

20/198



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION COMO ESTRATEGIA PARA AMPLIAR LA COBERTURA
DE SALUD EN EL ESTADO DE MORELOS**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
EDITH RUIZ ALTAMIRANO

MEXICO, D. F.

1987



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

PAG.

I. <u>INTRODUCCION</u>	1
1. Planteamiento del problema de estudio.	2
2. Objetivos de la investigación	5
3. Hipótesis	5
4. Variables	5
5. Campo de investigación.	6
II. <u>MARCO TEORICO</u>	
2.1 Tendencias internacionales en materia de salud.	8
2.1.1 Breve reseña histórica de la atención primaria de salud.	8
2.1.2 Declaración de Alma-Ata, Rusia.	12
2.2 Diagnóstico de la situación de salud en México.	19
2.2.1 Factores condicionantes externos.	10
2.2.2 Factores condicionantes internos.	25
2.2.3 Problemática actual de salud en México.	37
2.3 El Modelo de Atención a la Salud 1985, de la Secretaría de Salud (para población abierta).	41
2.3.1 Objetivos y prioridades del Modelo.	43
2.3.2 Estructura operacional de los servicios de salud.	44

2.3.3 Características de la Red de Unidades de Salud.	48
2.3.4 Participación comunitaria	55
2.3.5 Criterios y procedimientos generales para la capacitación y desarrollo de recursos humanos.	60
2.4 El papel de la enfermera en la atención primaria de salud.	64
2.4.1 Fundamentos que surgen de la realidad histórica de la atención de la salud	67
2.4.2 Evolución de la práctica de la enfermería en la comunidad.	71
2.4.3 Perfil de la enfermería en México.	76
2.4.4 Concepto actualizado ⁴ de enfermería	87
2.4.5 Nueva concepción de las responsabilidades de la enfermera en la atención primaria...	89
2.5 Propuesta de Carta Programática para el adiestramiento en Servicio de Personal de Enfermería de Campo.	101
III. METODOLOGIA DEL TRABAJO DE CAMPO.. . . .	109
1. Resultados de la Investigación	112
2. Resumen y conclusiones.	137

IV. REFERENCIAS

1. Bibliografía

2. Anexos

2.1 Calendario de Supervisión para las actividades que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, correspondiente a la jurisdicción sanitaria No., durante el mes de septiembre de 1985.

2.2 Hoja de Concentración de Actividades de la Enfermera Sanitaria.

2.3 Cuestionario.

LISTA DE CUADROS ESTADISTICOS

PAG.

CUADRO # 1: Aplicación de inmunizaciones por el personal de enfermería del primer nivel de atención	113
CUADRO # 2: Orientación a la población sobre higiene personal.	114
CUADRO # 3: Orientación a la población sobre nutrición.	115
CUADRO # 4: Orientación sobre higiene materno infantil	116
CUADRO # 5: Orientación sobre planificación familiar.	117
CUADRO # 6: Orientación sobre enfermedades transmisibles.	118
CUADRO # 7: Orientación sobre la correcta disposición de excretas, basuras y desechos humanos.. . . .	119
CUADRO # 8: Orientación sobre el manejo, consumo y conservación de alimentos.	120

	PAG.
CUADRO # 9: Orientación sobre consumo y tratamiento de aguas de consumo humano....	121
CUADRO # 10: Orientación sobre la fauna nociva y transmisora.	122
CUADRO # 11: Colaboración y/o realización de actividades referentes a la consulta externa y dotación de medicamentos...	123
CUADRO # 12: Aplicación de medicamentos.....	124
CUADRO # 13: Control y tratamiento de tuberculosis.	125
CUADRO # 14: Atención de las enfermedades comunes de la población en el hogar.	126
CUADRO # 15: Atención de primeros auxilios.. . . .	127
CUADRO # 16: Control y tratamiento de diarreas. . .	128
CUADRO # 17: Detección y notificación de casos de enfermedades transmisibles.	129

CUADRO # 18: Referencia de pacientes a la Uni- dad Auxiliar.	130
CUADRO # 19: Atención de enfermedades de tipo respiratorio.	131
CUADRO # 20: Atención de padecimientos de tipo degenerativo.	132
CUADRO # 21: Atención de accidentes.	133
CUADRO # 22: Nivel de escolaridad.	134
CUADRO # 23: Tiempo empleado en la inducción al puesto.	135
CUADRO # 24: Necesidad de mayor capacitación.	136

I N T R O D U C C I O N .

