



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA  
EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICA

P R E S E N T A:

**CLAUDIA NÚÑEZ DE JESÚS**

NO. DE CUENTA: 407070729

**DIRECTORA ACADÉMICA**

MSP. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA



2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.*

**Carta de Ottawa, 1986**

# CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3.1. CONTEXTO DE SALUD EN MÉXICO Y RETOS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA .....	10
4. DESARROLLO .....	17
4.1. EL CUIDADO EN ENFERMERÍA .....	17
4.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD COMO PRIORIDAD PARA ENFERMERÍA .....	24
4.3. LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.....	30
4.3.1. REFERENCIAS HISTÓRICAS .....	31
4.3.2. DEFINICIONES .....	36
4.3.3. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA .....	39
4.3.4. ¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA? .....	40
4.3.5. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA CONSULTA .....	42
4.3.5.1. Importancia de la comunicación en la CE.....	44
4.3.5.2. El Proceso de Atención de Enfermería .....	47
4.3.5.3. ¿Qué prescribe la enfermera en las Consultas? .....	51

4.3.5.4. Áreas de Intervención y Servicios ofertados .....	53
4.3.6. ¿DÓNDE SE LLEVA A CABO?.....	55
4.3.7. RETOS PARA LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.....	56
4.4. SIGNIFICADO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UNA RELACIÓN DE INTERACCIÓN HUMANA Y DE DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA.....	62
5. EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	69
6. CONCLUSIONES.....	76
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

# 1. INTRODUCCIÓN

El contexto de salud que se vive en México, si bien ha mejorado considerablemente en los últimos años, cada día se observan nuevas problemáticas originadas de un mundo cambiante sumergido en la globalización; donde las principales características son un perfil epidemiológico y demográfico en transición, así como las grandes desigualdades en la atención a la salud que se oferta a la población, donde interviene el modelo hegemónico dominante, la economía y el desarrollo de las políticas.

Esto exige de todos los profesionales de la salud, un compromiso firme para la ejecución de los programas de salud existentes; pero también, para la búsqueda de nuevas estrategias de acción que generen mayor impacto en la salud del población, en la satisfacción de ésta al minimizar las desigualdades y que a la vez no involucren un gasto excesivo al país.

Los profesionales de enfermería, a nivel mundial, han logrado grandes resultados en materia de salud; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es una profesión necesaria para lograr los objetivos de salud en los países. En la presentación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS para Enfermería y Partería 2002 - 2008, la Directora de la OMS indicó que *“la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios de salud básicos, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud (Ginebra, 2002). Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, serán expresiones retóricas los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos”* (1).

En México la enfermera se ve forzada a enfrentarse a diversas situaciones que dificultan su práctica y que han hecho que hoy viva una crisis profesional que se caracteriza entre otras cosas, por la escases de profesionales, la búsqueda de la autonomía y satisfacción en su práctica, así como la falta de planes de estudio firmes y desmedicalizados y políticas claras en apoyo a la profesión (2).

Aún con ello, los profesionales de enfermería realizan esfuerzos por salvar esa crisis y hacer frente a la problemática de salud del país. Desde la instauración en los años 70 de la Atención Primaria a la Salud (APS) y posteriormente la reforma de Salud de los años 90; la enfermería ha experimentado una transformación que aunque sigue sin estar a la par de las necesidades de salud del país, ha logrado extender su práctica a diversas áreas ajenas a la hospitalaria, ha adoptado fielmente los principios de prevención y promoción de la salud para poder administrar el cuidado que es su objeto de estudio y su razón de ser, y a contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población (3).

Una de las estrategias innovadoras con que ha contribuido enfermería, y que se ha desarrollado en los últimos treinta y cuatro años en el mundo, es la Consulta de Enfermería (CE); que no sólo es una estrategia que contribuye a reducir inequidades en materia de salud o una actividad destinada al apoyo de la atención y consulta médica, es un área donde el profesional de enfermería tiene la oportunidad de desarrollar una práctica independiente, al brindar atención basada en un cuidado centrado en conocimientos científicos y humanos, donde lo importante es la persona y lo que la rodea y no la patología; lo que conlleva al surgimiento de una relación interpersonal y terapéutica entre ella y el usuario al ayudarlo a comprender y actuar sobre su propia salud. Siendo así esta relación lo que la define, caracteriza e identifica como parte de la práctica de la disciplina de enfermería.

La presente tesina tiene por objetivo plantearla como una modalidad de la práctica; que permite a la enfermera consolidar su independencia y autonomía, y ofertar a la población cuidados de salud y bienestar.

Se inicia presentando un panorama general de aquellos aspectos epidemiológicos, económicos y políticos que influyen en la salud de la población del país y en la práctica de enfermería, exponiendo la necesidad que existe de mejorar la formación de los profesionales en el aspecto de la consulta, a fin adoptar un papel más activo y resolutivo en la atención de la salud; tomando en cuenta las necesidades más apremiantes de la misma

Se parte del cuidado y la APS para demostrar como la CE no intenta usurpar la práctica médica, sino que en cumplimiento con el principal objetivo y deber de la profesión de enfermería, así como de la actual y principal estrategia de los países para lograr los objetivos en salud; puede proporcionar atención a la población de tipo terapéutico, rehabilitatorio, preventivo y de promoción a la salud de una manera holística, y repercutir en la salud y satisfacción de los usuarios.

Si bien la información sobre la CE es escasa, se ofrece un marco histórico que sitúa su implementación por primera vez, como servicio y con este nombre, en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore en los Estados Unidos en 1973; cuyo impacto se ha medido con referencia a las intervenciones sobre pacientes crónicos. Así mismo, su implementación y experiencias en otros países como España, Brasil, Venezuela, Colombia, Panamá y México, que permiten conocer algunos de los beneficios que su realización ha proporcionado en diversos niveles de atención y grupos de población; así como las concepciones que se tienen sobre ella y la problemática y retos que ha enfrentado derivados de la administración de dicho servicio, y aquellos que se originan de los mismos profesionales de enfermería frente a esta práctica y en su trabajo interprofesional.

Las definiciones sobre la CE son diversas, no solo por poseer dos connotaciones; la que denota lugar y la que la sitúa como acción; sino por aquellas referidas a ésta última; siendo así que se la define como una acción de enfermería, una actividad, un proceso, una entrevista, una modalidad de atención o una transacción terapéutica; sin embargo como se

verá, todas tienen como común denominador la descripción del trato directo y terapéutico que se da entre el profesional y el usuario, tanto en la CE a demanda como en la CE programada; siendo a partir de estas definiciones que los profesionales van determinando sus alcances y limitaciones, que si bien aún no están completamente claros, ha permitido obtener los primeros frutos sobre su realización.

Se da a conocer a quién está dirigida, los sistemas de acceso a la misma, dónde se lleva a cabo y qué se prescribe en una CE en comparación a la consulta médica; sus objetivos y su metodología basada principalmente en el uso del proceso de atención de enfermería y la comunicación.

Así mismo, las áreas de intervención y los servicios ofertados por la consulta, tomando en cuenta principalmente los modelos Españoles, pero también incluyendo aquellos que por experiencia propia pueden ofrecerse en una CE.

Considerando la experiencia vivida en la CE en APS durante el Servicio Social, como una evidencia de realidad se plantea la reflexión sobre la CE como una relación humana terapéutica y como una forma de autonomía de la práctica profesional. Finalmente, las conclusiones del trabajo se plantean relacionando la formación académica y la adquisición de habilidades para la consulta en atención primaria.



## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Plantear la Consulta de Enfermería como una modalidad de la práctica profesional que le permita consolidar su independencia y autonomía, y ofertar a la población cuidados de salud y bienestar.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la metodología de la Consulta de Enfermería en la atención del individuo, la familia y comunidad.
- Plantear la Consulta de Enfermería como una relación humana que refleja el ejercicio profesional.
- Dar a conocer la experiencia adquirida durante las Consultas de Enfermería en el Servicio Social.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

#### 3.1. CONTEXTO DE SALUD EN MÉXICO Y RETOS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

México ha avanzado en materia de salud dejando como muestra el aumento en la esperanza de vida de su población y la presencia de programas firmes como el de vacunación; pero cada día se remarcan problemas relacionados con el panorama epidemiológico; donde el modelo tradicional de atención a la salud, centrado en la enfermedad, es más que insuficiente para enfrentarlos, además del alto costo económico que genera al país.

El sistema de salud mexicano presenta grandes disparidades en la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud entre el norte y sur del país (4); las políticas en materia de salud no han beneficiado totalmente a la población, en especial en los estados donde existe mayor pobreza, y los programas siguen sin poder hacer frente a los grandes obstáculos que hacen de México un país con grandes inequidades, que hasta ahora sólo ha podido ofrecer un sistema de salud de tipo “segmentario” (1), caracterizado por grandes instituciones de seguridad social, por sistemas estatales de salud descentralizados y subfinanciados; por una rectoría débil de la Secretaría de Salud en el ámbito federal, y un sector privado poco regulado y financiado y cada día más creciente; mientras que casi la mitad de los mexicanos no están asegurados, y existen desequilibrios financieros con respecto al bajo nivel del gasto total en salud<sup>1</sup> (5).

Desde los recortes presupuestales de los años ochenta, originados por la crisis, y por la instauración del modelo neoliberal en México, los sistemas de salud se deterioraron de manera drástica al punto de que aun hoy no han podido cubrir la demanda de la población que requiere de atención; así mismo, la inconformidad surgida a raíz de la repentina pérdida del *estado benefactor* al que la población se había acostumbrado, y la percepción de que la atención a la salud brindada era deficiente e inadecuada, provocó el desacreditamiento de las instituciones públicas; esto se manifestó en el aumento de los servicios médicos privados, a los que no podían acceder los que menos recursos tenían, y la industria farmacéutica aumento de manera considerable, convirtiendo de esta forma a la salud en una cuestión de “*mercancía muy cara a la que sólo unos cuantos podían acceder*” (6).

---

<sup>1</sup> No obstante los logros alcanzados, todavía subsisten limitaciones en las características y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó una primera evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países que forman parte de ella. El sistema de salud de nuestro país resultó con una posición intermedia en el conjunto de países, evaluación que nos colocó en la posición 61, debido a que México no ha destinado recursos suficientes a la salud y a que la inequidad financiera del sistema mereció una calificación baja con la posición 144. (7)

La medicina privada, ha crecido al margen de las políticas oficiales, aprovechando deficiencias en la oferta pública de servicios y a la dificultad para responder a las cambiantes exigencias de la población (3). Esto deja la sensación de que en primer lugar la salud deja de ser un derecho, pues las personas tienen que pagar para obtener acceso y un mejor servicio; por otro lado, los mismos servicios médicos privados no siempre son sinónimo de calidad. Al mismo tiempo las empresas farmacéuticas cada día van expandiendo su mercado, ofertando una amplia gama de mercadotecnia donde no se pretende evitar que surjan los problemas de salud, sino que se pueda vivir con ellos, o soluciones fáciles para resolver las consecuencias mas no las causas; contribuyendo así a reforzar el camino hacia la privatización de los servicios de salud y aumentando cada vez más el descontento de la gente por la incapacidad del gobierno y los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga sus demandas y que sea acorde a sus expectativas, pero sobretodo, que les permitan hacer uso de un derecho (6).

Queda claro que pese a los objetivos planteados en el Programa Nacional de Salud para este sexenio (2006-2012), donde se pretendía entre otras cosas mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y garantizar que la salud contribuyera al combate a la pobreza y al desarrollo; todo mediante la protección, promoción, prevención y atención médica, distan mucho de lograrse aún (4).

El sistema de salud trata de hacer frente a los problemas de salud, pero la realidad es que no puede satisfacer la alta demanda de la población, tanto en la atención que se ve sobrepasada afectando la calidad de la misma, así como en el acceso a los servicios que en muchos sectores es prácticamente nula, ni tampoco acortar los tiempos de espera en la recepción de los mismos.<sup>2</sup>

Actualmente los recursos humanos como los económicos siguen siendo insuficientes e inequitativos. El nivel de gasto público en salud no permite al estado cumplir cabalmente con su obligación de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a la población, pues tan sólo el presupuesto asignado a salud en 2000 del PIB fue del 5.8% y aumentó a 6.5% en 2005 (4); sin embargo aún está por debajo del promedio latinoamericano, donde algunos países con incluso menor población que México otorgan más del 8% (7); Argentina otorga el 8.9%, Brasil 7.6%, Colombia 7.6% y Uruguay 9.8% (4).

---

<sup>2</sup> El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reporta que en 10 años el porcentaje de la población derechohabiente a servicios de salud aumentó. Mientras que en 2000, el 39.7% de la población era derechohabiente, para 2010 este porcentaje aumentó a 58.1%, que en número absolutos representa 8.8 millones de personas y que se debe en gran parte, a la cobertura que ha logrado el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación que cubre a 30 de cada 100 derechohabientes (68). Pese a estas cifras, aún queda en la balanza el otro 41.9% que corresponde a millones de personas que tienen que pagar por acceder a los servicios de salud o ante ésta imposibilidad, simplemente no acude a ellos.

Por otro lado, se refuerza el deseo de lograr una cobertura universal de salud afiliando a las personas al Seguro Popular; aun así, con la escasez de personal e infraestructura la calidad de los mismos se ve afectada. Se afirma que de los países miembros de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), México es de los pocos países que no ha alcanzado la cobertura universal de servicios de salud. (6). De hecho, el gasto público en salud de México, que representa 46% del gasto total en salud, es mucho menor que el promedio de los países de la OCDE que es del 72% (4).

Sumado a lo anterior, el fenómeno conocido como transición epidemiológica nos muestra dos problemáticas; por un lado las enfermedades infecto-contagiosas con el intento de control de las mismas, el ataque de nuevos rebrotes y el surgimiento de nuevas epidemias; y por otro las enfermedades crónico-degenerativas que implican tiempos de tratamiento largos, pérdida de años de vida saludable y merma en la economía de los países<sup>3</sup>. A este fenómeno se suman otros de tipo socio-cultural que afectan no sólo la salud física sino también la salud mental de los individuos; entre ellos, los relacionados a la salud reproductiva, la salud mental, la violencia en todas sus facetas, la emigración e inmigración, la drogadicción y los accidentes.

Es apremiante la necesidad de enfocar acciones en el primer nivel de atención, por los altos costos<sup>4</sup> y tiempos de espera<sup>5</sup> que implica una atención hospitalaria, y por qué muchos de los

---

<sup>3</sup> Según datos oficiales, en 2010, México ya contaba con aproximadamente 112,337 millones de habitantes. En materia de salud, las tres principales causas de muerte, hasta este año, se atribuían a enfermedades del corazón, diabetes mellitus y cáncer, mientras que las tres primeras causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias, intestinales y las urinarias. Aunado a esto, la pobreza también aumento, en 2010 se registró un incremento de 6.4 millones de hogares en condiciones de pobreza con respecto a 2006. (66)

<sup>4</sup> Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX)], públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)] y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O)]. Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales. (4)

<sup>5</sup> Según el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad, es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios. Algunos ejemplos de esto son las complicaciones o readmisiones hospitalarias, que pueden ir desde un porcentaje por debajo del 0.5% hasta el 6%; también, los días de estancia que varían dependiendo las camas conque cuenta el hospital, desde 1.5 hasta 6.5 días para un mismo procedimiento. También destaca el tiempo de espera, que va desde los 30 min en instituciones privadas hasta los 90 minutos en el IMSS. Lo mismo sucede con respecto a la suspensión de cirugías, donde el principal motivo es la falta de insumos. (4)

padecimientos que aquejan mayoritariamente a la población requieren de intervenciones sobre los hábitos y estilos de vida.

Con referencia a esto, si bien a nivel mundial los sistemas de salud ya estaban en transformación desde la década de los 80; en México, en 1995 se dio una reforma en las políticas de salud. A raíz de la crisis fue preciso determinar nuevas formas de atención y definir prioridades en las actuaciones de salud que permitieran canalizar mejor los recursos, de tal manera que fueran más equitativos y racionales y poder hacer frente a la crisis sin dejar de brindar atención a la población (5). Esta reforma también fue una de las razones por la que las enfermeras se vieron en la necesidad de redefinir su participación en el Sistema Nacional de Salud; lo que requirió de una mayor capacidad para enfrentar los problemas generados por el crecimiento demográfico, la transición epidemiológica, los adelantos tecnológicos y la situación económica, política y social en que se veía envuelto el país (8).

Los tiempos que se viven en la actualidad donde las crisis económicas son más comunes y que entre otros asuntos, la solución de los problemas de salud implican grandes costos; hacen preciso que tanto gobierno como sistema de salud y centros docentes comiencen a mirar hacia aquellas opciones, que como cualquier inversión, permitan obtener altos resultados a bajo costo y comiencen a generar estrategias que permitan satisfacer las demandas de salud de su población.

Actualmente, la carencia de personal en salud, principalmente de enfermería se ha definido como un obstáculo para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio, en las que se pretende reducir la pobreza para el año 2015 y en cuyos objetivos queda claro el papel relevante de enfermería. (9)

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la Asamblea Mundial para la Salud, desde hace años, han incitado a los países en la preocupación por la formación de profesionales de enfermería como una necesidad de cada país, principalmente en Atención Primaria; a fin de hacer frente a los retos de salud presentes en todo el mundo (10).

Se sabe que el principal objetivo de enfermería es el cuidado de la salud de las personas no sólo enfermas sino también sanas, abordándolas desde una perspectiva integral que involucre su persona y su entorno. Es por ello que la práctica de la enfermera va más allá de la asistencial; ella también educa, investiga y administra servicios y programas que puedan

---

Por otro lado, Los datos recopilados indican que sólo 45% de los hospitales públicos cuentan con autorización de la COFEPRIS para operar unidades de rayos X. Sólo 61% de las unidades hospitalarias del sector público cuentan con autorización para operar laboratorios clínicos. Poco menos de 80% de estas mismas unidades cuentan con autorización para operar farmacias clínicas. Finalmente, 90% tienen convenios firmados con empresas especializadas en el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos. (4)

contribuir al logro de su objetivo; además, su labor no sólo se centra en los hospitales, sino en todo espacio en el que los individuos se desarrollen.

La enfermería es una práctica muy antigua; el cuidado proporcionado por ella se caracteriza por ser humano, sustentado en bases científicas y no es fragmentario, y aunque ha evolucionado considerablemente, en México como en el resto de América Latina se halla inmersa dentro de fenómenos sociales, políticos, económicos, demográficos y epidemiológicos (2). Pese a que los esfuerzos realizados para lograr su profesionalización y reconocimiento y a la vez brindar atención a la población no son despreciables, siguen siendo incapaces de avanzar a la par de los cambios que se viven en esta era caracterizada por la urbanización, los cambios climáticos y la globalización (3).

Enfermería ha contribuido en gran medida a los avances que se han logrado en materia de salud en nuestro país y hoy en día vive una transformación positiva, quizá más acelerada que hace algunas décadas; que principalmente se caracteriza por la búsqueda de la profesionalización de las enfermeras, la contribución e interés por parte de las instituciones educativas por actualizar los contenidos de sus programas, el desarrollo de la práctica orientada a la investigación, el diseño e innovación de estrategias de acción para brindar atención en áreas diferentes a la hospitalaria, la integración de las ciencias sociales a la profesión, la inclusión de la nueva concepción de salud-enfermedad como fenómeno multifactorial, entre otras (3).

Sin embargo también se puede afirmar que a la par de estas transformación, vive una crisis que se ve reflejada en la escases de profesionales por diversos motivos como la falta de aspirantes a la profesión, a los niveles de licenciatura y aún menos a los posgrados; por la deserción, migración o por una distribución desigual de los ya existentes entre los estados y en los diferentes niveles de atención; así como la presencia de diversos grados sin una clara delimitación de funciones; hasta la falta de políticas que contribuyan a mejorar las condiciones de trabajo, entre estos el salario; como también la carencia de planes de estudio completamente desmedicalizados y con una clara visión de la enfermería<sup>6</sup> (2) (4) (8).

Esta carencia de profesionales de enfermería, también puede deberse quizá a una falta de verdadero interés del gobierno en la formación de estos profesionales, pero también quizá a la falta de verdadero reconocimiento; por la población cuya ideología está homogenizada por el modelo de atención médica como el único válido para el cuidado de su salud; por otras

---

<sup>6</sup> De las cifras de las consultas externas realizadas hasta 2008 en instituciones del Sistema Nacional de Salud, aproximadamente el 70% acudió a consulta general, mientras que el 16% acudió por consulta especializada, el 9% por urgencias y el 5% a odontología. Para brindar atención a este número, el personal de enfermería para este año era de aproximadamente 215 mil enfermeras laborantes en estas instituciones; concentrándose la mayoría en el Distrito Federal, Jalisco, Estado de México y Veracruz (35 % del total). Así mismo se estimaba que del total de enfermeras laborantes en instituciones del SSA había 201.9 por cada cien mil habitantes (66), es decir 2.2 enfermeras, por cada mil habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8. (4)

profesiones, por el mismo profesional de enfermería y por las instituciones y el gobierno que siguen permitiendo que se la siga vinculando como dependiente de la profesión médica y con acción en ese modelo medicalizado donde es difícil desarrollar una verdadera autonomía, lo cual reduce las posibilidades de posicionarse en puestos de mando o claves que le permitan ayudar a crear políticas y programas de salud acordes a las necesidades imperantes del país y de los mismos profesionales (3).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en su informe publicado en 2006 sobre *“Escasez mundial de enfermeras: Sectores prioritarios de intervención”*; manifiesta claramente las áreas sobre las cuales los gobiernos y los mismos profesionales tienen que intervenir a fin de fortalecer la disciplina, desde el plano político y de recursos humanos de las instituciones, hasta las académicas. Así mismo, este organismo propone que los planes y programas de estudio de enfermería deben formar profesionales que sean capaces de colaborar con la sociedad de la que forman parte; a través de otorgar a las personas, familia y grupos de la comunidad cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación; ampliar a todos los sectores de la comunidad la atención primaria de salud; formar al personal sanitario en atención primaria a la salud a nivel comunitario y supervisarle y trabajar eficazmente con equipos de salud (9).

También los rezagos en la formación académica de las nuevas generaciones sigue dificultando la práctica independiente o la incursión a áreas distintas a la hospitalaria, pues aún no se logra desmedicalizar los planes de estudio y esto predispone a los egresados a su inserción inmediata a la atención hospitalaria<sup>7</sup>.

Según el plan de estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, modificado en el año 2000; el perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia cómo egresado, es el de *“un profesional competente, con sentido social y conciencia nacional, con perspectiva crítica en la promoción de cambios y transformaciones requeridos por la sociedad”*. Su principal función es el cuidado a la salud del individuo y grupos, de manera integral mediante la ejecución de acciones donde remarca su capacidad de innovación, liderazgo y autonomía, en la práctica docente, administrativa, de investigación o asistencial; que le permitan la detección de riesgos, la satisfacción de necesidades y la resolución de problemas de salud; mirando al individuo no como un cuerpo sino como un todo inmerso en un contexto social y cultural (11).

Pese a lo anterior, y a que el Plan de Estudios también hace referencia a la atención comunitaria, el mapa curricular de ese año dista de estar a la par de las necesidades de salud que ya existían en el país; el contenido está enfocado en su mayoría a la asistencia

---

<sup>7</sup> Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en el contexto del Sistema Nacional de Salud en 2003 se contaba con 230, 525 enfermeras, de las cuales: el 63.7% corresponde a enfermeras auxiliares y técnicas en enfermería, el 34% a licenciados en enfermería y el 1.6 por ciento habían cursado estudios de posgrado. Con respecto al desempeño laboral 37.697 enfermeras prestaban sus servicios en la medicina privada y el resto se emplean en instituciones del Sector Salud. De éstas últimas el 21.8% se ubicaba en el Primer Nivel de Atención. (8)



hospitalaria más que comunitaria; sumando a esto, se encuentra el hecho de que no todo el personal docente lleva acabo las practicas comunitarias remarcadas en el plan.

