



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESINA

Programas Integrados de Salud: una estrategia de trabajo para
Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
EMMA AGUILAR MORALES

No. DE CUENTA
7949103-9

DIRECTORA DEL TRABAJO
MTRA. ELIA ALJAMA CORRALES

AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada quiero agradecer a DIOS por permitirme vivir, por darme la oportunidad de mantenerme sana y con deseos de seguir caminando por este maravilloso mundo del conocimiento.

Agradezco a mis hijas, KARY y MONTSE por compartir conmigo la extraordinaria aventura de regresar a la escuela en èsta etapa de mi vida y por darme tiempo, tolerancia, cariño, AMOR e impulsarme aún cuando queria desfallecer.

A la UNAM por contar con programas como el SUA, que nos facilitan el acceso a la superaciòn y permiten consolidar nuestras metas .

A la Maestra Elia Aljama Corrales por su valiosísima asesorìa, que me permitiò culminar con mi Tesina.

Y a todos los Profesores que de uno u otra forma aportaron todos sus conocimientos para lograr mis objetivos.

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
FUNDAMENTACION TEÓRICA	
CAPÍTULO 1 LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO POLÍTICA INTERNACIONAL DE SALUD.	
1.1. Antecedentes.	10
1.2. Declaraciones de Alma-Ata.	11
1.3. Fundamentos y horizontes de la atención primaria.	16

CAPÍTULO 2 LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LAS AMÉRICAS UN REFERENTE A SU IMPLEMENTACIÓN EN MÉXICO.

2.1 Alcances de la Atención Primaria a la Salud en las Américas.	21
2.2 Factores que impactan la atención primaria en México.	22
2.3 Aplicación de la atención primaria a la salud en México.	25

CAPÍTULO 3 LA SALUD EN EL IMSS. UN PROYECTO NACIONAL DE ATENCIÓN.

3.1 En búsqueda de la calidad de atención en la salud.	29
3.2 Estrategias para la implementación de los programas preventivos integrales en el IMSS.	32

REFLEXIONES FINALES	47
---------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
----------------------------	----

ANEXO 1	58
---------	----

INTRODUCCIÓN

A partir del 2002 se implementaron **los Programas Integrados de Salud** que tienen como propósito el suministro sistemático y ordenado de acciones relacionadas con la promoción de la salud, vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y atención de la salud reproductiva.

Para dar cumplimiento con lo anterior, fue necesario dividir a la población en 5 grupos de edad. Dicha tarea fue encomendada en su totalidad al personal de Enfermería: **Enfermeras Especialistas en Salud Pública y Auxiliares de Enfermería en Salud Pública*** quienes, a partir de este proyecto, enfrentan la transformación de su actuar.

Es importante recordar que las mujeres-enfermeras han estado presentes a lo largo de la historia, conduciéndose originalmente con una idea **religiosa-vocacional** cuando la sanidad se ejercía en los templos, **técnicas auxiliares de medicina** en las grandes organizaciones hospitalarias y **prestadoras de un servicio enfermero científico social** en la construcción de un campo profesional propio¹.

Las enfermeras son promotoras de la salud, educadoras de la población, protagonistas en las detecciones de los problemas de salud, personajes importantes en la prevención, curación y limitación del daño, así como en la rehabilitación.

En el Primer Nivel de Atención a la salud, se debe brindar el cuidado con eficiencia, eficacia, oportunidad y sentido humano a los derechohabientes que acuden en demanda de atención.

* En cada Unidad de Medicina Familiar con el nuevo modelo de atención, se cuenta con una Enfermera Especialista en Atención Primaria a la Salud por cada Médico Familiar en plantilla (proporción 1.1). En una Unidad Modelo se cuenta en plantilla con 20 Enfermeras Especialistas en Atención Primaria a la Salud y 20 Médicos Familiares, además de dos Enfermeras Especialistas en Salud Pública.

¹ Hernández Conesa Juana Ma. Historia de la enfermería. p. 155.

En este sentido la Atención Preventiva tiene un enfoque Integral de la Salud ya que se logra integrar la atención preventiva, curativa y la rehabilitación, implica incluir al paciente y atenderlo de manera integral en sus necesidades, en un solo consultorio, en una sola consulta y por la misma enfermera, cuestión que para el trabajo realizado en el IMSS ha sido muy importante ya que ha permitido aumentar la calidad en la atención, la satisfacción del usuario y mejorar la imagen Institucional.

Durante el año 2002 se inició el trabajo para cumplir con los compromisos arriba señalados, para el año 2005 se autorizó el presupuesto necesario para llevar a cabo la remodelación de los servicios y crear nuevas unidades con las características correspondientes al nuevo enfoque de Atención Primaria a la Salud y a las actividades de la enfermera.

Es ahora responsabilidad del personal de ENFERMERÍA que se encuentra asignado a los servicios de: Medicina Preventiva, atención Materno Infantil y en los Módulos de Enfermería, en las nuevas unidades modelo en el primer nivel de atención, proporcionar atención integral al paciente en cada una de las etapas de su vida.

En esta función, el personal de Enfermería deberá de proveer información, promover la salud, educar para la salud, detectar tempranamente las enfermedades, proporcionar protección específica, vigilar la nutrición, la salud reproductiva y dar atención prenatal a mujeres en etapa reproductiva. Para cumplir con estos compromisos la enfermera debe contar con una preparación académica completa y suficiente que le permita enfrentar éstos retos (en el IMSS esta función la asumen las Enfermeras Especialistas en Atención Primaria a la Salud y Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia).

JUSTIFICACIÓN

Se expone en un trabajo como el presente, los propósitos que orientan y que podrían servir de directriz a las nuevas generaciones de profesionales de la salud en relación a los programas integrados de salud, ya que son reconocidos a nivel nacional e internacional y justificados en la adopción de estrategias aplicadas por enfermería, que han logrado impactar favorablemente en la prevención de la enfermedad y la limitación del daño en la población, dichos propósitos son:

- ✘ Incidir en la solución de los principales problemas de Salud Pública.
- ✘ Cambiar los programas con un enfoque desarticulado por programas de atención integrada.
- ✘ Ordenar y agrupar a la población en grupos etáreos, para valorar los patrones de salud-enfermedad propios de cada ciclo de la vida.
- ✘ Integrar y coordinar las acciones *EN UN MISMO MÓDULO, EN UNA MISMA CONSULTA Y POR LA MISMA ENFERMERA.*
- ✘ Ordenar, simplificar y agilizar la prestación del servicio.
- ✘ Proporcionar atención integral a la salud a través del profesional de enfermería.
- ✘ Concientizar a los formadores de capital humano, sobre la importancia del campo de la Atención Primaria a la Salud.

OBJETIVOS

- ❖ Dar a conocer los programas relativos a la Atención Primaria a la Salud con un modelo de cuidado integral aplicado en el I.M.S.S.

- ❖ Difundir el campo de acción y el trabajo encomendado a la enfermera en la aplicación de los programas integrados de salud.

- ❖ Dar a conocer los avances en relación al trabajo realizado por enfermería con la población derechohabiente al I.M.S.S.

- ❖ Concientizar a los formadores de capital humano, de la importancia del campo de la Atención Primaria a la Salud en el profesional de enfermería, en base a las necesidades de un país con las características del nuestro.

- ❖ Destacar el compromiso y/o oportunidad que tiene el profesional de enfermería para fortalecer su presencia, en el primer nivel de Atención a la Salud.

- ❖ Analizar la participación de las nuevas generaciones de enfermeras a fin de prepararse para enfrentar los retos que implica su desempeño.

METODOLOGÍA

A. DELIMITAR EL TEMA DE ESTUDIO.

A.1. Analizar la participación del personal de enfermería como protagonista principal en la ejecución de los Programas Integrados de Salud en el marco de la Atención Primaria, en Unidades Médico Familiares del IMSS.

B. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.

- B.1. Internet.
- B.2. Biblioteca de la ENEO y biblioteca central de Ciudad Universitaria.
- B.3. Revistas de enfermería del IMSS y ENEO-UNAM.
- B.4. Sistema de Información IMSS (Normatividad de Salud Pública).

C. REFLEXIONES FINALES.

- C.1. Análisis y reordenamiento de información obtenida.
- C.2. Análisis de resultados y logros de la estrategia implementada.
- C.3. Conclusiones y expectativas para la Enfermería..

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

CAPÍTULO 1 LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO POLÍTICA INTERNACIONAL DE SALUD.

1.1. Antecedentes.

La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud de Alma-Ata**, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70's. La conferencia fue organizada por la OMS / OPS y UNICEF, teniendo como sede la entonces URSS.

La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Alma-Ata**, subrayando la importancia de la Atención Primaria a la Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "**Salud para todos en el año 2000**" de tal manera que la atención de la salud debería ser un derecho fundamental de cada hombre, mujer y niño².

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria se consolidó como declaración el 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.

² http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_kennedy.htm. "Primary health care 25 years of the Alma-Ata declaration". Bajada el 31 de Julio de 2009.

En los años 70's, existía un panorama económico y político crítico pues el mundo estaba en plena Guerra Fría, además de existir democracias poco estables y dictaduras militares, la salud se encontraba con una orientación centralista y deficiente. A pesar de esto concurrían esfuerzos gubernamentales para permitir un mayor acceso a la salud.

Teniendo como antecedente directo a ésta, la Conferencia de Alma-Ata, la III Reunión Especial de Ministros de Salud convocada en Chile en el año 1972, se comprometió en atender las deficiencias e inequidades de los servicios de salud. A partir de ese año se fortalece la idea de que sería la Atención Primaria de Salud una estrategia para permitir un mayor acceso a los servicios de salud de las poblaciones en los diferentes países.

1.2. Declaraciones de Alma-Ata.

Están delimitadas en un total de diez puntos³, los cuales buscan sentar la base para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud. A continuación se mencionan:

I.- Definición de salud:

La OMS considera a la salud como el total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo la salud un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de bienestar en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de los sectores sociales y económicos en añadidura al sector salud.

³ OMS-UNICEF. Atención primaria de salud. p.p.2-6.

II.-Igualdad:

La existencia de una gran desigualdad en la calidad de atención a la salud entre las personas, de países desarrollados y subdesarrollados así como al interior de los propios países. Esta situación es política, social y económicamente inaceptable y es, por tanto, una preocupación común de todos los países y no solamente de aquellos en vías de desarrollo.

III.- Salud como un asunto socioeconómico:

El desarrollo social y económico, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica para el logro cabal del libre acceso a la salud y de la reducción de la brecha existente entre el nivel de salud de los países en vías de desarrollo y de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable, contribuyendo además a mejorar la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial.

IV.- El acercamiento al derecho de la salud:

Los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades.

V.- Responsabilidad gubernamental:

Los gobiernos tienen una responsabilidad para garantizar el cuidado de la salud de sus individuos, lo que puede ser obtenida mediante la disposición de medidas sociales y sanitarias adecuada a las necesidades de los pueblos.