Entre los recursos más importantes de que dispone un país está su población. Esta requiere para ser productiva, de amplios y eficientes servicios de salud. Tales servicios se ven limitados en cobertura y eficiencia por los conflictos entre profesionales, la distribución inadecuada del personal, el deficiente interés y rendimiento, así como la falta de verdaderos programas de enseñanza y educación continua que ayuden a que el personal supere sus carencias de conocimientos y habilidades en favor de la comunidad a la que presta sus servicios.

El personal de asistencia social trabaja en equipos donde el apoyo mutuo y la coordinación son elementos indispensables. Para superar estas limitaciones es necesario que existan las condiciones de empleo idóneas, así como un ambiente que estimule el rendimiento y desarrollo del personal de sa lud.

Esta situación adquiere en el momento actual primordial importancia debido a que la coordinación, el apoyo y el desarrollo que de ésto surja se traducirá en beneficios de sa- lud para la comunidad.

En México, la política actual de salud basada en el de-

recho que a ella tiene todos los mexicanos, apunta hacia la ampliación de cobertura de servicios, de tal suerte que, en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, en su parte introductoria, se menciona: "El propósito básico del Programa Sectorial es elevar el nivel de salud de la población al procurar tender a una plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y relación de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente". 1/

De esta manera al seguir las líneas marcadas por la política antes mencionada, Enfermería como miembro importante del grupo de salud vierte sus esfuerzos al desarrollo de la atención primaria dentro de un ámbito de respeto por los derechos, valores y decisiones de la comunidad a la que apoya, al poner a su alcance los conocimientos y tecnologías modernas para que con sus agentes tradicionales pueda incrementar cuantitativamente y cualitativamente la capacidad para atender su propia salud, con la accesibilidad asegurada para recibir las acciones y atención de enfermería en los diferentes niveles del sistema institucional de salud.

1/ S.S.A. Plan Nacional de Salud 1984-1988, México, 1984,

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cobertura de atención a la salud en nuestro país deja fuera de su alcance de diez a quince millones de mexicanos; este hecho se ve agravado si se toma en consideración la crisis económica por la que el país atraviesa. Esta situación hace urgente el conjuntar esfuerzos y optimizar los re cursos existentes mediante una racionalización adecuada.

El personal de enfermería surge aquí como elemento importante para coadyuvar al desarrollo de la salud nacional, por lo que es necesario que reafirme su posición frente al sector salud y adopte una actitud reflexiva y decidida acer ca de su papel como agente de salud de la comunidad.

Habrá que tener en cuenta que existen algunos factores limitantes que es necesario analizar detenidamente para superarlos; como son: que el servicio está cubierto por pasan tes de enfermería o medicina, cuyo paso por las comunidades es temporal, lo que evita el que puedan sentir un compromiso más allá del tiempo establecido para cumplir con el re--quisito y muchos menos desarrollar los aspectos de salud de la comunidad a mediano y largo plazo. Algo que complica aun más esta situación es la falta de programas de enseñanza y capacitación continua para el personal asignado al primer

nivel, que ayuden a mejorar su preparación y por ende la actuación profesional en la atención de las necesidades de la comunidad.

También la distribución de recursos humanos de enfermería contribuye a agravar la situación, ya que estos se encuentran concentrados en las áreas urbanas de mayor desarrollo económico, en detrimento de las áreas rurales y marginadas.

