuestionario (anexo)

METODOLOGIA

Para estructurar el trabajo se utilizó la investigación documental mediante fichas de trabajo.

Para la verificación de la hipótesis se efectuó la investigación de campo, mediante entrevistas y encuestas que quedaron registradas en el cuestionario modelo anexo al final de este trabajo.

El procesamiento de datos se realizó por el método estadístico para describir, analizar e interpretar los datos obtenidos en la investigación.

Métodos, técnicas de recolección de datos: bibliográficas, entrevistas y cuestionario.

I MARCO CONCEPTUAL

MARCO CONCEPTUAL

1.- CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud ha sido modificado y ampliado de acuerdo a la época histórica y a los conocimientos que ha adquirido - el hombre. La salud, como ausencia de enfermedad, resulta una definición poco aceptable por su falta de objetividad en el - proceso, así mismo si nos basamos en una definición de diccionario en donde "salud" es el estado normal del ser orgánico, - libertad o bien público o particular, estado de gracia espiritual (1). Para los fines de un equipo de salud, las definiciones resultan inespecíficas, ya que se habla de todos los seres vivos incluyendo vegetales, animales, bacterias, virus, o sea todos aquellos que tengan Carbono, Hidrógeno, Oxígeno y - Nitrógeno, o aquellos con un enfoque teórico no cuantificable.

Otros autores han conceptualizado la salud desde el punto de vista ecológico como "La manifestación ecológica entre el hombre y su medio ambiente" (2) o también desde el punto de vista de la multicausalidad "Interacción, equilibrio entre el medio, agente y huesped" (3).

- (1) Sopena Diccionario enciclopédico ilustrado, tomo 4, Editorial Sopena, Barcelona 1977, p. 3788
- (2) Hernán San Martín Salud-Enfermedad, Editorial Frensa Médica Mexicana, 3a. Edición México 1980, p. 19
- (3) Esparza y Leon Víctor Manuel, Prevención para la salud, Editorial Francisco Mendez Oteo, 1a. Edición 1983, p. 21

Desde el punto de vista fisiológico, "La salud es un estado - de relativo equilibrio de la forma y función corporal, el - cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con - las fuerzas que tienden a alterarlo" (4), también en las ante - riores conceptualizaciones encontramos carencia de precisión en el relativo equilibrio y en el adecuado ajuste del organis - mo, así como de las fuerzas que tienden a alterarlo.

Castro conceptualiza la salud de la siguiente manera: "Es un estado armónico psicofísico de un individuo, en equilibrio - con su medio ambiente del que es parte integrante y el cual se ha adaptado perfectamente como resultado de la acción de - diversas fuerzas internas, externas, hereditarias y adquiri-- das condicionadas por la cultura y economía de un país"; lo - gando conjuntar varios aspectos importantes en relación al - hombre y lo que lo rodea (5)

Para nuestros fines creemos resulta más aceptable este concep - to, ya que es el que cumple con el sentido amplio con que de - be ser visualizado el hombre.

Otro concepto ligado al anterior que resulta importante enun - ciar es el de salud pública que Winslow menciona como "La - ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la -

(4) Vea Franco y otros, Bases esenciales de la Salud Públi - ca, Prensa Médica Mexicana, 5a. Edición, México 1982, - p. 2

(5) Bustos Castro René, Administración en Salud, Editorial Francisco Méndez Oteo, 1a. Edición, México 1981, p. 12

vida, fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio, - 2) control de las enfermedades transmisibles, 3) la educación de los individuos en higiene personal, 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y, 5) desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Concepto ligado ampliamente con la participación de los trabajadores de la salud en el nivel primario de atención. Un concepto universal aunque en la actualidad poco aceptado es el de la O.M.S., en el que se ha adjudicado un concepto totalizador describiendo la salud como: "Un completo bienestar físico, mental y social y no simplemente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades" (6).

2.- PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Desde los principios del hombre civilizado, la salud ha tenido significados místico-mágicos que fueron evolucionando hasta comprenderla actualmente en un enfoque multicausal como un proceso continuo inseparable del hombre en el que existen una gran variedad de estados físicos, sociales y psíquicos siendo un fin del individuo y un medio de desarrollo de la comunidad. Es imposible etiquetar al ser humano con el sello de "sano" o

(6) Vega Franco, Op. Cit. p.2

"enfermo", ya que perteneciendo éste a la raza humana entraña diferentes caracteres adaptados al medio ambiente en el cual se involucra con ideas de balance y adaptación cuando se refiere a la enfermedad. El éxito o fracaso del organismo es la adaptación biológica del hombre, (7) estableciéndose que el individuo sano es aquel que se encuentra en armonía física, mental y social, de tal forma que pueda contribuir con la sociedad de acuerdo con su habilidad para enfrentarse a reacciones adversas, siendo la salud nuevamente el medio para disfrutar del bienestar individual y colectivo.

Retomando parte del concepto anterior, la salud-enfermedad como un proceso biopsicosocial se le han agregado por su indiscutible importancia, los factores económicos, políticos y culturales presentes en una sociedad determinada que a su vez es condicionada históricamente.

El proceso salud-enfermedad también es entendido como una unidad dialéctica siendo dos momentos en el ser; en el cual la enfermedad no sólo presenta una evidente dimensión biológica sino también ideológica predeterminando por valores sociales, principalmente por la capacidad productiva y competitiva.

Conforme el hombre va transformando la naturaleza por el trabajo, el medio de producción, su formación social, se va creando

(7) Hernán San Martín Salud-Enfermedad, Prensa Médica Mexicana, 5a. Edición, México 1982, p.18.

do su propia patología, es así como la salud influye en la participación activa del hombre tendiente a lograr la satisfacción de las necesidades básicas y a la solución de problemas que afronta como elemento integrante de una sociedad, (8) - lo anterior es sinónimo de progreso social, y al hablar de progreso, este concepto viene siendo una variable dependiente de desarrollo económico.

Si la salud es el medio para disfrutar del bienestar individual y colectivo este es un estado variable y dependiente del nivel de vida, (9) y tomando al individuo como un ente biopsicosocial nos encontramos nuevamente, con un sujeto que mantiene relaciones en su medio interno y externo en una adaptación psicopatológica de acuerdo a su personalidad.

Desde el punto de vista biológico tiene características somáticas y genéticas definidas y requiere del conocimiento pleno del organismo humano como su anatomía, fisiología y factores de riesgo; también desde el punto de vista psicopatológico va a depender de su constitución emocional formada de las motivaciones de su infancia, su personalidad, la forma de reaccionar y actuar y también de las impresiones que causa entre sus congéneres. La madurez mental y emocional es tan importante - como su fisiología ya que el desequilibrio de éstos factores

(8) Laurel Cristina, "Medicina y Capitalismo en México", cuadernos políticos, México 1975 pp. 80-93

(9) Oficina Sanitaria Panamericana, O.M.S., "Atención Primaria de Salud" ALMA-ATA, URSS, Sep. 1978, Impreso pp. 6-12.

son los que ocasionan grandes problemas sociales. Y por último desde el punto de vista social el hombre como parte integrante de una familia y de una colectividad condicionada por un instinto gregario para defenderse de las contingencias y luchar por sobrevivir está basada en la cultura, en el sistema de relaciones, en la conducta de grupos organizados, siendo esta misma organización la base de todas las sociedades.

El proceso salud-enfermedad como fenómeno social que repercute en la productividad requiere de condiciones favorables en la que se acentúan los valores potenciales del hombre, su capacidad de trabajo y sus satisfacciones personales (10).

Los satisfactores básicos para mejorar el nivel de vida, son: la salud, nutrición, vivienda, educación y trabajo; la conjunción de estos incrementa en desarrollo socioeconómico y la manifestación y el esfuerzo colectivo aunado a una infraestructura necesaria, redundan en la conservación de la salud.

Analizando los factores básicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad relacionado con indicadores económicos, tenemos el siguiente listado:

(10) "Enfermería y Ciclo Económico de la Salud," Panorama Nacional, Revista Enfermeras, p. 26.

CONCEPTUALIZACION

INDICADORES

S A L U D :

Es un proceso armónico biopsi-
cosocial que se dá en el indi-
viduo, grupo o comunidad, como
resultado de su interacción -
con factores socioeconómicos -
culturales y ecológicos de una
sociedad y momento histórico -
determinado.

Mortalidad infantil
Morbilidad infantil
Mortalidad general
Esperanza de vida.

N U T R I C I O N :

La nutrición históricamente de-
terminada por la formación eco-
nómica y social es el proceso
que incluye desde la produc- -
ción, circulación, industriali-
zación, distribución y consumo
de los alimentos; a partir de
los cuales el organismo metabo-
liza los nutrimentos necesarios
para su crecimiento, desarro-
llo y mantenimiento.

- Abastecimiento de agua
- Consumo de proteínas anima-
les.
- Ingreso per cápita.
- Disposición de vías de comu-
nicación.

V I V I E N D A :

Es el medio social y físico en

- Tipo de construcción

CONCEPTUALIZACION

que se desarrolla la familia
 Implica una serie de servicios
 que aseguran el bienestar y la
 salud y que vinculan al indivi-
 duo y a su familia a la comuni-
 dad a la que pertenecen.

E D U C A C I O N :

Formación integral del hombre,
 desarrollo máximo de sus poten-
 cialidades tendientes a lograr
 la conciencia y responsabili-
 dad de su conducta en el momen-
 to y situación que vive.

T R A B A J O :

Es la expresión de la creativi-
 dad y realización del individuo.
 Define la ocupación y delimita
 el estatus de una sociedad.
 Significa el proceso en el que
 el hombre transforma la natura-
 leza de modo que le permita cu-
 brir sus necesidades. (11)

(11) Ibidem pp. 27-28

INDICADORES

- Número de habitaciones en re-
 lación con el número de per-
 sonas que la habitan.

- Existencia de servicios.

- Número de escolares prima-
 rios y estudiantes de secun-
 daria con respecto a la po-
 blación en los grupos de e-
 dad de 5 a 14 años.

- Índice de deserción escolar.

- Analfabetismo.

- Ingreso per cápita.

- Capacidad de consumo

- El subempleo y desempleo

3.- SITUACION DE LA SALUD EN MEXICO

México cuenta con una superficie territorial de 1'958,201 Km², tiene 31 Estados y un Distrito Federal, 2,392 municipios y - aproximadamente 80,000 comunidades menores de 500 habitantes.

La población que arroja el último censo de 1980 es de - - 69'346,900 habitantes, con relación al censo de 1970 el cual - reportaba 48.2 millones de habitantes, tenemos un incremento - de 19.2 millones, lo que implica una tasa de crecimiento inter censal de 3.29.

La tasa de natalidad es de 35.01 y la tasa bruta de mortalidad es de 7.8, además se encuentra una esperanza de vida de 62.8 - para hombres y 6.8 para las mujeres, ésta última del año de - 1975. La población de nuestro país muestra un predominio de - los grupos jóvenes en el cual en 1980 sobrepasa el 60%.

La distribución geográfica de la población ha tenido una evidente concentración urbana siendo la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey las principales ciudades, ésto ha tenido como consecuencia la incapacidad de dotar de servicios requeridos a la población.

Grosso modo se señalan a continuación algunos indicadores que

resultan importantes para la valoración del nivel de salud de la población en México (12).

Nutrición.- En general la producción de alimentos ha sido insuficiente, por tal motivo se ha tenido que recurrir a volúmenes importantes de importación.

Los niveles más afectados son lógicamente los del nivel socio-económico bajo, en 1968 la población cubría el 57.9% del requerimiento de calorías y el 58.3 en proteínas. La base principal de alimentación en un 84.1% había sido el maíz y frijol, esto explica la gran deficiencia nutricional cualitativa que repercute en el individuo, lo que lo hace más susceptible a las enfermedades. Esta deficiencia ha repercutido en los niños mexicanos, pues en otros países con un mejor nivel de vida como Holanda y Estados Unidos en un lapso de 70 años se ha incrementado la talla de un niño menor de 11 años, entre 11 y 17 cms.; - en México en incremento en un lapso de 50 años ha sido de 1 - cm., a los 5 años, 4 a los 10, 4.5 a los 11, y 6 cms., a los 14 años.

Otro indicador lo constituye el trabajo, para el cual se ha establecido en los datos estadísticos laborales la edad de más de 12 años, además de aptitudes físicas y mentales para el trabajador, así como disponibilidad de tiempo completo para hacer

(12) Censo General de Población, México S.P.P. 1980. p.1

lo, considerando como no apta para trabajar a las personas que emplean todo su tiempo para quehaceres del hogar, estudiantes, pensionados, jubilados e invalidos. De acuerdo a este concepto el sector económicamente activo en 1980 fué de 35.2 o sea 23.7 millones de personas (13).

La educación constituye un indicador importante donde se encuentran los siguientes datos con respecto a los alumnos en los diferentes niveles:

Nivel elemental	13219058	alumnos inscritos
Nivel preescolar	59023	alumnos inscritos
Nivel primaria	1250035	alumnos inscritos
Nivel medio	3181012	alumnos inscritos
Nivel medio básico	2304984	alumnos inscritos
Nivel medio superior	71901	alumnos inscritos
Nivel normal	157912	alumnos inscritos
Nivel superior	09070	alumnos inscritos
Terminal	321818	alumnos inscritos
Nivel elemental	24884	alumnos inscritos
Nivel medio	74934	alumnos inscritos

De éstas cifras el mayor porcentaje se encuentra entre los hombres, así mismo los niveles más numerosos los tienen el nivel elemental y el primario, pero en relación a la población entre los 6 y 14 años, quedan un porcentaje de niños excluidos de es

(13) México, Información sobre aspectos geográficos, sociales y económicos, S.P.P. pp. 5-21, 1985.

te tipo de educación; siendo un total de 4.7 millones. También es importante mencionar que el porcentaje de analfabetismo alcanzó el 17% de los cuales el 39.44% son hombres y el 60.56% - mujeres.

Con respecto a la vivienda, se reportaron 12.8 millones de viviendas de las cuales el 64.9%, disponen de agua entubada, el 71.2% tienen drenaje y el 71% tiene energía eléctrica, estas cifras son muy subjetivas, ya que hay estados que tiene cubiertos casi en su totalidad éstos servicios, como Baja California Norte y Sur y otros que como en Oaxaca, Zacatecas, Durango tienen un porcentaje muy bajo.

En cuanto al tipo de tenencia, ésta es propia en un porcentaje de 66% y el número de personas por vivienda es de 5.5 (14).

Por último con respecto a los indicadores de salud tenemos que existe una disminución de la tasa de natalidad en relación con años anteriores siendo en 1981 de 35.52. Comparando éstas cifras con otros países; Estados Unidos con 14.7, Canada con 15.4, Argentina con 22.9, Uruguay 20.9, Cuba 28, son cifras que demuestran todavía más las diferencias importantes que se deben contemplar (cuadro 1 y 2).

(14) Ibidem

C U A D R O N U M . 1

TENDENCIA DE LA NATALIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA

1 9 4 0 - 1 9 8 1

AÑO	TASA +
1940	44.54
1945	44.25
1950	45.5
1955	46.4
1960	46.0
1965	46.2
1970	43.5
1975	40.4
1977	37.85
1978	35.87
1979	36.32
1981	35.52

+ TASA POR MIL HABITANTES

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA S.P.P.

C U A D R O N U M . 2

COMPARACIONES INTERNACIONALES CON RESPECTO A LA NATALIDAD

1 9 7 0 - 1 9 8 0

PAIS	TASA
ESTADOS UNIDOS	15.8
CANADA	15.5
BRASIL	37.1
ARGENTINA	22.9
URUGUAY	20.9
NICARAGUA	46.6
CUBA	14.7
MEXICO	35.52

FUENTE: COORDINACION GENERAL DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE ESTADISTICA.

En el año de 1981 se reportan las tasas más altas de natalidad, en el Estado de Quintana Roo y la mínima en el Estado de Nuevo León, teniendo éste Estado también las cifras mínimas de mortalidad general y crecimiento natural. La tasa más alta de morta

lidad general, fue en el Estado de Puebla, de mortalidad infantil en Tlaxcala y en Quintana Roo la de crecimiento natural. - (cuadro 3).