Hoy, el plan de estudios para la Licenciatura en Enfermería (LE) está más acorde a las necesidades del país, sin embargo es preciso valorar la práctica docente de quienes imparten estas cátedras para evitar que los estudiantes sean formados bajo la visión clínica-hospitalaria de quienes han pasado más años impartiendo esta atención, y que aunque pudieran conocer el trabajo comunitario no lo ha llevado acabo; ya que esto seguiría obstaculizando la formación de los profesionales de enfermería, a los que se deber formar de manera adecuada, basándose en contenidos actuales y no en modelos tradicionales que sólo dificultan la práctica, brindándoles los conocimientos y la posibilidad de adquirir más herramientas que les puedan ayudar a adquirir una visión de las necesidades que existen y de los requisitos que se exigen de él y hacerles frente.

Actualmente, la mayoría de profesionales sigue centrando su práctica sólo en la atención hospitalaria; y aunque la profesión ha avanzado, sigue subordinada al modelo médico y minimizando su rol cuidador en el que tendría que mostrar su capacidad científica y humana de brindar cuidados; y que está siendo remplazado por la rutina de sólo la realización de técnicas, a sabiendas, por formación, que el problema de salud del país no se resolverá atacando los daños sino previniendo que estos sucedan.

Los profesionales tienen el reto de situar su práctica dentro del contexto actual que se vive en el país, basándose en su formación científica y humanística en total equilibrio y enfocada a brindar un cuidado, el cuidado que es un arte y su razón de ser como disciplina; a fin de ofrecer atención a los usuarios, no sólo al individuo sino a la familia y a la comunidad, que le permita llevar acabo cuidados enfocados a la prevención para evitar daños a la salud; promoción de la salud no sólo mediante la educación que implique información sino persuasión en la adquisición de hábitos saludables, que permitan el cuidado de su propia salud; así como acciones de tipo terapéutico y de rehabilitación con el objetivo de disminuir la gran cantidad de demanda de atención hospitalaria actual. De esta manera el profesional de enfermería lograra evitar que no mengüe su sentido de responsabilidad, autonomía y liderazgo, y que se vea afectando su perfil investigador, administrativo, docente, asistencial y la satisfacción por la práctica.

La OMS refiere que *“los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación y la Atención Primaria a la Salud (APS) puede afrontar esos desafíos, es así que hoy los países se ven obligados cada vez más a reconocer que la perspectiva de ésta puede proporcionarles el nuevo y más definido rumbo que necesitan”*. (12)

En esta área es donde enfermería tiene un vasto campo de acción donde intervenir, donde servir, no sólo en apoyo a resolver la situación de salud actual del país, sino también en su



beneficio para lograr el reconocimiento que merece, no sólo por otros sino por si misma al poder mantener su autonomía a través de toma de decisiones y resolución de problemas.

## 4. DESARROLLO

### 4.1. EL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Cuidar implica la realización de acciones concretas que a juicio de la persona cuidadora se consideran beneficiosas para la persona objeto de sus cuidados; sin embargo, para enfermería su significado es más profundo y trascendental.

Desde que se ha considerado a la enfermería como una disciplina, “*el cuidado*” ha atravesado por distintas concepciones, desde ser considerado como la aplicación de técnicas o procedimientos, eliminar problemas, cubrir déficits o suplir; hasta adquirir la concepción de que cuidar implica una relación interpersonal y de colaboración, enfocada a valorar y tratar respuestas humanas.

La palabra “*cuidado*” y el verbo “*cuidar*” forman parte de los planes de estudio de los profesionales de enfermería desde hace muchos años y son términos ampliamente usados por ellos. El cuidado es considerado el objeto de estudio de la enfermería, de tal manera que forma parte de los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que sustentan su saber y su práctica como disciplina, y se forma a los profesionales sobre las bases de éste.

Pero en si ¿qué es el cuidado de enfermería? y ¿qué lo hace diferente de los otros cuidados proporcionados por otros profesionales de salud?

La maestra Sofía Sánchez Piña profesora titular de la ENEO-UNAM refiere que “*la acción de cuidar requiere de un sujeto, un cuidador, al ser la misma persona se define como auto cuidado, si es un familiar o amigo, se le denomina cuidado afectivo, cuando es realizada por profesionales o personas entrenadas, la acción deja de ser un proceso empírico y se convierte en un proceso científico, sistemático, en donde no sólo es el cuidar en sí, sino combinar los recursos buscando la armonía entre los conocimientos y actitudes, para que se transforme el estadio del sujeto receptor de cuidados, a un estadio positivo, de confort, de felicidad; por medio de estrategias conocidas como acciones anticipatorias, preventivas, de protección y de rehabilitación de la salud*”. (13)

Lo anterior apoya la definición que ofrece el plan de estudios de la ENEO UNAM, de que *la función específica de enfermería es el cuidado de la salud, lo cual se refiere a las acciones*

*encaminadas a la satisfacción de la necesidades físicas, psicológicas, sociales y/o la resolución de los problemas de salud reales o potenciales; cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan no puedan resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos y grupos logren la autosuficiencia en su cuidado (11).*

*Colliere diría que “es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, y de ese modo luchar contra la muerte. Entonces cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” (14)*

En este sentido filosófico, cuidar es un acto de vida realizado desde que los seres humanos se hominizaron y humanizaron. Esta actividad siempre ha sido imprescindible para sobrevivir y perpetuar la especie, si bien ha sido interpretada de diversas maneras por los seres humanos y aún más por ambos géneros de la especie a través de la concepción del BIEN y el MAL, tanto que ha permitido el surgimiento de diversas profesiones, la finalidad sigue siendo la misma, cuidar de que la especie no desaparezca; ayudar a vivir y morir y evitar el sufrimiento.

En cuanto a las raíces del término “*cuidar*”, éstas se pueden encontrar en diversos legados muy antiguos a través de la historia. El “*Mito de Cuidar*” o “*fabula del hombre y el mundo*” es uno de los legados literarios más antiguos que se tienen sobre el cuidado, éste ha tenido influencia a lo largo de historia en la visión de varios filósofos sobre lo que significa el cuidado, y recita lo siguiente:

*“Una vez llegó Cura (Cuidado) a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras pensaba para sí lo que había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, recibirás el espíritu a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra)”. (15)*

En los escritos romanos se usaba el término “*cura*” (cuidar) en dos significados fundamentales y opuestos. Por un lado, el cuidar significaba preocupación, angustia o

ansiedad, es decir, concebían el cuidar como una carga, y por otro era el proporcionar atención a los otros pero con una connotación positiva, como una atenta diligencia o dedicación. (15)

En base al lenguaje inglés, existen dos tipos de cuidados “*care*” y “*cure*”, es así que el primero se refiere a los cuidados habituales y de costumbre o conocidos también como de conservación y mantenimiento de la vida mediante aquellas actividades que aseguren la continuidad de la vida. El segundo se refiere a los cuidados encaminados a “*curar*” todo aquello que obstaculiza la vida (16). Es en base a estos dos términos que se ha cimentado el cuidado de enfermería encaminado al “*care*” más que al “*cure*”.

Para los hispanohablantes, cuidar, así como enfermería y enfermera/o parten de etimologías diferentes a las inglesas. Para los primeros, cuidar parte de la etimología latina “*coidar*”, la cual proviene a su vez del “*cogitare*” que significa discurrir, pensar, reflexionar; y la principal acepción con referencia a la disciplina es la de asistir, guardar y conservar; mientras que cuidado proviene del latín “*cogitatus*”, pensamiento; con las siguientes acepciones hacia la práctica: solicitud y atención para hacer bien alguna cosa; acción de cuidar (asistir, guardar y conservar); y recelo, preocupación, temor. Para los ingleses cuidar tiene sus raíces de *nutrire* que significa alimentar, amamantar o criar. (17).

Así mismo, *cuidar* y *curar* son términos íntimamente ligados etimológicamente; cuidar proviene de *cogitare* y curar proviene del latín *curare* que significa cuidar, esto hasta el siglo XVIII a partir del cual, los conceptos adquieren nuevo significado y curar se relaciona a sanar y se decide que ya no puede englobar a cuidar, acto del que se ocuparían otros; es así que se deja de lado, y desaparece incluso de las definiciones de enfermería y enfermera/o, comenzando la separación que existe entre ambos términos hasta nuestros días (17).

Apoyando lo anterior, se sabe que en algún punto de la historia se bifurcaron las concepciones que se tenían sobre el cuidado de la especie. El cuidado en un principio realizado por las mujeres, estaba dirigido a la protección de la familia; era considerado un cuidado empírico (18), después, usando la razón principalmente para encontrar un porque a la enfermedad; y debido a creencias sociales, filosóficas y religiosas sobre la superioridad masculina, la atención recayó en los hombres, es así que el cuidar desde el punto de vista masculino próspero pasando a convertirse en un “*curar o sanar la enfermedad*”, basándose en un enfoque positivista y bajo una concepción biologicista del proceso salud-enfermedad.

Con respecto a cómo las mujeres se apropiaron del cuidado como objeto de estudio de la enfermería, se sabe que durante el siglo XVIII el papel de las mujeres era representado por la pasividad, obediencia, emocional y reproductor que se consideraba centrado en el “*cuidado maternal*” más que en la curación (19) “*No era conveniente que las mujeres respetables tuviesen una carrera, ni siquiera tuviesen una educación, pues esto influiría en su capacidad reproductora*” (20); y así durante mucho tiempo las mujeres siguieron cediendo el cuerpo de conocimientos que poseían y su experiencia como sanadoras y luego como

parteras a favor de los hombres, y dejaron de ser cuidadoras para convertirse en auxiliares de los médicos (21). Entonces el cuidar como un acto vida donde el individuo era el centro de los cuidados se consideró algo común y cotidiano, sin gran ciencia que era realizado por las mujeres. El área afectiva, desarrollo mental, entorno y relaciones interpersonales se omitieron y este tipo de cuidado no próspero y se quedó estancado por mucho tiempo.

Fue con Florencia Nightingale, en el siglo XIX, que se identificó al “*cuidado*” como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería, ya que la práctica médica nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica (18). Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limita a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también a procurar ayudar a la gente a vivir. (22)

Tras largos años de dependencia médica, las enfermeras pudieron establecer finalmente una identidad separada de la medicina. Esta nueva identidad les facilitó contemplar una perspectiva teórica que les permitiría definirse a sí mismas como miembros de una profesión, que era diferente y no inferior que la medicina<sup>8</sup>. (19)

Si bien es cierto que el cuidar se ha llegado a considerar un acto exclusivo de mujeres, hoy en día es considerado un acto humano que puede ser realizado tanto por hombres como por mujeres, y es el centro de muchas relaciones humanas. En el caso del cuidado profesional, cuidar necesita de una serie de elementos complejos que enfermería posee y que abarcan conocimientos, dedicación, valores humanos, entre otros (21); y etimológicamente relacionándolo a *cogitare* resulta acertado definirlo como un acto que implica la reflexión y el uso de los conocimientos científicos y humanos para *asistir en la enfermedad, guardar la salud y conservar la salud* y al relacionarlo con *nutrire* se puede identificar su esencia como acto de vida (17).

---

<sup>8</sup> Desde la concepción inglesa, durante siglos los cuidados de enfermería en los hospitales estuvieron en manos de congregaciones religiosas de hermanas, a las que no por azar se les denominaban madres. El arquetipo de la maternidad siempre ha estado presente y ha dominado el cuidado enfermero. Por ejemplo el término inglés *nurse*, introducido en el siglo XIX para sustituir al anterior de “*hermanas*”, procede de la expresión latina *nutrire*, que significa “*criar o amamantar*”. El paradigma de la enfermería es el “*cuidado maternal de los niños*”, como se ha subrayado constantemente a lo largo de la historia. F. Nightingale decía que utilizaba esta palabra porque no encontraba otra mejor. (19)

Desde la concepción española, enfermería y enfermera no tienen traducción directa al latín, pero proceden del término latino *infirmitas –atis*, que significa estar débil, complexión débil, enfermedad, sexo débil. Así como de *Valetudinarium*, hospital de campaña; un espacio físico donde se curan a los enfermos que luego pasaría a definirse solo como espacio para los enfermos denominado *enfermería*. En cuanto a enfermera/o era la persona dedicada a cuidar a los enfermos de la enfermería; que era un acto reflexivo de diligencia y atención centrada en la asistencia y conservación del que padece. Sin embargo a principios del siglo XVIII hasta el siglo XX donde la enfermedad adquirió grandes dimensiones, los médicos que trabajaban en los *nosocomium* (hospitales) adquieren el poder sobre la atención y en este contexto, desaparece el término cuidado de la definición de enfermero/a por uno más genérico que no entrara en conflicto con el de curar, pasando simplemente a ser persona que asiste a los enfermos. No fue sino hasta el año 2001 que se promueve un cambio en la definición de enfermería. (17)

Según el paradigma de la transformación, el cuidado está dirigido a “*estar con*”, es decir, acompañar a la persona en sus experiencias de salud, por lo que los cuidados son individualizados, van dirigidos a su bienestar tal y como ésta lo define, y la enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados. (16)

Estar con la persona permite tener una conciencia en que es posible la práctica auténtica en la cual la enfermera y el paciente dejan de ser objetos del proceso salud-enfermedad, para convertirse en verdaderos sujetos de acción dentro de ese proceso, con identidad propia y con capacidad para transformar su mundo. (23)

El cuidado en enfermería se dirige a las personas, familias y comunidades; se ha convertido en el eje sobre el que gira la práctica profesional, es esencia, razón de ser y objetivo. La enfermería al ser la ciencia que estudia el cuidado, actúa en relación a la experiencia de salud que vive la otra persona; la cual tiende a ser interpretada de manera subjetiva y representada a través de respuestas humanas. La enfermera al reflexionar sobre cada una de sus acciones; para que éstas se realicen en base a conocimientos científicos y humanos, el cuidado se convierte en un cuidado profesional, y al dirigir sus objetivos hacia el ser humano se convierte en un cuidado holístico y personalizado, que permite el surgimiento de una relación humana y de confianza entre el cuidador y a quien cuida, en continua interacción con su entorno.

Esa relación recrea reciprocidad y simultaneidad donde enfermería también forma parte de dicha relación, no como un sujeto en un papel individual sino en interacción con el otro. Esta conceptualización afirma y acepta que al interactuar en el cuidado se tiene un compromiso con el otro, consigo mismo y con el universo evolutivo. (24)

Cuidar va más allá de atender las necesidades físicas que tenga el usuario (individuo, familia o comunidad), el cuidado de enfermería gira en torno a la interacción surgida entre ambos; mediante esa interacción, enfermería se hace partícipe de todos los momentos que vive el ser humano, que abarcan no sólo sus estados físicos, sino también emocionales y sociales, pero sobre todo, tiene la consigna de lograr un impacto, esto la diferencia de muchas otras relaciones, en donde incluso muchas veces no se persigue ningún fin o el fin que se persigue es propio y no común.

El cuidado es una vivencia única, tanto para quien lo recibe como para quien lo brinda, que requiere conocimiento y conciencia acerca de la necesidad de cuidar, además de intención de actuar con base en el conocimiento, con el fin de observar un cambio positivo como resultado del cuidado, hecho que se juzga únicamente, con relación al bienestar del otro. (21)

La función de enfermería es cuidar y cuidar es ayudar a vivir. La complejidad del cuidado en enfermería nace del hecho de que llama a un compromiso hacia la protección de la dignidad

humana y conservación de la humanidad. Forma parte de una relación de interacción humana, y como se sabe toda relación humana es compleja, en ella hay intercambio de formas de pensar, sentir y hacer, pues todos entendemos la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de maneras distintas en base a creencias, valores, costumbres, etc.

Es así que al incorporar además de aspectos técnicos y científicos, aspectos espirituales; el cuidado enfermero se convierte en un arte, arte que como lo define María Navora *“se puede definir como virtud, disposición o habilidad para hacer de alguna cosa algo único e irrepetible, entendido también como la facultad mediante la cual el hombre expresa lo material o lo inmaterial para dar lugar a la creación. Por tanto, dar vida a la materia y el cuidado de la vida (ambos un desafío) son un arte”*. (25)

El significado de cuidar es indudablemente complejo, en especial cuando se trata de conceptualizarlo en la práctica enfermera, es amplio y con *“límites”*, si es que existen, tan sutiles que no es de extrañar que las enfermeras puedan llegar a fragmentar su práctica e inclinarse por el modelo de atención predominante y sujetar su práctica a la rutina.

Lo cierto es que el cuidado implica no solo conocimientos, sino también valores y empatía dentro de una relación de interacción humana antes que terapéutica; ésta última como objetivo pero la primera como medio, en la que se comparte la experiencia de salud que se vive, o como lo refiere Leonardo Boff *“implica una capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería logran trascender entre otros”*. (23).

Francisco Báez y colaboradores dicen que *el cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión y no de aprensión de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el de enfermería. Dicha situación es manifestada en respuestas físicas y emocionales que se reflejan en agradecimientos recíprocos por parte de la persona y la enfermera(o), que concluyen en reconocer al cuidado profesional de enfermería como una pieza importante en la recuperación de la salud*. (23)

Beatriz Sánchez argumenta que *“la salud no es una condición sino un proceso y como tal es dinámico y evolutivo”*, (24) por esto, es preciso para la enfermera adaptarse a los constantes cambios que se viven es ese proceso llamado salud-enfermedad intentando comprender el significado de esa experiencia en la persona; de tal forma que se la pueda ayudar a obtener un bienestar, tomando en cuenta todo lo que es esa persona y lo que la rodea y aquello que pueda llegar a ser; es decir, aumentar su potencial al máximo que pueda contribuir a lograr su plenitud.



Hoy en día, llevar a cabo el cuidado de enfermería se ha convertido prácticamente en un reto, ya que el modelo biomédico centrado en la curación está fuertemente arraigado y apoyado por las políticas, administración de los servicios, economías y nuevas tecnologías, que dificultan la relación enfermera-usuario.

Silvia Matumoto dice que, el enfermero, al desempeñar su papel social de cuidador vive las tensiones propias de la producción de los actos de salud dentro del contexto en que tienen lugar: *“la producción de procedimientos versus la producción del cuidado”*. (26) Es así que el profesional de enfermería se haya en constante tensión, entre el deber de apropiarse de habilidades y cualidades que le permitan realizar su labor de cuidado al ser humano; la constantemente necesidad de reafirmarse en la responsabilidad de su práctica para no verse sometida a la rutina y realización de procedimientos impuestos debido a demandas institucionales, programaciones, ordenes médicas, etc., y en su lucha por el reconocimiento de su práctica como profesión.

Hoy cabría la pena el reflexionar si esa *“esencia”* de su ser llamada cuidado realmente se haya presente en cada una de las actividades que realiza, o se está dando prioridad a ser técnicamente perfectos, olvidando que cuidar también es un arte, y como todo arte es único; una tecnología, intelecto, espíritu y con gran contenido de sensibilidad; entendiendo esto no como gentileza, sino comprendiendo que el ser humano es único, irrepetible e indivisible y mayor que la suma de sus partes; que se desarrolla en un entorno en constante cambio. Pero por el hecho de *“ser”* humano, ya tiene implícito el respeto que se merece.

Al cuidar, aunque importa saber y conocer qué se hace, importa principalmente el cómo se hace y a quién va dirigido. Antes que todo está el ser a quien se destina cualquier acción y el cómo vamos a portarnos con relación a ese ser (27) No basta con poseer conocimientos y saber que la función de enfermería, en deber y esencia es cuidar; es necesario que se tome conciencia de ello, sólo así logrará sensibilizarse, responsabilizarse y adquirir plenamente el compromiso de cuidar; no por amor a su profesión, sino por amor al ser humano.

Para comprender la profundidad del significado de la CE, se debe partir del cuidado; en la consulta el profesional de enfermería reflexiona sobre cada actuación en favor del usuario; en ella no sólo brinda atención ayudando a satisfacer necesidades que el individuo pueda tener por enfermedad o incapacidad y que no pueda cubrir, sino que también encamina todas sus acciones para lograr que el individuo, familia o comunidad sean capaces de valorar su propia salud encaminándose a lograr un autocuidado, o dicho de otra forma, que se conviertan en sus propios cuidadores. En ella emplea sus conocimientos científicos, su humanidad y habilidades técnicas para lograr los objetivos.

En la CE como en cualquier otra actividad de enfermería, el cuidado es un acto reflexivo y de análisis que no es estático; no solo involucra lo que pensamos, sino también lo que sentimos, de tal forma que se tomen las decisiones que aporten las mejores alternativas de

opción al paciente tomando en cuenta y respetando lo que éste es (creencias y valores) y lo que le rodea. (28)

## **4.2.LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD COMO PRIORIDAD PARA ENFERMERÍA**

El mundo cambia día a día y es preciso ir renovándose para lograr adaptarse a esos cambios; los modelos de atención a la salud del pasado no cumplen con las expectativas para resolver los desafíos del presente, y los cambios importantes que se han logrado en materia de salud son desiguales, no sólo entre países, sino incluso en un mismo país.

Según la OMS, los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos (tanto económicos como humanos) En muchos países el presupuesto total invertido en la salud no basta para financiar el acceso de toda la población a un paquete de servicios esenciales de atención sanitaria. Aunque sea muy limitado, *en los países donde el presupuesto para salud es muy reducido, cada dólar no utilizado de forma óptima parece dar lugar a diferencias desproporcionadas* (12) La Dra. Margaret Chan dice que: *“las lagunas existentes en los resultados sanitarios no son cosa del destino: son indicadores de fallas en las políticas”* (29)

La OMS refiere que las estrategias de salud aún se centran en una oferta dirigida a la curación especializada, con uso de alta tecnología y producto de intervenciones biomédicas; por lo que cada día la atención se muestra más fragmentada por la necesidad de ofrecer resultados a corto plazo, y se centra cada vez más en un carácter comercial no regulado (12).

Es así que se van olvidando aquellas áreas donde las intervenciones de salud son especialmente costo-eficaces enfocándose en un cuidado centrado en la curación y no en la prevención, hecho que ocasiona que las personas con menos recursos sean las que más carecen de servicios de salud, que los tiempos de espera para recibir sus tratamientos sean largos, que no se satisfagan sus necesidades de medicamentos y que la calidad de atención también se vea afectada.

En contraparte, las personas están cada vez más conscientes de que la salud no sólo es una necesidad, sino también es su derecho; por lo que expresan cada vez más su opinión sobre ésta, por considerarla un elemento que influye en su vida cotidiana y de quienes le rodean, y sobre la manera en como sus gobiernos y sistemas de salud se ocupan de la atención sanitaria. Sin embargo aún no se les hace completamente participes sobre la importancia de su participación en el cuidado de su salud. (6)



En el caso de México, en los últimos cincuenta años la transición epidemiológica presenta nuevos desafíos a un sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado los programas dirigidos a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva<sup>9</sup> (5). La tendencia de atención a la salud sigue siendo vista desde el enfoque biológico predominantemente; pese a que hace más de 30 años se puntualizó la necesidad de cubrir los objetivos en salud por medio de la Atención Primaria a la Salud (APS) (12)

De igual forma, el mayor número de las personas que se haya desprovista de aseguramiento, sin mayor acceso a servicios de salud, tampoco tienen capacidad de pago para cubrir al menos algunas de sus necesidades básicas como alimentación o vestido; en materia de salud, esto se traduce en los llamados “*gastos de bolsillo*” que empobrecen más a la población.

En la Conferencia Internacional de Salud, celebrada en Alma Ata capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán (URSS) en 1978; cambió la visión que se tenía hasta entonces sobre la salud. Bajo el eslogan de “*salud para todos en el año 2000*” se definió la Atención Primaria de la Salud como un conjunto de *valores rectores* para el desarrollo sanitario, un *conjunto de principios* para la organización de servicios de salud y una *variedad de criterios* para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud (29). Con ello se buscaba principalmente lograr el objetivo de reducir la desigualdad sanitaria desde una concepción holística continua y permanente de salud, que incluyera intervenciones multisectoriales y multidisciplinarias, promocionales y preventivas, participativas y descentralizadas (30).