Por consiguiente, hay una carencia substancial en la educación en salud de la población, la cual no sabe acudir a los servicios para prevenir enfermedades y, por el contrario, las deja avanzar hasta estadios que dificultan su curación, lo que provoca en ocasiones secuelas irreversibles o la muerte del paciente. Esto explica en parte las altas tasas de morbilidad y mortalidad en las áreas rurales y marginadas de nuestro país.

Por todo lo anterior es necesaria la participación y apoyo del profesional de enfermería en el primer nivel de atención. En el momento actual la atención primaria de salud es la estrategia que cobra mayor importancia para ampliar la cobertura; con ella es posible brindar en forma eficiente y sistematizada servicios básicos que satisfagan

las necesidades de toda la población, al orientar a ésta pa-
ra que en forma conjunta participe en el cuidado de su pro-
pia salud. La atención primaria enfatiza los niveles preven-
tivos por medio de la educación para la salud, al utilizar
los propios recursos de la comunidad y al hacer uso inclusi-
ve de los métodos de la medicina tradicional que hayan de--
mostrado su utilidad real libre de riesgo.

Otro aspecto importante de la atención primaria radica
en el hecho de ser la forma más viable para proporcionar
servicios de salud en el mismo lugar donde son requeridos,
con lo cual se busca brindar atención para la salud al más
bajo costo posible, evitar gastos y molestias de traslado
al paciente y su familia a los grandes centros hospitala--
rios de segundo y tercer nivel de atención.

Pero sobre todo la atención primaria de salud trata de
fomentar la participación de las familias de la comunidad
haciéndolas responsables de su propia salud mediante su es-
fuerzo organizado.

Por estas razones se hace necesario investigar este te-
ma, cuyos resultados nos darán posiblemente, algunas pautas
de acción que favorezcan el desarrollo del personal de en--
fermería en el campo de la atención primaria de salud, en
las localidades urbanas y rurales del Estado de Morelos.

2. OBJETIVOS.

2.1 Analizar los principales problemas que inciden en el ejercicio de la enfermería en el primer nivel de atención, al identificar causa, magnitud y factores que los condicionen.

2.2 Identificar y proponer los cambios necesarios en la práctica de enfermería en el Estado de Morelos y tener en cuenta las tendencias en atención primaria de salud.

3. HIPOTESIS.

3.1 Las necesidades de salud de la población determinan el equilibrio entre acciones preventivas y curativas del personal de enfermería en el primer nivel de atención.

3.2 Los programas en educación y capacitación son determinantes para la eficiencia y eficacia del personal de enfermería asignado al primer nivel de atención.

4. VARIABLES Y CLASIFICACION.

Variables	Independiente	Dependiente
. Necesidades de salud de la población.	X	
. Acciones preventivas de enfermería.		X
. Acciones curativas de enfermería.		X
. Primer nivel de atención de la salud.		X
. Programas de educación y capacitación.	X	
. Eficiencia de la atención de enfermería.		X
. Eficacia de la atención de enfermería.		X

5. CAMPO DE INVESTIGACION.

A partir de la selección del problema se determinó el campo de investigación.

El estudio se realizó en 28 Unidades Médicas Comunitarias (primer nivel de atención) de la jurisdicción I del Estado de Morelos.

5.2 Area Geográfica.

Localidades Urbanas.	Localidades Rurales.
1. Col. Antonio Barona	1. Sta. Ma. Ahuacatitlán
2. Col. Emiliano Zapata	2. Coatlán del Río
3. Col. Benito Juárez	3. Emiliano Zapata
4. Col. Lagunilla	4. Jiutepec
5. Col. Cuauhtemoc	5. Mazatepec

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 6. Col. Revolución | 6. Coatetelco |
| 7. Col. Acapanzingo | 7. Temixco |
| 8. Col. Lomas de Cortés | 8. Xochitepec |
| 9. Col. Satélite | 9. Alpuyecá |
| 10. Col. Plan de Ayala | 10. Atlatlaucan |
| 11. Col. Otilio Montaño | 11. Huitzilac |
| 12. Col. Otilio Montaño Sur | 12. Tres Marías |
| 13. Col. Del Empleado | 13. Tlayacapan |
| 14. Col. Tetela del Monte | 14. Totolapan |

5.2 Universo de Trabajo.

Personal de enfermería asignado a la atención primaria de salud en las Unidades Médicas Comunitarias del Estado de Morelos.