C U A D R O N U M . 3

ESTADISTICAS VITALES DE LA REPUBLICA MEXICANA

1 9 8 1

CONCEPTO	TASA DE + NATALIDAD	TASA DE MORTALIDAD GENERAL +	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL +	CRECIMIENTO NATURAL ++
REP. MEXICANA	5.5	5.9	4.5	2.9
ESTADO CON - TASA MAXIMA	QUINTANA R. 52.34	PUEBLA 9.03	TLAXCALA 7.03	QUINTANA ROO 4.8
ESTADO CON TASA MINIMA	NVO. LEON 13.01	NVO. LEON 1.82	SINALOA 15.77	NVO. LEON 1.1

+ TASA POR 1000

++ TASA POR 100

FUENTE: CUADERNO No. 4, INFORMACION ESTADISTICA SECTOR SALUD,
SEGURIDAD SOCIAL INEGI, S.S.A. 1985.

Si bien es cierto que la esperanza de vida al nacer en México para 1981 es de 68 años, en comparación con otros países, se -

observa una notable diferencia (cuadro 4).

C U A D R O N U M . 4

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN DISTINTOS PAISES
ALREDEDOR DE 1980.

PAIS	ESPERANZA DE VIDA AL NACER
CANADA	73 AÑOS
ESTADOS UNIDOS	73 AÑOS
PUERTO RICO	72 AÑOS
CUBA	70 AÑOS
BARBADOS	69 AÑOS
URUGUAY	68 AÑOS
ARGENTINA	68 AÑOS
MEXICO	65 AÑOS

FUENTE: INFORMACION ESTADISTICA, SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, CUADERNO NUM. 3, 1982.

En relación a la mortalidad, durante las últimas décadas se ha disminuído la tasa (cuadro 5).

C U A D R O N U M . 5

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA

1 9 3 0 - 1 9 8 0

AÑO	TASA
1930	26.2
1940	23.34
1950	16.2
1960	11.5
1970	9.9
1979	5.7
1980	7.8

TASA por 1000 habitantes

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, S.P.P. 1980

En párrafos anteriores hemos mencionado la mortalidad infantil como uno de los grandes problemas del país; para darnos una panorámica general es necesario compararlas con otras, como son las mortalidades: preescolar, escolar, materna y general, en el periodo comprendido de 1970-1980 encontramos los siguientes datos. (cuadro 6):

C U A D R O N U M . 6

MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL, PREESCOLAR, ESCOLAR Y

MATERNA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1 9 7 0 - 1 9 8 0

MORTALIDAD	TASA
GENERAL ++	5.65
INFANTIL +	38.8
PREESCOLAR ++	3.3
ESCOLAR ++	.9
MATERNA +	1.0

+ POR 1000 N.V.R.

++ POR 1000 HABITANTES

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, S.I.C. 1980.

MORTALIDAD GENERAL:

Se observa como primera causa de muerte, las enfermedades infecciosas intestinales, causa que ha permanecido en primeros lugares en varias décadas, así como las enfermedades de vías respiratorias, tomándose en cuenta, las afecciones en el periodo perinatal, y los accidentes de trabajo.

Es de notable importancia ver como han destacado las enfermedades degenerativas; como la diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedades cerebrovasculares, así como las cardiovasculares.

Es de notarse, como en épocas de crisis sube el índice de criminalidad, reflejándose en un 110. lugar dentro de la mortalidad general.

Así como el déficit nutricional además del ambiental que nos demuestra los lugares ocupados por la tuberculosis y las anemias en la población susceptible. (cuadro 7).

C U A D R O N U M . 7

MORTALIDAD GENERAL 1 9 8 1 .

CAUSA	NUM. DE CASOS	TASA
TODAS LAS CAUSAS	424,274	592.48
1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTES- TINALES.	36,163	50.75
2.- NEUMONIA	32,176	45.15
3.- ENFERMEDADES DE LA CIRCULACION PULMONAR	30,188	42.36
4.- OTROS ACCIDENTES INCLUSO LOS E- FECTOS TARDIOS	29,231	41.02
5.- CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS - EN EL PERIODO PERINATAL.	26,310	36.92
6.- ACCIDENTES DE TRABAJO DE VEHICU LOS DE MOTOR	17,440	24.47
7.- ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	15,637	21.94
8.- DIABETES MELLITUS	15,430	21.65
9.- CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES -- CRONICAS DEL HIGADO	14,902	20.91
10.- INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	13,406	18.81
11.- HOMICIDIO	12,596	17.67
12.- BRÓNQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	11,610	16.29
13.- NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS.	7,180	10.07

FUENTE: INFORMACION ESTADISTICA, SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SO-
CIAL, CUADERNO NUM. 4, S.P.P., INEGI, SSA, 1985.

La mortalidad infantil, nos refleja el bajo nivel sanitario - del país, el cual debe ser apoyado por el sector salud, ya - que la población infantil es uno de los grupos mayoritarios y su tasa de mortalidad es elevada.

Siguen prevaleciendo las enfermedades intestinales, las respi ratorias, aparecen las anomalías congénitas, los accidentes y las enfermedades transmisibles. (cuadro 8).

C U A D R O N U M . 8

MORTALIDAD I N F A N T I L

CAUSA	NUM. DE CASOS	TASA(1)
TODAS LAS CAUSAS	94,238	38.81
1.- CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	23,708	9.76
2.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTES TINALES	22,102	9.10
3.- NEUMONIA	17,995	7.41
4.- ANOMALIAS CONGENITAS	5,188	2.14
5.- BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	2,888	1.19
6.- SEPTICEMIA	1,439	0.59
7.- INFLUENZA	859	0.35
8.- TOSFERINA	729	0.30
9.- MENINGITIS	608	0.25
10.- SARAMPION	424	0.17
11.- NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	306	0.13
12.- ANEMIAS	274	0.11
13.- ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	143	0.06
14.- TUBERCULOSIS	133	0.05
15.- ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHICU LOS DE MOTOR	118	0.05
16.- HOMICIDIOS	91	0.04
17.- CAIDAS ACCIDENTALES	66	0.03
18.- LEUCEMIA	50	0.02
19.- INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	38	0.02
20.- TETANOS	40	0.02

(1) LA TASA SE CALCULA POR 1000 N.V.R.

FUENTE: INFORMACION ESTADISTICA, SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SO-
CIAL, CUADERNO NUM. 3, PAG. 8, 1982.

En comparación con Estados Unidos y Cuba nuestra tasa de mortalidad infantil es muy elevada, pues en 1975, Estados Unidos tenía una tasa de 16.1 y Cuba de 27.4

Otro de los grupos importantes de población es la preescolar, la cual nos sigue manifestando la incidencia de las enfermedades infecciosas y transmisibles. (cuadro 9)

C U A D R O N U M . 9

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR

1 9 8 0

CAUSA	NUM. DE CASOS	TASA
TODAS LAS CAUSAS	28,073	320.18
1.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTES- TINALES	7,589	84.74
2.- NEUMONIAS	3,913	43.70
3.- SARAMPION	1,051	11.74
4.- BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	947	10.57
5.- ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHICU LOS DE MOTOR	802	8.96
6.- TOSFERINA	658	7.35
7.- SEPTICEMIA	446	4.98
8.- ANOMALIAS CONGENITAS	411	4.59
9.- INFLUENZA	311	3.70
10.- MENINGITIS	293	3.27
11.- ANEMIAS	282	3.15
12.- TUBERCULOSIS	251	2.80
13.- LEUCEMIA	187	2.09
14.- NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y - NEFROSIS	171	1.91
15.- CAIDAS ACCIDENTALES	164	1.83
16.- HOMICIDIOS	113	1.26
17.- ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	87	0.98
18.- TRAUMATISMOS INTERNOS E INTRACRA NEALES.	42	0.47
19.- INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	39	0.44
20.- CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES - DEL HIGADO	27	0.30

TASA POR 1000 HABITANTES

FUENTE: INFORMACION GENERAL DE ESTADISTICA, SECTOR SALUD Y SE
GURIDAD SOCIAL, CUADERNO NUM. 3, S.P.P., PAG. 32

Otro grupo de población que es analizado por separado, es el de las mujeres en edad fértil, las muertes que se dan en este grupo, es el que representa la mortalidad materna, en 1975 alcanzó una tasa de 105 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos relacionados con la nutrición, las medidas higiénicas, el saneamiento básico y la atención prenatal.

Comparado con algunos países de América, en 1975 por cada 10,000 nacidos vivos fué el siguiente (cuadro 10).

C U A D R O N U M . 1 0

MORTALIDAD MATERNA DE ALGUNOS PAISES DE AMERICA ALREDEDOR DE

1 9 7 3

PAIS	TASA
ECUADOR	19.3
COLOMBIA	17.1
HONDURAS	14.7
TRINIDAD Y TOBAGO	14.5
CHILE	13.2
MEXICO	11.7
CUBA	5.5
ESTADOS UNIDOS	1.5
CANADA	1.1

+ NUMERO DE MUERTES MATEERNAS POR 10,000 HABITANTES.

FUENTE: COMPENDIO DE ESTADISTICAS VITALES DE MEXICO, 1975, SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA 1978.

Las causas específicas de ésta mortalidad las señalarán en el cuadro 11, enmarcadas en el año de 1979 y diferenciadas con el año 1970, en la cual las toxemias, hemorragias del embarazo y del parto, así como las complicaciones del puerperio (cuadro 11).

C U A D R O N U M . 11

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1 9 7 0 - 1 9 7 9

CAUSAS	TASA 1970
1.- HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	32.1
2.- TOXEMIAS DEL EMBARAZO Y DEL PUERPERIO	15.7
3.- SEPSIS DEL PARTO Y DEL PUERPERIO	11.5
4.- ABORTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	6.3
5.- PARTOS SIN MENCION DE COMPLICACIONES	2.8
6.- OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL PARTO Y DEL PUERPERIO.	76.8
CAUSAS	TASA 1979
1.- TOXEMIAS DEL EMBARAZO	22.0
2.- HEMORRAGIA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	16.0
3.- COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	9.0
4.- ABORTOS	9.0
5.- PARTO OBSTRUIDO	0.8
6.- INFECCIONES DEL APARATO GENITOURINARIO EN EL EMBARAZO	0.1

TASA POR 100,000 N.V.R.

FUENTE: TABULACION DE LA D.G.E./S.I.C.

México muestra una gran incidencia de enfermedades transmisibles, sobre todo en las enfermedades como son las infecciones respiratorias agudas, las enteritis y enfermedades diarreicas parasitosis entre otras como primeras causas (cuadro 12).

C U A D R O NUM. 12

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1 9 8 0

ENFERMEDADES	NUM. DE CASOS	TASA POR 100,000 HAB.
1.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	2,313,197	3425.0
2.- ENTERITIS Y ENFERMEDADES DIARREICAS	1,157,702	1706.8
3.- OTRAS PARASITOSIS INTESTI NALES	405,432	600.3
4.- AMIBIASIS	336,989	499.0
5.- INFLUENZA	171,014	253.2
6.- DENGUE	51,406	76.1
7.- NEUMONIAS	32,880	48.7
8.- BLENORRAGIAS	32,446	48.0
9.- PALUDISMO	25,734	38.1
10.- VARICELA	22,631	35.5

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA, DISTRITO FEDERAL.

Realmente la situación de salud en nuestro país es crítica y requiere un análisis constante de medidas efectivas, de acciones de todos los sectores involucrados para proporcionar una cobertura real a la población más necesitada.

Para incrementar el nivel de salud del país, se hace necesario el apoyo de los principales sectores económicos y sociales para el fomento de la salud, iniciado con el sector agrícola ya que de él depende la producción de alimentos para el consumo de la familia, mejorar los sistemas de agricultura y enfocarse a la educación nutricional de acuerdo a los recursos existentes en la comunidad, sobre todo en la alimentación del niño y la mujer embarazada y lactancia.

Otro sector importante es el que se relaciona con el suministro de agua potabilizada importante para disminuir la morbilidad y mortalidad especialmente en lactantes y a niños de corta edad, no solo para uso doméstico sino también para ganado, el regadío, la energía y la industria.

Encaminar esfuerzos para condicionar una vivienda adaptada a las condiciones del clima y del ambiente de la localidad y la protección contra insectos y roedores que transmiten enfermedades.

Al sector de comunicaciones; la construcción de caminos secun

darios, caminos vecinales, no sólo para el acceso de la agricultura sino también para permitir la entrada de servicios de salud.

También la creación de industrias que generen empleos que mejoren la base económica y el poder adquisitivo local.

El sector docente tiene un papel importante en el cual se comprende realmente en la problemática de salud, su solución y la formación del personal idóneo.

La participación activa de la localidad, que para ser efectiva, requiere; contar con capacidad de decisión, ser democrática y ser representativa de todas las clases sociales.

De acuerdo a los indicadores que hemos manejado, se determina la necesidad de resolver los problemas de salud que atacan a la población mexicana, por lo que tomando en cuenta la patología predominante así como la situación socio-económica resulta lo más favorable, realizar una atención médica que abarque a la mayoría de los habitantes y que consuma el mínimo de recursos materiales y financieros, encontrándonos entonces con que la opción no es otra que la atención denominada de primer nivel que se describirá en los puntos subsiguientes.

4.- LA ATENCION A LA SALUD

Dentro de los conceptos que tiene que ver con el sector salud, se encuentra considerado el de la atención médica. La Organización Mundial de la Salud considera la atención médica como: "El conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familiares, los recursos de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la rehabilitación, de la prevención médica y del fomento de la salud" (14).

Dentro de cualquier sociedad, la atención para la salud debe llenar los siguientes requisitos:

- 1.- UNIVERSABILIDAD.- Que todos los habitantes de una nación deben alcanzarla sin tener en cuenta su condición económica, social, racial o religiosa.
- 2.- SUFICIENTE.- Que cuente con los recursos en cantidad necesaria para cubrir las necesidades que demanda la colectividad.
- 3.- EFICAZ.- Que sea de tal calidad, que se proporcione con la oportunidad debida.
- 4.- INTEGRAL.- Que comprenda aspectos de prevención, curación

y rehabilitación con un enfoque biopsicosocial.

- 5.- EFICIENTE.- Debe constar lo que justamente valga; implica emplear recursos mínimos para obtener máximos resultados.
- 6.- JUSTA.- Desde el punto de vista social que penetre a los sectores mas necesitados con idéntica calidad que a los sectores privilegiados, con idea de que pague más el que tiene más.
- 7.- HUMANISTICA.- Considera al individuo con toda la dignidad que merece su categoría de ser humano y especialmente si se toma en cuenta que en esos momentos está en posibilidad de sufrir o morir (15)

De los grandes problemas de la atención a la salud tenemos a la deficiente organización, la concentración y a la falta de planificación.

La Organización Mundial de la Salud como organismo internacional mundialmente reconocido, estableció en 1977 que en los próximos decenios, la principal meta debía consistir en alcanzar la "salud para todos en el año 2000", posteriormente en 1978 se constituyó como una política mundial, declarando que la atención primaria de salud como una función central en los sistemas nacionales de países subdesarrollados. Hay que acla-

(15) Barquin C., Manual de Dirección de Hospitales, Edición Interamericana, 4a. Edición, México. 1979 p.17.

rar que para fines de proporcionar la atención, establece que la salud de la colectividad es la suma de la misma en los individuos.

De acuerdo a la conferencia de la Alma-Ata en la U.R.S.S. en 1978, se establece que la atención primaria, "Es el primer contacto del individuo con el sistema de salud en cualquier etapa de la enfermedad, en el sistema de atención primaria se le proporcionarán servicios de complejidad mínima, ésta atención para su logro debe tomar en cuenta a la comunidad, su situación, sus problemas para que la situación de éstos se logre con la participación activa de la comunidad" (16).

Las actividades que enmarca son:

- 1.- Fomento de una educación adecuada
- 2.- Abastecimiento de agua.
- 3.- Saneamiento básico.
- 4.- Asistencia materno-infantil (planificación familiar, la inmunización y control de las principales enfermedades infecciosas.
- 5.- Prevención de enfermedades endémicas en la localidad.

(16) Oficina Sanitaria Panamericana, Op. Cit. p.1.

6.- Enseñanza relativa a los problemas sanitarios predominantes.

7.- Tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales (17).

Estos siete aspectos básicos servirán para catalizar los servicios curativos ya que es evidente que la atención a la salud ha sido eminentemente curativa y además tomada como un instrumento político, obedeciendo a necesidades económicas de una clase con el propósito de reparar la fuerza de trabajo.