Alma Ata definió la Atención Primaria a la Salud como:

*“La asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad.*”

---

<sup>9</sup> Entre 1955 y 2005 la esperanza de vida al nacer aumentó 45% para alcanzar una edad de 75.4 años, y las tasas de mortalidad infantil descendieron 83%. En 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables de 70% de las muertes en el país, pero hoy en día sólo contribuyen con 12%. Durante este mismo intervalo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75% del total de muertes. No obstante, el constante aumento en el nivel promedio de salud de la población se ha acompañado de desigualdades persistentes en diferentes segmentos de la misma. De manera similar, aunque la transición epidemiológica se encuentra en un estado avanzado en todo el país, la mortalidad por enfermedades transmisibles en el decil de la población con menores ingresos es dos veces mayor que la mortalidad en el decil más alto. (5)

*Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (31)*

En su momento no se le consideró, como hoy, algo muy aventurado tomando en cuenta todos los acontecimientos mundiales que ocurrieron después, y que llevaron a la reducción de presupuestos nacionales de servicios sociales que afectaron en muchos sentidos la atención a la salud. (30)

Actualmente no se han logrado llevar a cabo las metas que se plantearon en ese entonces debido a la segmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la poca coordinación entre la comunidad y los organismos competentes, el uso inadecuado de la información, la insuficiente colaboración intersectorial y la insuficiente inversión en recursos humanos (32). Las personas siguen siendo consideradas elementos pasivos en la atención de la salud básicamente médica, cuya función es obedecer las prescripciones reparativas orientadas a las enfermedades, en vez de ser consideradas “seres”, “personas”, acrecentando con esto cada vez más esas desigualdades y profundizándolas<sup>10</sup>.

La Dra. Margaret Chan Directora de la OMS, coincide en lo anterior diciendo que la concepción de la Atención Primaria a la Salud en Alma Ata, incluía y aceptaba la participación de las comunidades en la creación de soluciones para los problemas de salud y ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, donde la prevención era igual de importante que la curación y por tanto la inversión de los recursos debería darse de manera racional entre los distintos niveles de atención. “Este enfoque se malinterpretó de inmediato. Era un ataque radical contra el cuerpo médico. Una utopía. Se confundió con centrarse exclusivamente en el primer nivel de atención. A algunos defensores de la propuesta de desarrollo les parecía barata: escasa atención para los pobres, una solución de segunda clase para los países en desarrollo”. (29)

Aun así, actualmente muchos países comienzan a invertir más en salud y asumen la APS como la estrategia ideal para mejorar la cobertura en salud de sus países, sin embargo aún los resultados como ya se mencionó son insuficientes.

Hoy la OMS define la Atención Primaria a la Salud como *la asistencia sanitaria esencial, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es*

---

<sup>10</sup> Según Ana Sojo se considera que son desigualdades aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias. Los grados de equidad van a estar determinados originalmente por los modelos de aseguramiento y de financiamiento de la salud. La igualdad de acceso a los servicios para quienes posean iguales necesidades, independientemente de sus ingresos y de su capacidad de pago, está íntimamente relacionada con la vigencia de los principios de solidaridad, universalidad y equidad. (67)

*el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (33)*

Para su comprensión me permito transcribir la aportación que David A Tejada de Rivero en su publicación “Alma Ata 25 años después” hace sobre lo que significa atención primaria, siendo durante su dirección de la OMS cuando se llevó a cabo dicha conferencia.

*...En cuanto a la "atención", la versión original en inglés usó el término "cuidado" (care), y no "atención". El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.*

*En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda.*

*...la atención primaria de salud "forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)", y es "la función central y el núcleo principal" de "todo" el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres. (30)*

La Atención Primaria no es un servicio o conjunto de servicios, no es atención médica primaria o primer contacto médico, no es un programa; la Atención Primaria es una visión y una estrategia que puede permitir alcanzar una cobertura universal de salud con mayor equidad y solidaridad, que busca una cobertura total de la atención a la población, donde se combina de forma segura, eficaz y socialmente productiva la promoción y la prevención, los cuidados y la asistencia, uniéndolos en el punto de interacción entre la población y el sistema de salud, desde el primer contacto de ésta con los servicios; donde lo principal es dar prioridad a las personas(individuo, familias y comunidades). (12)

Atención Primaria a la Salud es “un cuidado” de la salud de la/s “persona(s)”; por tanto se debe hacer partícipe a éstas del cuidado de su salud. Para lo cual se requiere de un marco legal, institucional y organizacional; así como los recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. (32)

Entonces ¿Cuál es la participación de enfermería en APS?, como respuesta a esto las iniciativas en la APS con relación a enfermería, como para otras profesiones del campo de la salud, han dado origen a desarrollar los nuevos paradigmas de la salud que van de la curación a la atención centrada en la persona, en los entornos donde estos se desarrollan, y de la responsabilidad única del gobierno por la salud de la población a la corresponsabilidad de las personas por la misma, para así poder lograr equidad en la atención y el cuidado, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas (34),

Al igual que lo menciona David Tejada de Rivero, la “*atención*” en su versión original del inglés es “*care*” relacionado con el cuidado y el objeto de estudio de la enfermería es “*el cuidado*” de la salud de los individuos, familias y comunidades. La atención primaria a la salud busca la igualdad, equidad y valoración de la persona no de la enfermedad; los enfermeros como lo dice Itza Camargo *son actores que realizan los aportes únicos, esenciales y específicos al “cuidar” y no permiten polarizarse en la enfermedad sino contemplar a la persona en su totalidad, en la realización de un cuidado individualizado* (34). En esto enfermería puede encontrar la razón para su intervención en base a la estrategia de APS.

La salud es una realidad y proceso social complejo y dinámico; por tanto en ella influyen de sobremanera la realidad que viven las personas, cada una de ellas. Por lo tanto es responsabilidad y deber de todos, cuidar de modo activo de la salud individual y colectiva. La Atención Primaria a la Salud “*promueve un planteamiento holístico de la salud*” (12) Los enfermeros en su praxis al cuidar de las personas lo hacen en base a sus experiencias de salud, en las cuales influye todo aquello que la rodea, tangible o intangible.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud hoy se perciben como la puerta para poder hacer frente a muchos de los problemas de salud actuales, enfermería como otras profesiones implementa estrategias en apoyo de ellas a fin de proporcionar cuidados a las personas. Así mismo, la autonomía de enfermería puede comenzar a verse reflejada, sin embargo es necesario, para continuar fortaleciendo a la profesión, que las enfermeras sean capaces de tomar decisiones y ser resolutivas ante los nuevos problemas de salud. (34)

Los elementos que integran la Atención Primaria ya forman parte del currículum de los actuales profesionales de enfermería y son una necesidad inminente de la población Si bien las políticas económicas, sociales y de organización de los servicios de salud del país aún dificultan el potencial de desarrollo de la estrategia de APS a manos de las enfermeras; por formación éstas, sea cual fuere su área de práctica, tienen la responsabilidad legal, social y ética de contribuir a la salud de la población en cualquier entorno, por lo tanto deben adaptarse constantemente a los cambios que se viven y apoyar los nuevos paradigmas de atención a la salud en un trabajo participativo, interprofesional, con los usuarios y multisectorial. (34)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que mediante la implementación de la APS, en América Latina las enfermeras han podido contribuir a la extensión de cobertura, brindando atención esencial, aportando al control de enfermedades y a la promoción de la salud de diversos sectores de la población, a la detección de riesgos, movilización de comunidades y participación social, han participado en la educación de las mismas para favorecer el autocuidado, han establecido redes sociales y han ayudado a vincular a la población con el sector salud. (2)

La OMS en su informe sobre la salud en el mundo 2008, *“La atención primaria de salud más necesaria que nunca”*, refiere que a veces se encomiendan a especialistas tareas que desempeñarían mejor los generalistas, médicos familiares o enfermeras. Ello aumenta la ineficiencia, restringe el acceso y priva a los pacientes de la posibilidad de recibir una atención integral. Cuando la salud se constriñe hacia la atención especializada, tiende a perderse una amplia gama de intervenciones protectoras y profilácticas, lo que podría reducir la carga mundial de morbilidad hasta en un 70%. (12)

Enfermería puede contribuir en las reformas que actualmente se gestan entorno a la APS y que principalmente están dirigidas hacia el logro de la equidad e igualdad en los servicios; la prioridad y centralidad a la persona con respeto a lo que es y la rodea, con integridad en su atención, no enfocándose solo a un padecimiento, así como obtenido su participación en el cuidado de su salud; así mismo, el establecimiento de una oferta no restringida solo a la atención curativa sino también enfocada la prevención de enfermedades, promoción de la salud y detección de riesgos; con igual o mayor prioridad; la no fragmentación de los servicios a programas específicos, sino cuidados ofrecidos a toda la comunidad, para lo que se requiere mayor apoyo a la salud pública y comunitaria, no como atención barata sino con mayor inversión que a futuro se vea reflejada en la reducción de los costos en salud; así como profesionales preparados, capacitados y sensibles (12)

Enfermería en su rol, en apoyo a la APS, contribuye a minimizar las desigualdades dentro del sistema sanitario mediante estrategias innovadoras que se traducen en aportaciones indiscutibles. La persona, familia y comunidad son a quienes están dirigidos sus cuidados y son vistos de manera integral; la prevención, promoción y detención de riesgos forman parte de su formación, y cada día buscan estar mejor preparados y capacitados en las problemáticas actuales de salud. Según González García, *el enfoque de atención primaria atraviesa toda la sociedad y busca no sólo curar, sino cuidar; aquí las enfermeras constituyen el grupo principal del personal de atención que dispensa la atención primaria a todos los niveles y mantiene los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de salud.* (34)

La Atención Primaria a la Salud quizá puede llegar ser poco valorada por enfermería, según la percepción que se tenga de ella, pero hay que recordar que no se trata de un servicio o programa sino de una estrategia que puede garantizar una mejor atención a la población y por tanto las intervenciones que las enfermeras realicen entorno a ésta estrategia no sólo

pueden ser de bajo costo, sino que a pesar de ser a largo plazo poseen un mayor impacto en la salud de la población. Esta estrategia enfocada al primer nivel y área comunitaria, requiere de toda la capacidad de análisis, reflexión y liderazgo de enfermería para reformar la atención a la salud brindada hasta ahora en el país; mediante nuevas alternativas de modelos y prácticas que le permitan gestionar cuidados a la población.

#### **4.3. LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.**

Ante el panorama de salud actual, donde la atención primaria comienza a tomar mayor importancia como estrategia para proporcionar atención sanitaria a las poblaciones, adoptando modelos de atención basados en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y que se comienza a tomar más en cuenta la centralidad de la persona como ser y como colaborador en la atención; el profesional de enfermería busca y propone nuevas estrategias de participación y colaboración, de tal forma que le permitan seguir llevando a cabo su objetivo; cuidar de la salud de las personas, familias y comunidades de manera holística; profesionalmente y sustentando su práctica en conocimientos científicos y bases éticas.

La Consulta de Enfermería (CE) es una propuesta innovadora de atención, diferente del modelo tradicional que desempeña enfermería centrado en la asistencia clínica; demanda por parte de ésta, poseer iniciativa, criterio y capacidad resolutoria. En los últimos años enfermeras de varios países la llevan a cabo y aunque se ha propuesto desde hace algunas décadas; su implementación dentro de los servicios de salud aun no es homogénea en todo el mundo ni en todos los sectores, en específico en el primer nivel de atención y área comunitaria.

La CE propone canalizar la gestión de la demanda y abordar los problemas relacionados con la salud que frecuentemente generan un uso inadecuado de la consulta médica o que simplemente no son atendidos desde una perspectiva integral que favorezca la independencia de la persona en relación con su salud. La enfermería, a través de las consultas efectivas y especialmente dirigidas a las poblaciones más desprotegidas y vulnerables, se une al propósito de lograr ampliar la cobertura de atención, a fin de reducir las desigualdades en materia de salud.

En este sentido, la CE dentro del contexto de la Atención Primaria a la Salud, permite que el profesional de enfermería además de ejecutar sus funciones en el ámbito de su competencia profesional en diferentes escenarios, ejerza su autonomía entendida como la capacidad de la enfermera para tomar decisiones acertadas, basadas y fundamentadas en el conocimiento y juicio crítico. (34)



Las referencias relacionadas con ésta son pocas, pues sólo en unos cuantos países como Estados Unidos, España o Brasil, está propiamente establecida como un servicio ofertado a la población en general y se le reconoce como una modalidad de atención, independiente al servicio médico pero sin estar desvinculada de éste. En otros países aún se le considera sólo una herramienta posterior a la consulta médica; útil al paciente crónico que requiera de información adicional sobre su tratamiento o requiera de entrenamiento especial para llevarlo cabo; como es el caso de personas con padecimientos crónicos como: diabetes, cáncer, insuficiencia renal, cardiopatías, asma, tuberculosis, entre otros.

En la mayoría sigue siendo sólo una práctica realizada de manera informal, en lugares no establecidos o reconocidos para dicho fin y las actividades de enfermería que pueden considerarse elementos de esta práctica sólo se realizan de manera limitada y esporádicamente. O ni siquiera es considerada como una posibilidad de la práctica de enfermería.

Para su implementación influyen las políticas y los recursos tanto económicos como humanos con los que cuenta el país, así como la capacitación y la motivación de parte de la enfermera para contribuir a la salud de la población brindando servicio mediante esta modalidad de atención.

Por lo anterior es que aún no están claramente delimitadas ni establecidas sus funciones y los servicios que en ella se ofertan, así como tampoco lo está su metodología administrativa ni la evaluación de sus servicios.

Las referencias bibliográficas respecto a este tema, pese a ser escasa, nos ofrecen entre otras cosas: un marco histórico; algunas definiciones, los objetivos que plantea esta práctica, la metodología que sigue y los servicios que oferta; principalmente tomando como modelo la CE española. A continuación se desarrollan dichos puntos.

#### **4.3.1. REFERENCIAS HISTÓRICAS**

El término Consulta de Enfermería (CE) surgió en la década de los sesenta, pero esta práctica ya era ejercida desde los años veinte conocida como “*entrevista post clínica*”, pues era llevada a cabo tras la consulta médica. (35). Si bien servía como apoyo al médico, sólo estaba encaminada al adiestramiento de pacientes crónicos, más que a una valoración e intervenciones independientes y propias de enfermería.

En la década de los cincuenta, en países como Estados Unidos e Inglaterra, la enfermera comenzó a adquirir mayor responsabilidad y autonomía en su práctica, pudiendo intervenir a nivel comunitario para resolver problemas de salud que apremiaban en ese entonces a la

población. Es así que comienza a desvincularse de la atención en los nosocomios y a dirigir sus intervenciones a el área comunitaria, con intervenciones basadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, enfocando esfuerzos al cuidado de la salud de la madre, niño y anciano, incluyendo también a las comunidades negras e indígenas. (36) Así mismo el mundo ve nacer las primeras teorías y modelos de atención de enfermería que comenzarían a sentar las bases de la profesionalización de la disciplina.

En 1973 aparece la primera CE, usando este término como tal; en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore en Estados Unidos, (37); hecho que también se remarca con los primeros reportes que se tienen sobre el uso de la Teoría de Orem del autocuidado en pacientes ambulatorios (38) y aplicada también a la CE. (39). En este hospital, la consulta como modalidad de atención de enfermería, se dirigió principalmente a pacientes crónicos entre ellos pacientes cardiacos y con diabetes; funcionando como un servicio independiente a la consulta médica pero sin dejar de prescindir de ésta, claro estaba, para los pacientes que requiriesen ser remitidos (36). Sin embargo aún en los ochenta no existía en Estados Unidos un sustento legal que justificara su ejecución como una herramienta para la atención.

La estrategia de Atención Primaria a la Salud, surgida a raíz de la reunión de Alma Ata en 1978, introdujo nuevos conceptos como educación sanitaria, promoción de la salud, participación comunitaria, cooperación, solidaridad, etc. A partir de esta reunión se comenzó a gestar una reforma mundial a los servicios sanitarios de los países desarrollados que también alcanzó a aquellos denominados en vías de desarrollo, haciendo entre otras cosas que prestaran atención al ámbito comunitario como prioridad para implantar la estrategia. Este modelo no sólo ha sido importante de cara a la población, sino indirectamente también para casi todos los profesionales del campo de la salud, ya que se ha convertido en la base sobre la que se han consolidado nuevas orientaciones profesionales. (40)

Canadá a partir de los cinco dominios de actividades en Atención Primaria: actividades de promoción de salud, de prevención de enfermedad, curativas, rehabilitadoras y cuidados de soporte; que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en Alma Ata, comenzó a desarrollar actividades que permitieran el desarrollo de estos cinco dominios dentro de los roles enfermeros en una estrategia de colaboración cercana con el médico. (35)

Esto se ha traducido en importantes resultados, en términos de evidencia clínica, que demuestran como las enfermeras de atención primaria obtienen resultados similares a los de los médicos en la atención a los pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos o asmáticos), así como también ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda por enfermedades leves en los centros de salud. (41)

En España los primeros reportes sobre la CE datan de los años 70 (36); pero fue con la instauración de la APS en los años ochenta y la creación de los Centros de Salud, que se comenzaron a gestar cambios que permitieron la creación de una legislatura como orden ministerial de salud el 27 de noviembre de 1985; en ella se establecieron los lineamientos



que regulaban la CE y su programa de implantación en este país; pese a la oposición del Consejo General de Colegios Médicos que veían esta práctica como una intrusión en sus funciones. (36)

La reforma realizada en España trajo consigo grandes transformaciones en la forma de impartición de la atención a la salud de ese país, así como la concepción que se tenía sobre la salud y la enfermedad; con esto se remarcó la importancia de la atención primaria y el deber del personal de enfermería de brindar atención de tipo ambulatorio y domiciliario en pro del fomento de la salud y prevención de riesgos a la salud de la población.

Se recuperaron los cuidados enfermeros, se introdujo la metodología científica (Proceso de Enfermería) y se ampliaron las funciones de enfermería (42). Es así que la CE comenzó a contribuir en la atención de las diversas necesidades que presentaban los usuarios y en coordinación con otras actuaciones de enfermería como la atención domiciliaria y la intervención comunitaria como complemento a sus terapias. (20)

La implementación de la CE en Atención Primaria a la Salud, según la concepción que en ese entonces se tenía sobre ésta última; originó un cambio de rol de las enfermeras españolas centrando su atención al cuidado enfermero en las distintas etapas del ciclo vital humano y potenciando el autocuidado (37). Con esto se rompió el paradigma “*biologicista*” que hasta entonces existía, en donde se brindaba mayor importancia a la atención de la enfermedad y es así que se crea en España el Modelo de Autocuidados Cotidianos aplicado en las consultas. (42)

Izta Camargo afirma que *el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía de enfermería se encuentra ligado a la implementación y progreso de las Consultas de Enfermería, que comenzaron como una oportunidad para realizar actividades integradoras, mediante la utilización de los aspectos filosóficos y operacionales que ofrecía la APS. Además refiere que pese a la oposición, las enfermeras acogieron su implementación como una forma de reconocimiento y reivindicación de su autonomía profesional, al entender que pasaban de ser “enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad”.* (34)

Pese a lo anterior algunos autores refieren como común denominador de las consultas de enfermería de varios países en ese entonces; que cuando las enfermeras comenzaron a dejar la consulta médica hacia la CE se enfrentaron a una estructura vacía de contenidos, les faltaron directrices claras respecto a las actividades que tenían que realizar en las recién creadas consultas y carecían de formación para afrontar directamente los aspectos más relevantes de la atención, como la entrevista clínica, la valoración de los pacientes, la detección de problemas y la determinación de las intervenciones más adecuadas (40). Lo anterior contribuyó a que las enfermeras se limitaran a la realización de ciertas actividades técnicas y el control de pacientes crónicos, sin llevar a cabo propiamente una consulta.

Con esto, la mayoría de estas consultas se volvieron programadas, encaminadas a la atención de pacientes crónicos, otorgándole a la consulta el distintivo patológico; algunos autores afirman que esto se manifestó como un profundo *fraccionamiento entre la práctica de los enfermeros en la atención y una pérdida de la integralidad de la misma*, pues los pacientes eran citados diferentes días según su patología, se caía entonces en el error de fragmentar igualmente al usuario, viéndolo sólo como una patología y no de manera integral tomando en cuenta todo lo que era y lo rodeaba; como correspondería a la práctica enfermera. (36). Esto ha persistido, por ello aun hoy la consulta a demanda sigue reportando baja productividad y las consultas en su mayoría continúan siendo programadas.

Actualmente se dice que en Inglaterra esta modalidad de atención está tan avanzada que se llevan a cabo consultas vía telefónica a lo cual se hace referencia, mejora el acceso de los usuarios a la atención y desahoga los tiempos de espera en los servicios; cabría aun reflexionar sobre el tipo de atención que se otorga de esta manera (40).

No sólo en estos países desarrollados, se ha prestado importancia a esta modalidad de atención; también en algunos países de América Latina, se han hecho esfuerzos para que su implementación se lleve a cabo y algunos van más allá al llevar a cabo acciones que permitan tener un sustento legal que facilite la realización de la CE.

En Venezuela, en el año 2000, dentro de la Política de Salud se estableció el Modelo de Atención Integral para profundizar, consolidar y fortalecer los Programas de Salud Pública, teniendo como meta, disminuir las oportunidades perdidas en la prestación de servicios de salud públicos a la población; es así que la CE, conocida como "*Clínica de Enfermería*"; se asume como una de las estrategias de salud que apoya esos objetivos y aunque no hay un sustento legal que la avale, ni esté implementada en todo el país, existe el trabajo realizado por un equipo de enfermeras a través de la Corporación de Salud del Estado Aragua que con apoyo de la Coordinación Regional de Enfermería, han logrado crear espacios donde la enfermera de salud pública pone en práctica todo conocimiento aprendido a través de su formación y experiencia a través de ella. (20)

En Brasil se hacen referencias sobre el intento de implementación de la CE desde los años veinte copiando el modelo americano, con actividades en post-consultas y posteriormente con actividades de promoción y prevención, pero estuvo presentando altas y bajas a lo largo de los años, que no pudo establecerse formalmente sino hasta la resolución N° 159/92 (1992) del Consejo Federal de Enfermería que dicta las normas y requisitos para la realización del procedimiento (35). Sin embargo aún se hacen referencias sobre la dificultad existente en la sistematización de la consulta; la carencia de la formación del personal de enfermería en esta actividad y la centralización de la CE en el modelo biomédico.

En Colombia, hacia 1985 se empezó a hablar de la CE. Para 1993 se mencionaba la intervención de enfermería en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientadas a servicios específicos de los programas de crecimiento y desarrollo

para el niño y el adolescente, para la mujer embarazada, hipertensión y diabetes; donde las enfermeras poseían más independencia. Hacia los años noventa (1992–1999) siguiendo el modelo americano se presta el servicio de CE al paciente oncológico, debido a la influencia provocada por los cambios del sistema de salud emergentes de la época y las políticas dirigidas hacia la enfermedad neoplásica que la consideraban de alto costo para el sistema (36).

En Panamá, en el marco del ejercicio profesional, las Consultas de Enfermería empiezan a vislumbrarse como un servicio plenamente resolutorio y asistencial de primer orden, al cual pueden recurrir los usuarios en caso de necesidad de atención; esto ha exigido de las enfermeras el fortalecimiento de los niveles de formación de pre y posgrado para realizar investigaciones que le permitan reforzar y aumentar el acervo de conocimientos propios fundamentados en el desarrollo teórico, con el fin de que el conocimiento que se genere tenga aplicabilidad en la práctica de las consultas de enfermería y permita socializar los productos investigativos. (34)

En México no hay información de la CE ofrecida por alguna institución de salud; pero si por parte de instituciones educativas que la llevan a cabo como parte de sus proyectos.