5.3 Grupos Humanos.

28 Enfermeras o Auxiliares de Enfermería de Unidades Médicas Comunitarias que proporcionan servicios de atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales del Estado de Morelos.

II. MARCO TEORICO

2.1 Tendencias Internacionales en Materia de Salud.

2.1.1 Breve Reseña Histórica de la Atención Primaria de Salud.

El concepto de salud actualmente considera al hombre como ser biopsicosocial que interacciona con el medio ambiente interno y externo en el que se desarrolla y el cual determina a la vez su grado de salud y bienestar. Esta conceptualización y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, señala en los artículos tercero, veintidos y veinticinco: "Que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad de la persona, a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, al libre desarrollo de su personalidad y a un nivel de vida adecuado que le asegure tanto a él como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales".

Esto indica que la salud, es un derecho y responsabilidad de todos los hombres que buscan el progreso social y niveles de vida mejores mediante el compromiso y responsabilidad conjunta. Lo primordial de estos derechos es la obtención de la salud y el bienestar social de las comunidades. Tal situación llevó a la necesidad de realizar reuniones en

caminadas a obtener la salud para todos, como fue la Segunda Reunión de Ministros, celebrada en Santiago de Chile en 1972, donde se estableció como objetivo principal la extensión de cobertura de la salud, con servicios mínimos integrales a toda la población subatendida y no atendida, recomendaron a los países interesados que: identificaran sus problemas de salud y fijaran objetivos para cada uno de ellos de acuerdo a los elementos humanos, recursos técnicos, materiales y financieros disponibles, al tomar en cuenta las metas regionales en materia de salud de cada país.

Sin embargo, a pesar de haber establecido objetivos concretos y del esfuerzo realizado por los países para extender la cobertura de los servicios de salud a la población; los altos índices demográficos, la industrialización y urbanización creciente de determinadas regiones así como la migración de la población rural a las ciudades, trajo como consecuencia que el incremento de la oferta de servicios fuera por debajo del aumento acelerado de las necesidades de salud y que la extensión de cobertura no diera en esos tiempos los frutos deseados.

Los hechos anteriores justificaron la Cuarta Reunión de Ministros de Salud, celebrada en Washington, D.C. en 1977, cuyo objetivo principal fue: analizar la situación de los procesos de expansión de cobertura de los servicios de salud

y ajustar en consecuencia la política y estrategias continentales para alcanzar en el plazo más corto posible los objetivos correspondientes al Plan de Salud para las Américas 1971-1980. Durante esta reunión se establecieron principios que apoyaron los procesos de expansión de la cobertura de salud a la población utilizando la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad y se conceptualizó el desarrollo como: "La capacidad de los individuos para autotransformarse continuamente y favorecer así, el desenvolvimiento global de su sociedad; que pretende de esta manera asegurar al máximo bienestar y una mejor calidad de vida de sus integrantes".2/

Extender la cobertura de servicios de salud, significó dar una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos para satisfacer las necesidades de toda la población, lo que significó que los distintos programas de las instituciones de salud estarían unificados y tenderían a aumentar la accesibilidad de los servicios a la población demandante y no solo atender las demandas casuales o particulares.

La extensión de cobertura de servicios, a través de sus funciones pretendió abarcar y hacer partícipe a las comunidades rurales y urbanas para que sus servicios de salud lo

2/ OPS/OMS, IV Reunión de Ministros de Salud, Washington, 1977.

graran ser eficaces, eficientes y accesibles, no solo en el sentido de que garantizaran el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema institucional, sino para que los servicios fueran continuos, permanentes, adecuados, que no violaran los hábitos y costumbres, así como los patrones culturales de la población, que no representaran barreras de transporte tiempo o distancia para su utilización, si hubiese obstáculos materiales.