El objetivo principal de los distintos gobiernos, las organizaciones a nivel mundial y la comunidad internacional en las décadas posteriores a la declaración de Alma Ata, debería lograrse en el año 2000, permitiendo la salud de las personas

además de tener una vida económica y socialmente productiva. Considerando la Atención Primaria a la Salud, como clave para conseguir esta meta en el marco de desarrollo y espíritu de justicia social.

VI.-Elementos definitorios de la Atención Primaria a la Salud:

La atención primaria basada en principios científicos, es esencial para el cuidado de la salud. Este enfoque permite retomar los métodos sociales aceptables y el acceso universal a la tecnología.

Este sistema se adapta con mayor facilidad a las necesidades de cada lugar al convertirse en el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. Teniendo como contexto el sistema nacional de salud que de esta manera procura llevar el cuidado a la salud lo más cerca posible de aquellos lugares donde los individuos viven y trabajan.

VII.-Componentes de la atención primaria de salud:

Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, por consiguiente

Incluye:

- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de prevención y control.
- La promoción de alimentos y en consecuencia la nutrición apropiada.
- El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable como elemento de sanidad básica.
- El cuidado materno - infantil, incluyendo la planificación familiar.
- La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.
- La prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- La provisión de medicamentos esenciales.

Implica:

- Sumar al sistema de salud, los sectores relacionados con el desarrollo de los países y las comunidades, en particular la agricultura, cría de animales, alimentación, industria, educación, vivienda, servicios públicos, comunicaciones y otros; demandando los esfuerzos coordinados de todos ellos.

Requiere:

- Promover la autoestima individual y social, la participación en la planeación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles. Para este fin se promocionará la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana.

Se recomienda:

- A enfermeras, médicos, parteras auxiliares y trabajadores comunitarios, trabajar en equipo con formación teórica y práctica, para responder a las necesidades de la comunidad.

VIII.- Todos los gobiernos deben formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción:

Para iniciar y sostener la atención primaria a la salud como parte de un amplio sistema nacional en coordinación con otros sectores. Para esto será necesario un ejercicio político que movilice los recursos del país y los aplique de forma racional.

IX.- Todos los países deben colaborar con espíritu social y de servicio:

Para asegurar la atención primaria a la salud, es necesario considerar que el logro de salud en algún país beneficiará a todos los demás países. En este contexto la junta OMS/UNICEF informó que la atención primaria constituye una base sólida universal para el desarrollo futuro de los países

X.- Alcances del proyecto de salud para todas las personas del mundo en el año 2000

La extensión y mejora en el uso de recursos a nivel mundial para la salud, en oposición a la adquisición de armamentos y mantenimiento de los conflictos militares, nos conduciría a una política genuina de independencia, paz y desarme. Una política de este tipo debe liberar recursos adicionales que bien podían ser utilizados en la aceleración del desarrollo económico y social.

La Conferencia pidió acciones nacionales e internacionales urgentes para el desarrollo e implementación de la atención primaria a la salud. Urgió a los gobiernos, a las organizaciones internacionales, OMS y UNICEF, a las agencias multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, agencias de financiamiento, a los trabajadores de la salud y la comunidad internacional para apoyar a los comités nacionales e internacionales de atención primaria mediante la apertura de canales para el soporte técnico y financiero que fuera necesario, particularmente en los países en vías de desarrollo.

A si mismo, la Conferencia pidió a todos los antes mencionados, colaborar en la introducción, desarrollo y mantenimiento de la atención primaria de salud en concordancia con el espíritu y contenido de la Declaración.

1.3. Fundamentos y horizontes de la atención primaria.

✧ FUNDAMENTOS POLÍTICOS.

El apoyo que deben brindar los diferentes países en el aspecto político en la Atención Primaria a la Salud va más allá de la aprobación oficial de los gobiernos y representantes comunitarios, exige una verdadera voluntad política para el desarrollo sanitario en particular para los países más pobres, esto requiere aumentar el financiamiento a la población que se encuentra en estado de pobreza hasta que la atención sanitaria verdaderamente impacte favorablemente en su calidad de vida⁴. La salud es un derecho humano, es un objetivo importante del desarrollo, así como un instrumento para mejorar la productividad de los trabajadores y, por ende, el crecimiento económico.

La reducción de la morbilidad y mortalidad de la población debe ser el centro de cualquier programa de desarrollo.

Es derecho y deber de la gente participar, individual y colectivamente, en la planificación e implementación de la atención primaria a la salud.

Todas las actividades que pueden contribuir significativamente a mejorar la atención a la salud deberían examinarse para la formulación de programas y políticas de salud y poder así maximizar su eficacia en costos y términos de salud.

Los eventos que presenta el ser humano conllevan factores que actúan en interdependencia. Estos entramados están actualmente documentados en procesos como la nutrición, las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas degenerativas y el saneamiento ambiental.

La "ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD" es costeable y socialmente aceptable, desalienta el uso exclusivo de métodos basados en avanzadas tecnologías

⁴ OMS-UNICEF. Op. Cit. p.p.49-50

occidentales y por tanto existe la necesidad contar con personal profesional altamente especializado.

✧ **LOGROS ALCANZADOS.**

La Atención Primaria de Salud se convirtió para la Organización Mundial de la Salud en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de salud para todos. El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas, fue renovado por la Asamblea de la Salud en su resolución OMS 51.7 (1998), en la que los Estados Miembros afirmaron su propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria a la salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la política de salud para todos en el siglo XXI.

Desde la Declaración de Alma-Ata, la situación sanitaria a nivel de países ha cambiado considerablemente. Se han registrado importantes modificaciones en la forma de distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico. Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud. Los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población y la organización y prestación de la atención de salud, lo que entraña cambios en el contexto en que se enmarcan la elaboración y puesta en práctica de la política sanitaria.

Los conceptos que se elaboraron en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978), renovados en los últimos años por nuevas ideas, continúan influyendo en aspectos primordiales de las políticas internacionales de salud. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para

fomentar el desarrollo económico y subrayan la necesidad de avanzar por la senda de las intervenciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria.⁵

Los objetivos de desarrollo, internacionalmente acordados, y comprendidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en el Programa 21 o el Plan de Ejecución resultante de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), requieren el fortalecimiento de los servicios de salud para todos, como paso previo para la mejora de la salud, particularmente en los países más pobres.

En los últimos años se han elaborado, en el plano nacional e internacional, nuevas políticas, estrategias, instrumentos y herramientas para financiar y hacer más eficaz el costo y evaluar la atención de salud, que en muchos casos, contribuyen directamente al fortalecimiento de la atención primaria de salud⁶.

✧ LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SIGLO XXI

La Organización Mundial de la Salud acaba de efectuar un examen de la contribución que según cabe esperar, puede aportar la atención primaria para responder a los problemas de salud del siglo XXI⁷. Las conclusiones de ese estudio indican que dentro de los países existe a todos los niveles una adhesión genuina a los principios de la atención primaria a la salud.

Algunos Estados Miembros han demostrado ese compromiso elaborando políticas concretas en materia de atención primaria asegurando su aplicación a través de

⁵ Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. 2001, en OMS, "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario". p. 1.

⁶ OMS "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario". p. 1-2

⁷ A global review of primary health care: emerging messages. Documento WHO/MNC/OSD/03.01 en OMS, "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario". p. 2.

las autoridades locales y nacionales competentes con la aportación de los recursos oportunos.

Numerosos países, siguen considerando la atención primaria a la salud como piedra angular de la política sanitaria y como marco para la prestación de atención de salud, están revisando ahora ese modelo para adaptarlo a una serie de diferentes situaciones sanitarias y sociales.

La equidad en la salud permanece como un objetivo importante para los sistemas de salud y la prestación de servicios de atención sanitaria. En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se indica que los objetivos de un sistema de salud no se limitan a mejorar la salud y a dar respuesta a las legítimas expectativas de la población sino que también consisten en asegurar que el grado de satisfacción sea el mismo en todos los segmentos de población así como velar por la equidad de las contribuciones financieras.⁸

Estos últimos elementos quedan reflejados en los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud al fortalecer la capacidad de los países para conferir, dentro de las estrategias de reducción de la pobreza, mayor importancia al componente de salud y formular y aplicar políticas sanitarias beneficiosas para los pobres.

Las organizaciones no gubernamentales, que antes ya tenían un papel activo en la prestación de atención primaria a la salud, participan ahora cada vez más en su financiamiento, lo que está añadiendo una nueva dimensión al modo de elaboración de las políticas de salud y a la forma de organización y suministro de los servicios pertinentes. Esto plantea nuevos desafíos, y también nuevas oportunidades, a la función rectora de los gobiernos en el sector sanitario.

En los Estados Miembros en que la prestación de atención primaria a la salud es incompleta o no está a la altura de los resultados esperados, las deficiencias se

⁸ OMS. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario" p.2.

relacionan a la falta de orientación práctica en materia de aplicación, a la falta de liderazgo o voluntad política, a la insuficiencia de recursos y a las expectativas poco realistas que se han puesto en este modelo de atención. Cuando la atención primaria a la salud no llega a la población a la que va dirigida en particular a los pobres y a otros grupos desfavorecidos, se debe también a una serie de complejos factores socioeconómicos y políticos de diversa índole.⁹

En los países desarrollados y de ingresos medios donde la mayor parte de la población tiene acceso a los servicios de salud, la atención primaria se centra en prestar los servicios adecuados en los niveles que corresponde.

En los países de ingresos bajos que siguen enfrentando importantes dificultades, la atención primaria a la salud a menudo se emplea como estrategia global tanto para aumentar los servicios como para mejorar el acceso a los mismos.

En adelante, una característica clave de cualquier modelo local de atención primaria de salud que pretenda ser eficaz, será la adaptabilidad a unas circunstancias en rápida evolución, la capacidad de respuesta ante necesidades determinadas a nivel local y la disponibilidad de recursos suficientes y estables. Por otro lado, habrá que mejorar los sistemas de evaluación, con el fin de poder disponer de los datos requeridos para la formulación de políticas de atención primaria de salud, ya sea a escala nacional o local.¹⁰

⁹ OMS. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario" p.2.

¹⁰ OMS. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario". p. 2-3

CAPÍTULO 2 LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LAS AMÉRICAS UN REFERENTE A SU IMPLEMENTACIÓN EN MÉXICO.

2.1 Alcances de la Atención Primaria a la Salud en las Américas.

En los últimos decenios, la mayor parte de los países de la **Región de las Américas** han abrazado la meta de la salud para todos a través de la atención primaria de salud. La atención primaria, que en algunos países se introdujo antes de la Declaración de Alma-Ata, ha ido adoptando la forma de un “movimiento” que ha conducido a la promoción de importantes políticas sociales en toda la Región. Aunque interpretada y aplicada de modos diferentes según los países, la atención primaria a la salud contribuye a mejorar el acceso a servicios esenciales como los relacionados con la inmunización, la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua o el saneamiento básico.