Aun así, en el país existe un amplio escenario de actuación donde enfermería se desarrolla pese a la escases de profesionales. La enfermera comunitaria se orienta a promover factores saludables, identificar y atenuar riesgos a la salud y contribuir a disminuir las enfermedades; es responsable de manera independiente de los Programas de Vacunación Universal (PVU), Programa de la Mujer en Salud (PROMSA), Programa Oportunidades, PrevenIMSS, Arranque Parejo, entre otros. De forma interdependiente participa en los programas: Vigilancia epidemiológica, detección y control de enfermedades crónico degenerativas, Hospital Amigo de la Madre y del Niño, Salud Escolar y Ambiental, etc. (8)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el fin de llevar a cabo la promoción a la salud, prevención, curación y rehabilitación, y facilitar la aplicación de los programas específicos de salud pública y reproductiva; estableció cinco Programas Integrados de Salud por grupos etéreos: salud del niño, salud del adolescente, salud de la mujer, salud del hombre y salud del adulto mayor; de tal forma que las acciones en salud se encaminaran a cada grupo atendido y facilitaran las intervenciones realizadas (43). En estos programas las enfermeras juegan un papel importante en la promoción a la salud y aunque no es propiamente una CE tienen un contacto estrecho con el derechohabiente, sin embargo no se ha establecido una sistematización del cuidado (37).

Estos ejemplos remarcan el papel tan importante que desarrollan las enfermeras en salud comunitaria y primer nivel.

De las instituciones educativas que llevan a cabo proyectos para brindar atención mediante la CE en centros comunitarios, están la Facultad de Enfermería de la Benemérita

Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP) y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM).

En la FEBUAP la propuesta surge a partir de la creación del Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida, 1996 (CECACVI-BUAP). Aquí, la CE se brinda a población abierta en las distintas etapas del ciclo vital humano y el proceso enfermero es el marco en que las enfermeras y los enfermeros aplican sus conocimientos y habilidades para expresar el cuidado. (37)

En la ENEO-UNAM, se encuentra el proyecto de atención comunitaria en el Centro Comunitario de San Luis Tlaxialtemalco en Xochimilco, que en su programa de Salud Familiar, el más solicitado y de mayor impacto, tan solo en un año llega a brindar 6299 consultorías de las cuales solo el 4% se refieren a una atención especializada en los servicios públicos de la zona (3). También se encuentra, más recientemente, el Proyecto de Atención Primaria a la Salud en la Comunidad de Tlalmille en Tlalpan, donde se ofrece a la población la CE como servicio principal, sustentada el Proceso Enfermero e incorpora el uso de terapias complementarias en la atención.

#### **4.3.2. DEFINICIONES**

El termino Consulta de Enfermería (CE) puede comprenderse de acuerdo al sentido en que se maneje o se le otorgue. El lector al revisar las referencias bibliográficas existentes sobre ella podrá percibir cierta confusión, ya que con este término se puede hacer referencia tanto al lugar, como a la actividad realizada, así como a la modalidad de atención representada por ésta. Incluso como servicio, se le haya unido un término patológico: Consulta de Enfermería Oncológica, Pediátrica, en Diálisis, al Paciente con Diabetes, con Asma, etc. También podrá encontrarse con algunos otros términos como “*Clinica de enfermería*” en el caso de Venezuela por ejemplo.

Algunos autores han comprendido lo anterior y han dispuesto igualmente otorgarle al concepto de CE dos connotaciones; primero en lo referente a lugar y segundo a la acción. Algunos piensan que la consulta (entrevista) se puede realizar en el despacho del profesional o en el domicilio del paciente y que debiera utilizarse precisamente la palabra despacho para describir el espacio físico donde se produce la entrevista, mientras que la palabra “*consulta*” se debería reservar para el proceso de entrevista y relación con el usuario, es decir a la atención directa que presta la enfermera a la persona (39).

Es así que con respecto a la primera connotación, basándose en los conceptos que aportan José Luis Iglesias Gutiérrez y colaboradores (44); así como el concepto obtenido del Plan de

Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. (45), la CE se definiría como:

- El lugar o espacio físico que garantiza un entorno en el cual la enfermera puede ofrecer atención al usuario y/o familia de manera integral; con la seguridad y confidencialidad precisas en el contexto científico, ético y legal; dentro de las funciones y competencias propias de su profesión y con una participación activa por parte de los usuarios y dentro de un trabajo de equipo multidisciplinar.

Con respecto a la segunda connotación y principal; la CE a lo largo de los años ha sido definida de diversas maneras, según haya sido el momento de su implementación; desde ser considerada una herramienta o actividad hasta ser vista como una modalidad de atención de enfermería o un servicio.

En un principio se consideraba a la CE como una actividad para la mejora del control y seguimiento de enfermos crónicos (*“entrevista post-consulta”*); un método para dar respuesta a necesidades de cuidados de los pacientes en los aspectos específicos de enfermería en las áreas de prevención de recaídas o complicaciones, recuperación y rehabilitación de la salud, su función era más de entrenadora y supervisora de tratamientos (46). Actualmente los conceptos hacen referencia a un mayor número de intervenciones, así como un campo de acción más amplio y enfocado a diversos sectores poblacionales y no sólo a un individuo sino también en la familia.

A continuación se presentan algunas de las definiciones sobre la CE:

- Acción de atender a la persona o familia en un espacio de tiempo determinado, en el que se solicitan sus servicios para la solución de un problema de salud en el ámbito de sus competencias y funciones. (44)
- Modalidad de atención de enfermería por la que se prestan cuidados individualizados a la población en un marco directo, que posibilita el establecimiento de una relación formal y educativa de trabajo enfermero. (42)<sup>11</sup>.
- Actividad en la que se da una interacción profesional entre el usuario y la enfermera, en la cual la labor se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de la salud, desde el nacimiento hasta la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico (34).
- Proceso de atención directo, donde la enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a personas, de una forma integral,

---

<sup>11</sup> Este autor considera que además de la consulta, también son modalidades de atención de enfermería: la visita domiciliaria, el trabajo en comunidad, los servicios comunes y la colaboración en la consulta médica.

con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar. (47).

- Entrevista entre usuario/a y profesional de enfermería, que se desarrolla en un espacio físico definido dentro del centro de salud. Tiene como objeto promover cuidados de enfermería para promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar el estado de bienestar y ayudarlo a rehabilitarse y reinsertarse socialmente aceptando su nueva situación. (36)
- Proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en su medio ambiente. (46)
- Transacción terapéutica, interpersonal, única, contextual y dimensional, cuyos resultados se traducen en crecimiento para la persona cuidada y el cuidador facilita dar asistencia humana, individualizada e integral a la población a través de un conjunto de acciones intencionadas mediante el proceso enfermero como instrumento de investigación, análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado enfermero. Posibilita una relación formal educativa para promocionar la salud a través de hábitos saludables, prevenir las enfermedades y los factores de riesgos. Por tanto, es una alternativa para dar cuidado humano desde diversas perspectivas y a todas las personas en experiencias de salud-enfermedad, por ser el cuidado una relación terapéutica e interpersonal. (20)

Como se puede observar, se la define como: acción, actividad, proceso, entrevista, modalidad de atención directa y transacción terapéutica, pero el denominador común de todas estas definiciones es que en la CE se establece una relación de interacción entre el usuario y el profesional mediante el Proceso de Atención de Enfermería con el fin de resolver el problema de salud que lo aqueja.

Diversos autores hacen una subdivisión en la CE, y nos hablan de que ésta puede ser programada o a demanda. (28). Algunos otros hablan incluso de una CE de Urgencia (45), en este caso sólo se describirán las dos primeras.

- **La Consulta de Enfermería Programada o Concertada:** es la que se realiza citando previamente al paciente que puede estar incluido o no en alguno de los programas o protocolos del centro. Fue la primera en llevarse a cabo y es todavía la que más realiza el profesional de enfermería en las consultas y de la que hay más registros. El hecho se debe a que la CE ha enfrentado diversos obstáculos, por un lado su implantación como servicio y por otro, aquellos que provienen de la organización, trabajo interprofesional y de los mismos profesionales de enfermería; que orillan a que la

consulta se limite a cierto tipo de usuarios, tiempos y actividades y que se haya terminado por asignársele el distintivo patológico anexo a la consulta, que la limitan aún más.

- **La Consulta de Enfermería a demanda:** se define como la consulta en la que la enfermera realiza actividades independientes, a petición de la población que tras solicitar ser atendidos acuden al centro y sin que sea consecuencia del seguimiento concertado de un programa de salud o protocolo. Ésta es el ideal y el objetivo de muchas enfermeras para la realización de esta actividad, pero a la vez exige mayor capacidad de resolución y de conocimientos firmemente sustentados por parte del profesional, ya que no se sabe que tipos de casos enfrentara.

Este último tipo de consulta es la que presenta mayores problemas, debido a lo ya citado anteriormente y a que no está plenamente claro para la población cuales son las actividades realizadas por enfermería, lo cual crea desconfianza, esto hace que las consultas a demanda sean mínimas y poco fructíferas. También crea rechazo por parte de los médicos al no comprender claramente las actividades de enfermería y el considerar esta actividad como un agravio contra su labor (28).

### 4.3.3. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

El principal objetivo de toda CE es el cuidado de la población; cuidado que se ofrece en sus facetas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en un sistema apoyo-educativo y con la finalidad de hacer al individuo el primer responsable de su salud (39)

Sumado a esto, la Dirección General de Asistencia Sanitaria Valenciana en España, establece los objetivos de la CE en el Primer Nivel de Atención. (47)

#### OBJETIVOS GENERALES

- Prestar atención inmediata de enfermería a determinados problemas y/o necesidades de salud mediante la citación directa demandada por el propio usuario u otros profesionales.
- Ampliar y mejorar los servicios sanitarios ofertados a toda la población en el ámbito de la Atención Primaria de Salud mediante el incremento de los servicios prestados en la CE.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofrecer cuidados de enfermería en relación a la prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de salud para mejorar la salud de los usuarios atendidos en la consulta.
- Aplicar un modelo metodológico común en todas las actuaciones de enfermería unificando criterios, lo que permitirá disminuir la incertidumbre de los profesionales en la toma de decisiones e implicará una disminución de la variabilidad en la práctica enfermera.
- Aumentar los conocimientos y habilidades de la población asignada en materia de salud-enfermedad a fin de potenciar y fomentar el autocuidado por parte de los individuos, familias y comunidad.
- Establecer la enfermería de referencia para favorecer una adecuada relación enfermera-paciente.
- Reforzar la confianza de los usuarios en relación con el servicio prestado por las enfermeras.
- Favorecer la comunicación entre las enfermeras y los otros miembros del equipo de atención primaria, especialmente con médicos y pediatras.
- Potenciar la detección de necesidades y/o problemas socio-sanitarios y la derivación a los profesionales idóneos para su resolución.

### 4.3.4. ¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA?

Lo interesante de comprender la CE como una relación humana, surgida del trato directo entre el usuario y el profesional de enfermería, donde éste echa mano de su principal herramienta, el Proceso de Atención de Enfermería y de aquellas cualidades y habilidades que la caracterizan para brindar un cuidado; es que para su realización no deben influir los segundos términos; es decir, si va enfocada a un sector en específico de la población o no; de ahí que sus alcances puedan ser muy amplios dentro de la práctica; tan amplios como la enfermería quiera; pues bien puede funcionar de manera independiente como interdependiente a otros servicios y profesiones.

Aun así, es preciso hacer alusión a que de acuerdo al país, sector de la población y mecánica de funcionamiento, existen consultas dirigidas a grupos específicos de población,



principalmente pacientes crónicos. También de acuerdo a los programas de salud del que formen parte, las hay dirigidas a grupos etéreos; por ejemplo: consulta para la mujer, consulta para el control del niño sano, consulta para el cuidado del adulto mayor, etc.

Sin embargo esto no significa que la CE pueda funcionar sólo si se encuentra dirigida a grupos específicos; esto se realiza, para mejorar y facilitar la labor de la enfermera en instituciones; pero de igual forma también puede ser un servicio que brinde atención a todo el que demande este servicio y que se apoye de su propia metodología.

Se afirma que la consulta está dirigida a todo usuario que demande este servicio; se debe entender entonces como usuario a la población en general, tanto sana como enferma y no entendiendo que sólo se brinde a un individuo en particular, sino que la consulta se puede también dar a la familia; en base a los preceptos que rigen a la enfermería.

La Comisión para el Desarrollo a de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud, en España (41) refiere que los usuarios más importantes son los siguientes:

- Pacientes crónicos, especialmente en su fase inicial (prediagnóstica y diagnóstica) y aquellos clínicamente estables.
- Ancianos estables con escaso deterioro motor y cognitivo
- Personas que asumen el cuidado de enfermos o personas dependientes; con necesidades de formación para prestar los cuidados en el ámbito doméstico y con necesidades de atención derivadas de su rol de cuidador.
- Personas susceptibles de intervenciones preventivas o de promoción de salud que puedan sistematizarse desde los servicios sanitarios: ayuda para dejar de fumar, orientación sexual y/o anticonceptiva, etc.
- Problemas con importante consumo de la consulta médica y susceptibles de ser seguidas por enfermeras.

Lo anterior reafirma, que la CE se dirige a todos aquellos que requieran asesoramiento en materia de autocuidados o a todos aquellos que requieran de un diagnóstico y tratamiento por parte del profesional de enfermería, que pueda proveer por si misma o en apoyo multidisciplinar. Este amplio campo de actuación es posible dada la forma de diagnosticar e intervenir por parte de Enfermería que se basa en respuestas humanas; de ahí que durante la valoración puedan surgir diagnósticos reales, de riesgo, de bienestar o de promoción de la salud.

#### 4.3.5. METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA CONSULTA

Según una investigación realizada por la Red Española de Atención Primaria, la CE se define de acuerdo a cuatro características: (39)

1. Se realiza por un profesional de enfermería.
2. Atiende a población sana o enferma.
3. Existe consulta directa (entrevista cara a cara empleando el Proceso Enfermero).
4. Utiliza algún sistema de registro en su actividad.

A si mismo reconoce tres sistemas de acceso de los usuarios a la consulta: por derivación, por pre-consulta médica y por voluntad propia. A continuación se describe cada uno.

1. **Derivación por parte del médico para su atención:** El usuario es derivado por el trabajador social, médico u otro profesional para que sea atendido en la CE, habitualmente por la inclusión en algún subprograma de salud.
2. **Pre-consulta a la consulta Médica:** El usuario al entrar al sistema es recibido por la enfermera que analiza la demanda del usuario y se determina la necesidad de cuidados enfermeros, control o educación o necesidad de atención médica. Con este sistema de acceso, el primer contacto que tiene el usuario con el sistema de salud es la enfermera. Uno de los grandes beneficios que se han descrito con este método de acceso es el fomento de la educación y de prácticas de promoción de la salud.
3. **Por Voluntad del Paciente o por acceso directo:** En este sistema los usuarios no necesitan ningún tipo de formulario o documento de acceso a la CE. Este sistema de acceso parece el ideal para conseguir cubrir todo el espectro de la población susceptible de requerir una CE, pero requiere de adecuados planes de trabajo sobre la organización de la consulta y la definición, promoción e información de los servicios que le puede ofrecer a la población una enfermera, así como un adecuado trabajo en equipo con el médico y otros profesionales de la salud.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> En 1999 el Servicio Navarro de Salud evidencio que el trabajo como enfermeras comunitarias estaba centrado mayoritariamente en las consultas de personas con patologías crónicas. Ante dicha situación, el equipo de gestión de enfermería de atención primaria de dicho servicio, decidió que una de sus prioridades era el ampliar la oferta del servicio de consulta a toda la población con citación directa a la enfermera, a través de cita previa y abrir la consulta a todos los usuarios respondiendo a sus demandas de salud, desde un abordaje con un importante componente educativo y/o de autocuidado y desde la información y atención de pre hospitalización o post hospitalización con necesidad de seguimiento de cuidados; personas que están incluidas en los distintos programas y que necesitan de atención individualizada y de información sobre los estilos de vida saludable, tipos de

Estas formas de acceso también van a estar determinadas por la manera en la que se de la organización de la CE, en la que va a intervenir como factor primordial el sistema organizativo de los servicios de enfermería en la institución; que puede ser por sectores de población, por unidades de atención familiar o por programas de salud. Es así que la CE puede estar organizada como:

- **Consulta previa a la consulta médica:** el usuario pasa primero a la CE y luego a la médica si es que la enfermera lo cree conveniente.
- **Consulta simultánea:** la CE y médica se realizan de forma simultánea en despachos contiguos e intercomunicados que facilitan la derivación entre ambos profesionales.
- **Consulta conjunta:** la CE y médica se realiza en el mismo despacho. Ésta requiere una clara protocolización y determinación de que facetas son abordadas por cada profesional, un trabajo eficaz en equipo en las que ambos trabajen en condiciones de igualdad y la existencia de relaciones empáticas entre ambos profesionales.
- **Consulta de acceso directo:** en este modelo organizativo, la enfermera recibe de forma directa al usuario que demanda su atención y a los usuarios derivados por otros profesionales.

Lo anterior muestra lo que la caracteriza y cómo se accede a la CE, sin embargo su implementación aún no está completamente establecida. Aunque el recorrido que lleva desde su propuesta es corto, permite ir conociendo aquellos principales problemas a los que se ha enfrentado, algunos nacen del hecho de que aún se carece de una metodología homogénea basada en un marco teórico concreto, por lo que al no haber una metodología establecida, principalmente basada en el Proceso de Atención de Enfermería, no puede realizarse una evaluación certera de los alcances de dicha actividad ni en lo cuantitativo ni cualitativo.

Virginia Inés Soto Lesmes, Enfermera y Profesora asistente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en su artículo *“Tendencia e impacto de la consulta de enfermería en Bogotá”* refiere que se debe trascender de evaluar el quehacer de la enfermería desde lo cuantitativo a la búsqueda de indicadores que permitan mediar los cambios producidos por las acciones holísticas realizadas en la institución donde prestan sus servicios, a los usuarios y sus familias y a la profesión en sí (44). Sin embargo en lo personal podría afirmar que en México antes de trascender a lo cualitativo se debería realmente llevar a cabo lo cuantitativo ya que hay carencia de registros que sustenten la practica.

---

recursos a su alcance y s correcta utilización. Es decir creando consulta a demanda para atender problemas de salud, pero también para hacer prevención.

En la CE, se busca en todo momento el establecimiento de una relación enfermera-usuario/s de trato directo, donde el principal objetivo que la caracteriza es la búsqueda de solución a problemas o déficits en materia de salud, por ello, al establecerse una relación entre ambos, lo que se busca también es el trabajo mutuo para la generación de respuestas positivas.

Fernanda Cristina Manzini refiere que las acciones necesarias para la manutención de la vida y la promoción de la salud y bienestar son denominadas demanda del autocuidado terapéutico. Sin embargo, cuando esa demanda es mayor que la capacidad que la persona tiene, surge el déficit de autocuidado, siendo que es, en esa situación, cuando el profesional de enfermería se encuentra para actuar conforme los diferentes sistemas.<sup>13</sup> (48)

La CE puede hacer frente a esto desde una perspectiva integradora, al no limitarse a la atención de una patología, sino por abordar al individuo de manera holística e incluir y hacer partícipe a la familia del cuidado y del tratamiento. Por ello es que es considerada de vital importancia en varios programas de atención específicos.

Para la realización de la CE las enfermeras utilizan principalmente el Proceso de Atención de Enfermería que incluye la comunicación, los modelos teóricos, la taxonomía NANDA, la clasificación de intervenciones (NOC) y la Clasificación de resultados (NIC); así como guías o instrumentos que ayuden a la valoración, educación y control de los usuarios de tal forma que permitan un adecuado manejo de la información.

#### **4.3.5.1. Importancia de la comunicación en la CE**

Se argumenta que cada vez más los profesionales de la salud adquieren grandes conocimientos sobre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, sin embargo no saben cómo comunicar efectivamente esa información tan imprescindible a la sociedad (49).

De lo anterior nace el fracaso al intentar influir en las personas para que se adhieran a sus tratamientos o modifiquen sus estilos de vida, pues en la interacción que surge entre el

---

<sup>13</sup> Los sistemas a los que hace referencia Manzini son:

- Sistema totalmente compensatorio: la capacidad para el autocuidado está limitada o ausente, en este caso, el enfermero debe tomar decisiones y desarrollar acciones que satisfagan los requisitos de autocuidado.
- Sistema parcialmente compensatorio: las acciones son realizadas tanto por el enfermero como por el individuo que necesita de ellas, habiendo alternancia en la realización del autocuidado, dependiendo las limitaciones, habilidades y conocimientos del paciente.
- Sistema apoyo-educación: el individuo tiene aptitudes para realizar el autocuidado terapéutico, puede aprender a ponerlo en práctica, pero necesita del apoyo profesional. En este caso el enfermero será responsable de su preparación para ser un agente proveedor de autocuidado.

profesional de salud y el usuario, la recepción de los mensajes enviados por el primero, pueden ser interpretados de diversas formas por el segundo en base a sus creencias, costumbres y valores que muchas veces son pasados por alto.

De ahí que en materia de salud el profesional de enfermería deba comprender que la comunicación juega un papel muy importante, pero no entendiendo ésta como una mera transmisión de información, sino todo lo que implica este proceso; desde la emisión de un mensaje mediante un canal de comunicación hasta la decodificación adecuada de éste por el receptor y tomando en cuenta diversos elementos que permitan que el mensaje sea comprendido de la manera en que se desea ya que de ello dependerá el significado que el usuario le otorgará a su enfermedad y la manera en que le haga frente.

A simple vista hablar de comunicación puede resultar sencillo, sin embargo es un complejo proceso de interacción entre seres humanos; el dialogo es prácticamente la principal manera en que se lleva a cabo, aunque también existen muchas otras maneras para comunicarse entre los seres humanos.

Y son precisamente los procesos de asistencia sanitaria los que más demandan la construcción de espacios de comunicación eficaz, para que el individuo que recibe atención no se convierta en un “objeto”, si no en un “sujeto” que solicita el apoyo necesario para comprender y reorganizar sus sentimientos, pensamientos y su estructura psíquica, frente a la eventualidad de la enfermedad (49).

La entrevista es uno de los elementos que juega un papel trascendental durante la consulta, se convierte en el escenario donde la comunicación hará que surjan los datos que permitirán realizar un adecuado diagnóstico, por ello se le considera una comunicación planificada o una conversación con una finalidad (50) Sin embargo se debe evitar mantener durante ésta sólo un flujo de información unidireccional, es preciso evitar diagnosticar e “indicar” lo que se entendería como “mandar”, el usuario debe comprender el qué pero también el por qué y ser partícipe de su propio cuidado.

La CE como cualquier otra actividad de enfermería, requiere de una comunicación efectiva con los pacientes, entendida ésta no sólo como una claridad en lo que decimos, sentimos y pedimos al paciente, sino también y sobre todo en mostrar empatía y verificar mediante retroalimentación que el paciente nos ha escuchado y comprendido, ya que esto permitirá fomentar una asistencia humana más personalizada, lograr la cercanía al paciente y a su vez, poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados (49)

Durante la consulta, la entrevista es un compendio de dos facetas: la relación humana y las habilidades técnicas. Por ello, dentro de las habilidades en el proceso de la comunicación con las que la enfermera debe contar, las principales son: saber escuchar de manera activa y saber hablar; ya que la primera determina la calidez de la entrevista, la confianza en el profesional, así como la calidad de la información que se recoge y la segunda es un

indicador para el usuario de la competencia profesional; por lo que los mensajes deben ser claros, concisos y precisos, con una pronunciación segura y remarcando lo más importante; así mismo, las pausas deben ser utilizadas a favor y se debe evitar las miradas esquivas y manos ocultas; ya que la imagen que perciba el usuario debe ser la de un profesional seguro pero no arrogante, por lo que también se debe ser asertivo. (39)

Una comunicación adecuada donde no queden dudas sobre la intención real de lo que se expresa y exista una mutua comprensión derivada de cuando la versión del receptor se acopla con el significado que propone el emisor; se puede convertir en una comunicación *“persuasiva”*.