En México la atención a la salud es uno de los postulados políticos dentro del Plan Global de Desarrollo, también está dentro de los componentes de la seguridad social constituida como un derecho establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud.

Recientemente se ha tratado de integrar el Sistema Nacional de Salud (realmente el Sector Salud ha fungido por separado), en donde participan la Secretaría de Salud, el DIF, el IMSS, el ISSSTE, el DDF y el Sector Privado, además las Instituciones que prestan atención médica a su personal con recursos propios como es el caso de PEMEX y otras asociaciones civiles.

(17) O.M.S. Atención Primaria a la Salud, Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud, p. 2, Ginebra-Nueva York 1978.

Para dar una idea de la población que cuenta con atención de Seguridad Social de acuerdo a 1979, (por miles de personas) - tenemos:

I.M.S.S.	20,998
I.S.S.S.T.E.	5,321
F.F. C.C.	524
PEMEX	646
S.D.N.	348
S.M.	132
TOTAL: -	27,948

Por lo que existe un 30% de la población que queda a cargo de la Secretaría de Salud, ya que cubre la población no derechohabiente, lo que resulta insuficiente, de acuerdo a los recursos materiales, financieros y humanos que se proporcionan para atender dicha población.

Para este mismo año a nivel nacional se contaba con el siguiente personal:

MEDICOS	58,033
ODONTOLOGOS	3,599
ENFERMERAS	76,709 ⁽¹⁸⁾

(18) México, Información sobre aspectos geográficos, sociales y económicos, Volumen II, S.P.P., p. 118, 1982.

Y en cuanto a unidades hospitalarias 1,048, de las cuales el mayor porcentaje es del I.M.S.S.

Esto nos dá una visión en qué medida están distribuidas las - unidades hospitalarias, de acuerdo a los niveles de atención.

Cabe hacer notar que el número de camas arrojaba un porcentaje por cada mil habitantes de 1.3, pero no están repartidas e quitativamente en todo el país.

La distribución de los recursos humanos, también se encuentra altamente concentrada en las Instituciones económicamente más fuertes como las mostramos en el siguiente cuadro (cuadro 13).

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD. REPUBLICA MEXICANA, 1982

INSTITUCION CATEGORIA	S.S.A.	%	IMSS	%	ISSSTE	%	D.D.F.	%	DIF	%	TOTAL	%
MEDICOS	10,420	28.6	19,177	52.6	5,192	14.3	1,245	3.4	395	1.1	36,429	13.8
RESIDENTES	2,455	24.4	5,321	52.0	1,801	18.0	328	3.3	241	2.3	10,056	3.8
PASANTES	6,640	58.0	4,110	35.9	441	3.9	215	1.9	35	0.3	11,441	4.3
INTERNOS	3,108	34.9	4,129	46.4	1,363	15.3	266	2.9	40	3.6	8,906	3.3
ODONTOLOGOS	1,086	46.5	989	42.4	91	3.9	84	3.6	83	2.9	2,333	0.8
ENFERMERAS	3,821	13.0	19,919	68.0	4,172	14.2	545	1.9	986	1.0	29,293	11.0
AUX ENFERMERIA	22,141	41.2	23,945	44.5	5,297	9.8	1,873	3.5	535	2.1	53,791	20.2
PARAMEDICOS	9,884	33.5	16,209	54.8	2,094	7.1	711	2.4	635	2.2	29,533	11.1
ADMINISTRATIVOS	8,144	23.3	16,249	46.2	9,217	26.2	1,077	3.1	409	1.2	35,136	13.2
APOYO	10,494	21.3	28,106	57.4	7,028	14.4	2,245	4.6	1,143	2.3	48,936	18.5
TOTAL	78,143	29.4	138,064	52.0	36,696	13.8	8,589	3.2	4,362	1.6	265,854	100.0

FUENTE: Hacia un Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud y Seguridad Social, México 1983.

5.- LOS NIVELES DE ATENCION A LA SALUD.

El sistema de servicios de salud, es el conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organiza por medio de un proceso administrativo y de tecnología para ofrecer prestaciones de salud en cantidad suficiente y calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de los individuos y de la comunidad, así como de acciones en el medio ambiente, cumpliendo determinadas condiciones de eficiencia y aceptación para la comunidad.

Para alcanzar estos objetivos la planificación de los servicios deberá realizarse mediante la regionalización funcional basada en el concepto de Niveles de Atención, estudio de las características de la población, sus necesidades de salud y los recursos necesarios para atenderla.

Los Niveles de Atención, comprenden dos componentes diferenciados. Las necesidades de atención y la capacitación del sistema de servicios para satisfacerlo, guardando relación en los siguientes aspectos:

- a) Frecuencia en que se presentan los diferentes problemas o necesidades según tiempo y lugar.
- b) Respuesta del sistema de salud que, según las característi

cas de éstas, demandan recursos tecnológicos de mayor o menor complejidad (19)

En todos los sistemas de salud se reconoce la existencia de - niveles de atención aunque desgraciadamente en algunos de - ellos no se ha logrado una utilización óptima mediante la referencia de individuos de otros niveles.

De acuerdo a ésto se considera que los niveles:

- a) Variarán de acuerdo con cada sistema de salud, la naturaleza y características de los problemas y recursos humanos.
- b) No son sinónimos de unidades o establecimientos o personal por medio de los cuales se presenta el servicio.
- c) Jerarquizan los problemas y funciones implicando la diferenciación clara en cada nivel, así como los mecanismos de articulación (20).

La regionalización funcional está dada en determinar la distribución geográfica de tal forma que:

El primer nivel de atención se otorga en establecimientos de cualquier tamaño y complejidad que están fácilmente acces-

(19) O.M.S./O.P.S., Salud y Desarrollo, p. 25, Washington, D.C.

(20) Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, Editorial Francisco Méndez Cervantes, p. 193, México 1983.

bles a toda la población, siendo primer contacto con los servicios de salud, que se pueden resolver en un 85% los problemas del área, este nivel tiene un carácter promocional, educativo, de protección específica y de atención de enfermos que requieren de una medicina simplificada.

El segundo nivel de atención se encuentra localizado en zonas centrales, en el que se atienden los problemas no resueltos - en el primer nivel. Cuenta con mayores recursos de diagnóstico y terapéuticos para padecimientos no muy complejos y que - pueden requerir hospitalización.

Cuenta con las especialidades básicas de Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna. Se considera que resuelve un 12% de la patología general.

Las acciones específicas son:

- a) La vigilancia epidemiológica intrahospitalaria y fuera de la unidad.
- b) Prevención de accidentes e infecciones intrahospitalarias.
- c) Atención de pacientes ambulatorios con problemas médicos - quirúrgicos, pediátricos, ginecológicos, traumatológicos, - estomatológicos, otorrinolaringológicos, dermatológicos y

psiquiátricos.

- d) Atención a pacientes hospitalizados de medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general.

El tercer nivel de atención, comprende a hospitales de especialización que tiene recursos suficientes para la atención de casos más complejos, su localización es totalmente central y a él se tiene que referir los casos no resueltos del segundo nivel. Debe resolver el 3% de la patología de la población, cuenta con superespecialidades y además realiza importantes labores de docencia y de investigación.

Las acciones específicas son:

- a) Atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados en las superespecialidades médicas o quirúrgicas.
- b) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento altamente especializado; radiodiagnóstico, sonografía, medicina nuclear, radioterapia, endoscopia, electrodiagnóstico, laboratorios de clínica, anatomía patológica, banco de sangre, banco de órganos y tejidos, hemodíalisis, etc.
- c) Rehabilitación física, psiquiátrica, social y laboral (21).

(21) Hacia un Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud, Universidad Autónoma de México, p. 55, 1983.

6.- EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

De acuerdo con el capítulo anterior, el primer nivel de atención debe constituir la puerta de entrada del individuo al sistema de salud, por lo que se requiere proporcionar una cobertura eficiente y eficaz a la población atendiendo sus necesidades de salud al menos costo posible, contemplando tanto aspectos de accesibilidad, cultura, economía, así como el desarrollo de actitudes positivas, el establecimiento de normas y procedimientos simples que aseguren la atención al nivel al cual se refiere el paciente y también al intercambio de información necesaria entre los diferentes niveles.

El primer nivel de atención es aquel en que necesidades simples generalmente agudas y muy frecuentes, son satisfechas por combinación de recursos simples fácilmente accesibles y de corta utilización (22).

Cabe hacer notar que las acciones y objetivos del primer nivel están basados en la Atención Primaria de Salud de la cual se llevó a cabo una conferencia Internacional en Alma-Ata; considerando la necesidad de una acción urgente para todos los gobiernos del mundo el de proteger y promover la salud mediante la siguiente declaración:

(22) O.M.S. Salud y Desarrollo , Op. Cit. p.23

I

La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo para todo el mundo, en la cual además de estar involucrado el sector sanitario es preciso que intervengan otros sectores sociales y económicos.-
(23).

II

La grave desigualdad de salud entre la población de países subdesarrollados y desarrollados.

III

El desarrollo económico y social basado en un nuevo orden económico Internacional, es importante para lograr el grado máximo de salud. La promoción y protección de salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social que contribuye a mejorar la calidad de vida.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su aten--

(23) O.M.S. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud , op. Cit. pp. 1-53.

ción de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus - pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, uno de los principales objetivos de las Organizaciones Internacionales es de que todos los pueblos alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

VI

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas apropiados desde el punto de vista científico y aceptables socialmente, puesta al alcance - de todos los individuos y familias de las comunidades con su - plena participación. Es la base principal del Sistema Nacional de Salud, es parte integrante de desarrollo económico y social de la comunidad, es el primer contacto del individuo, familia y comunidad con el Sistema Nacional de Salud en donde la población vive y trabaja y que constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La Atención Primaria de Salud;

- 1.- Es el reflejo de las condiciones económicas y socio-culturales del país y se basa en la aplicación de los resultados de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre experiencias de servicios de salud y salud pública.
- 2.- Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de a comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos de rehabilitación y de fomento de la salud.
- 3.- Abarca por lo menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre métodos de prevención y de lucha correspondientes:
 - a) La promoción de una nutrición adecuada
 - b) Un abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico.
 - c) La asistencia materno infantil, inclusive la planificación familiar.
 - d) La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
 - e) La prevención y la lucha contra las principales enfermedades endémicas locales.
 - f) El tratamiento adecuado de las enfermedades y trauma--

tismos comunes.

g) Y el suministro de medicamentos esenciales.

4.- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas y las comunicaciones que requieren los esfuerzos coordinados de todos los sectores.

5.- Exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, con tal fin desarrolla mediante la educación idónea la capacidad de las comunidades para participar.

6.- Debe basarse en sistemas de envío integrados, funcionales y de apoyo mutuo, que conduzcan al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

7.- Se basa tanto en el orden local como en el envío y consulta de casos, según proceda de médicos, enfermeras, parte--

ras, trabajadores de la comunidad para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional completo de sanidad y en coordinación de otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar con espíritu de solidaridad, a fin de garantizar la atención primaria de la salud para todo el pueblo. En éste contexto el informe conjunto de la OMS UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para impulsar el desarrollo de la atención primaria en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar el objetivo de la salud para todos en el año 2000 mediante la utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se -

destina en la actualidad a armamento y conflictos militares.

(24).

En nuestro país queda establecido en el Plan Global de Desarrollo 1983-1988 la salud como una política social en la cual las acciones preventivas tienen mayor impulso, así como la reorganización y modernización de los servicios a través de la integración del Sistema Nacional de Salud (25), el cual establece para el primer nivel los objetivos de atención son: Proporcionar cuidados personales y la promoción de condiciones que mejoren el nivel de salud individual y comunitario, tales como acciones educativas y sanitarias mediante las siguientes actividades:

1.- Prevención:

- Conocimiento y promoción del estado de salud individual y colectiva.
- Organización de la comunidad para su participación en programas y servicios.
- Vigilancia epidemiológica
- Orientación nutricional y alimentación complementaria.
- Aplicación de biológicos.

(24) Informe Final de la Conferencia Internacional del Alma-Ata, Op. Cit. p. 25

(25) De la Madrid Hurtado Plan Global de Desarrollo 1983-88. pp. 242-248.

- Control de enfermedades transmisibles.
- Control del niño sano
- Control de la mujer en edad fértil y en unión
- Planificación familiar.

2.- Diagnóstico y tratamiento:

- Atención a partos eutócicos
- Consulta médica de los padecimientos comunes
- Detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas.
- Suministro de medicamentos
- Curaciones e inyecciones
- Toma de muestras para detección de tuberculosis o paludismo.
- Cirugía menor
- Referencia de pacientes
- Atención odontológica

3.- Rehabilitación:

- Detección de incapacidades.

- Referencia a otros niveles (26).

Con esto se espera hacer realidad una división funcional de los problemas de salud de los grupos humanos teniendo en cuenta básicamente frecuencia y gravedad de los padecimientos, orientación de los servicios, tipos de servicios y accesibilidad que se puede prestar en consultorios, clínicas o centros de salud localizados cerca de la población a la que se pretende dar cobertura.

7.- LA ENFERMERA Y SU PARTICIPACION EN LA ATENCION MEDICA.

"La enfermera es un profesional que se proyecta a diversos niveles, de manera interdisciplinaria, tendiente a promover, mejorar y conservar las condiciones de salud de la comunidad a través de funciones específicas y de integración, coordinación instrumentalización, reintegración docencia y administración".

(27).

La Asociación Americana de Enfermeras define el ejercicio de la enfermería, como la iniciación y ejecución de una manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidados y asesoramiento a pacientes lesionados o enfermos, en la conservación de la salud y la

(26) Hacia un Sistema Nacional de Salud, Op. Cit. pp.53-55

(27) UNAM/E.N.E.O., Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería y Obstetricia .p.16.

prevención de las enfermedades y, la supervisión y enseñanza de otro personal de enfermería (28), por lo que en cualquier nivel es necesario tener destrezas como son: comunicación, enseñanza, aprendizaje, relaciones interpersonales, solución de problemas y toma de decisiones (29).

A la enfermera se le define de acuerdo a su ámbito de acción; en el cual la enfermera clínica forma parte del equipo de - - atención médica, curativa, su labor es la correcta aplicación y ejecución de indicaciones médicas en el cuidado de los enfermos, educando y orientando en la protección y conservación de la salud.

La función de la enfermera sanitaria es doble ya que suministra cuidado en el hogar y desarrolla programas de educación y motivación sanitaria, en el contacto entre el hogar y los servicios de salud. Su misión es esencialmente educativa y preventiva, su técnica es la de difundir en forma práctica los - principios de la higiene, su método es la visita a la comunidad teniendo la capacidad de reconocer anomalías.

Es innegable la importancia de la enfermera en la prestación de servicios, sin embargo existe una inadecuada distribución y escasas, además de que está esencialmente institucionalizada y centralizada en la atención curativa, cerca de 80% del -

(28) Hernán San Martín, op. cit. pp. 622-627.

(29) Archer E. Sarah. Enfermería en Salud Comunitaria Modalidades y Práctica, OPS, p. 8, Colombia 1977.

personal está ligado con las prácticas de salud determinada - por la estructura económica, social, política e ideológica.

En América Latina se han señalado tres grandes etapas; de 1900 a 1930, de 1930 a 1960 y de 1960 hasta la presente. En el primer período caracterizado por la producción de materia prima con predominio en la producción agrícola, la práctica de salud estaba encaminada con un enfoque sanitario para proteger y aumentar la capacidad de trabajo, en ésta época del desarrollo de la práctica de enfermería estuvo en manos de congregaciones religiosas creándose las primeras escuelas de enfermería (1880 en Argentina, 1900 en Cuba, 1907 en México, 1912 en Uruguay, 1932 la Fundación Rockefeller crea la primera escuela de Salud Pública y en Chile en 1927).

De 1930 a 1960 la depresión económica impide un desarrollo autónomo, las prácticas de salud se dividen en focándose en el aspecto curativo, creándose grandes centros hospitalarios, se empieza a reconocer la importancia del personal de enfermería con estudios de doce años de escolaridad, empieza la división del trabajo formándose las auxiliares de enfermería, enfermeras generales y es entonces cuando nacen las especialidades.