Desde una perspectiva histórica, podemos afirmar que la estrategia de Atención Primaria a la Salud, es elemento central de las políticas nacionales de salud y ofrece respuestas sectoriales a los problemas de salud en los países de las Américas en los años transcurridos desde Alma-Ata.

Los países han puesto énfasis en el núcleo conceptual y operacional de la atención primaria para obtener el *impacto* deseado en la salud de las poblaciones, con el máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector salud. En tal sentido la ganancia en la esperanza de vida, obtenida en la Región, podría considerarse un indicador indirecto sobre la influencia positiva en la salud de la población contando con la Atención Primaria a la Salud como estrategia central.

11

¹¹ OMS. “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario” p.2.

Sin embargo, si bien la Región de las Américas ha hecho importantes adelantos en materia de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud persistentes en los países de la Región. Para abordar esta situación se necesitan objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

Los países se han comprometido a integrar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en las metas y objetivos de las políticas sanitarias de cada país.

Un sistema de salud basado en la atención primaria debe orientarse hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.¹²

Las metas para mantener un sistema de esta naturaleza deben plantear la satisfacción de las necesidades sanitarias de los ciudadanos con equidad y eficiencia, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales¹³.

2.2 Factores que impactan la atención primaria en México.

La batalla contra la pobreza, la búsqueda de la equidad y el acceso a la salud para todos deben ser parte de la estrategia de un gobierno comprometido con el pleno desarrollo de su población.

¹² OMS. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario" p.2.

¹³ Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), en Macinko J, et. al. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas". p. 75.

Hoy diversas fuentes sostienen la idea de que existe una dependencia mutua y positiva entre **SALUD y DESARROLLO**, es decir que es posible establecer un círculo virtuoso, en el cuál uno y otro lado se fortalecen a medida de que avanzan.

A partir de estos conceptos, se ha formulado la proposición de que un incremento en el gasto en salud es una verdadera inversión social con un altísimo potencial de retorno; tal idea esta siendo cada vez más aceptada e implementada en el mundo.

Así pues, el costo de la Atención a la Salud debe considerarse como una inversión, ya que un pueblo sano constituye un capital indispensable para el avance económico. Es importante entender que un trabajador poco saludable, no podrá llevar a cabo su labor con eficiencia y será imposible que se incorpore con toda su capacidad al trabajo productivo.¹⁴

Cobertura

La cobertura consiste en las acciones realizadas a una población específica que deberá de beneficiarse con la atención otorgada, (proporción de población adscrita a un programa específico en un área territorial determinada, respecto del total de la población beneficiaría de los servicios de salud de esa área territorial). Sin embargo, la dispersión de la población principalmente la rural, es un factor que incrementa la complejidad de la cobertura y acceso a los servicios de salud.

Académico

El sistema educativo en el área de la salud ha sido tradicionalmente orientado al modelo de atención curativo. Significa que la implementación de la estrategia de “Atención Primaria a la Salud” requiere de una reorientación decidida de las escuelas que forman personal para la atención a la salud, además de la

¹⁴ Uribe Esquivel Misael, Malaquías López Cervantes, Reflexiones acerca de la Salud en México, p. 19.

reeducación del personal que actualmente esta proporcionando servicios a la población.

El esfuerzo vale la pena, considerando que la Salud es una meta prioritaria tanto por su valor intrínseco como por ser un insumo importante para el desarrollo económico y social, que contribuye a la equidad y a la reducción de la pobreza.

Las responsabilidades globales para mejorar la salud al inicio del siglo XXI, se establecieron en las metas de desarrollo acordadas en la Reunión Cumbre del Milenio, realizada bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas en septiembre del 2000, enfocándose en la reducción de la pobreza y en metas particulares de salud. Los compromisos antes mencionados exigen que el sector educativo se sitúe en el más amplio contexto de la **Promoción de la Salud**.

Entendemos la salud de la población como un bien de producción social que rebasa fácilmente el quehacer del sector salud como tradicionalmente se ha acotado o limitado. Así mismo, entendemos a la PROMOCION DE LA SALUD, como un bien público, central a la salud, al desarrollo económico y a la lucha contra la pobreza, con amplios recursos positivos que propician la igualdad y la búsqueda en la equidad de oportunidades que implican el desarrollo humano y del capital social.

Se asume el establecimiento de las políticas saludables como responsabilidad del estado y la necesidad de una amplia participación social, comunitaria e individual que requieren un entendimiento profundo de las condiciones ecológicas, sociales, económicas, demográficas y políticas, ya que todas ellas afectan la salud y necesariamente, deberán ser abordadas en una estrategia educativa.

El centro de gravedad más apropiado para la Promoción de la Salud es la **comunidad**, el empoderamiento de la misma, entendido como la capacidad para analizar y tomar decisiones sobre la salud individual y colectiva que se considera la espina dorsal de la Promoción de la Salud, ya que ésta le da vigencia y factibilidad.¹⁵

La reeducación del personal de salud para la instauración de la estrategia de Atención Primaria, se ha concebido como una acción nacional. La estructura básica de capacitación de los recursos humanos debió establecerse desde el año 1988 y requiere que se realice en las 32 entidades federativas del país, las acciones están dirigidas a formar el personal que tome el liderazgo de la instrucción y a crear infraestructura para que sea extensiva.

2.3 Aplicación de la atención primaria a la salud en México.

La atención primaria representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, y es el vínculo con el sistema nacional de salud. La atención se acerca al lugar de residencia y trabajo, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud y constituye una función central para el desarrollo social y económico global de la comunidad.¹⁶

El cuidado de la salud desde la perspectiva de la Enfermería es considerado como una acción necesaria de todo ser humano y depende de tres factores:

I.- El autocuidado

¹⁵ Urbina Fuentes Manuel, et. al, La Experiencia Mexicana en Salud Pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio p.p. 317-319.

¹⁶ Sydney L. Kark, Emily Kark, JM. Abramson, Gofin Jaime, Atención Primaria Orientada a la Comunidad. p. 179.

Las necesidades de salud de los ciudadanos, dependen en gran medida de la capacidad de autocuidado que estos tengan. La salud de la familia ó del grupo depende de que el individuo asuma sus responsabilidades, y se cuide a sí mismo o a su núcleo familiar. Dorotea Orem, desde la escuela de necesidades, menciona que el autocuidado es una contribución constante del individuo a su propia existencia, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas, para beneficio de sí mismas. (Se cita como referencia a Dorotea Orem, sin embargo, la tesina está basada desde la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud).

II.- El cuidado desde los programas de salud

Los programas de salud, son la vía para que el sistema de salud cuide a los ciudadanos, vigile su salud en las diferentes etapas de la vida, les provea de información necesaria para mejorar su salud o sobrellevar su enfermedad, les facilite los medios para detectarla precozmente, les enseñe a convivir con sus hándicaps y sus enfermedades crónicas, en definitiva les ayude a nacer, vivir y morir con CALIDAD.

Los programas instruyen en el auto cuidado que son la base del éxito de nuestra salud, desde diversos ángulos ya sean preventivos, curativos o de rehabilitación, para con ello lograr que independientemente de la situación de salud de cada individuo, prevalezca la calidad de vida y no solamente una prolongación de la misma, por lo que es importante, implantar un plan de salud local, regional y nacional que incluya programas para atender la salud en todas las etapas de la vida y en todas las situaciones, siendo la única forma de cuidar la salud de la población.¹⁷

¹⁷ Antón Nardiz Ma. Victoria, Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. p.p. 19- 23.

III.- El cuidado desde la política general del estado.

Las instituciones públicas responden a un plan nacional de salud en donde se identifican las POLÍTICAS, que orientarán las acciones tendientes a solucionar la problemática de salud a nivel nacional¹⁸.

A partir del Diagnóstico de Salud, que indica la prevalencia de enfermedades por grupo de edad y en las diferentes áreas geográficas, se plantea valorar los resultados obtenidos con las estrategias implantadas y, de ser necesario modificarlas.

El diagnóstico de salud permite evaluar la suficiencia de recursos humanos y materiales, para determinar las acciones que se implementarán, para así lograr los objetivos establecidos en las políticas de salud que deberán impactar favorablemente la salud de la población.

Resultantes de la atención primaria a la salud.

Es importante conocer que la mayoría de la gente nace **SANA**. El ser humano tiene mecanismos de defensa significativos pero, el entorno los puede modificar y cuando se deteriora su estilo de vida puede ser vulnerable a padecer una enfermedad.

El estilo de vida es con mucho, el factor más importante que conduce a la muerte por malos hábitos, costumbres, alimentación, inactividad, adicciones, etc. Así, el estilo de vida tiene un peso del 51% de las causas de muerte seguidos por

¹⁸

Ibidem

factores ambientales 20%, herencia y factores genéticos un 19% y la intervención médica 10%.¹⁹

La experiencia mundial revela que los países gastan en salud-enfermedad, proporciones que van del 4 al 10% del Producto Interno Bruto, en relación al tipo de servicios de salud existentes y al nivel de desarrollo económico- social del país. Lo que representa una cantidad considerable del presupuesto nacional dedicado a la salud. Paradójicamente la mayoría de las inversiones son para curar la enfermedad pues en todos los países del mundo el diagnóstico y tratamiento son muy costosos.

En los presupuestos nacionales se observa que las inversiones en salud han aumentado, sin que los indicadores en salud mejoren notablemente, a excepción de la disminución de las tasas de mortalidad en los países menos desarrollados, muy probablemente por el éxito de los programas de salud materno-infantil.²⁰

Esto quiere decir que la inversión en salud no es suficiente considerando que la determinación del gasto a nivel nacional, resulta de las necesidades de salud de la población contra los recursos existentes,²¹ es de considerar que las necesidades de la población rebasan los recursos existentes.

La salud de la población mexicana, indica un incremento en las enfermedades crónicas degenerativas, tales como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y problemas de Obesidad, las cuales, requieren de una gran parte del presupuesto destinado a la salud de la población, por lo anterior, es de vital importancia incidir en la prevención y control de dichas enfermedades con la finalidad de evitarlas o por lo menos limitar el daño que podrían ocasionar si hubiese complicaciones.

¹⁹ Uribe Esquivel Misael, Malaquías López Cervantes. Reflexiones acerca de la Salud en México p. 41

²⁰ Uribe Esquivel Misael, Malaquías López Cervantes. Reflexiones acerca de la Salud en México p. 41

²¹ Hernández San Martín. Administración en salud pública. p. 129.

La historia define sus etapas por los eventos más significativos que en ella sucedieron: económicos, políticos, etc. Los hechos típicos dan nombre a las diferentes décadas que nos anteceden: guerras, descubrimientos, avances.