Rosa María Romero Aranda, nos dice que son factores importantes dentro de la CE; el perfil comunicador del profesional de enfermería, dominar los elementos básicos de la comunicación y sobretodo, tener en cuenta la importancia de la comunicación persuasiva; siendo ésta última de vital importancia dado que no suele obtenerse un cambio de conducta a través de una información, ya que nuestros hábitos de vida no se rigen por normas racionales, sino por actitudes aprendidas y elaboradas a lo largo de toda la vida; actitudes compuestas por aspectos: cognitivos, afectivos y psicomotor/conductuales, sobre los que hay que influir si se quiere persuadir. (42)

Así como la comunicación verbal juega un papel importante en la CE para obtener directamente datos, la comunicación no verbal delata hechos que incluso el mismo usuario no ha identificado, pero que para la labor enfermera son necesarios. Dentro de la CE, el profesional de enfermería que lleve a cabo la consulta debe reconocer aquellos aspectos que se delatan en la comunicación no verbal y cuidar que ésta se produzca de manera adecuada de tal forma que imperen los elementos positivos que faciliten esa comunicación. (42)

Por ello es que el profesional de enfermería debe desarrollar al máximo su capacidad de comunicación, no sólo de ello dependerá una obtención adecuada de datos, sino un adecuado trabajo en equipo para la planificación de intervenciones y que éstas sean llevadas a cabo; además de que para poder realizar la actividad de educar para la salud es preciso ser buen comunicador; pues en la educación para la salud hay que conseguir que el individuo o individuos a los que se dirige, modifiquen o cambien sus estilos de vida. Pues *“cada uno construimos nuestra propia realidad, realidad que es distinta para cada uno y en función de cómo construimos y captamos la realidad, así la comunicamos”*. (49)

Collière indica que, para que en el cuidado exista reciprocidad, el profesional de salud necesita contemplar al paciente como un ser holístico y activo; que en muchas situaciones por su condición de salud puede presentar respuestas cambiantes. Por tanto, el cuidado de la salud, es una tarea mutua entre el personal de salud y el paciente, donde ambas partes deben ser comunicativas, confiadas, respetuosas, y comprometidas entre sí. De manera que se enriquezcan tanto el paciente como el profesional asistencial. (49)

En esta interacción con el individuo y colectivos, la comunicación en su forma verbal y no verbal se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros; es decir, es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales (22)

#### **4.3.5.2. El Proceso de Atención de Enfermería**

Ya se mencionó anteriormente a quien está dirigida la consulta, por lo tanto se sabe que el usuario es el eje central de este servicio. El profesional de enfermería responderá a esto apoyándose de su capacidad de organización, planificación de recursos y de su capacidad en la toma de decisiones y de resolución encaminados a proporcionar cuidados.

J. A Guiro i Goris refiere que para la CE, la metodología que utiliza el profesional es el método científico; es decir, el Proceso de Atención de Enfermería. Este proceso en relación con la interacción del usuario y el profesional puede identificarse en las fases que caracterizan a la consulta: fase de recepción, fase de desarrollo de la consulta y fase resolutive. (39)

Durante la fase de recepción; si es la primera vez que el usuario asiste, la enfermera se presentará e informará sobre los servicios que ofrece la consulta, se entablara una relación empática de colaboración y de confianza, también se dejara clara la disponibilidad para poder consultar con la enfermera cualquier problema.

Será durante la fase de desarrollo de la consulta que se determinara el motivo de consulta; ya sea formal u oculto; si bien el usuario asiste por un motivo formal, durante la valoración puede resaltar un motivo oculto que es por el que asiste y que no se expuso por vergüenza o desconocimiento, por lo que se deberá tener en cuenta.

Así mismo en esta fase se llevará a cabo, de acuerdo al Proceso de Atención de Enfermería, la valoración de las necesidades del usuario, sus respuestas adaptativas y los recursos con que cuenta para la promoción y adquisición de mayores niveles de salud, para lo cual echará mano de la comunicación tanto verbal como no verbal, de la entrevista clínica, la observación y la exploración física; ya sea desde la primera consulta o, a valoración de la enfermera, se establecerán consultas sucesivas. Esto conducirá a la determinación del o los diagnósticos enfermeros.



Las pautas a seguir para la valoración diagnóstica dependerá en gran medida del marco conceptual seguido por todos los profesionales de enfermería ya que cada gerencia establecerá cual es la información básica que debe recoger para cumplir el objetivo de ofrecer una atención de calidad a la población. Así se podrá seguir para la valoración: la escala de Maslow, los patrones funcionales de Gordon, las necesidades de autocuidado de Orem, las catorce necesidades de Henderson, las necesidades humanas definidas en el Modelo de Autocuidados cotidianos de Romero, etc. (51)

Finalmente en la fase resolutoria, se elaborará y ejecutará el plan de cuidados, donde la enfermera utilizará técnicas de planificación y consenso para planificar de forma conjunta con el usuario los objetivos que se desean conseguir y las intervenciones enfermeras y de autocuidado que se deberán ejecutar para conseguir los resultados. La enfermera podrá usar técnicas de enseñanza-aprendizaje, de entrevista de descarga emocional o acompañamiento, técnicas clínicas, etc.

Se entregará una hoja con el plan de cuidados por escrito con la firma de ambos, también puede entregarse una hoja de autocuidado donde la persona anote sus logros que considere importantes, con esta hoja, el usuario se autorresponsabiliza de su salud. Finalmente se fija una nueva cita para evaluar los resultados. El proceso concluye cuando se finaliza con el registro de todas las etapas del mismo.

Durante la fase de resolución también se determina si el usuario requiere ser derivado a otro profesional.

Como se ha podido observar, El Proceso de Atención de Enfermería es la principal herramienta de trabajo de profesional de enfermería, en cualquier área que ésta se desempeñe; es así que éste se entiende como una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades y ha sido usado desde 1967 presentando la secuencia lógico-pedagógica que se conoce en la actualidad: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación (52).

Por desgracia, en muchos entornos prácticos se cree que el proceso de enfermería es conveniente, pero demasiado engorroso para ser práctico. Si no se considera valioso, no se utiliza, y muchas enfermeras siguen actuando con procedimientos uniformes basados en el diagnóstico médico, en lugar de emplear un método fundamentado en la evaluación, planificación y retroalimentación (40); esto trae como consecuencia que información valiosa para la profesión se pierda al no haber registros.

Ana María Romero Aranda dice que el PAE es el método científico de resolución de problemas que las enfermeras utilizan en el trato directo con la población, el individuo o la familia y sea cual fuere el modelo teórico que se emplee como referencia, pese a ser un método de trabajo uniforme y sistematizado, puede ser flexible que posibilita tratar las

cambiantes y a veces difíciles situaciones que surgen en torno al individuo y su proceso salud-enfermedad (42).

En 1980, la ANA (*American Nurses' Association*) declaró que “*La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales*”. Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera acostumbrada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa de médico. (50)

Cada una de las fases que componen al Proceso de Enfermería, están íntimamente relacionadas, de forma que cada una de ellas afecta a las otras, es decir, se solapan unos con otros formando subprocesos continuos, es así que la valoración puede estar presente en la evaluación, como durante las intervenciones. Cada fase se debe actualizar continuamente según los cambios de situación, puesto que la salud no es estática, sino que se encuentra en constante cambio. (50)

Es por ello que se considera que el PAE puede ser flexible y dinámico, pues pueden verse alternadas las partes de la secuencia de cinco pasos que lo componen, dependiendo del desarrollo de la entrevista. Así mismo es un instrumento que sirve para investigar sobre la repercusión de las intervenciones y de esta manera evaluar la calidad de los cuidados que se prestan.

El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que se crea entre enfermería y usuario, que incluye la comunicación entre ellos, con su familia, la comunidad o con otros profesionales. Por ello mismo trae tanto ventajas para el usuario como para la enfermera; al primero le ofrece calidad en cuidado, continuidad de mismo y la participación de ellos en su salud; a la enfermera le ofrece educación constante y sistemática, satisfacción por el trabajo, crecimiento profesional, evitar asuntos legales, estar a la altura de los modelos de enfermería profesional, etc. (50)

La importancia del llevar a cabo el proceso de enfermería radica en que permite unificar acciones e información entre los profesionales. Esto lo convierte en la metodología ideal para la realización de las consultas de enfermería independientemente del modelo teórico que se emplee. Enfermeras de países como España, Venezuela, Colombia o México, comparten sobre ello en diversos artículos.

Ana María Romero nos ofrece la propuesta para la realización de la CE basada en el Modelo de Autocuidados Cotidianos (MACC). Este modelo surgió a partir de la reforma de salud en España en los años ochenta y que permite ayudar y orientar a las enfermeras a desempeñar sus funciones y definir su propio núcleo de actuación en las consultas (42).

Este modelo está influenciado por Orem con su teoría sobre el autocuidado, por Peplau con su visión sobre la relación interpersonal y terapéutica de la enfermería y por Johnson con el

concepto de adaptación y los aspectos conductuales, donde la enfermería influye para mantener el equilibrio.

Principalmente se refiere al hecho de que la actuación de enfermería en los cuidados y atenciones de salud son las necesidades humanas básicas, es decir lo cotidiano de las personas, las cuales identifica como: alimentación, eliminación, actividad reposo-sueño, higiene, sintomatología (según el proceso), uso de medicación, actitud de la persona y la familia ante la enfermedad o etapa vital y ocupación del tiempo libre. La finalidad de dicho modelo es conseguir un nivel óptimo de autocuidado en estas necesidades mediante el empleo del proceso de enfermería.

El uso de modelo de autocuidados permite observar la diferencia que existe entre seguridad clínica y autonomía funcional, siendo la primera competencia de medicina y la segunda de enfermería; introduce aspectos emocionales, educativos y de red de apoyo; valora el trabajo enfermero y otorga satisfacción profesional, permite un trabajo sistematizado y deja puerta abierta para seguir ampliando los diagnósticos enfermeros e introducir nuevas propuestas.

Con este modelo durante la valoración se recogen los datos tanto objetivos como subjetivos de manera directa o indirecta enfocándose a las ocho necesidades que contempla este modelo y tomando en cuenta aspectos psicosociales y culturales. Los diagnósticos se formulan en base a un modelo propio, que se centra en el desarrollo de un lenguaje específico sobre el autocuidado, la seguridad y el bienestar. Resultan de la unión de dos frases principales: *“la conducta del problema y la causa del problema”*; la primera es la definición de la respuesta del usuario ante un problema determinado y consta de la etiqueta diagnóstica y la necesidad básica alterada. Este modelo de diagnóstico agrupa las etiquetas en tres categorías:

- Déficit de seguridad: situaciones que la enfermera resuelve entorno a la enfermedad. <<Inestabilidad de..., indicios de... y lesión de...>>
- Déficit de autocuidado: situaciones que indican que el usuario no puede cubrir sus necesidades básicas. <<Falta de conocimientos..., incapacidad para..., dificultad para... o rechazo a...>>
- Déficit de bienestar: responden a la pregunta ¿está incomoda la persona? <<Molestia por...>>

El plan de cuidados se realiza en cooperación con el usuario para obtener mayor compromiso e implicación por parte de éste y se basa en la prioridad de los diagnósticos, identificación de los objetivos, planificación de las actividades.

En el caso de Colombia, Virginia Inés Soto Lesmes, Enfermera y Profesora asistente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, refiere que se puede extrapolar la CE como Actuación de Enfermería, dividida en tres partes: valoración, identificación del problema y orientación hacia la solución del mismo. (44)

La valoración se define de acuerdo a la necesidad inmediata del usuario: valoración técnica, valoración de control y/o valoración de las respuestas humanas ante los procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales y la necesidad de educación para la salud.

Para la definición de los problemas se emplea: motivos de consulta, la etiqueta diagnóstica, el formato PES o cualquier otra forma de enunciar el problema identificado. En base a lo anterior se pueden planear las estrategias encaminadas hacia la solución del problema.

Enfermeras de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP), a través del Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida (CECACVI-BUAP), reconocen al Proceso de Atención de Enfermería como la estrategia para realizar la CE; reconocen las actividades a realizar y la metodología empleada por éste. (37)

Durante la Valoración emplean los patrones funcionales de Gordon y realizan la exploración física a todo usuario. El Plan de cuidados, una vez identificados los diagnósticos de enfermería, se elabora conjuntamente con el usuario y está encaminado a reducir los problemas y promover la salud. El diseño de las intervenciones se realiza en base a las normas oficiales, los programas de la Secretaría de Salud y se enmarcan en el método enfermero con la ayuda de la Clasificación de resultados (NIC) y la clasificación de intervenciones (NOC). La Evaluación se realiza mediante citas (consultas) programadas donde se evalúa si la persona ha adoptado conductas saludables y en caso de no asistir se realiza visita domiciliaria para evaluar el plan de cuidados.

En todo momento se lleva un sistema de registros ya que se considera que es un método de acceso a la información y un indicador de calidad pues permite saber el logro de los resultados esperados en cada consulta y dar continuidad a un plan de acción. Estos registros contienen datos de la primera consulta y de la valoración inicial, plan de cuidados, intervenciones, de enfermería, hojas de seguimiento, referencia y fechas para citas subsecuentes, etc.

Los tres ejemplos citados son muestra de cómo al emplear el Proceso de Enfermería se facilita la realización de la CE y se unifican tanto el lenguaje empleado como las acciones realizadas por los profesionales en beneficio del usuario.

#### **4.3.5.3. ¿Qué prescribe la enfermera en las Consultas?**

Durante el análisis de la CE, surge la interrogante de saber diferenciar las labores dentro de ésta y hasta dónde puede llegar; pues el no estar claros estos dos puntos es lo que ha hecho que la profesión médica vea a la CE como una intrusa dentro de su labor.

Entrometerse en la labor médica y caer en lo que algunas enfermeras han llamado pseudoconsulta medica (26), no es lo que la CE busca.

Primero, cuando se habla de consulta, generalmente todos relacionamos este termino con acudir a pedir algo, ya sea informes, asesoría, consejo, tratamiento, etc.; pues es así que en la consulta médica, ese “algo”, las personas lo relacionan con una “prescripción” que puede ser entendida de dos formas: como el “recetar” algún medicamento que lo alivie; o como “un mandato, indicación u orden” sobre lo que se tiene que hacer para sentirse bien o restablecer su salud. La mayoría, creo yo, opta por la primera.

Sin embargo, según el Consejo General de Enfermería en España; prescribir y recetar son términos diferentes. (53)

1. PRESCRIBIR es emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente, por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.
2. RECETAR es cumplimentar un formulario que contiene la medicación, o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición.

En la CE esa prescripción viene a llamarse intervención<sup>14</sup> y está encaminada a proveer cuidados y nada tiene que ver con recetar medicamentos (que es lo que más se debate actualmente).

La consulta está dirigida a personas enfermas y sanas, y busca no ser unidireccional; sino que el usuario, al ser quien acude a solicitarla, se haga participe de su cuidado, de tal forma que permanezca en todo momento informado de cada situación que competa a su caso, que comprenda el porqué de su situación y de las medidas a tomar y que se comprometa en su

---

<sup>14</sup> La Prescripción Enfermera es definida por Bulecheck McCloskey (1992) como “cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente”.

Ese cuidado directo incluye:

1. Los tratamientos iniciados por la enfermera
2. Los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y,
3. La realización de actividades diarias esenciales para el cliente.

Esto es lo que bajo los conceptos de Proceso Enfermero se han venido a llamar “Intervenciones y actividades provocadas por los Diagnósticos Enfermeros –DxE–”, “Las intervenciones y actividades provocadas por los problemas de colaboración” y “Las intervenciones de suplencia parcial o total provocadas por lo que la bibliografía considera problemas de autonomía, que siguen perteneciendo a la esfera de los DxE”. (53)

tratamiento y en la forma de evitar complicaciones. Así mismo, busca no sólo tratar el motivo de la consulta sino también aquellas otras situaciones que la enfermera detecte y que pueda resolver o que en su caso requieran de la intervención de otros profesionales.

Hay una regla que rige a la enfermería, y es que para cada actuación siempre que se pueda vamos de lo no invasivo a lo invasivo, si bien los licenciados en enfermería no pueden recetar medicamentos, salvo los aprobados por la ley, esto no es impedimento para brindar una adecuada CE con las prescripciones adecuadas.

Es por ello que la consulta busca en todo momento proveer cuidados, asesorar o educar para la salud a fin de prevenir la enfermedad, promover la salud, la curación de la enfermedad cuando es posible o rehabilitación después de la misma.

Los cuidados que ella ofrezca han de ser proactivos o reactivos e independientes, interdependientes o dependientes y siempre apegada al proceso enfermero como principal herramienta, por ejemplo: ejercicios de fisiología respiratoria; programación de dietas; ejercicios de deambulación o de rehabilitación física; cuidados en el recién nacido; programación y control de enfermedades crónicas; cuidados en el embarazo; satisfacción de déficit de información o adiestramiento; recetar medicamentos del cuadro básico o atención mediante aplicación de terapias complementarias, etc.

#### 4.3.5.4. Áreas de Intervención y Servicios ofertados

En la CE la actividad básica que se debe realizar es la valoración diagnóstica con el fin de detectar necesidades o problemas de salud del usuario teniendo en cuenta su entorno físico y social, signos de alarma o factores de riesgo, problemas surgidos de la aplicación o seguimiento de un programa de salud o protocolo y problemas para el seguimiento de las pautas terapéuticas. (51)

Según Juan Muñoz Mansilla y colaboradores, los servicios identificados en la CE son:

1. **Cuidados Terapéuticos:** Consulta de problemas que puedan resolverse mediante terapias complementarias, consulta por problemas menores o que no precisan medicación como primera medida, etc.
2. **Cuidados de soporte:** Promoción del autocuidado, adiestramiento al cuidador o dependiente para ministración de medicamentos, curaciones, cuidados generales, etc. y la educación sobre patologías o tratamientos.

3. **Promoción para la salud:** Educación a individuos o familias sobre hábitos saludables, enfermedades, planificación familiar, talleres, pláticas, etc.
4. **Actividades preventivas:** controles a la población sana, detección de ciertas enfermedades crónicas, vacunación, exámenes de salud.
5. **Cuidados de Rehabilitación.** Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación, monitorización de enfermedades crónicas y tratamientos, rehabilitación física, etc.
6. **Procedimientos técnicos básicos.** (Algunos consideran que esto no se puede considerar consulta dado que si un usuario acude por la realización de un procedimiento como ministración de medicamentos, no requiere de una valoración)
7. **Derivación:** valoración de problemas o necesidades de salud y derivación de los usuarios, si procede, a otros profesionales del equipo para su correcta atención.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en España; hace otra descripción más sobre la clasificación de los servicios ofertados en la CE (54), estos son:

1. **Los servicios de atención por grupos etéreos:** intervenciones de enfermería dirigidas específicamente al niño, adolescente, adulto, mujer, hombre y adulto mayor.
2. **Aquellos que se ofertan a la población en general:** Intervenciones diagnósticas y terapéuticas, control de usuarios con enfermedades crónicas, seguimiento de tratamiento y rehabilitación pos hospitalaria, intervenciones que requieran de aplicación de técnicas enfermeras.
3. **Aquellos que se ofertan a grupos como la familia o la comunidad:** atención a las familias; servicios de atención ante situaciones de fragilidad y riesgo socio sanitario, por ejemplo la vacunación; servicios para la intervención en la salud pública y comunitaria

Países que han implementado la CE han llegado a fragmentar al individuo debido a que se le ha asignado una CE de acuerdo a su patología, si bien es importante su atención, lo cierto es que se puede cruzar con mucha facilidad la línea entre valorarlo como una patología y no como un individuo, además esto permite que la enfermera se centre sólo en este tipo de usuarios y olvide al resto de la población. Lo ideal sería no agregar al término de CE algún nombre patológico para ofertar ese tipo de consulta, es decir, que la CE no se realizara sólo en base a las patologías, sino también ofertar a la población servicios por grupos etéreos.



#### 4.3.6. ¿DÓNDE SE LLEVA A CABO?

Aunque se hable de lugares establecidos para la realización de la CE, ésta puede realizarse en cualquier momento y lugar mientras haya trato directo enfermera-usuario; donde se establezca una relación terapéutica con todas las implicaciones antes mencionadas. Sin embargo es preciso comprender que no basta con tener presente eso, ya que se puede caer tanto en lo informal como en lo formal dependiendo del lugar en el que se ofrezca; si bien es cierto que el enfermero no necesita de un lugar para hacer consulta, la realidad es que al usuario hay que ofrecerle un lugar apropiado, establecido para dicho fin; donde se brinde la consulta en un ambiente que ofrezca seguridad y confianza y que cuente con los recursos que faciliten el trabajo del enfermero/a.

Por ello aunque se pueda decir que se realiza consulta; atender y dar solución al problema de salud de quien solicita ayuda de esta forma, puede traer satisfacción al enfermero/a por la realización de esta práctica; sin embargo se corre el riesgo de seguir haciendo práctica sin registros que la sustenten.

La CE no será valorada por otros, ni reconocida como una modalidad de atención con servicios ofertados a la población, si se presta de manera informal en los pasillos, en la calle, en lugares no apropiados ni con los recursos que le permitan al enfermero realizar una valoración apropiada. Por ello es que se ha mencionado que antes de establecerla como un servicio, es preciso que el mismo profesional de enfermería este convencido de su capacidad para realizar la consulta; sólo entonces se podrá hablar de un lugar para ofertarla.

Diversos países han decidido establecerla y la han apoyado con políticas y recursos económicos, sin embargo varios autores han referido las dificultades que se presentan en ella y algunas de éstas parten del hecho de las deficiencias en la capacitación de los enfermeros, pero también en la falta de involucración, convencimiento, y decisión por parte del personal de enfermería en la realización de ésta, que puede no sentirse capaz para su realización o que influenciado por el modelo biomédico consideré que no pueda aportar nada en la atención de los pacientes.

Por esta razón, la CE debe alejarse de concepciones paternalistas limitadas a la simple atención de enfermos crónicos, para convertirse en un puerta de entrada al sistema, ofertando respuesta a la demanda habitual de un número importante de pacientes y alcanzando niveles altos de participación dentro de los sistemas de salud que buscan cualificar las prácticas de cuidado que aseguren su calidad, en términos no sólo de excelencia sino de relevancia e impacto, como respuesta a las necesidades de salud, aspecto que sin duda llevará a visualizar y fortalecer la autonomía de enfermería. (34). Es así que la consulta puede llevarse a cabo en los centros de salud, en el domicilio, escuela, trabajo, comunidad, centros comunitarios, etc.; siempre y cuando se cuente con un espacio físico adecuado y enfermeros capacitados para dicho fin.

#### 4.3.7. REALIDADES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA Y RETOS QUE DEBE SALVAR.

Es difícil determinar los alcances de la CE debido a varios hechos; por un lado la CE actualmente se lleva a cabo en unos cuantos países y no está establecida uniformemente en todo el territorio de estos; y por otro, las consultas que se llevan a cabo son en su mayoría programadas y generalmente dirigidas a usuarios con enfermedades crónicas. A esto se suma el hecho de que las publicaciones sobre esta modalidad de atención de enfermería son pocas, en relación a datos cuantitativos, pero aún más a datos de tipo cualitativo; lo que contribuye a que experiencias e información valiosa no sea conocida.

El impacto que las CE puedan llegar a tener en la satisfacción del usuario en el área comunitaria y primer nivel de atención es aun desconocido, principalmente cuando ésta enfrenta diversos problemas. Uno de ellos proviene de la administración de dicho servicio; por un lado está el hecho de que ésta se limite en su mayoría a pacientes crónicos y por otro que al carecer de espacios propios u horarios de libre elección y acción, se vean limitadas a las programadas y sujetas a tiempos; lo que hace inefectiva e ineficiente la atención, reduciendo aún más las posibilidades de acceso por libre demanda del usuario.