En el período 1960 hasta el presente, se presenta una crisis en los países latinoamericanos, caracterizado por la reducción del producto interno bruto, reducción del capital y au-

mento de la deuda externa, además sigue prevaleciendo la atención médica curativa, sin embargo en 1970 nacen las primeras políticas de extensión a zonas rurales, se establece el Plan Decenal de Salud para las Américas, en 1977 se establecen como metas para gobierno de la O.M.S. "Salud para todos en el año 2000" y se declara en el Alma-Ata la atención primaria, como la principal estrategia y aparecen nuevas propuestas en el sector educacional para ésta práctica.

En enfermería aparecen cursos de especialización en materno infantil, se incrementa la especialización en el campo de la enfermería y se establece un nivel superior, un intermedio y los cursos de auxiliares de enfermería.

En 1978 a través de la OPS, un grupo de expertos determinan la posición que le compete a la enfermera para hacer frente a la problemática de atención a la salud, en el que se reafirma la responsabilidad que le corresponde como coordinadora de las acciones de salud en el primer nivel de atención en el sistema institucional, asumiendo un compromiso con la atención primaria de la salud incluyendo éstos revisión de las curriculas, expansión de las funciones en relación con las medidas terapéuticas de diagnóstico, innovaciones en la integración, docencia, servicio, educación informal, autoinstrucción y preparación personal en gran escala (30).

(30) OPS, Antología de experiencias en servicios y docencia en Enfermería en América Latina, Publicación Científica 393, pp. 1-15, Washington, D.C., E.U.A. 1980.

En México durante la época prehispánica, la partera fue un personaje reconocido y es éste campo donde presta la atención al indígena el cual sigue ocupando durante el Virreinato hasta el siglo XVIII. En la época de inicio del capitalismo, es cuando comienza su discriminación, su desarrollo histórico también esta inmerso dentro del proceso económico político. En nuestro país podemos dividir la participación de la enfermera en 5 etapas.

La primera etapa coincide con los últimos 7 años del Porfiriato basada la economía en un capitalismo liberal la creación del Hospital General. Este período es importante por iniciarse la creación de la carrera de enfermería, primero con un origen empírico como "ayudante de médico" sin previa escolarización, posteriormente ya de una manera formal en 1907 con primaria como requisito y con duración de 3 años pero, con modelos europeos y posteriormente con influencia norteamericana pero con una tendencia curativa.

La segunda etapa de 1910 a 1920 con la revolución se da auge a la enfermería preventiva debido a la necesidad del país y surgen otras escuelas como la Escuela Militar de Enfermería y la de Nuevo León.

La tercera etapa de 1920 a 1940 persigue la reconstrucción del país y tiene como meta el crecimiento económico nacional.

para la incorporación a las necesidades modernas independien-
tes y eliminación de la justicia social, surge la industriali-
zación favoreciendo a la clase burguesa y aumenta la margina-
ción en clases desprotegidas, en éste tiempo el país queda -
condenado a la independencia económica y requiere inversión -
extranjera y préstamos internacionales. La situación de enfer-
mería queda circunscrito a modelos extranjeros y con una ten-
dencia altamente curativa y poco preventiva. En el aspecto -
preventivo Cardenas crea la S.S.A., y organiza los primeros -
servicios de salud en el campo en el cual las enfermeras par-
ticipan en diversas campañas (31).

La primera etapa circunscrita de 1940 a 1955, que con la cul-
minación de la segunda guerra mundial se acelera la industria-
lización la cual se caracteriza por ser extranjera y monopo-
lísta, esto consolida la clase obrera, la cual tiene fuerza -
política pero realmente manejada por el Estado; se crea el -
I.M.S.S., que más que una respuesta a la clase obrera es más
orientada a reponer la fuerza de trabajo que requiere la in-
dustria y crea un campo de trabajo para la enfermera. Junto -
con el I.M.S.S., se crean hospitales de alta especialidad; -
Cardiología en 1903, Cancerología en 1950, Neurología en 1952,
además los de seguridad social para trabajadores de PEMEX, -
ISSSTE para los del Estado, y el de Ferrocarriles. Empieza la
multiplicación de escuelas, en 1955 se cuentan con 85 y en la

(31) UAM-UX, "Diagnóstico Social de la Profesión de Enfermería
en México", Enfermera Hoy pp. 28-29.

actualidad con 120. Este auge dá como consecuencia la atención curativa biológica y de especialidad, se empiezan a multiplicar los cursos de un año de pediatría, administración de servicios de enfermería y educación de enfermería, concentrándose - la mayor parte de enfermeras en el Distrito Federal, dejando - desprotegidas la provincia especialmente las zonas rurales.

Durante la quinta etapa de 1956 a 1976 la política mexicana - persigue; obtener un aumento sostenido en el producto nacional bruto para reducir la inflación y mantener constante el tipo - de cambio y mejorar las condiciones de vida de los factores me - nos favorecidos, sin embargo el sector público mantiene un cre - ciente endeudamiento y un mayor desequilibrio en la distribu - ción del ingreso en la población, la industria sigue siendo el sector más dinámico de la población y el capital extranjero au - menta en participación y ocupa el 60% de la fuerza de trabajo. La desocupación alcanza el 38% y la distribución del ingreso - son menores de 1000 pesos para once millones de habitantes(32).

Estos factores; el desempleo, el desequilibrio en la distribu - ción del ingreso y la inflación tienen repercusión notables en la salud del pueblo que a pesar de tener una tendencia preven - tiva no deja de tener un alto valor curativo.

Su participación a través de la historia ha tenido diferentes

(32) UAM-UX, Ibidem pp. 31-32.

enfoques y aún con la problemática en que actualmente se enfrenta ante un mercado de trabajo y sobre todo como parte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de salud, - tiene funciones definidas; técnicas, administrativas, docentes y de investigación en cualquier nivel en que se desenvuelva.

8.- PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

El personal de enfermería tiene el compromiso de desarrollar acciones concretas dentro de los nuevos esquemas de atención de la salud y sobre todo de actuar dentro de la situación particular del país para desarrollar actividades de primer nivel con los retos de origen político y técnico teniendo el deber moral y social para contribuir en forma efectiva en el mejoramiento del nivel de salud como parte del desarrollo social de México (33).

En la prestación de servicios de la comunidad se aplica un enfoque epidemiológico, tanto en acciones de promoción y prestación de la salud, la cual estará respaldada por el segundo y tercer nivel, así como por los procesos de educación, administración e investigación en enfermería.

(33) UNAM/E.N.E.O., Primer Simpósio Nacional sobre Planificación de los Recursos de Enfermería, Marzo de 1978.

Existen cuatro enfoques importantes para el primer nivel de atención:

- 1.- La atención de enfermería
- 2.- La administración
- 3.- La docencia
- 4.- La investigación.

1.- La atención de enfermería:

Desarrollando sus funciones de atención centrada en las necesidades de la comunidad, apoyando su capacidad de desarrollo, para participar activa y correctamente en solución de problemas dentro de un ámbito de respeto por los valores y de decisiones de la comunidad compartiendo con ella conocimientos y tecnología, ésta atención fundada en el empleo de los elementos del proceso de enfermería, análisis de la situación, definición de objetivos, ejecución y evaluación de cuidados, realizando diagnóstico y tratamiento, cuyo manejo recae en su campo de competencia, con un enfoque epidemiológico para asegurar que sus practicantes mantengan una percepción global de los problemas de salud y, orienten en éste sentido las acciones de promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación del individuo.

2.- La administración:

En éste aspecto las acciones deberán estar encaminadas a la utilización de los recursos humanos y materiales, financieros y técnicos, ésta competencia demanda los conocimientos de administración y otras ciencias afines que se traducen en prácticas de apoyo como son: programación, normatización, auditoría, evaluación y otros que tengan efecto en una atención de enfermería.

Con las actuales tendencias de extensión de cobertura y operacionalización en el primer nivel de atención, se conlleva a la necesidad de reorientar la administración de servicios de salud y de enfermería mediante procedimientos que permitan la participación de la comunidad con diferentes agentes de salud y del grupo ocupacional de enfermería mediante procedimientos que permitan la participación de la comunidad con diferentes agentes de salud y del grupo ocupacional de enfermería, centrados en el proceso de análisis de problemas y de toma de decisiones, aplicando el proceso administrativo para orientar el funcionamiento de sus servicios que garanticen la calidad de la atención de la salud que se presta a la comunidad, coordinándose con otras disciplinas que fortalezcan y favorezcan la articulación del primer nivel. (34).

(34) La toma de posición de enfermería como una responsabilidad a la problemática de atención a la salud en América Latina, O.M.S./O.P.S., pp. 4, 5 y 6, Washington, D.C. - 1978.

3.- La educación:

Tiene la responsabilidad de orientar en el proceso de formación y continuo perfeccionamiento de su propio personal, organizando contenidos técnicos y científicos concordantes con los problemas de salud de la localidad dentro de la misma estructura de los servicios de salud, trabajando con los problemas que afectan a la comunidad. Asume la responsabilidad de perfeccionar los métodos de enseñanza-aprendizaje, en la capacitación de su personal profesional y técnico, asegurando no solo los conocimientos y habilidades para su desempeño, sino en la internacionalización de actitudes, creando una permanente motivación para analizar la problemática social que afecta la salud de la comunidad y la calidad de sus servicios.

4.- La investigación:

Se responsabiliza en la utilización del método científico y en la utilización de sus resultados para mejorar su desempeño en forma acertada, realizando cambios en los servicios, introduciendo a la práctica los nuevos conocimientos científicos y produciendo innovaciones necesarias para mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el proceso de formación del personal en la atención directa (35).

Tomando en cuenta que para el desarrollo del primer nivel es

(35) Ibidem.

importante su desarrollo, como la síntesis y aplicación de un amplio aspecto de conocimientos y técnicas científicas a promoción, restauración y conservación de la salud, siendo la comunidad y los grupos dentro de ella el sujeto primario de su asistencia, y unidades de trabajo dentro de los cuales, se pretende lograr niveles más altos de salud. Le incumbe la identificación de necesidades de salud general de la comunidad y la tarea de conseguir la participación de ésta en la ejecución de programas de salud y del bienestar en la población.

Para lo cual necesita incorporar a su ejercicio los siguientes elementos:

- 1.- El diagnóstico del nivel de salud del individuo y de la comunidad como un todo.
- 2.- La toma de decisiones en situaciones que exigen discernimientos y la ejecución de acciones pertinentes.
- 3.- La participación de la comunidad para identificar y satisfacer sus necesidades.
- 4.- La evaluación conjunta con los usuarios del efecto que las acciones tiene sobre la salud del individuo y comunidad.

ACTIVIDADES.

Las actividades que realice el personal de enfermería de atención primaria, estarán encaminados a:

- 1.- Satisfacer las necesidades de salud de poblaciones con diversas características socio-económicas y culturales.
- 2.- Enseñar en materia de salud, así como dirigir o dar atención en caso de enfermedad y rehabilitación.
- 3.- Probar nuevas formas de extender los servicios a zonas rurales y marginadas urbanas.
- 4.- Ayudar a las personas a descubrir sus necesidades de salud.
- 5.- Promover cambios de comportamiento en relación con la salud individual y colectiva.
- 6.- Satisfacer las necesidades especiales de salud en todas las etapas del crecimiento y desarrollo de las personas, desde la concepción hasta la muerte.
- 7.- Ayudar a los padres y niños a satisfacer las necesidades especiales de la vida familiar.

- 8.- Supervisar la atención de la salud de niños normales en el crecimiento, así como el cuidado que se rinda al niño física y mentalmente superdotado o incapacitado.
- 9.- Ayudar a los adultos jóvenes a protegerse contra accidentes, enfermedades crónicas y sus efectos inhabilitantes.
- 10.- Suministrar atención de apoyo a los adultos mayores que sufren problemas de salud relacionados con la vejez.
- 11.- Establecer un vínculo entre el personal local de salud y el sistema de atención de la salud.
- 12.- Contribuir a institucionalizar los grupos locales y los auxiliares voluntarios.
- 13.- Asumir un papel directivo y ejecutivo en el adiestramiento de los auxiliares de salud de todas las categorías.
- 14.- Trabajar en colaboración con otros profesionales que se ocupan de la salud de la comunidad.
- 15.- Coordinar la atención de salud proporcionada por un equipo de salud multiprofesional a individuos, familia y grupos de población.

- 16.- Proporcionar una atención segura y eficaz basada en conocimientos amplios y profundos de las ciencias de la salud y de la salud pública (método epidemiológico, ciencias físicas y biológicas y ciencias de la conducta), y utilizar esos conocimientos para comunicarse eficazmente con otros profesionales de salud comunitaria.
- 17.- Aplicar con destreza las metodologías de la salud pública para poder identificar y diagnosticar a los grupos de población que sufren riesgos especiales de salud, y evaluar los programas de enfermería en salud comunitaria.
- 18.- Vigilar el estado de salud de grupos de población y de la población como un todo.
- 19.- Desarrollar aptitudes para movilizar los recursos de la comunidad y poder participar en las actividades de desarrollo de la comunidad tendientes a solucionar los problemas de salud.
- 20.- Utilizar su capacidad potencial en el papel que les corresponde y para definir sus propios parámetros de acción
- 21.- Asumir nuevas funciones relacionadas con la atención de salud y renunciar a funciones tradicionales, conforme a las necesidades sociales del momento.

- 22.- Evaluar la salud física y psicosocial de las personas y de las familias.
- 23.- Diagnosticar las necesidades de salud y suministrar atención atinada a individuos, familias, grupos y colectividades de personas que comparten necesidades similares, ya sea en ausencia de enfermedad, en la fase aguda de enfermedades o en estados crónicos estabilizados.
- 24.- Proyectar las necesidades y recursos de enfermería en la planificación comunitaria.
- 25.- Interpretar el potencial de la práctica de enfermería para los programas de salud comunitaria.
- 26.- Dar orientación en salud y participar en programas educativos a distintos grupos de la comunidad.
- 27.- Lograr la participación de los usuarios en la planificación, presentación y evaluación de los servicios de salud.
- 28.- Participar eficazmente en todos los niveles en la programación inter e intrasectorial para la salud, especialmente a nivel de la comunidad.
- 29.- Colaborar en la planificación y utilización de los recur-

ses de enfermería de la comunidad.

30.- Participar con los profesores en los programas de enseñanza para estudiantes de enfermería.

31.- Diseñar estudios de investigación que sean relevantes en áreas de salud comunitaria.

32.- Aplicar los conocimientos de la ciencia de la salud pública y de enfermería en el desarrollo de enfermería en salud comunitaria, según las necesidades de salud de la comunidad y del aprendizaje de los estudiantes.

33.- Enseñar y aplicar los principios y conceptos de la salud pública y de enfermería en salud comunitaria enfocando a la comunidad como un todo y a los grupos de población que compartan los mismos problemas y necesidades de salud.

34.- Aplicar los conocimientos de la psicología del aprendizaje en el desarrollo del currículo de enfermería en salud comunitaria.

35.- Aplicar conocimientos en la elaboración de módulos de enseñanza.

36.- Diseñar estudios de investigación de enfermería en salud comunitaria. (36)

9.- PROBLEMÁTICA Y PERSPECTIVAS.

En 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas, afirma - "Todo hombre tiene derecho a un estandar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia, incluyendo alimentos, habitación, atención médica y los servicios sociales necesarios y derecho a subsistir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez y otras circunstancias fuera de su control" . Este derecho en países en vías de desarrollo como el nuestro está tan desproporcionado que solo lo obtienen completamente las clases privilegiadas y dada la crisis económica actual solo se vá aumentando en número la deficiencia de los satisfactores esenciales en los individuos o familias de las comunidades, ya sea urbanas o rurales, por falta de una coordinación efectiva entre todos los sectores - inmiscuidos en la solución de ésta problemática.

Tratando de dar una solución en aspecto de salud; el 25 de agosto de 1981 y por acuerdo presidencial nace la Coordinación de Servicios de Salud, teniendo como objetivo determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y finan-

(36) Maldonado E. Alicia, El papel del Egresado del Estudiante de Enfermería, México 1979. pp. 3-5.

cieros que permitan integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubra a toda la población, solo que este sistema vá dirigido a la población abierta, puesto que los servicios de salud dirigidos a la población derecho-habiente tienen su propio régimen jurídico, administrativo y financiero.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, la salud queda establecida como una política social en la cual la formación, capacitación e investigación de los recursos humanos es de vital importancia, así como dentro de sus líneas generales de acción es la de impulsar las acciones preventivas (37).