En el terreno sanitario se habla de la década de los antibióticos, del BOOM de los hospitales, y siguiendo ésta línea, no sería aventurado decir que los años 80's podrían quedar marcados como la década de LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

La SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 no se ha cumplido; sólo una profunda reforma del sistema, traería consigo una sociedad más participativa y conocedora de su responsabilidad, individual y colectiva, en el campo de la salud.

De igual forma habría que modificar el presupuesto nacional si realmente se quiere trabajar para la salud y no sólo contra la enfermedad. Los presupuestos destinados a hospitales deben ser del mismo monto de los asignados a la ATENCIÓN PRIMARIA, Incluso "debería cambiar la producción de las grandes empresas farmacéuticas y dirigirse prioritariamente a la prevención y al fomento de la salud".²²

²² Antón Nardiz Ma. Victoria, Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. p. 3.

CAPÍTULO 3 LA SALUD EN EL IMSS. UN PROYECTO NACIONAL DE ATENCIÓN.

3.1 En búsqueda de la calidad de atención en la salud.

En la actualidad el I.M.S.S. está trabajando con un enfoque preventivo, implementando planes y programas, para ello cuenta con el recurso humano suficiente con preparación técnico-administrativa y actitud de servicio.

Así como el entorno, áreas físicas equipadas, acondicionadas específicamente para proporcionar atención integral al derechohabiente, cumple con lo requerido para mejorar la imagen y así lograr alcanzar la línea estratégica de MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD.

A partir del 6 de Abril del 2008, el Lic. Felipe Calderón Hinojosa, el Secretario de Salud, así como los directores de las instituciones de salud, ISSSTE, IMSS, SS etc., dieron a conocer la clasificación de la población mexicana, en cinco grupos etáreos, para otorgarles la atención de igual forma como lo ha venido manejando el Instituto Mexicano del Seguro Social. Con ello se pretende ampliar la cobertura en la población mexicana e impactar favorablemente en la salud de la población.

Los Programas Integrados de Salud se basan en el Diagnóstico Nacional de Salud, el cual marca las directrices para lograr mayores beneficios a la población, retomando sus necesidades, para lo cual es necesario no perder de vista lo siguiente:

Mejorar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, la protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos, con el fin de elevar su impacto mediante acciones simultáneas y coordinadas.

Reagrupar los Programas Integrados en cinco grupos etáreos con la finalidad de agrupar las enfermedades, así como los riesgos.

Cambiar de acciones fraccionadas a acciones integrales, realizando estas últimas **en un mismo módulo, en la misma consulta y por la misma enfermera.**

Establecer los compromisos de Enfermería para aplicar simultánea y coordinadamente las acciones preventivas y curativas, para con ello contribuir al desempeño del propósito original del cuidado cotidiano a la salud que todo individuo merece.

Deberá ser ahora responsabilidad fundamental del personal de ENFERMERÍA correspondiente a categorías tales como, Enfermera Especialista en Atención Primaria a la salud ó Enfermera Especialista en Medicina de Familia, que se

encuentran asignadas a los servicios del tipo de Medicina Preventiva y Atención Materno Infantil, para lograr tal objetivo.

Al inicio de la implementación de los programas PREVENIMSS en el 2002, se identificaron algunos obstáculos para consolidar los Programas Integrados de Salud que en seguida se enumeran:

1. Áreas físicas inadecuadas.
2. Mobiliario y equipo insuficiente, principalmente en los servicios de medicina preventiva.
3. Insumos y mobiliario deteriorados e innecesarios
4. Falta de orden y limpieza en los servicios de medicina preventiva y de atención materno infantil.

Durante el año 2004 se trabajó en el cumplimiento de los compromisos para contar con áreas dignas para la atención del paciente y el trabajo de Enfermería. Para el año 2005 se autorizó el presupuesto necesario para llevar a cabo la remodelación de los servicios.

Se elaboraron las bases técnicas para la remodelación y equipamiento de los servicios de medicina preventiva en unidades de medicina familiar.

Los módulos de Enfermería de medicina preventiva y materno Infantil, como servicios tipo, deben facilitar el otorgamiento de la atención, el cumplimiento de las metas establecidas y los compromisos para otorgar la atención integral en cualquier grupo de edad.

Deben ubicarse idealmente en la misma área de los consultorios de medicina familiar, si es posible, intercalarlos.

El número de módulos debe permitir realizar el trabajo independiente de cada una de las Enfermeras.

3.2 Estrategias para la implementación de los programas preventivos integrales en el IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, se dio a la tarea de implementar una nueva táctica para la prestación de sus servicios; creando los Programas Integrados de Salud, que tienen como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud mediante la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, la salud reproductiva y la vigilancia prenatal. Los programas son dirigidos a los siguientes grupos de edad:

- Niños (de 0 a 9 años).
- Adolescentes (de 10 a 19 años).
- Mujeres (de 20 a 59 años).
- Hombres (de 20 a 59 años).
- Adultos mayores (mayores de 59 años)¹.

La conformación de estos grupos obedeció a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa. Tal como se señala en las guías técnicas de cada programa, detallando cada una de las actividades a realizar en los diferentes grupos de edad, las cuales se presentan a continuación*:

¹ Revista de enfermería del IMSS. "Programas Integrados de Salud". p. 41

* El contenido de las tablas se retomó de la referencia citada, sin embargo, el formato es propiedad de la autora.

NIÑOS (DE 0 A 9 AÑOS)²

✧ *Recién nacidos menores de 3 días de edad.*

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none">• Entrega informada de la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud.• Enseñanza de temas relacionados al cuidado del recién nacido y participación en sesiones educativas a los padres de familia.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none">• Somatometría• Evaluación del estado nutricional.• Ministración de 50,000 UI (una gota) de vitamina "A".
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar vacuna de BCG dosis única y 1º dosis hepatitis B.• Profilaxis oftálmica y ministración de vitamina K.
<u>Detección Oportuna de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none">• Toma de muestra de sangre para la detección de Hipotiroidismo congénito de 3 a 5 días de edad.• Seguimiento de caso probable.• Citar en la Unidad de Medicina Familiar de 3 a 5 días de edad para tamiz neonatal ampliado.

✧ *Recién nacidos de 3 a 7 días de edad.*

²

<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/ninos.htm> Bajada el 3 de Agosto de 2009.

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega informada de la Cartilla de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud. • Enseñanza de temas relacionados al cuidado del recién nacido y otras sesiones educativas.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir peso y talla. • Evaluar el estado nutricional.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacuna BCG y 1º dosis de hepatitis B si no se aplicó al nacimiento.
<u>Detección Oportuna de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de muestra para el tamiz neonatal ampliado. • Seguimiento inmediato de todo caso probable.

✧ Niños menores de un año de edad.

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega, revisión y comentario de la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. • Enseñanza de temas relacionados con la edad y participación en sesiones educativas y en grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir peso y talla. • Evaluar el estado nutricional. • Ministración de Vitamina A (2gts) a los niños de 6 a 11 meses en áreas de riesgo en Semana Nacional de Salud. • Ministración de sulfato ferroso: <ul style="list-style-type: none"> • Inicio a los 2 meses en niños de bajo peso al nacer durante 4 meses. • Inicio a los 4 meses en niños de peso normal al nacer durante 3 meses.

<p><u>Prevención y Control de Enfermedades</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacunas: • 2 y 6 meses de: Hepatitis B 2ª y 3ª dosis. • 2, 4 y 6 meses: pentavalente acelular (DPT, VPI y Hib) 1ª, 2ª y 3. • 2 y 4 rotavirus y neumocócica conjugada 1ª y 2ª dosis. • 6 a 7 meses: anti-influenza (Oct, Nov, Dic.) 1ª y 2ª dosis.
<p><u>Detección Oportuna de Enfermedades</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la función visual entre los 6 y los 8 meses de edad, seguimiento de objetos. • Enseñanza a la madre acerca de Infecciones de vías Respiratorias Altas signos y síntomas de alarma, Enfermedades Diarreicas y Terapia de Hidratación Oral.
<p style="text-align: center;"><i>✧ Niños un año de edad.</i></p>	
<p><u>Promoción de la Salud</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar, explicar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. • Enseñanza de temas relacionados con la edad y participación en sesiones educativas o grupos de ayuda.
<p><u>Nutrición</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir peso y talla. • Evaluar el estado nutricional. • Interconsulta con Médico Familiar, a todo niño con desnutrición u obesidad, Incorporar a la dieta familiar. • Educación para la alimentación saludable y el ejercicio diario. • Ministración de vitamina A 4gts a niños de 12 y 18 meses en áreas de riesgo en Semana Nacional de Salud.
<p><u>Prevención y Control de</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacunas: • 11 meses anti-influenza (Oct, Nov, Dic, Ene. y Feb.),

<u>Enfermedades</u>	<p>revacunación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 meses neumocócica conjugada, refuerzo y SRP (sarampión, rubéola y parotiditis.)1ª dosis. • 18 meses pentavalente acelular (DPT, VPI, HIB) refuerzo. Completar esquemas de vacunación. <p>Educación a la madre en Infección de vías Respiratorias Altas signos y síntomas de alarma, Enfermedades Diarreicas y Terapia de Hidratación Oral.</p>
<p>✧ <i>Niños de 2 a 9 años de edad.</i></p>	
<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega, revisión y comentario a la Cartilla de Salud y a la Guía para el Cuidado de la Salud. • Enseñanza de temas relacionados a la edad y participación en sesiones educativas o grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir peso y talla. • Evaluar anualmente el estado nutricional. • Canalizar con Médico Familiar, a todo niño con desnutrición u obesidad. • Educación en alimentación saludable y ejercicio diario. Orientación alimentaria, Desparasitación intestinal en áreas de riesgo en Semana Nacional de Salud. En niños de 2 a 4 años, administrar en áreas de riesgo Vitamina A 4 gts en Semana Nacional de Salud.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacunas: • 35 meses, influenza (oct., nov., dic.) revacunación anual. • 4 años DPT (difteria, pertussis y tétanos) refuerzo. • 6 años de edad SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) refuerzo. • Revisar esquema de vacunación de acuerdo a la edad y aplicar vacunas faltantes

	<ul style="list-style-type: none"> Educar a la madre en Infección de vías Respiratorias Altas signos y síntomas de alarma, Enfermedades Diarreicas y Terapia de Hidratación Oral. <p>A partir de los 3 años cada año: Enseñanza de la técnica de cepillado dental, detectar la placa dento-bacteriana y aplicar flúor tópico. 6 a 9 años autoaplicación flúor, en los 8 años, enseñanza de uso hilo dental.</p>
<p><u>Detección</u> <u>Oportuna de</u> <u>Enfermedades</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la agudeza visual a los niños de 4 a 6 años de edad. Seguimiento de casos sospechosos.

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD.³

³ <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adolescentes.htm> Bajada el 3 de Agosto de 2009.