Lo anterior puede resumirse en lo que José R. Martínez Riera refiere como *deficiencias y limitaciones para la implementación de la CE, que se presentan cuando existen aspectos organizativos y funcionales en la Atención Primaria a la Salud, que distorsionan el objetivo perseguido por esta última*. Con esto se refiere al hecho de que muchas de las intervenciones que se llevan a cabo son pensadas desde la perspectiva, intereses y necesidades de los profesionales sanitarios; donde ellos buscan estar bien y olvidan las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios que son quienes los utilizan. Además el planteamiento de trabajo en equipo no consigue hacerse efectivo por una falta considerable de entendimiento entre médicos y enfermeras con referencia a la naturaleza de sus papeles respectivos en Atención Primaria (46)

Así mismo, hay otros problemas que surgen de la relación interprofesional y de problemas subjetivos de los propios enfermeros, derivados de miedos, celos o dudas que le impiden a éste desarrollar una capacidad resolutoria; lo cual crea una pobre participación por parte de éste y una tensión que se representa en que no pueda desarrollarse realmente el trabajo en equipo entre médicos y enfermeras; por lo que éstas se ven obligadas a derivar a los usuarios, mientras que los médicos rara vez derivan a los usuarios a la CE; por lo que se sigue cultivando la desconfianza por parte del usuario hacia ésta, al continuar desconociendo el trabajo de enfermería

Esto conlleva a que la CE presente algunas carencias que se traducen en baja calidad, baja productividad, creciente autolimitación de la variedad de los servicios prestados, limitaciones burocráticas para incluir pacientes en la CE o en atención domiciliaria, descoordinación con

los médicos, duplicación de servicios y/o actividades, baja efectividad e ineficiencia en términos de coste-efectividad. (46)

También es preciso hacer mención sobre el hecho de que las enfermeras puedan manifestar cierta contrariedad al intentar comprender lo que es la CE, tal es el caso que pueden llegar a sentir o pesar que con dicha actividad estarían usurpando la labor médica. Sobre esto, Silvia Matumoto, doctora en enfermería y profesora de la escuela de enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo Brasil y colaboradores, nos muestra en uno de sus artículos un largo debate sobre lo que denominan "*La práctica clínica del enfermero en atención básica*" (26); en dicho artículo saltan a la luz diversos conceptos empleados por las enfermeras brasileñas, como: "*la clínica del cuidado*", "*la clínica ampliada*,"<sup>15</sup> y "*la pseudoconsulta médica*" para hacer alusión a lo que consideran como CE.

En este artículo se manifiesta que a pesar de que Brasil es uno de los pocos países que tienen un respaldo legal para dicha actividad, aún no hay una clara definición de lo que implica esta modalidad de atención por parte de enfermería; lo que ha creado una tensión en los profesionales, manifestada por confusión, insatisfacción y percepción de falta de reconocimiento. La CE, como práctica clínica, es reconocida como importante por el propio enfermero, pero permanece principalmente en la lógica de la atención clínica individual y curativa, sin ampliar la comprensión del proceso salud enfermedad como producción social.

Quizá esto último se deba a que como afirma Marilyn B. Klaiberg; "*las enfermeras siempre han experimentado una exagerada lealtad para con los médicos y el empleador (hospital) por una parte y para con el cliente por otra*" (55); de ahí la satisfacción por el reconocimiento de estos últimos y la insatisfacción por la falta de reconocimiento de los primeros al realizar sus actividades; lo que crea una lucha de poderes, donde la enfermera busca ser independiente y reconocida y el médico se siente incómodo ante la idea de poder ser desplazado por alguien que debería pertenecer a los "*insumos*" que le permitiesen la realización de su trabajo, como en el caso de España donde existía oposición para la implementación de la CE por parte del Consejo General de Colegios Médicos que veían esta práctica como una intrusión en sus funciones. (36)

Sin embargo ¿en qué punto queda el reconocimiento que uno le debe a su propia profesión y el buscar el bien común del usuario?

---

<sup>15</sup>Se manifiesta que la clínica ampliada se presenta como herramienta para que los procesos de trabajo en salud se dirijan para la producción del cuidado centrado en los usuarios, incluyendo, además de la enfermedad, el sujeto en su contexto y el ámbito colectivo. Son ampliados el objeto de atención, los medios y las finalidades. Tiene por objetivo la cura y el alivio del sufrimiento, así como el desarrollo de la autonomía de las personas para lidiar con sus problemas y condiciones concretas de vida, a través del uso predominante de tecnologías leves y de la construcción dialogada entre trabajador, usuario y su familia y equipo de salud. (26). Podría comprenderse entonces por la clínica ampliada el brindar un cuidado holístico con el objetivo de crear respuestas positivas en el usuario/s.

La idea de la existencia de una CE crea una tensión entre ambas profesiones por una falta de definición clara de lo que implica esta última y de como beneficiaria a ambas profesiones su implementación, y de considerar que no puede haber comparación entre los cientos de años que la consulta médica viene diagnosticando y tratando y los pocos años que enfermería se ha comenzado a interesar por esta práctica después de los años de dependencia médica y trabajo hospitalario.

Matumoto Silvia dice que *esa práctica clínica (Consulta de Enfermería) trae para el enfermero demandas inespecíficas, para las cuales no siempre cuenta con conocimientos y habilidades técnicas para lidiar; transita así en territorio desconocido que espera por la invención de nuevos modos de enfrentar los problemas de salud. A lo inespecífico y al no saber, se asocia la dependencia del trabajo de los demás miembros del equipo, lo que acentúa todavía más las tensiones del enfermero en lo cotidiano.*

Ese cuadro de tensiones, complejidad y no saber, es enfrentado de diferentes formas por los enfermeros. Algunos se colocan con disposición para llevar a cabo la consulta mientras que otros huyen de ella o simplemente se niegan a realizarla. Así mismo algunos reconocen que hay situaciones que ellos pueden dominar por poseer el conocimiento, pero que también hay otras que no y para esto tienen que recurrir al médico, sin embargo eso crea incomodidad, por la sensación de dependencia, de tener que dar satisfacción a otro, actualizando la histórica disputa instituida entre las dos categorías profesionales. (26)

Santiago Agudo y Juan L. González en su artículo *“Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?”* (28); nos muestran el análisis realizado a varios estudios publicados en España respecto al tema; poniendo en evidencia principalmente que las consultas de enfermería carecen de un sistema de registro unificado, así que pueden encontrarse datos que refieren que éstas corresponden a menos del 10% del total del consultas que se realizan en los centros y de esto también hay gran variación de datos entre las consultas programadas y demanda, pues pueden encontrarse datos en donde la segunda supera a la primera hasta en un 80% y otros en las que no supera ni 10%. Así mismo muestra el hecho de que aunque la consulta a demanda supere por mucho a la programada, a ésta sólo se acude para la realización de algún procedimiento técnico como inyecciones, curaciones, etc.; aunque para algunas enfermeras esto no puede considerarse como consulta, para otras lo es porque se realiza promoción de la salud.

Este mismo estudio concluye que, a la vista de los datos de motivo de consulta en los que parece que sólo se dedica a tareas de colaboración y realización de técnicas; la población aún desconoce a qué se dedica la enfermera realmente; no se la relaciona a labores de prevención y promoción de la salud, y a tareas independientes. Así mismo, que a pesar de la existencia de consulta a demanda, los enfermeros corren el riesgo de quedarse *“atrapados”* en la atención de un subgrupo de población por este hecho. Además, que la población no aprovecha los servicios que oferta la CE a demanda, por lo que la población atendida es baja

y que por ello enfermería realiza un esfuerzo por llevar a cabo otras actividades aparte de las que generan la consulta a demanda sin mucho éxito.

Teresa Yáñez Tapia, Licenciada en Enfermería y colaboradores; en su propuesta de *“La Consulta de Enfermería como mejora de los programas de Diálisis Peritoneal”*; refieren importantes logros en México con respecto a la información y capacitación de pacientes nefropatas y de sus familias gracias a las CE; debido a que éstas basan sus acciones en el PAE, que hace de sus intervenciones procesos sistematizados y planificados con un sustento científico, legal y ético; que las convierte en intervenciones seguras, efectivas y eficaces que no sólo se enfocan a prácticas de tipo asistencial; sino que le permiten al enfermero/a la realización de otras actividades como la investigación, la administración y la docencia; que se traducen en la mejora de los indicadores de satisfacción del usuario, en la disminución de frecuencia de infecciones, mejora de la calidad de vida de los pacientes y probablemente repercutan en una mejora de la supervivencia. (56)

El artículo *“Consulta de Enfermería Pediátrica para la Niñez y Adolescencia con Asma de Esparza”* (57) refiere información sobre un proyecto llevado a cabo en Costa Rica durante once semanas para la atención de dicha población, los resultados se centraron en un mayor conocimiento sobre la enfermedad tanto de padres como de los niños, quienes aprendieron a ampliar sus actividades de espacio y juego sin desencadenar crisis, aprendieron a realizar ejercicios y modificaron estilos de vida sedentarios a más activos, se observó no sólo mayor compromiso por parte de los padres y niños sino también por parte de la enfermera quien reforzó su rol educador y su compromiso con la prevención y promoción de la salud. Todo lo anterior se tradujo en la menor incidencia de crisis, y en consecuencia se vio reducida la angustia, el estrés por desconocimiento y los costes económicos.

Otro estudio denominado *“Consulta de Enfermería aplicada a clientes portadores de Hipertensión Arterial: Uso de la teoría de Orem”* (48); llevado a cabo en Brasil, refiere que la CE permitió dirigir la atención para el autocuidado, así como organizar y aplicar el proceso de enfermería en sus diversas etapas. Con dicho estudio se pudieron detectar déficits de autocuidado, relacionados a: alimentación inadecuada, exceso de peso, falta de control de situaciones de estrés, falta de control de la presión arterial, y uso inadecuado de la terapia farmacológica, aspectos considerados como fundamentales para el control de la hipertensión arterial y prevención de complicaciones.

También se confirmó que el sistema de apoyo a la educación es el punto central para la actuación del enfermero, a través del acompañamiento constante mediante consultas de rutina y continuidad de las mismas, ese apoyo puede ser constantemente verificado por el enfermero y reforzado en cada encuentro, considerando que para incorporar cambios en el estilo de vida se exige la dedicación y la motivación del individuo enfermo. Lo anterior sienta las bases para posteriores estudios sobre el impacto que se haya obtenido en base a las intervenciones realizadas sobre esos diagnósticos enfermeros.

Como apoyo a la labor de enfermería, artículo denominado “*Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?*” Millas Ros Jesús y colaboradores dan a conocer un estudio realizado en España por médicos en el que se pretendió identificar el porcentaje de consultas atendidas por médicos en Primer Nivel y de estas cuantas podrían ser atendidas por otros profesionales. Se partió de un total de 5592 consultas, de estas se obtuvo que el nivel idóneo de atención sería: el médico en un 80.71% de consultas, enfermería un 13.2%, en Áreas de Atención al Cliente un 2.8%, y otros un 3.3%. Este estudio también deja ver entre otras cosas que hay una importante demanda de las CE en Primer Nivel y que la atención de las citas a demanda por parte de enfermería ha mostrado un elevado nivel de eficacia y satisfacción en los usuarios; que de cada 5 consultas una puede ser atendida por otro profesional distinto a médico y que en el 65% de las consultas por enfermedad menor, los médicos consideran que enfermería es el nivel idóneo para atenderlas. (58)

Con estos estudios como muestra, se puede observar más claramente que las enfermeras pueden contribuir enormemente a la atención de la salud de los usuarios y que en la consulta se establece una interacción entre el usuario y el profesional de enfermería; al acudir el primero a ella, se establece una necesidad por parte de éste, necesidad que el profesional comprende al entablar con él esa interacción, entonces surge un trato directo producto tanto del contacto ante la exploración del profesional, pero principalmente de la comunicación que se establece entre ellos; que nos lleva a el surgimiento de una relación tanto terapéutica como humana y de cooperación que beneficia y trae satisfacción tanto al usuario como al profesional de enfermería.

Sin embargo también se requiere que se establezca una clara definición de la consulta, así como de los requisitos necesarios para su organización y funcionamiento, algunos de esto los refiere Fanny T. García y el Servicio de Salud de Castilla-la Mancha (20) (54):

1. **De carácter normativo:** normalizar la población asignada al profesional de enfermería.
2. **De elaboración Técnica:** Programas, formatos de consulta, control, seguimiento, registros, etc.
3. **Metodológica:** Unificar criterios de actuación de las enfermeras mediante la aplicación de una metodología común en el proceso de atención de enfermería.
4. **Formación y capacitación:** Desarrollar programas de capacitación del personal de enfermería en esta actividad.
5. **Colaboración:** Modificar la organización de las consultas de enfermería, para que funcionen integradas con las áreas médicas para abordar las necesidades de salud de la población de cada unidad básica de atención. Así mismo, fomentar la colaboración entre el personal encargado de llevarla a cabo.

6. **Accesibilidad:** Garantizar un espacio físico propio, para que las enfermeras puedan ofrecer este servicio.
7. **Sistema de monitorización:** para el seguimiento de la implantación de la consulta: Utilización de la historia clínica; valoración; diagnóstico de enfermería; plan de cuidados, agenda de citación a demanda; número de unidades que asumen consulta a demanda; información al usuario, etc.
8. **Comunicación:** Dar a conocer los servicios que oferta enfermería; que los usuarios conozcan y utilicen dichos servicios.

En cuanto a la enfermera, Itza Camargo dice que las CE requieren ser utilizadas como puente integrador entre conocimiento, teoría y práctica, con el objeto de fortalecer la autonomía de enfermería fundamentada en el cuidado. (34). Fanny T. García refiere que para dar significado a la autonomía de enfermería a través de las consultas, se requiere de:

1. Creación de espacios que permitan influir y hacer visible la participación de enfermería en las políticas públicas.
2. Demostrar que la práctica del cuidado de enfermería es insustituible en los diferentes contextos.
3. Sustentar la práctica de enfermería en teorías, principios filosóficos y éticos que garanticen la calidad del cuidado.
4. Manejar el conocimiento de manera integral.
5. Definir la cartera y modelos de atención que permitan diferenciar el trabajo de la enfermera del resto del equipo de salud.
6. Desarrollar programas de maestría y doctorado que permitan promover el desarrollo científico y profesional en el área de atención primaria.

Para que la CE tenga un correcto funcionamiento, independientemente de la legislación y de los recursos tanto humanos como económicos, los cuales no suponen la necesidad de una mayor dotación para los centros de atención primaria sino una racionalización de los recursos actuales (47), se requiere de una adecuada organización tanto de las actividades de enfermería en general y de los servicios ofertados, así como de espacios y tiempos propios para la consulta, que permitan el funcionamiento independiente de ésta y crear así el mecanismo de citas de los usuarios a la consulta, así como la posibilidad de derivaciones no sólo por parte de enfermería a otros servicios sanitarios, sino también por parte de otros profesionales a la CE (46).

Así mismo se requiere que se den a conocer los servicios que se ofertan a la población y evitar centralizarse en un sólo tipo de usuarios, de esta manera se podrá contribuir a la CE a demanda y que de esta forma los usuarios conozcan más las actividades de enfermería.



#### **4.4. SIGNIFICADO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UNA RELACIÓN DE INTERACCIÓN HUMANA Y DE DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA.**

El trato directo surgido durante la CE no está dirigido a la centralización individual de cada uno de los participantes (enfermera y usuario) en su papel, sino en una relación de interacción entre dos personas, no se trata de crear una relación informal o íntima, la relación es de tipo terapéutico y profesional, donde se busca en todo momento el beneficio del usuario.

En el ejercicio de la práctica, el profesional de enfermería está capacitado para actuar de manera responsable, autónoma y en equipo multidisciplinar; pues como dice Antonio Arribas, *“la esencia de la disciplina enfermera reside precisamente en la atención de las necesidades de cuidados de la población, incorporando un enfoque holístico y entendiendo como dicha atención al proceso de identificación y diagnóstico de dichas necesidades, al acuerdo conjunto con las personas que trata, de los objetivos de dicha atención y a la realización de las intervenciones precisas para la ayuda en el logro de resultados en salud, incorporando en las decisiones los valores de la misma.”* (45)

Es de esta manera que el profesional de enfermería administra el cuidado de manera segura, mediante el proceso de atención de enfermería que le permite valorar, diagnosticar e intervenir mediante diversas metodologías como la asistencia terapéutica, la promoción para la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

En la CE, la enfermera valora, diagnóstica y resuelve problemas de salud de manera independiente o interdisciplinariamente; es decir, aplica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de forma inmediata y con un objetivo resolutivo. Pero ¿Cuándo es que esto se convierte en una consulta?; y antes de responder esto ¿Por qué se ha decidido llamarla así?

La Maestra Sofía Sánchez Piña de la ENEO-UNAM, refiere:

*La palabra CUIDADO, según la Real Academia Española de la Lengua, lo considera el participio pasivo del verbo cuidar; es en sí una solicitud, esmero y atención que se pone a la ejecución de una cosa, asunto o negocio que uno tiene a su cargo, por tanto una acción que recae en alguien...Sin embargo es necesario analizar el término como FIN o MEDIO, para establecer así la utilidad del mismo sin que para ello se piense que son excluyentes los términos.*

*Como fin denota adaptación o readaptación, recuperación y restablecimiento de individuos, grupos o comunidad para seguir respondiendo al entorno; como medio*

*es un proceso dinámico en el que se manifiestan los diferentes grados de salud o de enfermedad. (13)*

En base a lo anterior se tendría que consulta es el participio pasivo de consultar. La palabra consultar se refiere a *pedir consejo*, también a *tratar y reflexionar con otro sobre algo*. Con este término se hace referencia también a un espacio donde se ofrece consulta (consulta médica, consulta jurídica, etc.); aunque lo correcto sería denominar este último como despacho o consultorio. Entonces *consulta* alude a *consultar*, es decir, cuando se pide o se da consejo; con esto se podría resumir que si consulta denota actividad, esta más acorde a lo que es la CE.

Por otro lado, clínica de enfermería que es un termino usado en Venezuela; pero clinica no es un verbo, hablar de clínica haría alusión no a lo que es en realidad esta actividad, sino a un lugar establecido para dicho fin.

Mientras que gestión como es que se le denomina en Chile, sería el participio pasivo de gestionar, sin embargo este término es también complejo ya que hace alusión a dos connotaciones; a la función de la enfermera y a la estructura organizacional de los servicios de enfermería (59); hace referencia o se presta más atención a la enfermera que a la relación de interacción entre ésta y el usuario. Además visto como función, ésta es realizada por la enfermera independientemente de si se da un trato directo o no con el usuario, incluso si es no solicitado por éste. Cuando es precisamente ese trato directo de desencadena el surgimiento de una relación de ayuda, el modo de realizar la actividad de la que se está tratando ahora; por ello es que se ha optado por llamar consulta a esta modalidad de atención.

El libro de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, edición 2011 dice que:

*El proceso diagnóstico en enfermería difiere del proceso diagnóstico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría. Las experiencias de la persona y sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales tienen significados específicos para ellos y estos significados se identifican con ayuda de las enfermeras. También se asume que las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones; las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos. Así, para lograr cambios en las conductas que afectan a la salud, las personas y las enfermeras identifican conjuntamente los diagnósticos enfermeros más precisos que tienen el potencial de guiar los cuidados enfermeros para el logro de resultados positivos para la salud. Las intervenciones enfermeras para los diagnósticos de las respuestas humanas*

*ofrecen formas adicionales, junto al tratamiento de los problemas médicos de promover y restaurar la salud de las personas. (52)*

Con lo anterior, se vuelve a remarcar la centralidad de la persona en la labor de la enfermera, que como ya se analizó anteriormente es fundamento de la práctica. La persona y no la enfermedad como eje central de los cuidados de enfermería y la relación de interacción entre éste y el profesional (persona-persona) en constante participación mutua y de colaboración para lograr respuestas positivas, donde se “*está con él*”. Esto es precisamente lo que caracteriza a la CE.

En el cuidado proporcionado por enfermería lo fundamental es ayudar al usuario a hacer frente a cualquier situación estresante; acompañarla y apoyarla en sus experiencias de salud de tal forma que pueda a base de comprender su situación generar respuestas positivas en lo mayor posible. Pero como este cuidado no sólo está enfocado a un individuo en particular sino también a familias o comunidad, la comunicación aquí es un fenómeno que se da simultáneamente individual y socialmente, permitiendo el nacimiento de una relación.

Comprender lo anterior deja claro que desde que la enfermera valora, se crea esa relación de ayuda terapéutica entre ella y la persona/s que demandan su atención, de esta manera también deja entrever la responsabilidad ética y legal en la gestión de sus cuidados hacia ellos. Mientras exista esta relación, existirá una CE que diste de ser sólo una “*post-consulta*” o sólo una recepción a la consulta médica, una herramienta o un método, e ira más allá de ser sólo un servicio ofertado; pues la enfermera no sólo valora, también diagnóstica e interviene, y esas intervenciones no están enfocadas a un cuerpo o una patología, sino a una persona y se extienden a la familia y comunidad.

Por tanto, al saber que se crea en la consulta una relación, es preciso tener en cuenta que las relaciones interpersonales que determinan el cuidado de enfermería, están sujetas a factores condicionantes como la naturaleza de la interacción entre el enfermero/a y el usuario, las fases de la interacción, el rol de los enfermeros en la relación con el usuario y las condiciones de éste para la interacción. Estos factores deben ser considerados y analizados por los enfermeros con el fin de impedir que determinados momentos distorsionen el contacto humano en el que se basa la práctica de Enfermería en general. (60)

Por eso mismo es importante tener en claro y valorar los tipos de relación que se pueden dar entre el cliente y el profesional, a fin de impedir que se desarrollen aquellas que no sean de beneficio real para el usuario (39); es así que tenemos:

- **Relación asistencial como técnico:** este tipo de relación está guiado por el concepto del profesional como técnico puro que obtiene datos del usuario y aplica sus conocimientos científicos. Se olvida la integridad del ser humano y en ella carecen de importancia las opiniones del usuario.

- **Relación asistencial como sacerdote:** se confunden la visión holística de la persona con el sacerdocio, de manera que se establece una relación paternal entre el profesional y el usuario, donde el profesional es quien tiene el conocimiento y dicta sus consejos y cuidados al usuario. El resultado es la infantilización y desposesión de la capacidad de autocuidado de la persona, fomentando la dependencia de éste, medicalización de la vida cotidiana y una falta de asunción por parte del usuario de su responsabilidad en el cuidado de la salud.
- **Relación asistencial de camaradería:** supone una pérdida de la distancia terapéutica entre el profesional y el usuario. El profesional entabla una relación de camaradería con el usuario que consigue un clima de confianza y cordialidad, pero con el grave error de establecer un espíritu de compañerismo que hace perder la objetividad en la relación asistencial, de manera que el usuario adquiere un nuevo “*amigo*” cuando lo que planteaba era una demanda a un profesional. Cualquier consejo que el profesional realice no será valorado y aceptado por el usuario en el plano profesional, sino en el personal.
- **Relación asistencial centrada en el usuario:** considera al usuario de forma holística con su sistema de valores y creencias. La intervención sanitaria se realiza con gran respeto hacia la persona, considerándola un todo. Los cuidados en ésta no se dictan sino que se pactan. Se fomenta el autocuidado y la autorresponsabilidad de la persona en el cuidado de la salud, de manera que en el plano asistencial se establece una distancia terapéutica donde el fomento del autocuidado y la salud están por encima de la relación de amistad.

En la consulta, la relación que se establece debe estar encaminada a esta última. Por tanto se deduce que las intervenciones, “*tratamientos*”, dentro de la CE no deben estar basados en la obediencia por parte del usuario, sino en la voluntad para modificar o adoptar conductas favorables para su bienestar. Por ello el profesional de enfermería requiere de hacer uso de toda su experiencia y formación académica, así como conciencia, sensibilidad y habilidades que le permitan cumplir con el objetivo de lograr la participación del usuario en su propio cuidado.