En lo que respecta a la formación de recursos de enfermería tenemos que: a la enfermera se le forma con un enfoque altamente curativo, motivo por el cual éste profesional se encuentra en segundos y terceros niveles en su mayoría, cayendo en contradicción con las necesidades del país, que requiere una mayor participación de enfermería en el primer nivel.

También hay que tomar en cuenta que el mercado de trabajo mejor remunerado hace que se tienda a las fugas de personal de enfermería a otras instituciones o a otras profesiones que les permita mejorar el nivel de vida que como personas es muy lícito.

(37) Poder Ejecutivo Federal Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, pp. 242-148.

La formación de recursos de enfermería ha sido muy heterogéneo, en un estudio de recursos de enfermería y obstetricia en México que realizó el Colegio Nacional de Enfermeras A. C. en 1970 (cabe hacer notar que dicho estudio no ha sido actualizado con la minuciosidad que presentó y que para fines representativos se toma muy en cuenta, ya que los últimos datos que se tienen de 1983 solo muestra el total de auxiliares de enfermería y enfermeras), este estudio dá los siguientes datos:

El país contaba con 38,955 enfermeras encontrándose ubicadas el 38.6% para el Distrito Federal y el 64.4% para el resto del país, ahora la distribución porcentual del personal de enfermería estabé integrado por el 28.5 de profesionales y el 72% de no profesionales, el cual se encontraba institucionalmente en la siguiente forma:

- 36.1% I.M.S.S para el 21.2% de la población del país.
- 21.0% Instituciones Privadas, para el 15% de la población del país.
- 8.0% Otras instituciones, para el 2.8% de la población del país.
- 7.2% I.S.S.S.T.E., para el 3% de la población del país.

Además muestra una gama muy diversa en la preparación de auxiliares de enfermería ya que su formación va siendo desde nin-

gunos estudios en enfermería o con cursos de técnicas o auxiliares con diferente tiempo de duración, con requisito de primaria o secundaria. Con lo que respecta a la distribución de servicio se encontró concentrado el 54.4% en servicios de hospitalización, en quirófano el 48%, el 13.2% en consulta externa y solo el 2.4% en el área de medicina preventiva (38).

Solo para hacer referencia con las cifras actuales en 1983 se tenían 53,791 auxiliares de enfermería de las cuales el 41.2% están en la S.S.A., el 44.5% en el I.M.S.S., el 9.8% en el I.S.S.S.T.E., el 3.5% en el D.D.F. y el 2.1% en el D.I.F.

De las enfermeras profesionales que son 29,293 se distribuyen en la siguiente forma:

13 %	S.S.A.
8 %	I.M.S.S.
14.2%	I.S.S.S.T.E.
1.9%	D.D.F.
1.0%	D.I.F.
1.9%	Otras instituciones

Es de notarse que aumentó el número total de enfermeras no profesionales y profesionales pero el aumento de la población del país se incrementó notablemente, así que se sigue careciendo del recurso humano y sobre todo para el primer nivel -

(38) Colegio Nacional de Enfermeras A.C., Recursos de Enfermería y Obstetricia en México, 1977. pp.30-41

de atención.

Un aspecto muy importante que emana el Plan Nacional de Desarrollo es el de impulsar las acciones preventivas para esto - no solo se debe tener un personal capacitado, ya que socialmente se identifica a la enfermera de ésta área con la aplicación de vacunas, y esto, es solo una actividad que se desarrolla y hemos enumerado ya en un capítulo anterior las actividades en las que debe participar, para esto debe tener una preparación básica de enfermería que sepa proyectar a la comunidad en la cual se trabaja. La institución que más proyecta estos servicios a la comunidad es la S.S.A., y para esto cuenta con un 80% de auxiliares de enfermería que siendo muy loable su participación no abarca en su totalidad las actividades descritas en el capítulo participación de la enfermera en el primer nivel de atención.

Para fortalecer las unidades de atención en el primer nivel - es necesario fortalecer el recurso humano, no se puede proporcionar una adecuada atención de calidad a la comunidad si se carece de personal profesional capacitado para éstas actividades.

Se tendrán favorables perspectivas de salud en la participación del primer nivel en la medida que:

- a) Se optimicen los recursos humanos de enfermería que participen en el primer nivel de atención tanto en cantidad como en calidad.
- b) Se proporcione una atención más socializada, y no solo sea para grupos exclusivos.
- c) Se cumpla con eficiencia y eficacia el Plan Nacional de Desarrollo, así como hacer totalitario el Sistema Nacional de Salud.
- d) Hacer congruentes los planes de estudio en la carrera de enfermería y demás ciencias médicas con las necesidades reales de salud del país, así como hacer realidad la docencia, servicio y dar un impulso determinante hacia el área del primer nivel.
- e) Que las autoridades den el reconocimiento no solo social sino económico a éste grupo de profesionales, sobre todo en el aspecto preventivo para evitar las fugas de personal haciendo llamativo el campo de trabajo.
- f) Promover institucionalmente becas para el personal auxiliar de enfermería en aquellos que tengan la capacidad para realizar la carrera y así paulatinamente incrementar el personal profesional.

II ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

- Limitación del Campo de la Investigación.

Area Geográfica:

La Jurisdicción Sanitaria IV se encuentra localizada de --
acuerdo con los límites de la Delegación de Coyoacán en el
D. F.

Al norte limita con la Delegación Benito Juárez, al sur --
con Tlalpan, al oriente con Alvaro Obregón y el poniente --
con Iztapalapa.

Cuenta con:

3 C.C.S. T III A

3 C.C.S. T III

11 C.C.S. T I

Además de 3 clínicas del ISSSTE, una clínica del IMSS y --
una clínica de urgencias pediátricas del D.D.F.

Grupos Humanos.

Se detectaron dentro de la Jurisdicción 302 enfermeras de --
las cuales se muestrearon 167.

Metodología de la Investigación

Procedimientos empleados

- Entrevistas: Se realizaron entrevistas con las jefes de enfermeras de cada clínica para informar sobre el objetivo de la investigación y recabar informes sobre número de personal de enfermería titulado y no titulado, adiestramientos que imparten durante el año, población a la que protegen.

- Aplicación del cuestionario de investigación.
Previo entrevista personal se aplicó el cuestionario que aparece como anexo en esta investigación.

- Revisión bibliográfica y documental: para la estructuración del marco teórico se utilizó la revisión bibliográfica con la acreditación de la información a través de notas de pie de página y la referente al final del trabajo en la sección de bibliografía.

- Tipo de Muestra
De las 302 enfermeras que laboran dentro de las instituciones mencionadas anteriormente, 167 fueron encuestadas que corresponde a un 55% del universo de trabajo.

- Descripción del Instrumento.

El cuestionario consta de datos generales nombre, edad, institución en la que labora y servicio, instrucciones sobre el llenado del cuestionario.

Estudios realizados, preguntas específicas sobre los niveles de atención, importancia y participación en actividades de tipo preventivo, apoyado en los programas de nivel nacional y manuales de técnicas y procedimientos.

- Procesamiento de Datos.

Los datos obtenidos para la verificación de la hipótesis -- fueron procesados por el método estadístico, recolección, -revisión, vaciamiento de datos y conteo por paloteo, estos se representaron en cuadros y gráficas los que primeros se describen y ambos se interpretaron, el análisis se hizo por porcentaje.

III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION.

Como resultado de la información recabada tenemos que de un total de 302 enfermeras, 37 son tituladas y 265 son auxiliares de enfermería lo que determina que el tipo de personal no profesional sea el que atiende principalmente los servicios.

Del total antes citado 85 enfermeras participan en el segundo nivel, correspondiendo a las unidades hospitalarias del Departamento del Distrito Federal. De acuerdo con la selección de muestra, el presente estudio comprendió 167 enfermeras, el 51% pertenece a la Secretaría de Salud, el 28% al Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, el 6% al Instituto Mexicano del Seguro Social y el 15% al Departamento del Distrito Federal.

Al analizar al personal por grupos etareos se detecta que la mayoría se encuentra entre los 30 y 34 años, laboralmente productiva en un 27%, en segundo lugar tenemos al grupo de 25 a 29 años con un 21%, en tercer lugar al grupo 40 a 44 con un 16%, en cuarto lugar al grupo 20 a 24 con un 10%. La proporción en términos generales va disminuyendo en los demás grupos, que son igualmente proporcionales por cada institución de salud.

Del personal que labora en clínicas, campo o módulos es muy -

desproporcionada ya que el 70% labora dentro de la clínica, - el 16% en campo y el 14% en módulo o sea desarrollando las - dos actividades anteriores. Se puede comprobar que el personal de la Secretaría de Salud tiene enfermeras de campo en - más cantidad que el Instituto Mexicano del Seguro Social, el ISSSTE y el Departamento del Distrito Federal el cual carece de éste tipo de personal.

En referencia a los estudios académicos que tiene el personal se tiene que el 6% no tiene ningún estudio, el 65% son auxiliares de enfermería, el 26% tiene el nivel técnico de enfermería y un 3% cuenta con estudios de posgrado.

En lo que respecta a las enfermeras que tienen la carrera de enfermería no se descartó el que fueran o no tituladas ya que con el hecho de terminar la carrera determina que este personal debe otorgar un servicio de mayor calidad.

En una de las cuestiones estudiadas referente al conocimiento sobre los niveles de atención para la salud hay confusión, - por lo que el mayor porcentaje un 34% menciona los niveles de Leavell y Clark, un 18% lo desconoce, el 16% enumera los niveles de Leavell y Clark, el 7% cita que son tipos de servicio de atención, para el 9% son actividades preventivas o acciones de enfermería y para el 6% son grados, escalas o parámetros de atención, o sea que solo este último grupo tiene el -

conocimiento al respecto.

La respuesta que da el personal al preguntar en qué nivel está participando, el 78% sabe que trabaja en el primer nivel, el 19% refiere estar en el segundo y solo el 3% cree estar en el tercero. Por lo que en términos generales la mayoría sabe en que nivel participa.

De la misma manera que en la respuesta anterior el 78% está de acuerdo en que el nivel más importante para el sistema de salud es el primer nivel, un 10% dice que es el segundo y solo un 12% afirma que es el tercero, lo cual indudablemente amerita de cierta capacitación al respecto.

Después de preguntar lo referente al nivel de atención más importante, se detectó que al manifestar el porque, el 59% refiere que es por que le permite prestar un servicio en actividades preventivas, el 28% porque le permite prestar un servicio para restaurar la salud del paciente, en un 10% le parece que es más importante la atención inmediata y en un 3% le permite desarrollar una alta especialidad. Comparando las respuestas con la descripción anterior se encuentra una diversificación en el enfoque de actividades que creen tener cada nivel.

La importancia que tiene el personal de conocer las caracte--

rísticas socioeconómicas de la población para la cual trabaja en un 81% es afirmativa, el 19% es negativa, por lo cual se deduce que la mayoría sabe la importancia de esta característica de la población.

¿Como participa el personal de enfermería en actividades preventivas?

La S.S.A. en porcentajes por actividad participa en un 82% en aplicación de vacunas; un 76% en planificación familiar, un 74% en orientación nutricional así como en el control del niño sano, y solo un 52% en capacitación a la población, se observa claramente como siendo importante la capacitación a la población le da poca importancia.

Lo mismo ocurre con el personal de enfermería del ISSSTE, aquí resaltan a la planificación familiar y control del niño sano con un 75% y a la aplicación de vacunas en un 72%, orientación nutricional con un 60% y un 53% a la vigilancia epidemiológica y capacitación a la población, volviéndose a observar poca participación en las últimas actividades.

El IMSS también da más importancia a la aplicación de vacunas con un 90%, después control del niño sano y planificación familiar, luego a la capacitación a la población con un 60% y por último con un 50% a la vigilancia epidemiológica y orientación nutricional.

Así mismo la participación del personal de los Servicios Médicos del D.D.F. observa en igual porcentaje, un 16% en orientación nutricional, aplicación de vacunas y control del niño sano, aunque por el tipo de paciente da más cuidado al niño enfermo, proporcionando un 8% de atención a planificación familiar y solo 4% a la vigilancia epidemiológica.

La participación del personal de enfermería de las diferentes instituciones en la detección oportuna de enfermedades, tenemos que en un 70% se participa en la detección de hipertensión arterial, cáncer cervicouterino y mamario en un 67%, en la detección de tuberculosis un 59%, en diabetes 54%, fiebre reumática en un 47% y otras en un 11% en estas actividades debería de haber porcentajes repartidos en todas las actividades.

En relación a las técnicas de trabajo para llevar a cabo servicios de salud a la comunidad, en un 68% lo hace a través de pláticas, un 62% lo hace a través de entrevistas y un 52% por medio de la visita domiciliaria. Un dato poco alterado ya que anteriormente vimos que solo el personal de campo y módulo realiza ésta actividad y en total son un 30%.

Por último, las actividades que realiza comunmente la enfermera en los servicios de las diferentes instituciones encuestadas se refieren a más actividades de tipo técnico ya que

en un 82% se realiza toma de signos vitales y somatometría, en un 80% asistencia al médico durante la consulta, un 67% a la elaboración de informes, un 58% en control de usuarios al servicio, un 37% a la ministración de medicamentos, el 36% a cuidados a pacientes hospitalizados, el 33% refiere actividades de preparación y esterilización de material y equipo para los diferentes servicios, el 10% desarrolla actividades de personal dirigente, el 7% dice desarrollar actividades de alta especialidad y el 6% refiere que sus actividades requieren de apoyo de alta tecnología.

PRUEBA DE LA HIPOTESIS

El presente estudio no pretende mediante procedimientos matemáticos la comprobación de la hipótesis ya que es una investigación descriptiva; sin embargo podemos determinar que de acuerdo con la hipótesis, si es necesaria la eficiente preparación del personal de enfermería para el primer nivel de atención enfocada al individuo, familia y comunidad para solucionar los problemas de salud-enfermedad.

Pudimos corroborar que cada institución da prioridad a diferentes programas y actividades. Siendo que en los programas a nivel nacional establecidos y determinados por las tasas de mortalidad y morbilidad se debería dar la misma importancia a las actividades preventivas.

Se esperaba que mencionaran la prevención de enfermedades digestivas como las diarreas o las infecciones respiratorias como las bronquitis no mencionandolas en ningún momento; si estos padecimientos son muy frecuentes ¿por qué no los mencionaron? ¿por qué no los atacamos? o ¿no sabemos como? ¿no conocemos la epidemiología de nuestra área?.

Es innegable que se necesita una preparación real del primer nivel, ya que vimos anteriormente que no solo consiste en aplicar vacunas o dar o impartir una plática educativa o una

demostración, la actividad requiere de una serie de conocimientos teórico-prácticos que le permitan desarrollar sus actividades con un enfoque multicausal.

En lo referente al objetivo general, demostrar que el personal de enfermería requiere del conocimiento de la situación de su participación en el primer nivel de atención a la salud. Quedó demostrado como en las diferentes instituciones se requiere de éste conocimiento para proporcionar un servicio eficiente y eficaz.

En lo que respecta a los objetivos específicos:

a) Verificar en grado cualitativo y cuantitativo como se llevan a cabo las acciones de primer nivel de atención por el personal de enfermería.

Se corroboró solo cuantitativamente a través de los porcentajes dados ya en análisis de la información siendo mayoritarias las actividades de tipo técnico.

b) Objetivo: Identificar el grado de conocimiento sobre los niveles de atención por el personal de enfermería.

Se pudo comprobar que la mayoría sabe en que nivel se encuentra, pero al saber que son los niveles de atención hubo discrepancia en definirla.

- c) Objetivo: Identificar la importancia que proporciona el personal de enfermería a las acciones de primer nivel.

Se constató que la mayoría está de acuerdo que las actividades preventivas son importantes pero por institución da prioridad a diferentes actividades y generalmente son más de tipo técnico.

- d) Objetivo: Señalar el número de personal de enfermería con que cuenta la Jurisdicción Sanitaria.

Se pudo cuantificar el personal del IMSS, ISSSTE, D.D.F. y S.S.A., con un total de 302 enfermeras. Faltando el personal del Instituto de Pediatría en el cual no se pudo llevar a cabo la investigación.