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega, revisión y comentario de la Cartilla Nacional de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. • Enseñanza de temas relacionados la edad y participación en sesiones educativas o grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir peso y estatura. • Evaluar el estado nutricional con los valores de Índice de masa corporal. • Canalizar a los adolescentes con desnutrición u obesidad, al Médico Familiar. • Educación alimentaria, promoviendo la alimentación saludable y el ejercicio diario. • Desparasitación intestinal 10 a 14 años áreas riesgo durante la Semana Nacional de Salud. • Valoración de Signos, Síntomas ò factores de riesgo de anemia en adolescentes. • Administración de sulfato ferroso y acido fólico según la guía técnica.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de vacunas: • Sarampión, rubéola a partir de los 13 años Dosis Única. (No en el embarazo). • Tétanos, difteria a partir de los 10 años. 2ª dosis de 4 a 8 semanas después, refuerzo a partir de los 12 años, adolescentes embarazadas 1 dosis cada embarazo. Hasta completar con 5 dosis. • Hepatitis B a partir de los 12 años y 2ª dosis al mes de la primera. • Detección y control de Enfermedades de Transmisión Sexual, incluso VIH SIDA educación a adolescentes con factores de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar condones de manera informada. • Consejería para prevención Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH SIDA, Prevención de adicciones. • Promover el cepillado dental. Detección de placa dentobacteriana, uso de hilo dental. • Diagnóstico de Tuberculosis pulmonar en mayores de 15 años que presentan tos con flema, mediante una basiloscofia. • Administrar Tratamiento acortado estrictamente supervisado por la enfermera a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar • Acciones preventivas en la embarazada, tales como detección de placa dento-bacteriana, cepillado dental, aplicación tópica de fluor, promoción de programas específicos como: alimentación saludable, higiene personal, lactancia materna, planificación familiar, detección de signos y síntomas de alarma, inicio de trabajo de parto, cuidados del R.N., etc.
<p><u>Detección Oportuna de Enfermedades</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de esputo para estudio de basiloscofia en pacientes que presenten tos con flemas. • Evaluar la agudeza visual a los 12 y 15 años. • Detección de cáncer cervicouterino mediante estudio de papanicolaou en adolescente con Vida sexual activa que demanden la atención. • Seguimiento del caso en mujeres con citología normal.
<p><u>Salud Reproductiva</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería para el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que han iniciado vida sexual. • Consejería acerca de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes. • Consejería acerca del uso del condón.

- Consejería para el uso métodos anticonceptivos, embarazos no deseados y riesgos en el embarazo.
- Consejería en la etapa prenatal, signos y síntomas de alarma y factores de riesgo.

MUJER DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD.⁴

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none">• Entrega, revisión y comentarios a la Cartilla Nacional de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud.• Enseñanza de temas relacionados a la edad y a participación en grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado nutricional. Medir peso, estatura, diámetro abdominal e índice de masa corporal.• Canalizar a mujeres con desnutrición u obesidad al Médico Familiar.• Orientación alimentaria, promover alimentación saludable y ejercicio diario.• Detección de anemia en mujeres con signos, síntomas o factores de riesgo.• Administrar sulfato ferroso y ácido fólico acordes a la guía técnica.• Ministrar ácido fólico a las mujeres que tiene planeado embarazarse durante los tres meses previos.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar vacunas:• De 20 a 39 años de edad, Sarampión y Rubéola a no embarazadas.• Aplicación de vacuna de difteria y tétanos a embarazadas, con lesión o riesgos, acordes a guía técnica y tomando en cuenta el riesgo del área geográfica en donde vive.• Detección de sífilis, VIH SIDA en embarazadas o con factores de riesgo. Seguimiento de casos sospechosos.• Entregar condones de manera informada.• Orientación y consejería en la prevención de

⁴ <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/mujeres.htm> Bajada el 3 de Agosto de 2009.

	<p>Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH SIDA y adicciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar basiloscofia para la detección de Tuberculosis Pulmonar en mujeres con tos productiva. Seguimiento de casos sospechosos. • Promover el cepillado dental, uso de hilo dental, detección de placa dentobacteriana y aplicación tópica de flúor en cada embarazo. • Administrar tratamiento acortado estrictamente supervisado por la enfermera a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. • Quimioprofilaxis a contactos de Tuberculosis Pulmonar.
<p><u>Detección Oportuna de Enfermedades</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar Cáncer cérvico uterino cada 3 años en mujeres de 25 años y después de 2 detecciones anuales con resultado normal. Realizar la detección de Cáncer cérvico uterino, si refiere vida sexual activa y demanda la atención. Seguimiento de casos con citología anormal. • Detectar el cáncer de mama, capacitando en la autoexploración mensual. • Exploración clínica anual a partir de los 25 años. • Mastografía cada 2 años a partir de los 50 años y de los 40 años en mujeres con antecedentes hereditarios directos. Seguimiento de casos sospechosos. • Detectar la diabetes mellitus en glicemia capilar, cada 3 años en mujeres de 45 y a partir de los 20 años en aquellas con factores de riesgo sobre peso obesidad y antecedentes heredo familiares directos. Seguimiento de casos sospechosos. • Detectar la hipertensión arterial cada año en mujeres de 30 y a partir de 20 años en pacientes con factores de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de hipercolesterolemia, (sangre capilar cada 3 años en mujeres de 20 a 44 años (asintomática, no diabética, no hipertensa, con antecedente heredo familiar directo de hipercolesterolemia, Infarto Agudo del Miocardio o muerte súbita, obesa y fumadora) De 45 a 59 años en toda derechohabiente no diabética, no hipertensa. Seguimiento de casos sospechosos. • Solicitar baciloscopía para la detección de tuberculosis pulmonar en mujeres que presenten tos con flemas
<p><u>Salud Reproductiva</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover métodos anticonceptivos, consejería sobre derechos sexuales y reproductivos, promover el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. • Espaciar el periodo intergenésico o concluir la etapa reproductiva, información sobre anticoncepción hormonal post coito o de emergencia. • Explique la importancia y las ventajas de la Vigilancia Prenatal y puerperal, informe sobre Signos y Síntomas de alarma, durante el embarazo y puerperio. • Orientar acerca del climaterio en mujeres de 45 a 54.

HOMBRE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD.⁵

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none">• Entrega, revisión y comentario de la Cartilla Nacional de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud.• Educación en temas relacionados la edad y participación en grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado nutricional con medición de peso, estatura y perímetro abdominal de cintura.• Los hombres con desnutrición u obesidad, canalizarlos a su Médico Familiar.• Orientación alimentaria, promoviendo la alimentación saludable y el ejercicio diario.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de vacunas:• 20 a 39 años de edad SR (Sarampión Rubéola) dosis única.• Toxoide tetánico en hombres que hayan sufrido alguna herida en municipios de riesgo acorde a la guía técnica.• Detección de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH SIDA en hombres con factores riesgo. Seguimiento de casos sospechosos.• Entregar condones de manera informada.• Promover el cepillado dental.• Detección de placa dentobacteriana de manera anual.• Administrar tratamiento acortado estrictamente supervisado por la enfermera a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar o quimioprofilaxis.
<u>Detección Oportuna de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none">• Detectar la diabetes mellitus cada 3 años en hombres de 45 a 59 años de edad o a partir de los 20 años en aquellos

⁵ <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/hombres.htm> Bajada el 3 de agosto de 2009.

	<p>con factores de riesgo, sobre peso y casos de familiares diabéticos. Seguimiento de casos sospechosos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar hipertensión arterial cada año en hombres de 30 años y, a partir de los 20 a 59 años a hombres con factores de riesgo. • Detectar hipercolesterolemia, en sangre capilar cada 3 años en hombres asintomáticos, de 20 a 44 años y a todo derechohabiente de 45 a 59 años. Seguimiento de casos sospechosos. • Solicitar basiloscoپیa para la detección de tuberculosis pulmonar
<p><u>Salud Reproductiva</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en salud sexual y reproductiva. • Promover métodos anticonceptivos incluyendo la vasectomía. • Informar sobre la anticoncepción hormonal postcoito o de emergencia.

ADULTO MAYOR DE MÁS 59 AÑOS DE EDAD.⁶

<u>Promoción de la Salud</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega, revisión y comentarios a la Cartilla Nacional de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud. • Educación en temas relacionados con la edad y a participación en grupos de ayuda.
<u>Nutrición</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional con medición de peso, estatura y perímetro abdominal de cintura. • Los adultos mayores con desnutrición u obesidad, canalizarlos a su Médico Familiar. • Orientación alimentaria, promoviendo la alimentación saludable y el ejercicio diario.
<u>Prevención y Control de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vacunas: • Anti-neumocócica cada 5 años. • Anti-influenza cada año (oct., nov., dic., ene, feb. y mar) Entregar condones de manera informada. • Salud bucal: Promover el cepillado dental, detección de placa dentobacteriana. • Administrar tratamiento acortado estrictamente supervisado a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
<u>Detección Oportuna de Enfermedades</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cervicouterino. • Cáncer de mama por: Exploración o Mastografía. • Diabetes mellitas cada 3 años. • Hipertensión arterial cada año. • Tuberculosis pulmonar mediante basiscopía para la detección en adultos mayores que presenten tos con flemas.

⁶ <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adultosmayores.htm> Bajada el 3 de Agosto de 2009.

Puntos básicos en la atención de los derechohabientes, conocidos como el Decálogo de Salud:

- I Revisión de Cartilla de Salud y Citas Médicas
- II Evaluación del estado de nutrición del paciente
- III Promoción de la correcta alimentación y la práctica cotidiana de ejercicio
- IV Prescripción de Hierro en niños menores de un año ó en mujeres embarazadas.
- V Valoración, Prevención y control de acuerdo a la individualidad del paciente.
- VI Consejería para la salud reproductiva.
- VII Informa y capacita al paciente, además de, valorar la posibilidad de incluirlos en grupos de autoayuda o sesiones educativas.
- VIII Registro de acciones realizadas.
- IX Rescate de acciones realizadas dentro o fuera de la Unidad.
- X Programación de citas para futuras acciones.

REFLEXIONES FINALES

A través de la historia, las enfermeras, han enfrentado “situaciones límite” que han impedido el avance de la carrera a la velocidad que se quisiera, sin embargo, estos obstáculos se han transformado en verdaderos estímulos para poner en práctica la perseverancia, la tenacidad y las propuestas necesarias para el avance profesional, por lo anterior, es importante dar a conocer los nuevos programas Institucionales basados en el cuidado integral, además de detallar el campo de acción de enfermería, fortaleciendo y visualizando nuevos retos y oportunidades que se enfrentan, lo que representa una coyuntura para demostrar las capacidades que este profesional tiene al cumplir metas de alto nivel que impacten la salud de la población, promoviendo el autocuidado.

El trabajo realizado por el personal de enfermería en las Unidades de Medicina Familiar con el nuevo modelo de atención primaria a la salud, no ha sido tarea fácil, ya que implica un cambio en las actividades cotidianas que la enfermera venía realizando, estaba acostumbrada a cuidar al paciente en la enfermedad y en éste momento se modifica completamente su actuar y se enfoca primordialmente a la prevención y promoción de la salud.