Puede llegar a ser complicada la detección adecuada de las necesidades de salud de la persona/s, se requiere de mucha intuición, sensibilidad y captación afectiva. Una sensibilidad frente al dolor y sufrimiento de otros, pero al mismo tiempo tener la capacidad para que esto no traiga consigo la insatisfacción de necesidades de la misma enfermera; de ahí que la relación que se da entre ella y el usuario sea profesional sin dejar de ser humano, es decir, la enfermera debe poseer una personalidad equilibrada, madura, autoeducada, solidaria, como también poseer claridad respecto al fin que se propone. (61)

Por eso mismo es que las cualidades de quien entrevista se resumen en: empatía verbal y no verbal; calidez manifestada en la mirada franca y directa, postura que invite al dialogo, el

tono de voz, la escucha activa y en caso de tensión emocional el tacto; así mismo la concreción, es decir, la capacidad de delimitar objetivos mutuos y compartidos en la entrevista, de manera que se entable una comunicación eficaz; y finalmente el respeto no como un sometimiento a los valores del usuario sino el miramiento, comprensión y aceptación de los mismos aun cuando se esté en desacuerdo. (39)

Sofía López señala que desde el momento en que el paciente llega al consultorio, el profesional especializado desarrolla un vínculo con el individuo en donde no sólo analiza las necesidades físicas, sino también se observa su contexto social, emocional y de interacción. Cuando se desarrolla cierto grado de confianza se facilita la posibilidad de que exista credibilidad frente a la información proporcionada respecto a su enfermedad, tratamiento y posible rehabilitación. *“La consulta de enfermería es un momento de relación íntimo y muy personal. El profesional se aproxima al paciente con empatía, permitiendo el acercamiento a mejores acciones terapéuticas y acredita sus habilidades para orientar mejor la atención”.* (46)

Mercedes Zamuner manifiesta que enfermería puede tener una influencia terapéutica en el usuario, que le permita a este último clarificar su propia realidad, sus emociones, sus conflictos, sus valores, sus límites y aspiraciones. Esta influencia se debe al contacto prolongado que se puede tener con el usuario y a que se puede actuar como una persona neutra. (61)

Enfermeras y enfermeros buscan ante todo lograr autonomía en sus funciones, siendo ésta la capacidad para darse normas uno mismo sin influencias de presiones externas o internas; constituye la base del desarrollo institucional que implica la calidad o condición de ser independiente y autodirigido, especialmente en la toma de decisiones, que permite a los profesionales ejercer su propio criterio según lo que entiendan adecuado en el desarrollo de sus trabajos (34).

Las consultas de enfermería permiten la autonomía a través de relación que se establece entre el usuarios y el profesional, relación que como ya se observó, es humana pero con una finalidad terapéutica donde el profesional de enfermería busca no enfocarse sólo en una enfermedad sino en la persona, contemplándola en su totalidad, ofreciéndole un cuidado de calidad, humano y ético. Además permite que la enfermera refuerce su independencia y responsabilidad mediante la toma de decisiones.

Lo anterior implica que los enfermeros no pierdan de vista cuál es el objeto de estudio de la profesión: el cuidado de la salud humana, propio e independiente aunque no desvinculado de las ciencias médicas que relacionan el cuidado con la enfermedad.

Mercedes Zamuner, dice que el proceso por el cual la enfermera cumple su rol en la relación de ayuda, que implica el cuidado, se puede resumir en tres pasos: “*ser impactado, ser tocado y ser motivado*”, cuya dinámica se resume con la palabra “*conmoverse*”<sup>16</sup> (61)

La CE puede mejorar la accesibilidad del usuario a un servicio de salud y reducir el grado de desigualdad; así mismo permite trabajar con un grupo de población más amplio, no enfocado sólo a un sector como es el caso de sólo individuos con alguna patología, sino también a cuidadores de los mismos y la familia. Su significado, la responsabilidad y compromiso que trae consigo son profundas y trascendentales, por ello no puede considerarse ligeramente como sólo una actividad de enfermería, es una modalidad de atención de la práctica profesional que puede establecer sus propias estrategias y metodologías de acción y que provee a la enfermera/o de una capacidad resolutoria inmediata; a la vez que a largo plazo si se llegase a ofertar como un servicio a la población establecido, “*reeditarán en la optimización de recursos institucionales e incrementaría la satisfacción del usuario*” (56)

El hecho de que la CE valore al usuario como “*ser*” permite que la atención deje de centrarse en la enfermedad que fragmenta la atención y que contribuye muchas veces a las personas abandonen sus tratamientos o que se cree en ellos insatisfacción frente a la atención.

De igual forma, la CE permite la participación de los usuarios en su propio cuidado, le permite a la enfermera conocer la realidad de las personas y buscar de esta forma la mejor manera de brindar atención, respetando en todo momento todo lo que ésta es y lo que le rodea. De tal forma que los cuidados de enfermería son en su mayoría de apoyo, acompañamiento y educativas, más que sólo asistenciales y técnicas, lo cual permite que el individuo se responsabilice de su propia salud, pero con los elementos necesarios para ello.

Abordar a la persona de manera integral permitirá reforzar además las tareas de promoción a la salud y la prevención de la enfermedad y riesgos para la salud, de ahí que si bien el cuidado lo puede realizar cualquier persona, en el caso de enfermería esto implica aspectos

- 
- <sup>16</sup>Ser impactado: al tener bajo su responsabilidad el cuidado de una determinada persona, ésta ya no es una persona más con la cual la persona se pone en contacto, sino es aquella que requiere toda su dedicación para poder brindarle una ayuda eficaz. Es decir, el ser impactado se refiere a que la enfermera coloca en el centro de su preocupación la persona de este enfermo.
  - Ser tocado: a medida que la enfermera se introduce, mediante la comprensión empática, en el mundo enfermo, experimenta un cambio, un cierto estremecimiento al compartir la realidad profunda del enfermo. No es simplemente un cúmulo de información obtenida lo que provoca este estremecimiento, sino el respeto ante el misterio único de esa persona manifestado en la compleja trama de su existencia y en sus peculiares necesidades de salud.
  - Ser motivado: El sacar de la condición de indiferencia a la persona asignada al cuidado de la enfermera, al ser impactado por ella y luego experimentar un contacto muy cercano a la realidad del enfermo, ser tocado por sus necesidades mueve a la acción, a ejecutar actos concretos mediante los cuales se dé respuesta a las cuestiones planteadas por el usuario.

éticos y responsabilidad legal, y se basa en conocimientos cimentados sobre bases científicas.

Las Consultas de Enfermería no se limitan al primer contacto, dado que se emplea el proceso de enfermería, las intervenciones pueden ser valoradas en citas subsecuentes o visitas domiciliarias, es así que se permite dar un seguimiento, esto es vital, principalmente en usuarios de los que se requiere asimilen hábitos para disminuir el riesgo de enfermar o sufrir algún otro daño a su integridad previniendo y controlando enfermedades.

Ximena Ibarra Mendoza profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Arturo Prat. De Chile, dice que en el caso de Enfermería, con los constantes e imprevisibles cambios, es necesario interrogarse ¿Por qué no hemos sido capaces de resolver algunos problemas de la actualidad? ¿Cómo está contribuyendo la profesión de enfermería a la salud de nuestra población? ¿Cuál es nuestro enfoque de salud?. Esto significa empezar a cuestionar nuestras formas de práctica, las maneras de cómo se está formando al profesional, la contribución al desarrollo y utilización del conocimiento. La evolución de la ciencia enfermera probablemente no ha ido al ritmo de las ciencias básicas y de otras disciplinas profesionales, probablemente, porque la enfermería actúa en un sistema abierto y como tal debe responder a las demandas de la sociedad (social y contexto) (21)

Seago citado por Itza Camargo manifestó que, para que las enfermeras puedan ejercer su autonomía en los ambientes de trabajo, la sociedad debe reconocer la realidad de su estatus y su labor, al permitir que el público en general, incluyendo los pacientes, conozca y valore su ejercicio profesional, para lo cual se requiere además el manejo del conocimiento de manera integral, dedicación y seguridad en su práctica. No basta con señalar que el mayor porcentaje del trabajo realizado en salud en el primer nivel de atención es realizado por enfermería. Es necesario también demostrar que la práctica de enfermería es insustituible y para ello se requiere que su práctica sea autónoma, creativa y que sus intervenciones se orienten a promover el cuidado. (34)



## **5. EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN APS EN EL PUEBLO DEL TLALMILLE D.F.**

Como estudiante de enfermería, me he enfrentado a diversos escenarios de la práctica y enseñanza clínica; estos escenarios que permiten al estudiante formarse en base a sus experiencias de aprendizaje.

En mi precaria intervención a la praxis, el escenario clínico-asistencial me ha permitido percatarme de la limitada participación de enfermería en los hospitales y lo trascendental que elementos como la prevención y promoción de la salud pueden llegar a ser en la reducción de las cifras de hospitalizaciones.

Durante las prácticas comunitarias de Obstetricia y Servicio Social, mi visión sobre la enfermería cambio radicalmente. En la comunidad el profesional aplica sus conocimientos con la finalidad de prevenir daños a la salud mediante la promoción de hábitos saludables; buscando siempre abordar a la persona no como un ser aislado, sino a éste en relación con su grupo de convivencia (familia), en su medio y con su participación. Es aquí donde la enfermera(o) adquiere un grado de independencia al diagnosticar problemas de salud, detectar riesgos a la misma, toma de decisiones y resolución de problemas de salud.

Como sabe, el Servicio Social constituye la etapa final en la formación integral del estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; que le permite la vinculación con el sector público y social; ya sea en comunidades rurales o en medio urbano, en hospitales o en clínicas; mediante la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos; dentro de un marco ético y legal que le permitan afianzar su formación futura como profesional.

También es un compromiso a cumplir para retribuir a la sociedad la oportunidad de la educación recibida, participando en la solución de problemas de salud que afecten a la comunidad donde efectúe su servicio; con el fin de elevar la calidad de vida de la persona o grupo social donde se encuentre.

El Programa de Servicio Social en APS de la ENEO, remarca que *“ante la posibilidad que ofrece la APS; la creciente demanda de servicios y los escasos recursos disponibles origina la necesidad de que el personal de enfermería se organice como un subsistema del sector salud que permita demostrar y comprobar teorías y supuestos pertinentes para la máxima eficacia en cada uno de los niveles de atención, así como crear mayores oportunidades de participación en la planificación, administración y coordinación a través del trabajo inter, tras y multidisciplinario”* (62)

Formando parte de la segunda generación en integrarse al proyecto de Servicio Social en Atención Primaria a la Salud, cuya principal actividad está enfocada a brindar la Consulta de Enfermería; se contribuyó a brindar atención a la población de la Colonia Tlalmille del Pueblo de San Andrés Totoltepec de la Delegación Tlalpan.

De manera general, las actividades realizadas se apegaron a las mencionadas en la descripción del Servicio Social

1. Preventivas
2. Docentes
3. Administrativas
4. De investigación

Se analizaron los programas de salud implementados por la generación de pasantes anterior; se dio continuidad a diversas actividades ya implementadas y se introdujeron nuevas.

Los programas en los que nos enfocamos durante el año de servicio social corresponden a las etapas evolutivas de ser humano e incluyeron las actividades que a continuación se describen.

1. SALUD DEL NIÑO DE 0 A 5 AÑOS.
  - Valoración del estado general de salud (visión, audición, postural y bucal.)
  - Vigilancia de crecimiento y desarrollo.
  - Orientación sobre: nutrición, higiene, vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias, prevención de accidentes en el hogar, etc.
  - Estimulación temprana.
  - Detección de violencia.
2. SALUD DEL ESCOLAR DE 6 A 10 AÑOS. Y ADOLESCENTE DE 11 A 19 AÑOS.
  - Vigilancia de crecimiento y desarrollo.
  - Valoración del estado general de salud (visión, audición, postural y bucal, glicemia, presión arterial.)
  - Prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.
  - Detección de violencia.
  - Orientación nutricional y detección de trastornos alimenticios.
  - Orientación sobre salud sexual, planificación familiar, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.

- Orientación sobre prevención de adicciones y farmacodependencia.

### 3. SALUD INTEGRAL DE LA MUJER.

- Detección oportuna de cáncer (Exploración clínica de mama, realización de Papanicolaou)
- Orientación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, violencia intrafamiliar, climaterio y menopausia, etc.
- Orientación nutricional y control de peso.
- Control prenatal:
  - Toma y registro de Signos Vitales.
  - Somatometría.
  - Maniobras de Leopold.
  - Auscultación de FCF.
  - Orientación sobre embarazo, parto y puerperio.
  - Orientación sobre cuidados al RN.
- Taller de Psicoprofilaxis.

### 4. SALUD DEL ADULTO MAYOR.

- Valoración del estado de salud.
- Orientación y valoración al adulto mayor y/o cuidador o cuidadores sobre: nutrición, higiene, prevención de accidentes
- Detección de violencia.
- Valoración de estado de memoria y motilidad.
- Taller de fortalecimiento de memoria.

### 5. ENFERMEDADES CRÓNICAS.

- Control de TA y glicemia
- Vigilancia de peso.
- Orientación sobre los cuidados de enfermedades crónicas, principalmente Diabetes, Hipertensión Arterial, Artritis, Varices, Obesidad.

Para lograr los objetivos, se empleó en todo momento el Proceso de Atención de Enfermería y se ofreció atención a la población mediante:

- La Consulta de Enfermería a demanda.
  - Tratamiento de padecimientos leves.
  - Valoración del estado de salud.
  - Valoraciones enfocadas principalmente a los certificados de salud.

- Aplicación de terapias complementarias y complementarias para el tratamiento de los padecimientos.
- Toma de Papanicolaou, híbridos y exploración clínica de mamas.
- La Consulta de Enfermería programada
  - Control prenatal.
  - Control de peso.
  - Control de enfermedades crónicas(HTA y DM)
  - Control del niño sano.
  - Rehabilitación física.
- Otras:
  - La visita domiciliaria.
  - Talleres.
  - Actividades de tipo colectivo.
  - Actividades de difusión informativa.
  - Procedimientos clínicos de enfermería.
  - Pruebas diagnósticas rápidas.
  - Atención mediante el empleo de Terapias Alternativas o complementarias.

Las actividades colectivas incluyeron: Jornadas de salud, vacunación, prevención de diabetes y de limpieza comunitaria; feria de salud; platicas a estudiantes de pregrado sobre enfermería comunitaria y tutoría de alumnos de pregrado en sus prácticas comunitarias para lo cual se diseñaron programas de trabajo comunitario (visita domiciliaria para atención del adulto mayor, prevención de cáncer de mama, salud comunitaria, detención y prevención de obesidad en mujeres adultas)

Entre las terapias complementarias llevadas a cabo se encuentran: fitoterapia, auriculoterapia, terapia neural, digitopresión, masajes, cromoterapia, musicoterapia, el empleo de jugos, y aromas.

El motivo por el cuál se emplearon terapias complementarias, se debe en primer lugar a que estas son ampliamente aceptadas por la mayoría de la población. La OMS refiere que de la población de los países en desarrollo el 80% hace uso de éstas, ya sea por tradición cultural o porque no existen otras opciones, mientras que en los países desarrollados, las personas recurren a ellos por que consideran que natural es sinónimo de inocuo (63). Así mismo la OMS reconoce la importancia de éstas para algunos pueblos y propone que se respeten y se profundice sobre ellas, se regularicen y se controlen. Así mismo, debido a que el modelo biomédico vigente no está consiguiendo asistir al usuario como un ser integral, éste busca otras formas de tratamiento y de promoción de la salud, para suplir este espacio. (64).

En caso de Enfermería el empleo de terapias complementarias en el cuidado de la salud de la población adquiere mayor importancia cada día; muchas enfermeras en todo el mundo están plenamente convencidas sobre su utilidad. Actualmente el enfoque de enfermería se apega más a un cuidado holístico y humano orientado al paradigma de la transformación y la enfermedad se comprende como una ruptura en la armonía de la persona. Las terapias complementarias poseen de igual forma un enfoque holístico que buscan que mente, cuerpo y espíritu estén en equilibrio, es así que enfermeras en todo el mundo buscan adherirlas a su práctica, como complemento para brindar el cuidado<sup>17</sup>; actualmente enfermeras estadounidenses, británicas y canadienses pertenecientes a *L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*, la *American Holistic Nursing Association* y diversas asociaciones de la *Nursing Royal College*; han planteado introducir las Terapias Complementarias en su actividad de cuidados. (65), en México cada día adquieren mayor importancia, tal es el caso de la Acupuntura y por tradición la fitoterapia, entre otros.

Así mismo, los talleres llevados a cabo durante el servicio social, estuvieron diseñados de acuerdo a las necesidades observadas en la población:

- Psicoprofilaxis.
- Primeros auxilios, enfocado a la población en general.
- Terapias de relajación, enfocado a mujeres.
- Reforzamiento de memoria enfocado al adulto mayor.
- Estimulación temprana.

Durante el año de servicio social (2010-2011) y para fines del tema que se está tratando sólo daré a conocer los siguientes datos:

Se registraron 1499 motivos de atención en los consultorios del centro comunitario y visitas domiciliarias, por lo que no se contemplan actividades de tipo colectivo ni de difusión informativa.

---

<sup>17</sup> Collière analizó como las mujeres, desde la antigüedad han proporcionado cuidados utilizando sus manos, su propio cuerpo, las plantas, los aceites y los masajes. Nightingale consideró a la persona como un elemento más de la naturaleza, ella dijo que *“la enfermería debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, etc. y esto con el menor gasto de energía posible para la persona”*. Rogers indica como los cuidados y los servicios de salud, deben ser creativos, utilizando formas alternativas o complementarias de curación, modalidades no invasivas, el pensamiento positivo, el buen sentido del humor, meditaciones, etc. Watson le daba mucha importancia a la armonía entre mente cuerpo y alma. Rizzo-Parse habla de la autosanación por medio de la visualización, la relajación, el pensamiento positivo, etc. Krieger desarrolla de manera particular el toque terapéutico. La OMS anima a la enfermera a que utilice todos sus recursos para conseguir la “salud para todos”, y entre los recursos que menciona, están los métodos tradicionales y complementarios. En la NANDA se incluye el diagnóstico de “Trastorno del campo de energía” y en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC), se incluyen el tacto terapéutico, la musicoterapia, la acupresión y la relajación (65).

MOTIVOS DE CONSULTA	NO. DE CONSULTAS					
	AGO /SEP	OCT/ NOV	DIC/ MAR	ABR/ MAY	JUN/ JUL	TOTAL
<b>CONSULTAS A DEMANDA</b>						
Consultas a demanda: por signos o síntomas <sup>1</sup>	68	40	80	61	102	351
Consultas programadas para Control de enfermedades crónicas <sup>2</sup>	93	47	85	52	89	366
Certificados de salud <sup>3</sup>	165	10	4	3	7	189
Visitas domiciliarias <sup>4</sup>	11	33	42	1	50	137
Consulta programada para control y valoración del niño sano <sup>5</sup>	93	42	33	20	23	211
Atención a la mujer <sup>6</sup>	19	10	2	2	1	34
Técnicas de enfermería <sup>7</sup>	0	12	83	5	10	110
Consulta programada para control de peso <sup>8</sup>	9	7	5	7	40	68
Información o capacitación <sup>9</sup>	0	5	11	13	4	33
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>458</b>	<b>206</b>	<b>345</b>	<b>164</b>	<b>326</b>	<b>1499</b>

1. Los principales fueron los relacionados a infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales y urinarias, hiperglicemia e hipertensión arterial.
2. Estas corresponden principalmente a: Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión Arterial y Varices.
3. Incluyeron valoración física cefalocaudal y se aplicaron al preescolar, escolar y adolescente principalmente.
4. En su mayoría estuvieron encaminadas a la atención del adulto mayor con enfermedades crónicas o con disminución de sus capacidades que hicieran difícil su asistencia al centro. También se presentaron casos en los que se solicitó atención domiciliaria para curación de heridas y orientación sobre cuidados de las mismas.
5. Incluyeron principalmente seguimiento de peso y talla y orientación sobre temas preventivos y educación para la salud
6. Incluyeron realización de Papanicolaou, exploración clínica de mamas y control prenatal.
7. La mayoría de los usuarios fueron mujeres, aunque el servicio se ofreció a la población en general. Para llevarlo a cabo se emplearon terapias complementarias.
8. Incluyeron principalmente aplicación de medicamentos intramusculares, curación de heridas, atención por quemaduras y aplicación de vendajes.
9. Incluye motivos en los que los usuarios asistieron por elección para obtener información específica, no incluye talleres; ni la educación y promoción para la salud la cual estuvo presente en cada actividad realizada.

Pese a las dificultades que pudimos llegar a tener, nuestros certificados de salud eran aceptados tanto por escuelas como por empleadores y nuestra labor respetada y valorada por la mayoría de los usuarios.

Algunas de esas dificultades que se presentaron estuvieron relacionadas con el factor económico, ya que el consultorio se mantiene con las cuotas de recuperación, por lo que son insuficientes en comparación a los gastos. Así mismo existió poco apoyo por parte del encargado de la comunidad. El apoyo por parte de los encargados de los Centros de Salud

estuvo presente, pero cuestiones administrativas por parte de ellos, dificultaron nuestra práctica en algunos de los servicios ofertados. De igual forma en algunas ocasiones se presentó el rechazo, comentarios negativos y posturas despectivas de médicos por el hecho de que quién hubiese referido a dicho paciente fuera una enfermera.

Con lo que respecta a los retos a los que me enfrente durante el servicio social, estos partieron de tres hechos principalmente.

El primero es que la población desconoce la labor de la enfermera y la relacionan más con el trabajo hospitalario; el término CE es desconocido, por ello es que acudían a ella con la idea de recibir un trato médico donde se les recetaran medicamentos. Si bien recetamos aquellos dentro de nuestras competencias; las intervenciones estuvieron principalmente encaminadas al uso de terapias complementarias y con énfasis en la promoción de hábitos saludables para evitar reincidencias. Así mismo se canalizaban aquellos casos que requiriesen atención médica al Centro de Salud Xitle, San Pedro Mártir y Hospital Manuel Gea González.

Aunque aún no logramos que nuestro trabajo sea completamente reconocido por toda la comunidad; la mayoría de los que asistieron a la consulta han comenzado a hacerlo, no sólo por su asistencia individual; sino por la confianza que expresan y por involucrar a su familia.

El segundo hecho se relaciona con la misma organización de la Consulta. Los pasantes al ingresar carecíamos de total capacitación para brindar una CE, este término nunca se mencionó durante nuestra formación académica. Tuvimos que echar mano de nuestra capacidad de organización y administración de servicios; para diseñar y rediseñar programas para el centro y para trabajo con los alumnos de pregrado; manejar varios formatos y hojas de enfermería diseñadas para uso del centro; adaptar hojas para registro de datos y diseñar otras; así mismo, diseñar talleres e introducir nuevas terapias complementarias a la cartera de servicios y dar énfasis a algunos de estos servicios como la visita domiciliaria. Para lograr obtener mayor impacto, se buscó la capacitación; recibimos cursos sobre terapias complementarias y asesorías sobre temas de enfermería comunitaria.

El tercer hecho se relaciona con los mismos pasantes. Es preciso mencionar que fue un reto realizar la CE, pues nuestra formación como Licenciados en Enfermería y Obstetricia, está encaminada a la atención hospitalaria y no tanto hacia el trabajo comunitario. En lo personal considero que influyó de sobremanera el interés inicial que la mayoría de los pasantes tuvimos de integrarnos al proyecto; así mismo, el trabajo en equipo y la comunicación fueron primordiales para llevar a cabo la consulta.

Finalmente puedo afirmar que los objetivos planeados por el servicio fueron cubiertos. Si bien no es un trabajo sencillo lograr influir en una población, se han logrado implementar acciones dentro del marco de funciones de la enfermera para que el trabajo de esta sea cada día más reconocido.



## 6. CONCLUSIONES

Se ha hablado del entorno en el cual se desarrolla actualmente la enfermería en nuestro país; tanto para los profesionales como para aquellos que se encuentran en formación, el entorno obliga a adaptarse a los cambios. Este panorama muestra los retos que debe salvar aun la profesión; económicos, políticos, sociales, epidemiológicos y aquellos surgidos de la misma profesión.

Con esto debemos estar conscientes que se vive en un mundo cambiante; donde la labor de la enfermería no puede centrarse sólo en los hospitales. La transición epidemiológica requiere intervenciones en favor de hábitos saludables, previniendo y promocionando la salud.

Los costos que implica la atención hospitalaria son altos no solo para los usuarios sino también para el país; por ello, la enfermera debe trascender en su práctica, trasladándola a escenarios igualmente cambiantes pero que pueden contribuir a lograr mayor impacto en la salud y también a lograr su autonomía.