- e) Indicar el porcentaje de enfermeras ubicadas en el primer nivel de atención dentro de la población en estudio.

De las 302 enfermeras detectadas institucionalmente el 73% laboran en el primer nivel el 27% en el segundo no teniendo el dato de las que laboran en el tercer nivel.

- f) Detectar las causas que interfieren dentro del personal de enfermería para trabajar en los diferentes niveles.

Se detectó por medio de entrevistas personales que a pesar de estar concientes de que el primer nivel es importante,

el personal de enfermería quiere resultados inmediatos de sus acciones además de que piensa que es más fácil desarrollar sus actividades en un ambiente hospitalario en donde tiene lo necesario para trabajar, que en la comunidad.

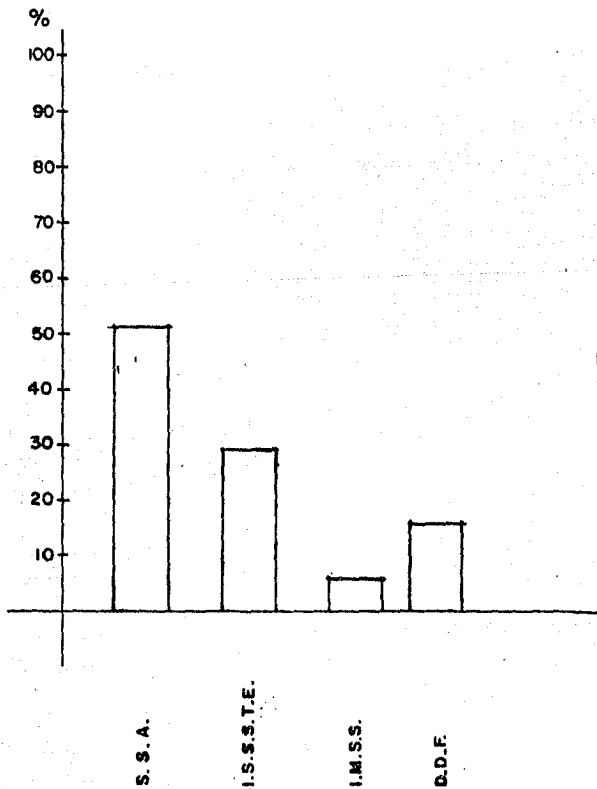
TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS INSTITUCIONES DEL AREA DE COYOACAN
MEXICO 1986

INSTITUCION	No. DE ENCUESTAS	%
S.S.A.	85	51
ISSSTE	47	28
IMSS	10	6
D.D.F.	25	15
TOTAL	167	100

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de Enfermería

Descripción: Mayor porcentaje de encuestas fueron obtenidas de la S.S.A. con el 51% el I.S.S.S.T.E. con el 47% el I.M.S.S. con el 10% y el D.D.F. con el 15%.

TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS INSTITUCIONES DEL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



FUENTE: CUADRO No.14

GRAFICA 1

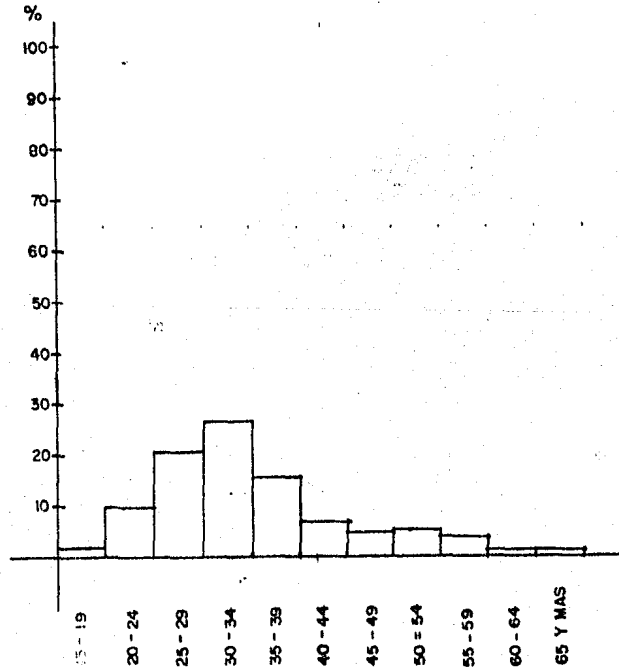
CUADRO No. 15

EDAD POR GRUPOS ETAREOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO QUE LABORA EN
EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD DEL AREA DE COYOACAN MEXICO 1986

EDAD	No.	TOTAL
15-19	4	2
20-24	17	10
25-29	35	21
30-34	45	27
35-39	27	16
40-44	11	7
45-49	7	5
50-54	10	6
55-59	6	4
60-64	3	1
65 y +	2	1
TOTAL	167	100

FUENTE: Encuestas realizadas al personal de Enfermería.
Descripción: Se observa que el grupo predominante es de 30-34 años con el 27% después sigue el de 25-29 con el 21% y el 16% en el grupo de 35-39 siendo minoritarios los grupos jóvenes así como los de mayor edad.

**EDAD POR GRUPOS ETAREOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO,
QUE LABORA EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD DEL AREA
DE COYOACAN, D.F. 1985.**



FUENTE: CUADRO No.18

GRAFICA 2

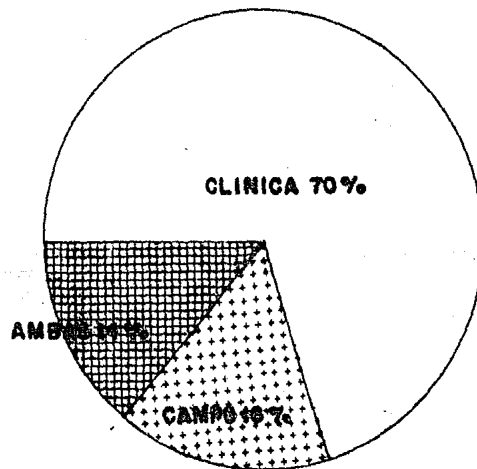
CANTIDAD DE PERSONAL DE ENFERMERIA QUE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES EN CLINICA,
CAMPO O MODULOS DEL PERSONAL ENCUESTADO EN EL AREA DE COYOACAN MEXICO 1986

LUGAR	TOTAL	
	No.	%
CLINICA	117	70
CAMPO	27	16
MODULO	23	14
TOTAL	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: El personal de enfermería desarrolla actividades de enfermería de primer nivel en un 70%, en campo 16% y en módulo 14%.

CANTIDAD DE PERSONAL DE ENFERMERIA QUE DESARROLLA SUS ACTIVIDADES EN CLINICA , CAMPO O AMBAS , EN EL PERSONAL ENCUESTADO DEL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA No. 3
FUENTE: CUADRO No.16

CUADRO No. 17

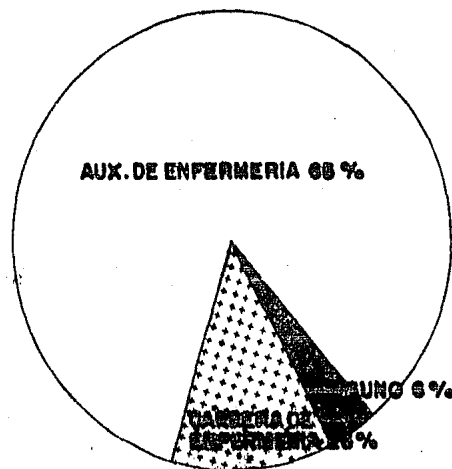
ESTUDIOS QUE HA REALIZADO EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN RELACION A SU TRABAJO EN
EL PERSONAL ENCUESTADO DEL AREA DE COYOACAN MEXICO, D. F. 1986.

ESTUDIOS	TOTAL	
	No.	%
a) NINGUNO	10	16
b) AUX. DE ENFERMERIA	109	65
c) CARRERA DE ENFERMERIA	43	26
d) ESTUDIOS DE POSGRADO	5	3
e) OTROS ESTUDIOS	0	0
TOTAL	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: En un porcentaje mayoritario el personal tiene adiestramiento de auxiliar de enfermería con el 65%, el 26% tiene carrera de enfermería y solo el 3% estudios de postgrado.

ESTUDIOS QUE HA REALIZADO EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN RELACION A SU TRABAJO, EN EL PERSONAL ENCUESTADO DEL AREA DE COYOACAN , D.F. 1986.



GRAFICA No. 4

FUENTE: CUADRO No.17

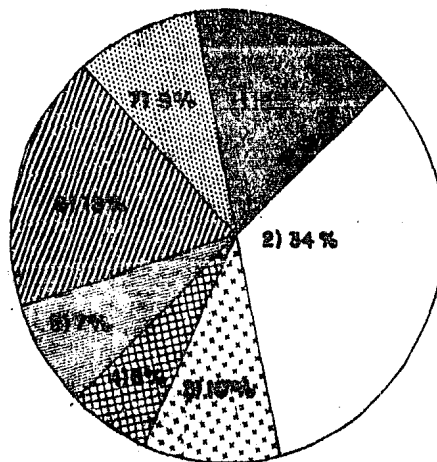
RESPUESTA A LA PREGUNTA: MENCIONE LOS NIVELES DE ATENCION PARA LA SALUD, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE COYOACAN, MEXICO 1986.

R E S P U E S T A	TOTAL	
	NO.	%
1.- ENUMERA LOS NIVELES DE LEAVELL Y CLARK.	27	16
2.- MENCIONA LOS NIVELES DE LEAVELL Y CLARK	57	34
3.- SON INSTITUCIONES O UNIDADES APLICATIVAS	17	10
4.- SON GRADOS, ESCALAS O PARAMETROS	10	6
5.- SON TIPOS DE SERVICIO O ATENCION	11	7
6.- NO SABE	30	18
7.- SON ACTIVIDADES PREVENTIVAS O ACCIONES - DE ENFERMERIA.	15	9
T O T A L	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: En un 34% el personal encuestado responde mencionando los niveles de LEAVELL y CLARK un 18% no sabe que son, un 16% los enumera y - el resto refiere que son instituciones escalas o actividades preventivas.

RESPUESTA A LA PREGUNTA: MENCIONE QUE SON LOS NIVELES DE ATENCION PARA LA SALUD, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA No. 5

FUENTE: CUADRO No. 10

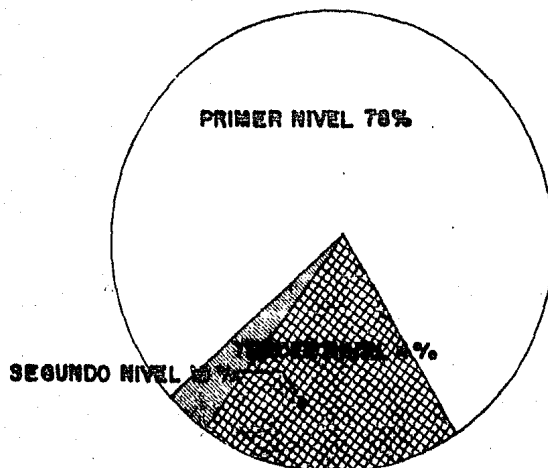
RESPUESTA A LA PREGUNTA: ¿EN QUE NIVEL DE LA SALUD ESTA PARTICIPANDO, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO EN EL AREA DE COYOACAN, D. F. 1986

NIVEL	TOTAL	
	No.	%
PRIMER NIVEL	131	78
SEGUNDO NIVEL	31	18
TERCER NIVEL	5	4
TOTAL	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: El 78% del personal de enfermería sabe que participa en el primer nivel, 18% refiere estar en el segundo y el 4% en el tercero.

RESPUESTA A LA PREGUNTA: ¿ EN QUE NIVEL DE LA SALUD ESTA PARTICIPANDO?, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO EN EL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA No. 6

FUENTE: CUADRO No. 19

RESPUESTA A LA PREGUNTA: QUE NIVEL DE ATENCION ES MAS IMPORTANTE PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO EN EL AREA DE COYOACAN

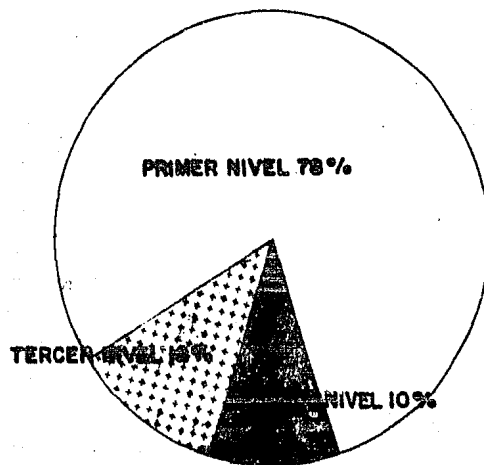
MEXICO 1986

RESPUESTA	TOTAL	
	No.	%
PRIMER NIVEL	131	78
SEGUNDO NIVEL	16	10
TERCER NIVEL	20	12
TOTAL	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: Para el 78% es más importante el primer nivel de atención para el 12% el tercero y para el 10% el segundo nivel.

RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿QUE NIVEL DE ATENCION ES MAS IMPORTANTE PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD? DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO EN EL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA No. 7

FUENTE: CUADRO No.20

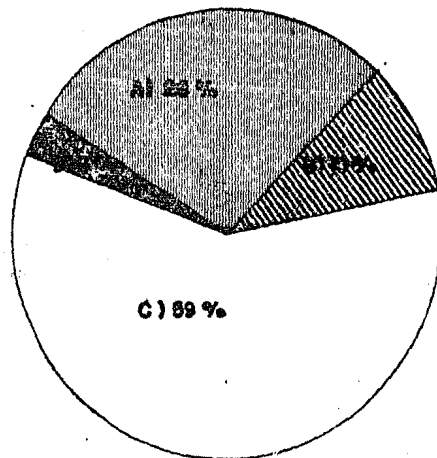
RESPUESTA A LA PREGUNTA: EL NIVEL SEÑALADO ANTERIORMENTE ES MAS IMPORTANTE PARA -
USTED ¿POR QUE?, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE COYOACAN, MEXICO 1986.

R E S P U E S T A .	TOTAL	
	NO.	%
a) LE PERMITE PRESTAR UN SERVICIO INMEDIATO PARA RESTAURAR LA SALUD DEL PACIENTE	47	28
b) LE PARECE QUE ES MAS IMPORTANTE LA ATEN- CION INMEDIATA.	16	10
c) LE PERMITE PRESTAR UN SERVICIO A LA COMU- NIDAD EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS	99	59
d) LE PERMITE DESARROLLAR UNA ALTA ESPECIA- LIDAD.	5	3
T O T A L	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: Para el 59% es importante porque le permite prestar un servicio a la comunidad en actividades preventivas, al 28% porque le permite prestar un servicio inmediato, al 10% para prestar una atención inmediata y sólo al 3% le permite desarrollar una alta especialidad.

RESPUESTA A LA PREGUNTA: ¿EL NIVEL SEÑALADO ANTERIORMENTE ES MAS IMPORTANTE PARA UD.? ¿POR QUE? DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA: No. 8

FUENTE: CUADRO No. 21

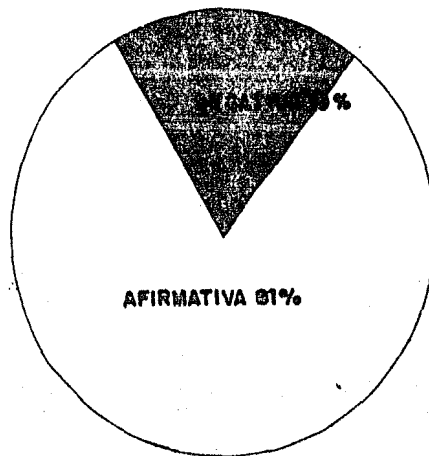
IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA NECESIDAD DE CONOCER LAS CARACTERIS
TICAS SOCIOECONOMICAS DE LA POBLACION PARA LA QUE TRABAJA EN EL AREA DE COYOACAN -
MEXICO 1986

RESPUESTA	TOTAL	
	No.	%
AFIRMATIVA	131	81
NEGATIVA	32	19
T O T A L	167	100

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: Para el 81% es importante saber las características socioeconómicas de la población y para el 19% no es necesario.

**IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA NECESIDAD DE CONOCER
LAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA POBLACION PARA LA QUE TRABA-
JA EN EL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.**



GRAFICA No. 9

FUENTE : CUADRO No. 25

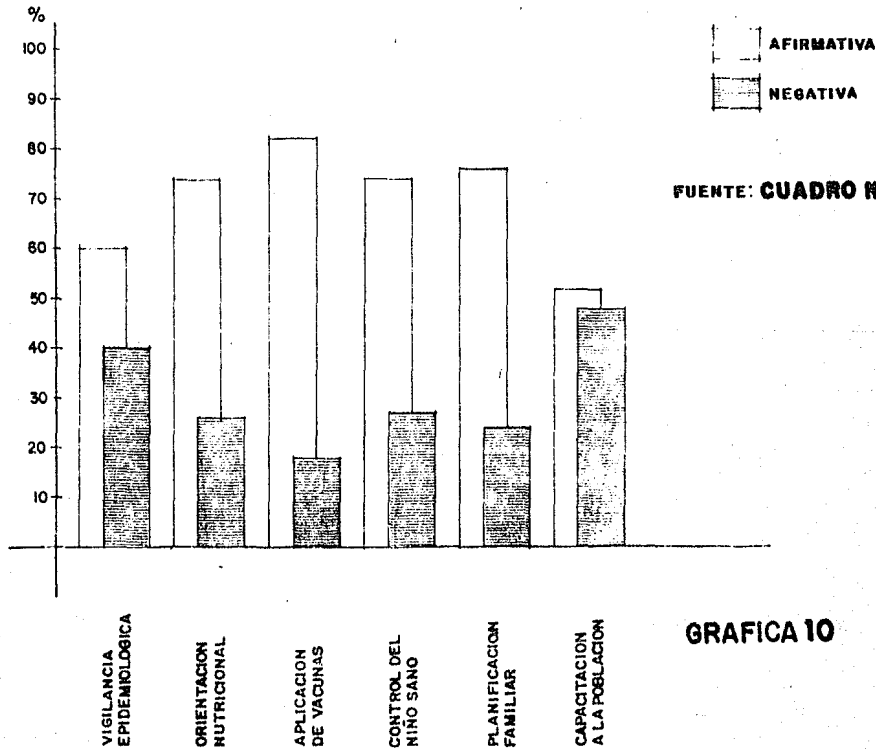
COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA S.S.A. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS
COYOACAN MEXICO 1986.

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%	TOTAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	54	60	31	40	85
ORIENTACION NUTRICIONAL	63	74	22	26	85
APLICACION DE VACUNAS	70	82	15	18	85
CONTROL DEL NIÑO SANO	63	74	22	26	85
PLANIFICACION FAMILIAR	65	76	20	24	85
CAPACITACION A LA POBLACION	44	52	41	48	85

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: Las actividades preventivas en que participa el personal de la SSA en mayor porcentaje son en la aplicación de vacunas, el 76% en planificación familiar, el 74% en orientación nutricional, en un 60% en vigilancia epidemiológica y en un 52% en capacitación a la población.

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA S.S.A. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS, COYOACAN, D.F. 1986.



FUENTE: CUADRO No. 28

GRAFICA 10

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL ISSSTE EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS

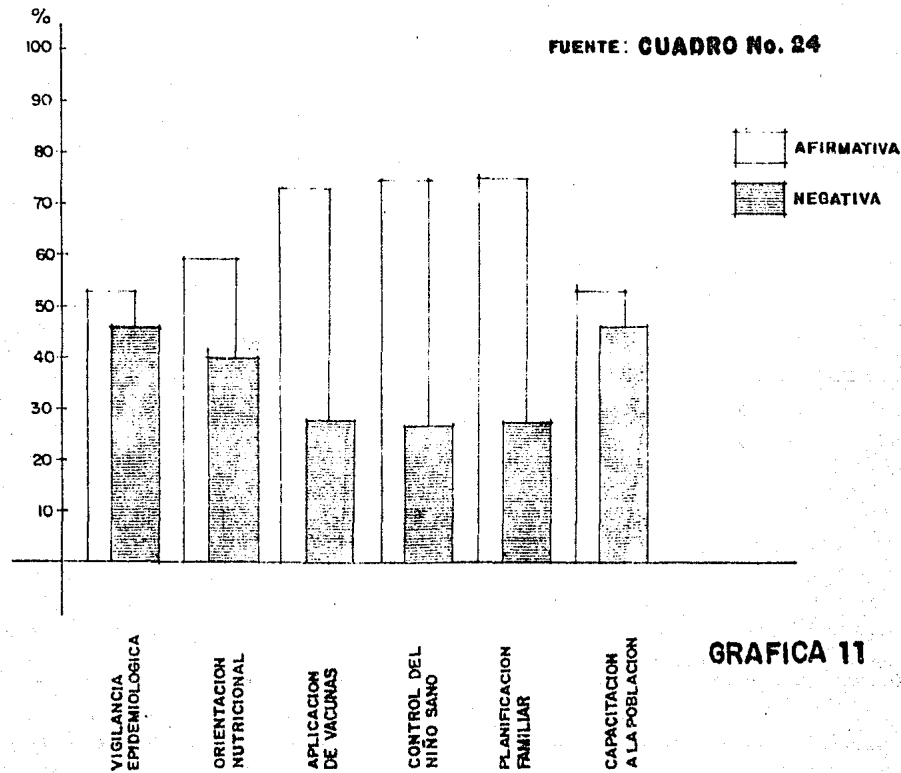
COYOACAN MEXICO 1986.

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%	TOTAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	25	53	22	47	47
ORIENTACION NUTRICIONAL	28	60	19	40	47
APLICACION DE VACUNAS	34	72	13	28	47
CONTROL DEL NIÑO SANO	35	75	12	25	47
PLANIFICACION FAMILIAR	35	75	12	25	47
CAPACITACION A LA POBLACION	25	53	22	47	47

FUENTE: Mismo cuadro 14.

Descripción: El personal del ISSSTE da prioridad al control del niño sano y planificación familiar con un 75%, aplicación de vacunas con el 72%, orientación nutricional con el 60% la vigilancia epidemiológica y la capacitación a la población con el 53%.

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL I.S.S.S.T.E. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS, COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA 11

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL IMSS EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS

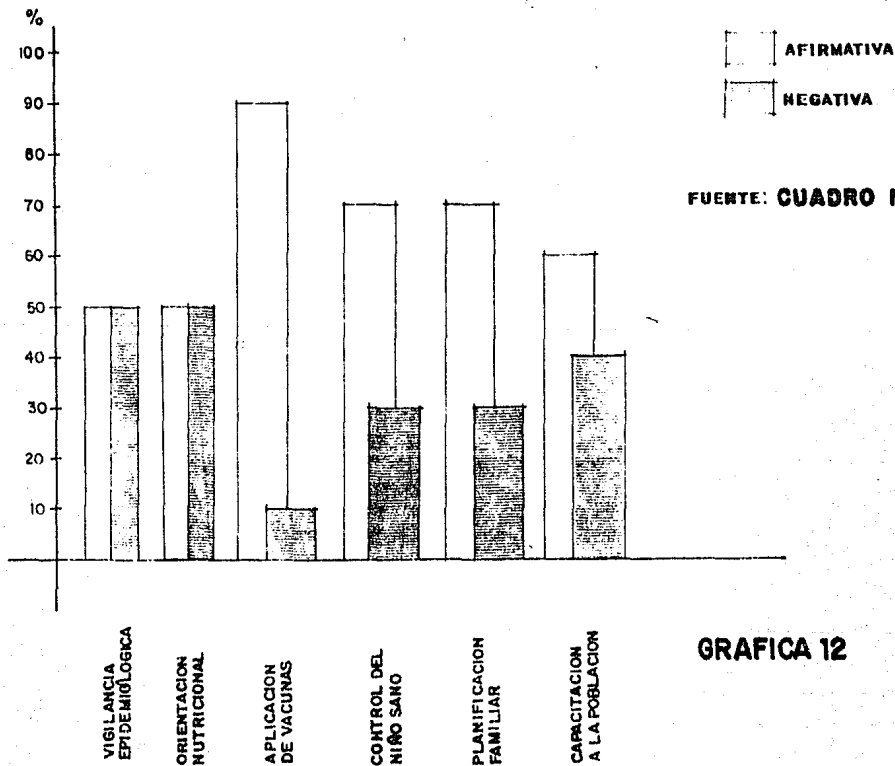
COYOACAN MEXICO 1986.

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%	TOTAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	5	50	5	50	10
ORIENTACION NUTRICIONAL	5	50	5	50	10
APLICACION DE VACUNAS	9	90	1	10	10
CONTROL DEL NIÑO SANO	7	70	3	30	10
PLANIFICACION FAMILIAR	7	70	3	30	10
CAPACITACION A LA POBLACION	6	60	4	40	10

FUENTE; Mismo cuadro 14.

Descripción: El personal del IMSS participa en un 70% al control del niño sano y planificación familiar un 60% a la capacitación a la población y en un 50% a la vigilancia epidemiológica y orientación nutricional.

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL I.M.S.S. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS, COYOACAN, D.F. 1986.



FUENTE: CUADRO No. 25

GRAFICA 12

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL D.D.F. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS

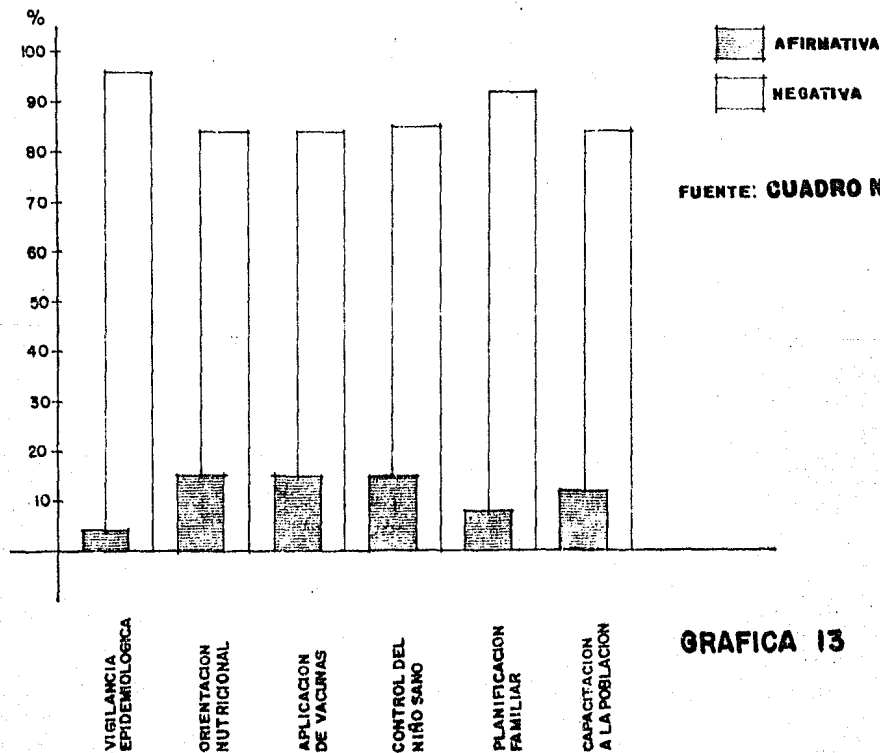
COYOACAN MEXICO 1986

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%	TOTAL
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1	4	24	96	25
ORIENTACION NUTRICIONAL	4	16	21	84	25
APLICACION DE VACUNAS	4	16	21	84	25
CONTROL DEL NIÑO SANO	4	16	21	84	25
PLANIFICACION FAMILIAR	2	8	23	92	25
CAPACITACION A LA POBLACION	3	12	22	88	25

FUENTE: Mismo cuadro 14.

Descripción: El personal del DDF participa en un 16% en la orientación nutricional, aplicación de vacunas y control del niño sano, en un 12% a la capacitación a la población en un 8% a la planificación familiar y un 4% a la vigilancia epidemiológica.

COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL D. D.F. EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS, COYOACAN, D.F. 1986.



FUENTE: CUADRO No. 28

GRAFICA 13

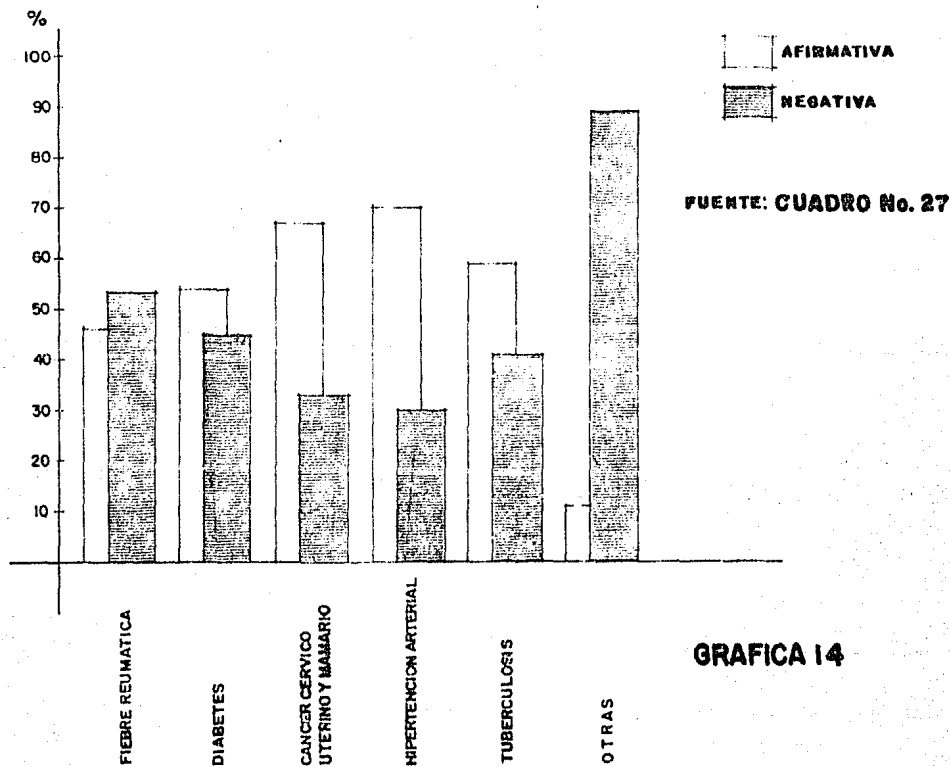
COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES EN LA
DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES EN EL AREA DE COYOACAN MEXICO 1986.

ACTIVIDAD	SI	%	NO	%	TOTAL
FIEBRE REUMATICA	79	47	88	53	167
DIABETES	91	54	76	46	167
CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO	113	67	54	33	167
HIPERTENSION ARTERIAL	118	70	49	30	167
TUBERCULOSIS	100	59	67	41	167
OTRAS	19	11	148	89	167

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: El personal de enfermería encuestado participa en la detección oportuna de enfermedades dando prioridad a la hipertensión arterial con un 70% al cáncer cervico uterino y mamario en un 67%, en un 59% a la tuberculosis en un 54% a la diabetes, un 47% en fiebre reumática y en otras refiere un 11%.

**COMO PARTICIPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES
EN LA DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES EN AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.**



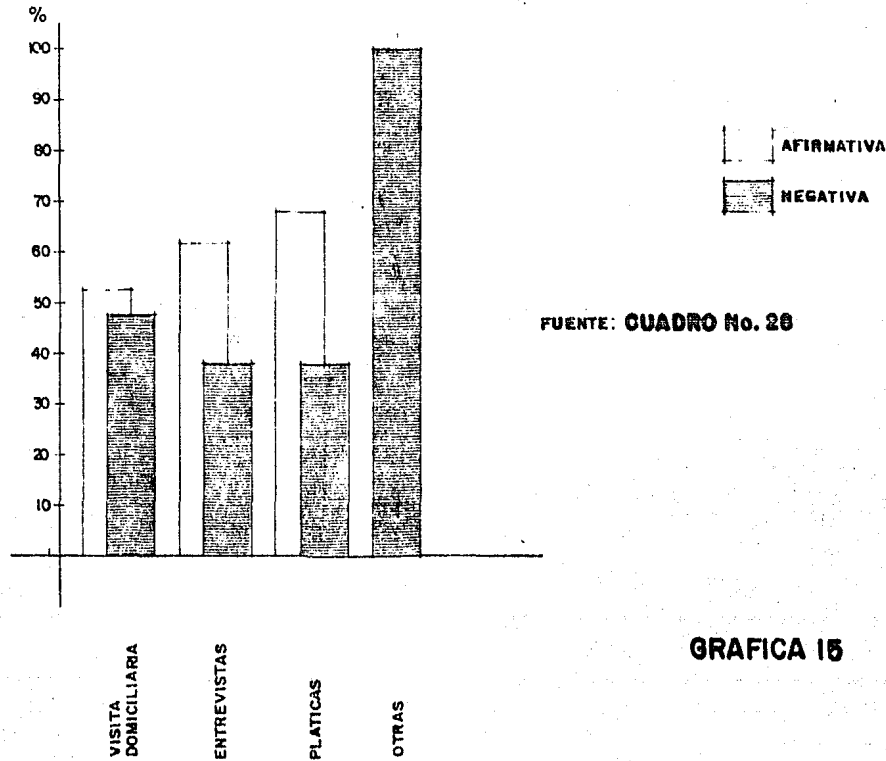
TECNICAS DE TRABAJO PARA LLEVAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD DEL PERSONAL
DE ENFERMERIA DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL AREA DE COYOACAN MEXICO 1986.