Otro reto que enfrenta la enfermera es el hecho de trabajar con una población que aún no admite la necesidad de acudir a consulta sin estar enferma y más aún ser atendida por un nuevo personaje del equipo interdisciplinario, la Enfermera Especialista en Atención Primaria a la Salud o Enfermera Especialista en Medicina de Familia.

Para el personal de enfermería resultó sorprendente ubicarse en un consultorio, y ser ellas las responsables directas de la consulta, tuvieron que aprender a organizar su trabajo, ajustarlo a un tiempo específico para cubrir las funciones que solicita la guía técnica, entre otras, realizar las valoraciones, los diagnósticos

e implementar acciones necesarias acordes con la valoración, dar indicaciones pertinentes para lograr impactar favorablemente en la salud del derechohabiente..

Cabe mencionar que a pesar de las dificultades que se han presentado a lo largo de esta nueva experiencia, el personal de enfermería ha ido avanzando mediante la educación continua, difusión del trabajo a la población usuaria, organización de la consulta, optimización del tiempo, elaboración de diagnósticos de la población asignada al módulo, elaboración de familiogramas, toma de decisiones, etc.

El reconocimiento del trabajo que realiza la Enfermera por parte de los integrantes del equipo de salud ha sido otro de los retos a lograr, ya que dichos personajes, aún no logran asimilar que la enfermera juega un papel muy importante en este nuevo sistema de trabajo. Se resisten a cambiar arquetipos, por lo que la enfermera ha tenido que demostrar sus habilidades y la importancia de su trabajo, el lugar que como profesional de la salud ocupa, los conocimientos y capacidades que tiene para impactar a la población, con su calidad humana y desempeño eficiente, lo que le ha permitido obtener resultados favorables con cada uno de sus derechohabientes.

Poco a poco la enfermera ha ganado un reconocimiento entre la población usuaria, la satisfacción es un punto importante que debe tomarse en cuenta en el trabajo de enfermería, la calidad de la atención y el trato digno a los usuarios es un indicador de los cuidados que otorga y un referente de la naturaleza de su trabajo.

Es así que el personal directivo de enfermería en las Unidades de Medicina Familiar ha coordinado la aplicación de encuestas de opinión¹ para conocer la

1

IMSS. UMF.
Coordinación de Atención Médica. "Satisfacción del usuario y trato digno". Documento de circulación interna.

calidad en los programas integrados de atención a la salud, al respecto los usuarios refieren que:

- Realmente el Instituto se está interesando en proporcionarles una atención de calidad.
- Es notable la diferencia entre las Unidades de Medicina Familiar tradicionales y las “Unidades de Medicina Familiar modelo”.
- Logran un verdadero aprendizaje sobre el cuidado de la salud y la importancia de no llegar a la enfermedad.
- La enfermera realmente se toma el tiempo necesario para escucharlos y darles indicaciones de manera integral.

Los Programas Integrados de Salud, aplicados durante 2008 e iniciados en 2002, se evaluaron respecto a su evolución. En 2007 se implementó un conjunto de indicadores estratégicos que han permitido identificar, en 2008, un avance sustantivo en prácticamente todas las Delegaciones del IMSS².

De los resultados obtenidos, considerando a la Atención Primaria a la Salud como eje de un proyecto nacional, sobresale la **disminución** de:

- Las enfermedades prevenibles por inmunización.
- Los índices de morbi-mortalidad.
- Las complicaciones e invalidez.
- La demanda de atención especializada por enfermedades transmisibles y no transmisibles.

- La mortalidad por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas en la población menor a 5 años*.

² IMSS. “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2008-2009”. p. XXIV

* Para mayores referencias consultar el “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2008-2009” en su capítulo II.

Esta situación favorable se atribuye, entre otros factores, a la participación colegiada de todas las áreas involucradas del Instituto tales como: Médicos, Trabajadoras Sociales, Nutriólogas, Estomatólogos, Químicos y específicamente al grupo de enfermeras que han participado directamente en la implementación de este proyecto.

Como lo asegura el Director General del IMSS Daniel Karam Toumeh la transparencia es una herramienta indispensable para la mejora de los procesos; por ello, se están realizando encuestas (2009) de satisfacción de los usuarios, cuyos resultados serán publicados en la página de Internet del instituto. De igual forma, Transparencia Mexicana participará en la supervisión y divulgación de estos trabajos³.

Lo anterior nos indica que el camino está iniciado y que el futuro es prometedor, por lo que es necesario que las Enfermeras tengan conciencia de la responsabilidad y oportunidad histórica que tienen en este proyecto. Estamos seguras que no desaprovecharemos la oportunidad y nos haremos llegar de las herramientas necesarias para enfrentar éste desafío, demostrando en las instituciones y fuera de ellas la importancia de nuestra presencia en ésta nueva dinámica de trabajo.

Los logros obtenidos nos deben perfilar a la promoción de una cultura de la salud con la participación activa de enfermería en beneficio de la comunidad.

Mucho tienen que ver los programas de atención integral al adulto mayor, la prevención de las adicciones y, el paquete básico de salud escolar. Además de trabajar en acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles.

³ <http://www.oem.com.mx/tribunadesanluis/notas/n1248825.htm> Bajada el 5 de agosto de 2009.

Se han impulsado acciones para mejorar la calidad y oportunidad en la atención de salud reproductiva por medio de la capacitación; se ha reforzado la organización y operación de los comités de estudios en mortalidad perinatal, infantil y preescolar y se desarrollaron acciones para incrementar la cobertura y calidad de la protección anticonceptiva.

Los resultados expresan una tendencia descendente en las tasas de mortalidad materna hospitalaria, mortalidad perinatal y mortalidad infantil.

En áreas urbanas marginadas se ha dado especial atención al programa de salud reproductiva y se implantó el programa coordinado de atención al adolescente.

Se han fortalecido las acciones dirigidas a la cultura del autocuidado entendido de acuerdo a Orem, como una acción aprendida por una persona en su contexto socio-cultural con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad.

Los cuidados enfermeros representan un servicio centrado en las personas que tienen incapacidad para ejercer el autocuidado, se trata de ayudarlas a superar sus limitaciones, a adoptar una actitud responsable guiando, apoyando y procurando un entorno que favorezca su desarrollo. La enfermera intervendrá totalmente, parcialmente o compensatoriamente según la capacidad y la voluntad de la persona. ⁴

Del trabajo realizado, contamos con gráficas específicas acerca de la cobertura^{*}, en donde se observan los avances por cada grupo etáreo. Esto nos permite conocer a nivel estatal y nacional los logros en la detección de problemas de salud pública para implementar nuevas estrategias y lograr mejorar el estilo de vida.

Cabe mencionar que la estrategia de salud que nos está ocupando se ha unificado, a partir del 2009, en todas las instituciones de salud tales como

⁴ Kérouac Suzanne et. al. El pensamiento enfermero. p. 30

^{*} Anexo 1. Gráficas de Cobertura.

ISSSTE, SECRETARIA DE SALUD, D.D.F. etc., lo que nos indica la bondad del proyecto y la destacada actuación de enfermería en su aplicación.

Un paso importante fue la distribución de las nuevas Cartillas unificadas^ode Salud con las cuales, a partir de 2009, y por acuerdo presidencial se lleva a cabo la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Es importante resaltar que el Sistema Nacional de Cartillas de Salud por grupo de edad tomó como modelo las Cartillas de Salud y Citas Médicas de PREVENIMSS⁵, además de contar en este momento con convenios específicos con la UNAM, IPN, SEP, Bachilleres.

Con la experiencia obtenida las enfermeras estamos seguras que los esfuerzos realizados repercutirán de manera favorable en la salud de los mexicanos, lo que será nuestra mejor recompensa, y señal, de que en cualquier nivel de atención estaremos “PROMOVIENDO LA VIDA”.*

Existe un compromiso para conservar la salud, lo que involucra acciones educativas tendientes a conformar una cultura de la prevención, encaminada a disminuir los índices de morbi-mortalidad actuales y la calidad de vida.

Los objetivos que las enfermeras persiguen son ambiciosos y se esbozan a mediano y largo plazo. Propios y extraños reconocen que tienen la capacidad y el compromiso para cumplir con ellos y dejar huella de un trabajo profesional y comprometido con la población mexicana.

Si bien la enfermería al igual que todas las profesiones enfrenta la demanda y el juicio social, las funciones encomendadas por las autoridades demuestran la confianza en este personal y se confirma que el proyecto está bien asignado y se encuentra en las manos indicadas para lograr su cumplimiento.

⁵ IMSS. “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2008-2009”. p. XXIV

* Se hace alusión al título del texto promover la vida de Marie-Francoise Collière.

Finalmente queremos enfatizar la importancia que tienen las Universidades en la formación de profesionales de Enfermería en la atención primaria a la salud y la necesidad de ampliar y fortalecer los planes de estudio con este enfoque a nivel de pregrado y postgrado. La meta es lograr que México tenga una población sana, productiva y con una real CALIDAD DE VIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antón Nardiz Ma. Victoria. Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Ediciones Díaz de los Santos S.A., Madrid, 1989. Págs. 168.
- Collière Marie-Francoise. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill. México. 2da. Edición 2009. Págs. 350.
- Hernández Conesa Juana María. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid. Editorial Interamericana. 1995. Págs. 195.
- Hernández San Martín, Administración en Salud Pública teoría, práctica e investigación. Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. México. 1988. Págs. 463.
- Kérouac Suzanne et. al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson. Barcelona. 1996. Págs. 167.
- OMS-UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra. 1978. Págs. 91.
- Urbina Fuentes Manuel, Moguel Ancheita Alba, Muñiz Martelón Melba Elena, Solís Urdaibay José Antonio. La experiencia mexicana en Salud Pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio, Editorial Secretaría de Salud: Fondo de Cultura Económica. 2006. Págs. 701.
- Uribe Esquivel Misael, López Cervantes Malaquías. Reflexiones acerca de la salud en México, México, Editorial Médica Sur- Fundación Clínica: Médica Panamericana. 2001. Págs. 400.
- Sydney L. Kark, Emily Kark, J.M. Abramson, Gofin Jaime, Atención Primaria, orientada a la comunidad. Editorial Doyma, 1994. Págs. 186.

- IMSS. “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2008-2009”. México. Mayo 2009. Págs. 542.
- IMSS. UMF. Coordinación de Atención Médica. “Satisfacción del usuario y trato digno”. Documento de circulación interna.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21(2/3):73–84.
- OMS. “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario”. 56 Asamblea Mundial de la Salud. A56/27. Ginebra. 2003. Págs. 6.
- Revista de enfermería del IMSS. “Programas Integrados de Salud. Proyecto Estratégico 2001-2003 Instituto Mexicano del Seguro Social”. Núm. 1 Vol. 13. México. 2005. Págs.56.
- Tomada del URL Pan American Health Organization. “Primary health care 25 years of the Alma-Ata declaration”.

http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_kennedy.htm Bajada el 31 de Julio de 2009.