El cuidado de la salud es la esencia de la enfermería, no se limita a espacios o tiempos, por lo que los escenarios de actuación son muy amplios. La CE, forma parte de las propuestas innovadoras de la profesión para apoyar la atención a la salud de la población; sus alcances son verdaderamente amplios. Es necesario haber comprendido que es y cuál es su finalidad para poder comenzar a concebirla y establecerla como un servicio ofertado en centros e instituciones de salud.

Si habría que exponer una definición propia de lo que se considera como CE, de acuerdo a los conceptos citados y a la experiencia propia; éste sería: Modalidad de atención de trato directo, mediante la cual el enfermero(a), apoyado del Proceso de Atención de Enfermería, gestiona cuidados profesionales a los usuarios que demandan este servicio, con el objetivo de generar respuestas favorables para la salud.

La CE no es otra cosa que brindar atención aplicando el Proceso Enfermero, pero esa atención se brinda porque fue elección del usuario el solicitarla. Se valora, se diagnostica y se interviene en base a respuestas humanas más que a signos y síntomas patológicos, que es competencia médica el tratarlos. Con esto último no se quiere decir que no se pueda intervenir sobre procesos patológicos, esto es posible, pues aunque la enfermera esté limitada al recetar medicamentos, puede emplear terapias alternativas o complementarias echando mano de su visión holista. Sin embargo, también es importante y su responsabilidad identificar cuando es preciso canalizar al usuario con otro profesional para su atención.

Brindar una CE implica conjuntar nuestras habilidades de organización, comunicación, observación, toma de decisiones y aquellas otras que surgen de la comprensión del otro.

Los usuarios consideran que la atención a la salud en México tiene carencias, parte de ellas se deben a la accesibilidad a ellos. Hasta ahora la única puerta de entrada al sistema de atención han sido las consultas médicas, que son insuficientes, en muchas ocasiones ineficientes y generan insatisfacción en los usuarios. En respuesta a esto, la Atención Primaria promueve el trabajo en equipo de varias profesiones y sobre todo con el usuario, haciéndolo participe del cuidado de su salud, no sólo en las clínicas y hospitales, sino yendo hasta aquellos lugares donde se desarrollan.

La consulta ofrece la oportunidad de abordar tanto al usuario enfermo como al sano y no solo a él sino también a los que lo rodean; viéndolo como un todo, no sólo como un cuerpo; por lo que los diagnósticos y las intervenciones del profesional pueden llegar a ser muy variados. Se puede resumir que hasta ahora su aplicación no es uniforme en todos los países, no hay publicaciones, siguen siendo mas programadas que a demanda, hay contrariedad por parte de enfermeras por no estar capacitadas o porque no se sienten capaces, o no les interesa, no se les da la oportunidad en las clínicas dirigidas por médicos, no hay una definición clara de la CE y su metodología, existe tensión entre profesionales puede beneficiar a ambos profesionales, trae consigo una alta exigencia al enfermero quien no esta preparado para esta.

La CE, exige pues, que los profesionales adquieran mayor confianza en sí mismos y empleen conocimientos firmes sustentados en bases científicas; que se capaciten en dicha modalidad de atención, principalmente en los mecanismos de registro de datos y se mantengan actualizados en los contextos de salud que se viven en el país; que se refuercen en el trabajo interdisciplinario y exploten todas aquellas cualidades humanas y técnicas que caracterizan a la enfermería.

Así mismo se requiere de planes de estudio más estrictos en el sentido de valorar todos los campos de acción de la enfermera, tanto en la práctica clínica como comunitaria, dependiente o independiente. La CE no sólo permite el trabajo independiente de la enfermera, también le permite integrarla a otras modalidades de atención como lo es la atención domiciliaria y las intervenciones comunitarias. De la misma forma permite que se lleven a cabo intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud, de esta forma se cumple con los principios de la APS.

Por ello es que se propone a la CE como una puerta más de entrada al sistema de salud, capaz de resolver problemas de salud y detección de los mismos; que puede generar desahogo en tiempos de espera a la atención médica, así como disminuir el consumo de consultas médicas innecesarias y que esto se pueda manifestar en la satisfacción de los usuarios.

En México el camino que falta por recorrer para lograr la profesionalización de enfermería y su completo reconocimiento es largo; por ello considero que los enfermeros deben

comenzar a valorar la CE como una parte más de sus responsabilidades y formación y adherirla a su práctica, además de comenzar a cuestionarse sobre los verdaderos alcances de su disciplina y la autonomía que reclama; de lo contrario la población seguirá sin conocer realmente lo que es enfermería.

Creo que la CE, integrada a los programas académicos teórico-prácticos de profesional de enfermería, puede convertirse no solo en una herramienta para la práctica que permita apoyar al sistema de salud de manera eficiente; sino también, en un área de la misma, donde el profesional puede desempeñarse logrando un grado de independencia muy alto, que puede repercutir sobre su propia satisfacción. También puede convertirse en una estrategia que permita la difusión a la población sobre el amplio rol de la enfermera en el cuidado de la salud de la población y sobre los servicios que puede ofrecer.

Después de mi experiencia en la CE estoy completamente a favor de anexarla a los programas de, formación de los profesionales de enfermería, no solo dirigida a la atención comunitaria sino a todas aquellas áreas donde esta realice su practica.

En lo personal adquiriré mayor confianza en mi y en mi labor como enfermera, responsabilidad y compromiso para conmigo, mi profesión y el usuario, mayor capacidad de resolución, organización, comunicación, así como el sentimiento de independencia y autonomía.

Están claros los requisitos para la implementación de la CE.

1. Interés por parte de los directores de instituciones de salud y de las escuelas de enfermería por implementar esta modalidad de atención por parte de enfermería, en especial en primer nivel.
2. Planes de estudio desmedicalizados, con un enfoque más actual sobre la atención de enfermería, que incluyan la CE como un tema independiente, que incluya teoría y practica. De igual forma que se creen espacios donde los estudiantes puedan estar en contacto con esta practica, en nuestra escuela se cuenta ya con el Centro Comunitario de San Luis, con el CIMIGEN, con El centro comunitario de Tlalmille, pero hacen falta mas para que todos los estudiantes puedan tener la experiencia de participar y llevar acabo esta modalidad de atención.
3. Interés por parte del profesional de enfermería no solo para llevar acabo esta modalidad de atención, sino para trabajar en equipo e interprofesionalmente. Para realizar investigación y publicación con respecto a ella para que se conozca más, se determinen sus logros, sus carencias, sus alcances, las áreas de oportunidad y contribuir a mejorarlas.
4. Conceptualización clara de la CE, objetivos, diseño de su organización, definición de servicios, programas, sistemas de acceso, sistemas de registro (computarizada o por

libreas y expedientes); hojas de valoración y exploración física, certificados de salud, indicaciones de enfermería, visitas domiciliarias, etc.

La CE es difícil de realizar pero puede aportar resultados interesantes, en un hospital por experiencia, la aplicación del PAE puede llegar a ser complicado y limitado, en un área como la CE se tiene la oportunidad de aplicar planes de cuidados más integrales, en especial si se lleva a cabo en área comunitaria o primer nivel, ya que por experiencia, en un hospital la carga de trabajo puede dificultar esta práctica. Así mismo la CE puede reportar satisfacción a la enfermera por la práctica y contribuir a afianzar su autonomía.

La CE puede dificultarse cuando no se cuentan con conocimientos firmes, cuando no hay interés en realizarla o no se apoya su realización; sin embargo cuando se cuenta con ello y se conjuntan las habilidades y conocimientos administrativos, docentes, científicos, humanos y técnicos, y se mantienen claras las funciones y límites de la consulta, saber que se puede hacer, que no, y hasta donde y cuando es mejor referir al usuario con otro profesional.

La CE cumple con los principios de la APS, ya que brinda atención a la persona viéndola de manera integral, centrándose en ella y no en alguna patología que pudiese tener, ve por la salud de la familia y de la comunidad, sus esfuerzos están dirigidos tanto a la curación, como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección de riesgos y la rehabilitación, trabaja en equipo e interinstitucional e interprofesionalmente, por ejemplo con otros médicos, psicólogos, escuelas, programas como el de Oportunidades, encargados comunitarios, etc. Y ofrece servicios de calidad, con trato justo y en busca de ampliar la cobertura de salud. No necesariamente se centran en un tipo de usuarios sino que ofrecen una amplia gama de servicios y no solo atiende a usuarios enfermos sino también sanos, a cuidadores o familia.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alonso C. M.; Rodríguez A. L. (2000). *Modelos de atención en enfermería*. [en línea] Revista de Enfermería IMSS vol. 8, PP. 37-43. Recuperado el día 22 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/.../Revista%20Enfermeria/00/200037-43.pdf>
2. Malvárez S. M.; Castrillón, A. M. C. (2006.). *Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina*. [en línea] 1ª y 2ª parte Revista de Enfermería del IMSS vol. 14 PP. 101-116 y 145-165. Recuperado el 20 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062g.pdf> , <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim063f.pdf>
3. OPS (2001) *Aportaciones de la Enfermería y Obstetricia "Al desempeño y metas de los sistemas de salud" Estudio de caso México*. [en línea] Recuperado el 3 de febrero 2012, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/apportaciones.pdf>
4. Secretaria de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. [en línea] Recuperado el 1 de septiembre de 2011. Disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)
5. González, P. E., Gutiérrez, D. C., Stevens, G., Barraza, L. M., Porras, C. R., Carvalho, N., y otros. (2007). *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México*. [en línea] Revista Salud Pública de México / vol.49. PP. 37-52. Recuperado el 20 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001799>
6. Sánchez, S. M. (2007). *La salud en México: algunas consideraciones actuales*. [aut. libro] Aljama, C. E.; Osteguín, M. R. M.. *La enseñanza Clínica en Enfermería: un acercamiento multidisciplinario*. Págs. 21-37. México, D.F. Talleres de Publicaciones del Instituto Politécnico Nacional.
7. FUNSALUD (Fundación Nacional para la Salud). (2006). *Salud en México 2006/2012; Visión de Fundación Mexicana para la Salud*. [en línea] Recuperado el 3 de septiembre de 2011. Disponible en: [http://www.funsalud.org.mx/vision\\_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf](http://www.funsalud.org.mx/vision_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf)
8. Medina, L. O. (2006). *Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo: Iberoamérica (México) 6o Congreso de la AEC, Simposio Internacional de Enfermería Comunitaria*. [en línea] Obtenido de [www.enfermeriacomunitaria.org/congreso](http://www.enfermeriacomunitaria.org/congreso)
9. CIE (Consejo Internacional de Enfermería). (2006). *Informe CIE FIFN; The Global Nursing Shortage Priority Areas for Intervention*; [en línea versión en español]. Recuperado el 29 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/gnri-publications/>
10. CAIS OPS. (1997). *XXXII Reunión del Comité Asesor de Investigación en Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Importancia del Personal de Enfermería*. [en línea] Recuperado el 28 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hdp/hdri/CAIS-97-10.PDF>
11. ENEO-UNAM. (2006). *Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para la Escuela Nacional de Enfermería de la UNAM*. Tlalpan México D.F.: Taller de Impresión de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
12. OMS. (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud mas necesaria que nunca*. [En línea]. Recuperado el 12 de septiembre. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>; [texto completo]:[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).

13. Sánchez, P. S. (2011). "La VII jornada de enfermería, " importancia de la continuidad de la atención en los servicios de enfermería". Sin Publicar.
14. Colliere, F. M. (2000). *Promover la Vida*. España. Editorial McGraw Hill-Interamericana.
15. Siles, G. J.; Solano R. C. (2007). *El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería*. Cultura de los Cuidados. [en línea] Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4655>
16. Kérouac, S. (1996). "Grandes Corrientes del Pensamiento" En: *El pensamiento Enfermero*. Barcelona, España. editorial Masson.
17. Gálvez, Toro A. (2007) *Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es care*. Granada, España: Biblioteca Lascasas. [en línea] recuperado el 20 de enero de 2012, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251.pdf>
18. Juárez, R. P. A.; García C. M. L.; Juárez, R. P. (2009). *La importancia del cuidado de enfermería*. [en línea] Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social vol. 17. PP. 109-111. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=24975&IDPUBLICACION=2541&NOMBRE=>
19. Gasull, V. M. (2005). *La ética del cuidar y la atención de enfermería*. [en línea] Recuperado el 20 de octubre de 2011. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>
20. García, G. F. T. (2009). *Consulta de enfermería. Un reto en el cuidado humano al usuario y familia. Una visión de la enfermera*. [en línea] Recuperado el 16 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1879/1/Consulta-de-enfermeria-Un-reto-en-el-cuidado-humano-al-usuario-y-familia-Una-vision-de-la-enfermera.html>
21. Ibarra, M. X. (2006). *Aspectos Cualitativos en la Actividad Gestora de los Cuidados Enfermeros*. [en línea] recuperado el 20 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/878>
22. Duque, C. S. (2005). *Dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos: Un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimientos*. [en línea]. Recuperado el 10 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>
23. Báez H. F; Nava N. V.; Ramos C. L.; Medina L. O. (2009). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. [en línea] Aquichan Vol. 9, Núm.2 pp. 127-134. Recuperado el 25 de octubre del 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74112142002>. ISSN 1657-5997
24. Sánchez, H. B. (1998). *Dimensiones del Cuidado: Por que Hablar de Cuidado de la Salud Humana*. Colombia. Editorial Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.
25. Navora, C. M. (2000). *El cuidado enfermero. Un arte*. [en línea] Revista de Enfermería del IMSS vol. 8 no 1, PP. 1-2. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=303:el-cuidado-enfermero-un-arte-&catid=117:ano-2000-volumen-08](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=303:el-cuidado-enfermero-un-arte-&catid=117:ano-2000-volumen-08)
26. Matumoto, S.; Fortuna, C. M.; Kawata, L. S.; Mishima, S. M.; Bistafa, P. M. (2011). *La práctica clínica del enfermero en la atención básica: un proceso en construcción*. [en línea] Revista Latino-Am. Enfermagem, vol. 19 no. 1. Recuperado el 10 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_17.pdf)
27. Waldow, V. R. (2009). *Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado*. [en línea] Aquichan Vol. 9 No 3, PP. 246 - 256. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74112147005#>



28. Agudo P. S.; González P. J. (2002). *Consulta de enfermería a demanda: ¿Por qué acuden los usuarios?* [en línea]. Enfermería Clínica, PP. 104-108 vol.12 núm. 03. Recuperado el 16 de septiembre del 2011. Disponible en:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v12n03a13033382pdf001.pdf>
29. Chan, M. (2008). *Regreso a Alma-Ata*. [en línea] Recuperado el 25 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/index.html>
30. Tejada, R. D. A. (2003). *Alma-Ata: 25 años después*. [en línea] Revista Perspectivas de Salud de la OPS Vol. 8, No 1. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_4.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm)
31. Blanco, R. J.H.; Maya, M. J.M. (1997). "Atención Primaria" *Fundamentos de Salud Publica Tomo I, Salud Publica. Cap. 9*. Colombia. Editorial Corporación para la Investigación Biológica.
32. Macinko, J.; Montenegro, H.; Nebot, A. C.; Etienne, C. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. [en línea] Revista Panamericana de Salud Pública. pp. 73-84. Recuperado el 20 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
33. OMS. (s.f.). *Atención Primara a la Salud*. Recuperado el 29 de septiembre de 2011. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
34. Camargo, B. I. (2010). *El papel autónomo de la enfermería en las consultas*. [en línea] Avances en Enfermería vol. 28 n.1 Bogotá enero/junio. PP. 143 - 150. ISSN 0121-4500. Recuperado el 13 de septiembre. Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100014&lng=pt&nrm](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100014&lng=pt&nrm)
35. Gentil, D. M. I. (2009). *Relación Histórica de la Consulta de Enfermería con la vivencia profesional*. [en línea] Enfermería Global vol. 8, n.15. Recuperado el 10 de septiembre del 2011. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50441> ISSN 1695-6141
36. Barbosa G. D. (2008). *Tesis: Caracterización de la consulta de enfermería en el paciente con cáncer*. [en línea] Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 20 de septiembre 2011. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis29.pdf>
37. Galicia, A. R. M.; Nájera, G. G.; Morales, N. A. (2010). *Consulta de enfermería en Atención Primaria*. [en línea] Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social vol. 18 PP. 31-34. Recuperado el 3 de septiembre de 2011. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=92:consulta-de-enfermeria-en-la-atencion-primaria&catid=37:ano-2010-volumen-18](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=92:consulta-de-enfermeria-en-la-atencion-primaria&catid=37:ano-2010-volumen-18)
38. Raile, A. M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7a Edición. Barcelona España. editorial Elsevier Mosby.
39. Guirao, G. J. A. (2000). *La Consulta de Enfermería*. En Osuna Frías Antonio, *Enfermería Comunitaria*. PP. 201-215. Barcelona, España, editorial Masson.
40. De la Cruz, M. (s.f.). *La clínica de enfermería. Fortalezas y debilidades*. [en línea] Recuperado el 10 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos58/clinica-enfermeria/clinica-enfermeria.shtml>
41. Martín, S. F. J.; Morilla, H. J. C.; Morales, A. J. M.; Gonzalo, J. H. (2006). *Consulta de Enfermería a Demanda; Comisión para el Desarrollo a de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud*. [en línea] Recuperado el 6 de septiembre de 2011, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0231.pdf>
42. Sánchez, M. A. (2000). *Consulta de Enfermería*. Madrid, España. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
43. IMSS. (2005). *Programas Integrados de Salud, Proyecto Estratégico 2001-2003 Instituto Mexicano del Seguro Social*. [en línea] Revista de Enfermería del IMSS, vol. 13 PP. 41-56. Recuperado el 16 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=232:programas-integrados-de-salud&catid=52:ano-2005-volumen-13](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=232:programas-integrados-de-salud&catid=52:ano-2005-volumen-13)



44. Soto, L. V. (2004). *Tendencia e Impacto de la Consulta de Enfermería en Bogotá*. [en línea] Revista Avances en Enfermería PP. 34 - 41. Recuperado el 16 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii2\\_3.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii2_3.pdf)
45. Arribas C. A.; Gasco G. S.; Hernández P. M.; Muñoz B. E. (2009). *Papel de la Enfermería en Atención Primaria; Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid*. [en línea] Recuperado el 16 de octubre del 2011. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1142528634544&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439320383&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142528634544&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439320383&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003)
46. Martínez, R. J. (2003). *Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad*. [en línea] Revista de Administración Sanitaria vol. 1 no. 3 PP. 425-440. Recuperado el 14 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/consulta-enfermeria-demanda-atencion-primaria-reflexion-una-13051686-administracion-gestion-2003>
47. DGASV (Dirección General de Asistencia Sanitaria Valenciana). (2007). *Consulta de Enfermería en Atención Primaria: Consulta de Enfermería a demanda*. Recuperado el 2 de septiembre del 2011 disponible en: <http://todo-en-salud.com/category/enfermeria>
48. Manzini, F. C.; Simonetti, J. P. (2009). *Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: Uso de la teoría del autocuidado de Orem*. [en línea] Revista Latino-Am. Enfermagem, vol. 17 no. 1. Ribeirão Preto Ene/Feb. Recuperado el 10 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100018&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100018&script=sci_arttext&lng=es) ISSN 0104-1169
49. Noreña, P. A. L.; Cibanal, J. L.; Alcaraz, M. N. (2010). *La interacción comunicativa en el cuidado de la salud*. [en línea] Revista Española de Comunicación en Salud, vol. 8 PP. 113-129 ISSN: 1989-9882. OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
50. Kozier, B.; Erb, G.; Olivieri, R. (1994). *Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Prácticas*. (versión en español) México D.F. editorial McGraw-Hill Interamericana.
51. Muñoz, M. J.; Trompeta, A. R.; Rufián, P. F.; Sanchez, J. y otros. (1996). *La atención de Enfermería en Atención Primaria de Salud Actualizaciones en Enfermería en: Enfermería en Atención Primaria de Salud*. Madrid, España, editorial Olalla ediciones
52. NANDA. (2010). *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona España editorial Elsevier.
53. CGE. Consejo General de Enfermería. (2006). *Marco referencial sobre la consulta enfermera. Documento de base*. [en línea] Biblioteca Lascasas España. Recuperado el 11 de octubre del 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.php>
54. SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha); (2010). *Consulta Enfermera*, España [en línea] Recuperado 28 de noviembre de 2010. Disponible en: [http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof\\_enfermeria/15\\_consulta\\_enfermera\\_01-07-10.pdf](http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_enfermeria/15_consulta_enfermera_01-07-10.pdf)
55. Klaiberg, M. B. (2001). *Salud Comunitaria*. Bogotá, Colombia. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
56. Tapia, Y. T.; Muñoz, M. A.; Méndez, D. A. (2010). *La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal*. [en línea] Revista de Enfermería del IMSS, vol. 18, PP. 159-162. Recuperado el 16 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59:la-consulta-de-enfermeria-propuesta-de-mejora-en-los-programas-de-dialisis-peritoneal&catid=37:ano-2010-volumen-18](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=59:la-consulta-de-enfermeria-propuesta-de-mejora-en-los-programas-de-dialisis-peritoneal&catid=37:ano-2010-volumen-18)
57. Moldon, C. J. (2007). *Consulta de Enfermería Pediátrica para la Niñez y Adolescencia con Asma de Esparza*. [en línea] Revista Actual de Enfermería, Costa Rica. Recuperado el 16 de Septiembre del 2011. Disponible

en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/448/44801202.pdf> ISSN 1409-4568

58. Millas, R.J. (2010) *Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?*. [en línea] Elsevier Atención Primaria.2011. España. Recuperado el 13 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/consulta-atencion-primaria-todo-es-medico-90027921-originales-2011>
59. Milos, H. P.; Bórquez, P. B.; Larrain, S. A. (2010). *La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance*. [en línea]Ciencia Enfermera vol. 16 no. 1, PP. 17-29. ISSN 0717-9553. Recuperado el 20 de septiembre del 2011. Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art\\_03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf)
60. Beltrán S. O. (2006). *Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería*. [en línea] Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Vol. XXIV N. ° 2. PP. 144-150. Recuperado el 26 de septiembre. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105215402015.pdf> ISSN 0120-5307
61. Zamuner, M. (2003). *Relaciones interpersonal en el ámbito del cuidado. El rol distintivo de la Enfermería*. [en línea] Nuevo Schoenstatt, Argentina. Recuperado el 26 de septiembre. Disponible en: [www.familia.org.ar/archivosjornada\\_05Jornada\\_05\\_05\\_Relaciones\\_interpersonales\\_en\\_elambito\\_del\\_cuidado,\\_rol\\_distintivo\\_de\\_la\\_enfermeria.pdf](http://www.familia.org.ar/archivosjornada_05Jornada_05_05_Relaciones_interpersonales_en_elambito_del_cuidado,_rol_distintivo_de_la_enfermeria.pdf)
62. Sánchez, P. S. (2010) *Programa de Servicio Social en Atención Primaria a la Salud*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM. Sin publicar.
63. OMS. (2004) *Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales* [en línea] Recuperado el 13 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html>
64. Ceolin, T., Heck, RM., Pereira, DB., Martins, AR., Coimbra, VCC., Silveira, DSS. (2009). *Inserción de Terapias Complementarias en el Sistema Único de Salud atendiendo al cuidado Integral en la Asistencia*. [en línea] Enfermería Global; revista electronica cuatrimestral de Enfermería., No. 16, Brasil, ISSN 1695-6141. Recuperado el 13 de marzo de 2012. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200017)
65. López, J. (2005). *Terapias Complementarias Integradas en el Cuidado Enfermero*. [aut. libro] Úbeda Bonet Inmaculada, Caja López Carmen y Roca Roger Montserrat. *Instrumentos para la práctica profesional de la enfermera comunitaria*. Barcelona, España. Editorial Instituto Monsa de Ediciones, S.A.
66. INEGI. (2010). *Indicadores de demografía y población*. [en línea] Recuperado el 1 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
67. Sojo, A. (2011). *Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas*. [en línea] Revista Ciência & Saúde Colectiva. ISSN 2673-2685. Recuperado el 26 de septiembre del 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63019110002#>
68. INEGI. (2011). *Comunicado Núm. 062/11 Resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010*. [en línea] Recuperado el 1 de septiembre de 2011, disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)