TECNICA	SI	%	NO	%	TOTAL
VISITA DOMICILIARIA	88	52	79	48	167
ENTREVISTA	104	62	63	38	167
PLATICAS	115	68	52	32	167
OTRAS	-	-	167	100	167

FUENTE: Misma cuadro 14.

Descripción: Las técnicas de trabajo que realiza el personal para llevar los servicios de salud a la comunidad, son en mayor porcentaje a través de pláticas 68%, después entrevistas con 62% y por último la visita domiciliaria con 52%.

**TECNICAS DE TRABAJO PARA LLEVAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD,
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES, DEL AREA
DE COYOACAN, D.F. 1986.**



GRAFICA 15

CUADRO No. 29

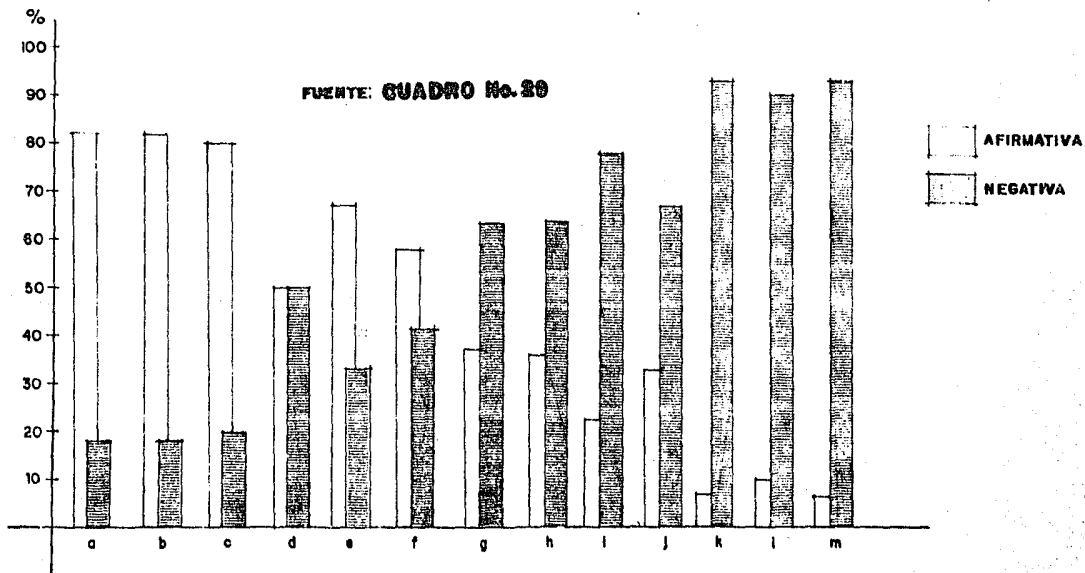
ACTIVIDADES QUE REALIZA COMUNMENTE LA ENFERMERA EN LOS SERVICIOS
DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL AREA DE COYOACAN, MEXICO 1986.

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%	TOTAL
a) TOMA DE SIGNOS VITALES	138	82	29	18	167
b) SOMATOMETRIA	138	82	29	18	167
c) ASISTENCIA AL MEDICO DURANTE LA CONSULTA.	135	81	32	20	167
d) ELABORACION DE NOTAS EN EL EXPE DIENTE CLINICO	85	50	82	50	167
e) ELABORACION DE INFORMES	113	67	54	33	167
f) CONTROL DE USUARIOS AL SERVICIO	98	58	69	42	167
g) MINISTRACION DE MEDICAMENTOS	63	37	104	63	167
h) RECOLECCION DE MUESTRAS PARA LA BORATORIO	61	36	106	64	167
i) CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIEN TES HOSPITALIZADOS	39	23	128	77	167
j) PREPARACION Y ESTERILIZACION DE MATERIAL Y EQUIPO PARA LOS DIFE RENTES SERVICIOS.	56	33	111	67	167
k) DESARROLLA ACTIVIDADES DE ALTA ESPECIALIDAD	13	7	154	93	167
l) DESARROLLA ACTIVIDADES DE PERSO NAL DIRIGENTE	18	10	149	90	167
m) SUS ACTIVIDADES REQUIEREN DEL - APOYO DE ALTA TECNOLOGIA.	11	6	156	94	167

FUENTE:

Descripción: Las actividades que desarrolla en gran porcentaje son toma de signos vitales y somatometría en un 82%, asistencia al médico durante la consulta en un 80% y disminuyen hasta un 6% en donde refiere que requieren de alta tecnología.

ACTIVIDADES QUE REALIZA COMUNTE LA ENFERMERA EN LOS SERVICIOS, DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL AREA DE COYOACAN, D.F. 1986.



GRAFICA 16

V CONCLUSIONES.

De manera general podemos concluir que en la investigación realizada en las instituciones de salud el grupo mayoritario es auxiliar de enfermería con o sin estudios.

Se cuenta en el área mayor porcentaje de personal de edad media, ya que los grupos muy jóvenes o viejos son minoritarios.

Generalmente la enfermera desarrolla sus actividades intramuros en el primer nivel sin que se tome en cuenta la congruencia con las actividades de clínica y campo ya que no es posible practicar la enfermería comunitaria solo en la clínica por el hecho de que el elemento de acción siempre será la familia y su medio ambiente y para conocerlo hay que acudir directamente a los hogares.

No se ubican de manera general las actividades de acuerdo al nivel de atención en que se participa, aunque el mayor porcentaje conoce que su área laboral es el primer nivel de atención así como la importancia que éste desempeña dentro del Sistema Nacional de Salud, existiendo una disociación de ideas al referirse a la importancia de este y el de una minoría al conceptualizar al individuo en un contexto socioeconómico y cultural.

En las actividades preventivas que se llevan a cabo en las -- instituciones del área de Coyoacán solo reflejan de manera ge -- neral cómo en algunas tienen mayor prioridad unos programas - nacionales que en otras, por ejemplo: para la S.S.A. es la - aplicación de vacunas, en el ISSSTE es el control del niño sa -- no, en los Servicios Médicos del D.D.F. es orientación nutri -- cional, aplicación de vacunas y control del niño sano que in -- clusive son actividades que en este lugar son poco realizadas ya que desarrolla más actividades a pacientes hospitalizados. Aunque en este lugar solo se realiza la actividad en los módu -- los de servicio.

Dado que son actividades señaladas por programas nacionales - debería de haber también un equilibrio en la realización de - ellas de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de la población sin embargo parece que institucionalmente se tienen priorida -- des.

La calidad de atención también es muy variada ya que el con -- trol del niño sano por ejemplo no se lleva a cabo como se in -- dica normativamente, lo mismo ocurre con la vigilancia epide -- miológica y la capacitación a la población por falta de una - adecuada capacitación general institucional además de la va -- riada preparación del personal de enfermería.

Lo mismo ocurre con la detección oportuna de enfermedades -

mientras en la S.S.A. y el ISSSTE da prioridad a la hipertensión, para el IMSS es la diabetes y tuberculosis a las enfermedades diarreicas y respiratorias nunca las mencionaron, siendo de mucha importancia, se dejó un renglón para que especificara otras que no ocupó solamente en el personal de S.S.A. mencionó en poca proporción las transmisibles y dentales.

Si verificamos cuales son las técnicas de que se vale el personal para llevar los servicios a la comunidad los porcentajes se incrementan, en el personal de la S.S.A. tanto en pláticas, entrevistas y visitas domiciliarias en las otras instituciones arrojan más bajos porcentajes y tendrá que estudiarse como se realiza esta actividad.

Las actividades que realiza comunmente la enfermera en los servicios de la S.S.A. por orden de importancia son:

- 1.- Elaboración de informes.
- 2.- Asistencia al médico en la consulta
- 3.- Toma de signos vitales
- 4.- Somatometría

Aunque en diferente orden son tambien en las otras instituciones. En el D.D.F. como es de esperarse tambien se encuentra dentro de los primeros lugares los cuidados a pacientes hospitalizados. Los más bajos porcentajes están en actividades de personal dirigente que tambien es de esperarse ya que son pocas las jefes de enfermeras y supervisoras.

Tambien se observa que algunas enfermeras ignoran que es una alta tecnología y cree desarrollar actividades de alta especialidad en el primer nivel de atención.

SUGERENCIAS

Para dar un servicio de calidad es necesario tener la cantidad de personal suficiente para abastecer los servicios de salud y una mejor selección del recurso humano en lo referente a estudios para darle calidad al trabajo.

Realizar los programas congruentes con la realidad del área que se maneja; ya que la salud se encuentra institucionalizada que sea llevada con eficiencia y eficacia.

Es necesario incrementar los adiestramientos en servicio dentro de las instituciones, solo en algunas se imparten con regularidad durante el transcurso del año en otras no son llevadas a cabo.

Es necesario incrementar el número de personal de campo ya que se observa que cada vez es menos personal que labora en esta área.

Incrementar institucionalmente las actividades educativas de capacitación a la población ya que se observan menos porcentajes de realización de esta actividad.

Incrementar las prestaciones y salarios al personal que labora en este nivel, debido a las fugas del personal a otras

instituciones o áreas de trabajo con el fin de incrementar - sus ingresos económicos.

Y finalmente, es necesario realizar e incrementar las investigaciones de primer nivel en un mayor grado de precisión abarcando muestras mayores que nos refieran como se está dando la atención actualmente, con que criterios, que sean útiles para mejorar la calidad de éstos no solo localmente sino a nivel - nacional para tomar las medidas pertinentes y hacer efectiva la salud como un derecho individual.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

BIBLIOGRAFIA

ARANGO DE BEDOLLA Yolanda Reflexiones sobre la Atención Primaria: Proposición de un Marco Conceputal O.M.S. Colombia, - 1979. pp. 7

ACUÑA LOPEZ Daniel La Salud Desigual en México, Edit. Siglo Veintiuno, México, 1982. pp. 350

BUSTOS CASTRO René Administración en Salud, Edit. Francisco Méndez Oteo, México 1981. pp. 324

Censo General de Población, SPP 1980.

ELLEN ARCHER Sarah, FLESHMAN Ruth Enfermería de Salud Comunitaria O.P.S. San Francisco California, 1977. pp. 376

EROSA BARBACHANO Treinta y Tres Años de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, México 1977. pp. 164

ESPINOZA Y DE LEON Victor Manuel Prevención para la Salud, - Edit. Méndez Cervantes, 1983. pp. 133

GUERRA SILVA Moisés Introducción a la Salud Pública, Edit. - Francisco Méndez Oteo. pp. 99

L'GAMIZ MATUK Arnulfo Bioestadística, Edit. Méndez Cervantes
México 1983. pp. 250

MUSTARD H. S. STEBINS E.L. Introducción a la Salud Pública,
Edit. Prensa Médica Mexicana, México 1976. pp. 304

NAVARRO SALAZAR Margarita Enfermería y Ciclo Económico de la
Salud, Panorama Nacional, México. pp. 7

O.M.S./O.P.S. El Papel de la Enfermera en la Atención Prima-
ria de Salud Washington 1977. pp. 17

O.M.S./O.P.S. Extensión de Cobertura de los Servicios de Sa-
lud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación
de la Comunidad, Washington 1977. pp. 22

O.M.S./O.P.S. Enfermería y Salud de la Comunidad, Ginebra -
1974. pp. 31

O.M.S./O.P.S. Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria, -
Washington 1976. pp. 19

O.M.S./O.P.S. La Toma de Posición de Enfermería como una Res-
puesta a la Problemática de Atención de Salud en América La-
tina, Washington 1976. pp. 19

PEÑA CAMPO Flor de Ma. Formación de Personal de Enfermería para la Atención de Salud a la Comunidad, O.M.S./O.P.S., ---
Washington 1976. pp. 19

SAN MARTIN Hernán Salud y Enfermedad, Edit. Prensa Médica Mexicana, México 1980. pp. 819

SANCHEZ ROSADO Manuel Elementos de Salud Pública, Edit. Francisco Méndez Oteo, México 1981. pp. 324

TENA Angela La Enfermera en Atención Primaria de Salud, --
Washington 1977. pp. 17

VALDERESE Ma. de Lourdes Las Nuevas Dimensiones de la Enfermera en la Prestación de Atención de Salud, Washington 1976. --
pp. 19

VALDERESE Olga Análisis de la Enfermería en América Latina, -
Washington. pp. 35

INEGI, SPP Cuaderno de Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, No. 4, 1983

A N E X O

CUESTIONARIO SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD QUE SE PROPORCIONA AL INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD? EN LA JURISDICCION SANITARIA IV COYOACAN, D.F.

NOMBRE _____ EDAD _____

INSTITUCION EN LA QUE LABORA _____

SERVICIO: _____

INSTRUCCIONES: CONTESTE USTED LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE HACEN MARCANDO CON UNA "X" EL CUADRO QUE CREA CONVENIENTE.

1.- ¿Qué estudios máximos ha realizado en relación a su trabajo?

- a) Ninguno
- b) Auxiliar de Enfermería.
- c) Carrera de Enfermería.
- d) Estudios de postgrado
- e) Otros estudios (especifique) _____

2.- Mencione que son los niveles de atención para la Salud.

3.- En que nivel de atención para la salud está participando.

- a) Primer nivel
- b) Segundo nivel
- c) Tercer nivel

4.- ¿Qué nivel de atención es más importante para el sistema nacional de salud?

- a) Primer nivel
- b) Segundo nivel
- c) Tercer nivel

5.- El nivel señalado anteriormente es más importante para usted.

¿Por qué?

- a) Le permite prestar un servicio inmediato para restaurar la Salud del paciente.
- b) Le parece que es más importante la atención - inmediata.
- c) Le permite presentar un servicio a las comunidades preventivas.
- d) Le permite desarrollar una alta especialidad.

6.- ¿Cree usted necesario que para darle atención a la población, para la cual trabaja conocer sus características socioeconómicas y culturales?

- SI

- NO

7.- Participa directamente en la comunidad en actividades como:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Vigilancia epidemiológica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b) Orientación nutricional | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c) Aplicación de vacunas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d) Control del niño sano | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e) Planificación familiar | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f) Capacitación a la población | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

8.- ¿Participa en la detección oportuna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b) Diabetes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c) Cáncer cervicouterino y mamario | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d) Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e) Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f) Otras (especifique) _____ | | |

9.- Para llevar a cabo los servicios de salud de su institución a la comunidad, se vale de:

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Visita domiciliaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b) Entrevista | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c) Pláticas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d) Otras (especifique) _____ | | |

10. Las actividades que realiza comunmente en su servicio son:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Toma de signos vitales | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b) Somatometría | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c) Asistencia al Médico durante la consulta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d) Elaboración de notas en el expediente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e) Elaboración de informes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f) Control de usuarios al servicio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| g) Ministración de medicamentos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| h) Recolección de muestras de laboratorio. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- 4 -

- i) Cuidados específicos de enfermería a pacientes hospitalizados. SI NO
- j) Preparación y esterilización de material y equipo para los diferentes servicios SI NO
- k) Desarrolla actividades de alta especialidad SI NO
- l) Desarrolla actividades de personal dirigente SI NO
- m) Sus actividades requieren del apoyo de alta tecnología SI NO
- n) Otras (especifique) _____
-