- Tomada del URL Instituto Mexicano del Seguro Social.
<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/ninos.htm> Bajada el 3 de Agosto de 2009.
- Tomada del URL Instituto Mexicano del Seguro Social.
<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adolescentes.htm> Bajada el 03 de Agosto de 2009.
- Tomada del URL Instituto Mexicano del Seguro Social.
<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/mujeres.htm> Bajada el 03 de Agosto de 2009.
- Tomada del URL Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/hombres.htm> Bajada el 03 de Agosto de 2009.

- Tomada del URL Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adultosmayores.htm> Bajada el 03 de Agosto de 2009.

- Tomada del URL Organización Editorial Mexicana.

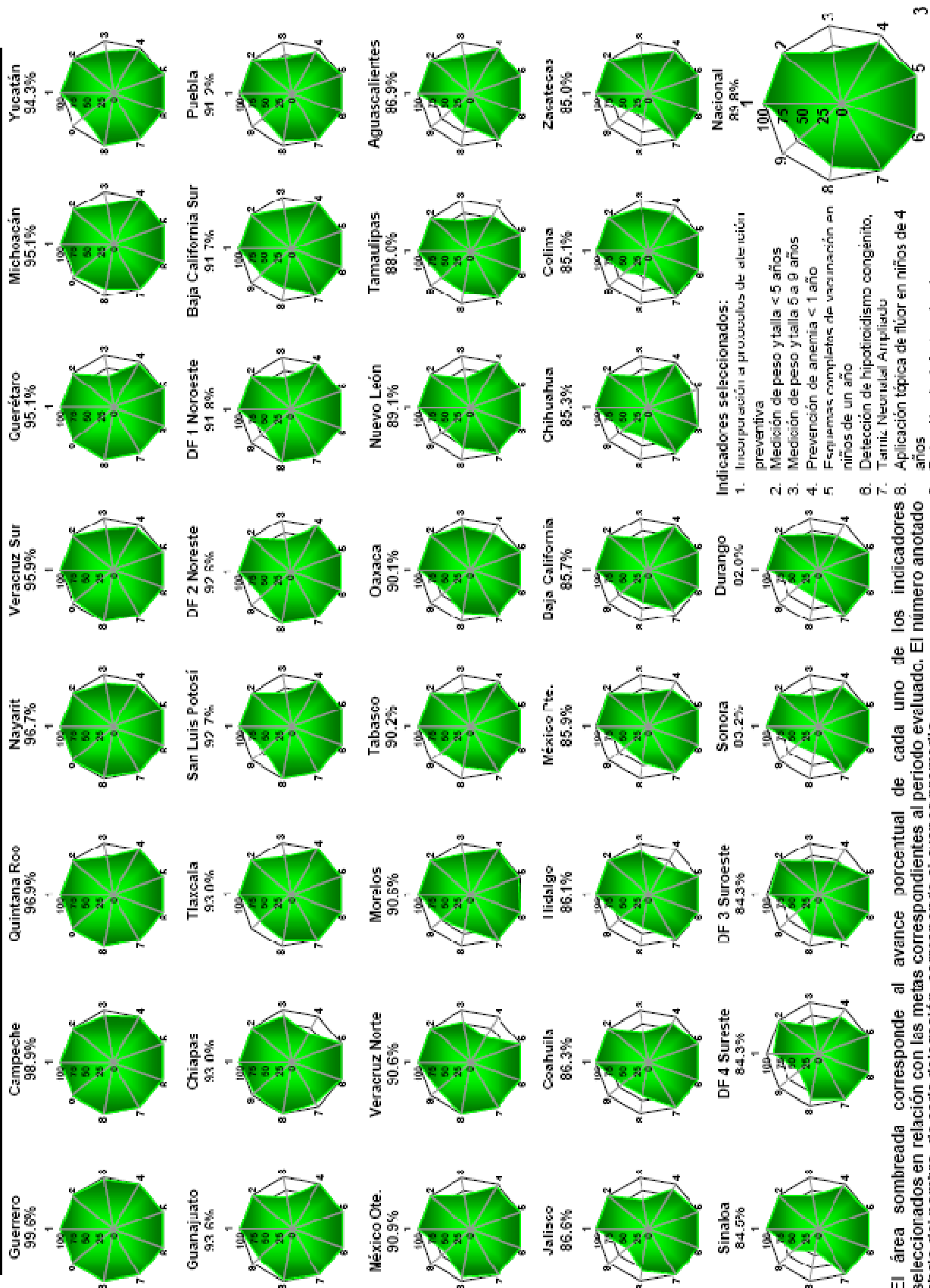
<http://www.oem.com.mx/tribunadesanluis/notas/n1248825.htm> Bajada el 5 de agosto de 2009.

ANEXO 1

Gráficas de Cobertura.

Salud del Niño

Cobertura según delegación. Mayo 2008



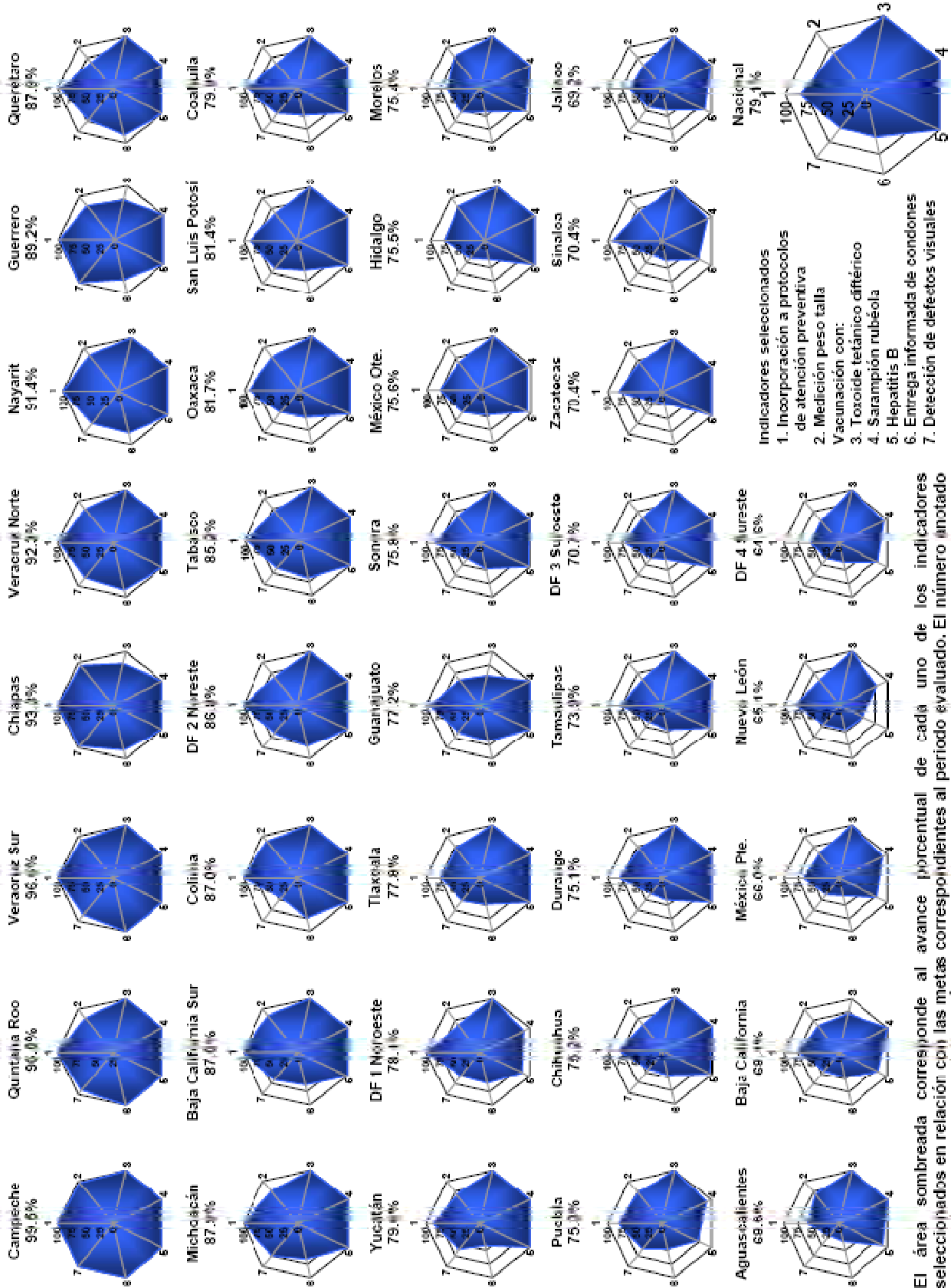
Indicadores seleccionados:

1. Incorporación a protocolos de atención preventiva
2. Medición de peso y talla < 5 años
3. Medición de peso y talla 6 a 9 años
4. Prevención de anemia < 1 año
5. Esquemas completos de vacunación en niños de un año
6. Detección de hipotiroidismo congénito.
7. Trazo Neurológico Ampliado
8. Aplicación tópica de flúor en niños de 4 años
9. Detección de defectos visuales

El área sombreada corresponde al avance porcentual de cada uno de los indicadores seleccionados en relación con las metas correspondientes al periodo evaluado. El número anotado abajo del nombre de cada delegación, corresponde al avance promedio.

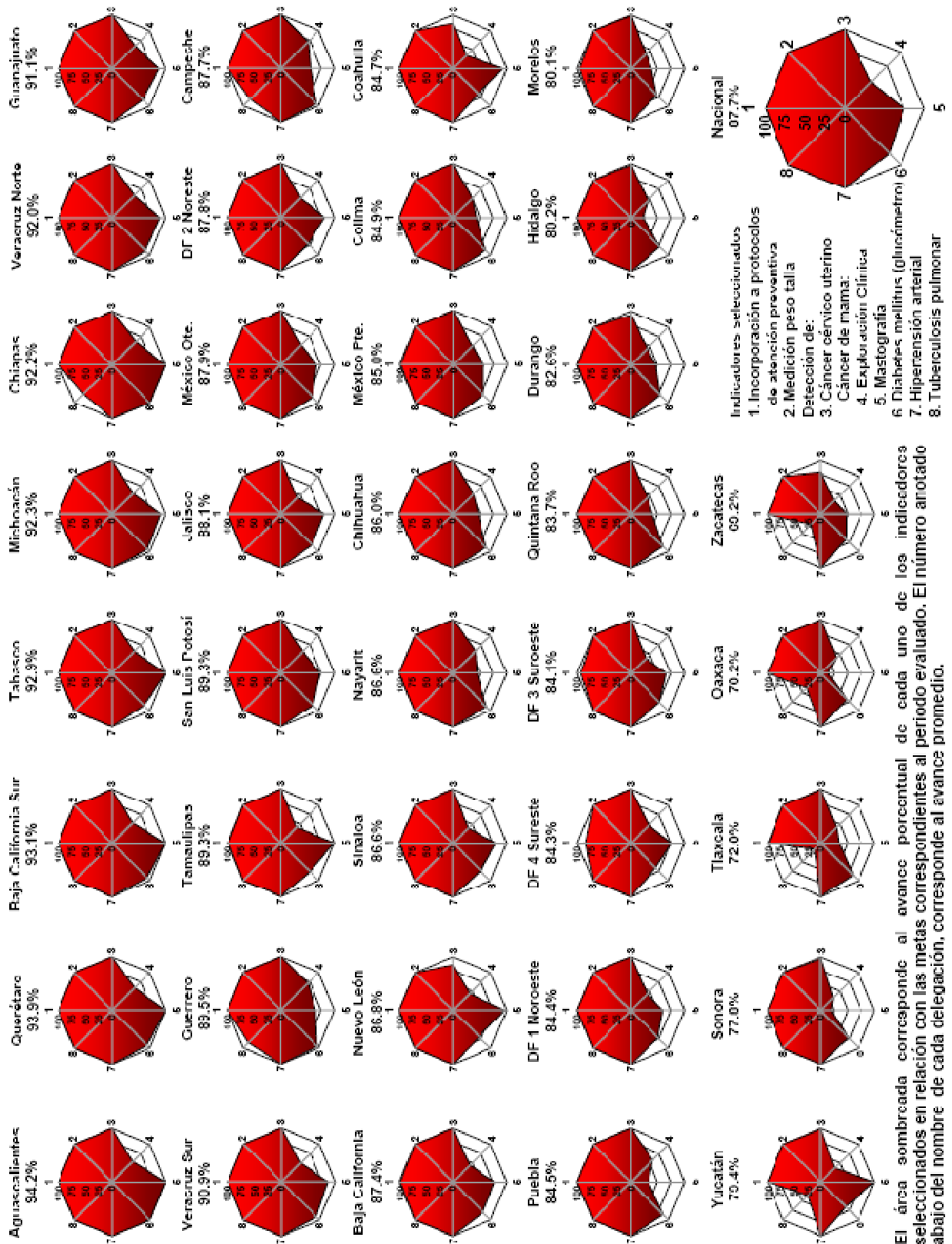
Salud del Adolescente

Cobertura según delegación. Mayo 2008



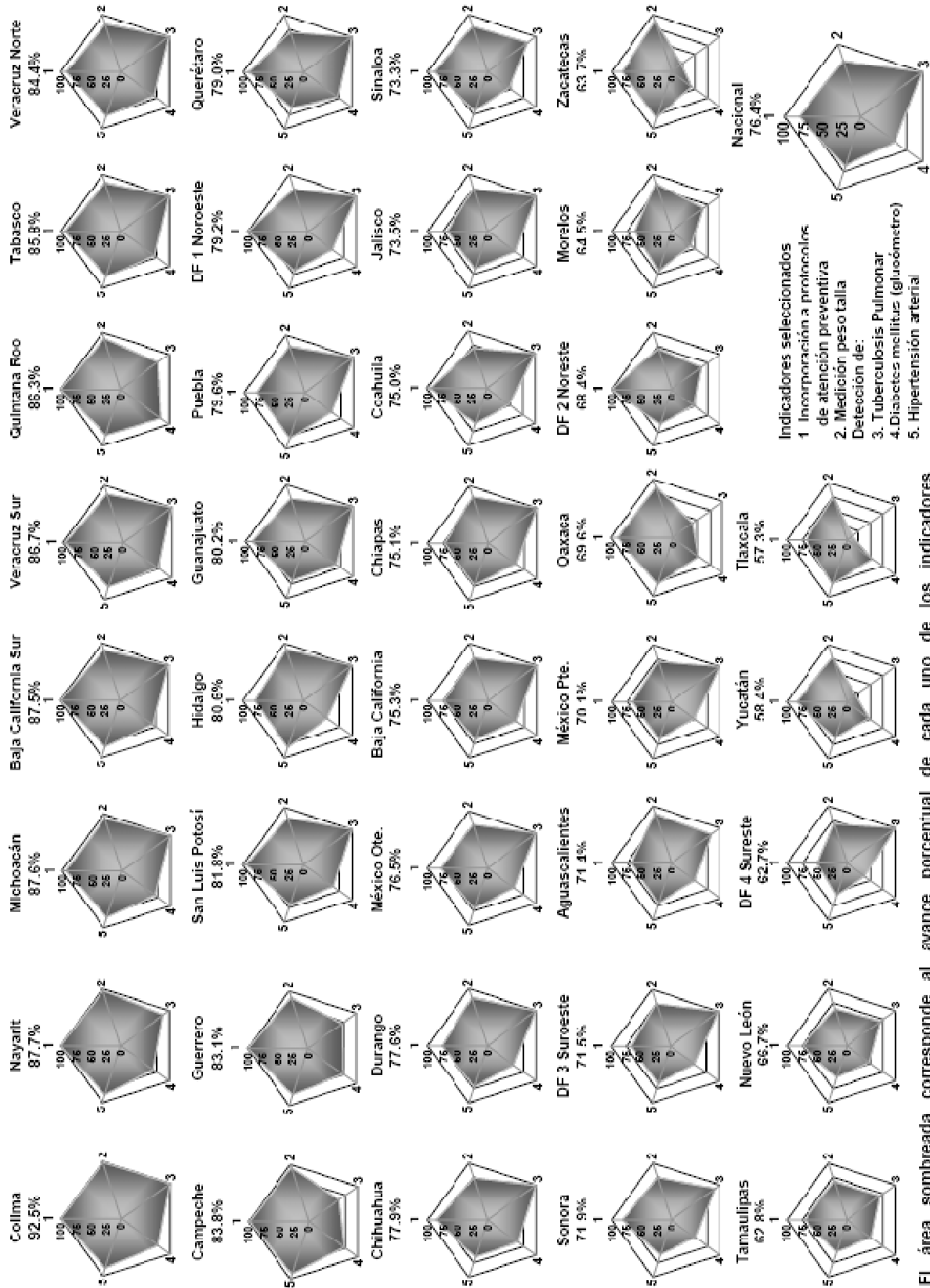
Cobertura según delegación. Mayo 2008

Salud de la Mujer



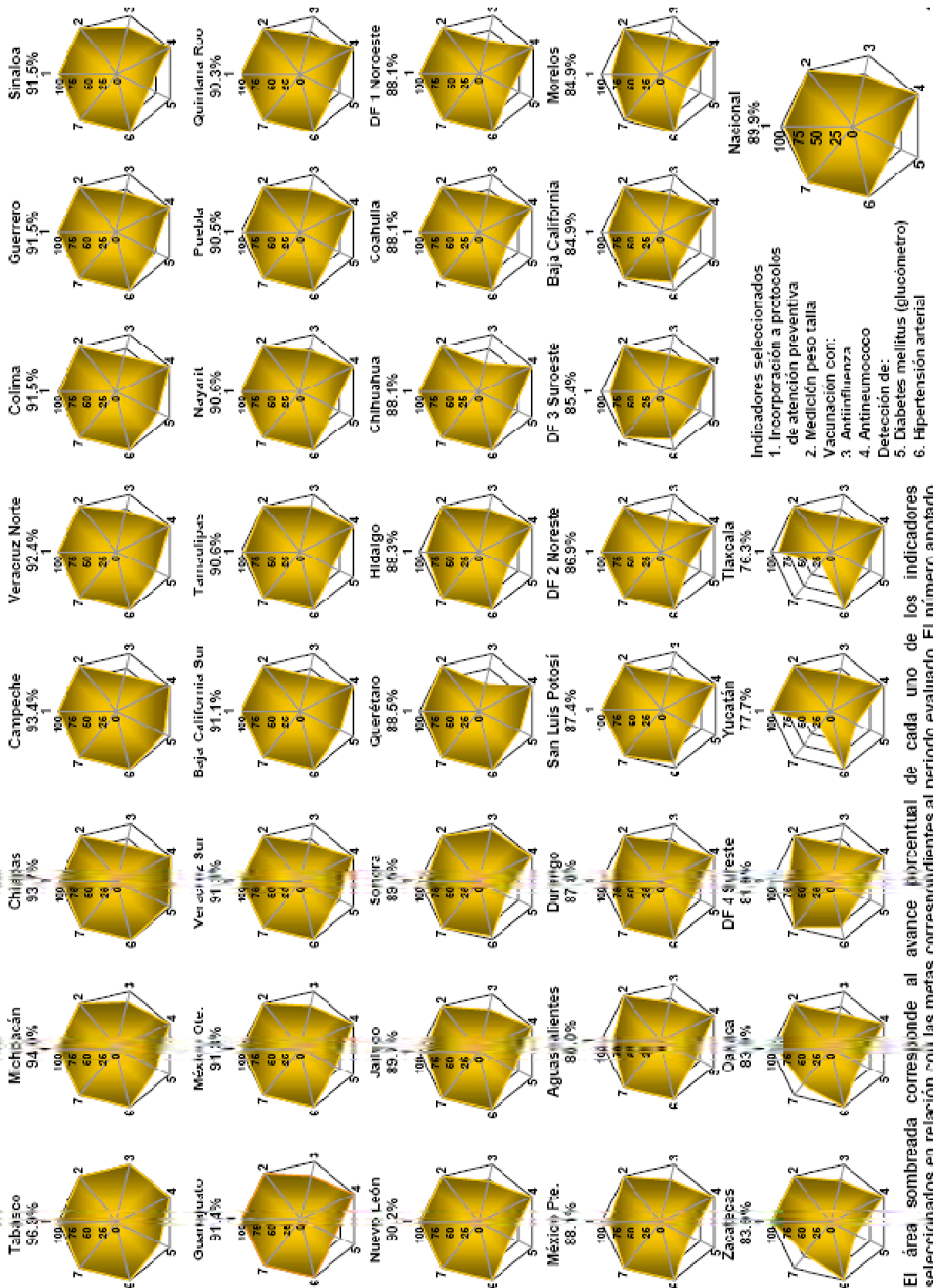
Salud del Hombre

Cobertura según delegación. Mayo 2008



Salud del Adulto Mayor

Cobertura según delegación. Mayo 2008



Indicadores seleccionados
 1. Incorporación a protocolos de atención preventiva
 2. Medición peso talla
 3. Vacunación con:
 4. Antinfluenza
 5. Antineumococo
 Detección de:
 6. Diabetes mellitus (glucómetro)
 7. Hipertensión arterial
 8. Tuberculosis pulmonar

El área sombreada corresponde al avance porcentual de cada uno de los indicadores seleccionados en relación con las metas correspondientes al periodo evaluado. El número anotado abajo del nombre de cada delegación, corresponde al avance promedio.