Para que la extensión de la cobertura se lograra, se creó la estrategia Atención Primaria de Salud.

La atención primaria de salud, se conceptualizó primeramente como: el medio práctico para poner al alcance de todas las familias la asistencia de salud indispensable; de tal suerte que resultara aceptable en proporción y ser además "...activa consciente responsable, deliberada organizada y sostenida". 3/

La IV Reunión de Ministros consideró que la atención primaria era el medio idóneo para alcanzar el grado deseado de salud en el mundo entero, razón por la cual, para cumplir con el objetivo propuesto, la O.M.S. invitó a asistir a to--

3/ O.P.S. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Boletín, Vol. LXXXIII No. 6 Julio 1977, p.387.

dos los países del mundo a la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, Rusia en 1978 y surge así la siguiente declaración:

2.1.2 Declaración de Alma-Ata Rusia 1978.

"La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día de hoy dos de septiem--bre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y del desarrollo de la comuni--dad para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

I

La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicas, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarro--llo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es po

lítica, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen para el año 2000 un

nivel de salud, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puede soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, 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 sanitario.

VII

La Atención Primaria de Salud.

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investiga

ciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación necesarias para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraría la participación, además del Sector Sanitario, de todos los sectores y campos de actividades conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunica-

ciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades.
6. Debe estar asistida por sistemas de envíos de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la Atención Primaria de Salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF, sobre Atención Primaria de Salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación Primaria de Salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de las cuales una parte considerable se destina en la actualidad al arma--

mento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la Atención Primaria de Salud en tanto que es el elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción Nacional e Internacional a fin de impulsar y poner en práctica la Atención Primaria de Salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia incita a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a los organismos no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la Atención Primaria de Salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo los países en desarrollo. La conferencia exhorta a todas las entidades an

tes mencionadas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de sa lud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente declaración.

2.2 Diagnóstico de la Situación de Salud en México.

El Diagnóstico de la Situación de Salud en México, se propone analizar las condiciones de salud pública en el país a través de correlacionar los indicadores directos e indirectos de la salud en un lapso suficiente para dar una vi- sión dinámica de los mismos.

Los datos presentan condiciones medias para la población mexicana, no revelando las grandes diferencias que se encontrarían si se analizaran sólo desde el punto de vista geográfico o desde el punto de vista de estratos scocioeconó micos y culturales. Sin embargo, la intención es presentar el perfil promedio del mexicano con sus rasgos más sobresalientes, en el campo de la salud.

2.2.1 Factores Condicionantes Externos.

Ambito Geográfico.

El país tiene una superficie continental de 1'953,128 kilómetros cuadrados y cuenta con 5,073 kilómetros de lito-

rales. El 46% del territorio tiene una altitud menor de 900 metros sobre el nivel del mar; el 42% entre 901 y 1,200 metros y el resto está situado encima de esta última altura. Es posible identificar una amplia variedad de climas, aunque predomina el templado en el norte y el tropical en el sur. La temporada de lluvias tiende a ser abundante en el segundo semestre. 4/

Estas características, que influyen en el perfil de la salud y de la enfermedad del país, también han condicionado la distribución de las actividades económicas políticas y sociales o culturales. En ese sentido el altiplano disfruta de mejores condiciones, especialmente el Valle de México; el norte del país ocupa un segundo término y el sureste experimenta condiciones menos favorables.

Comportamiento demográfico.

El Consejo Nacional de Población estima que la población del país al 30 de junio de 1982 era de 73 millones de habitantes. El ritmo de crecimiento demográfico ha variado desde el decenio de 1930 a 1940 en que la tasa media de crecimiento anual fue de 1.8% hasta llegar a 3.4% en el periodo de 1960 a 1970, fenómeno que colocó a este país entre los de más elevado crecimiento demográfico en el mundo y

4/ I.M.S.S. Diagnóstico de la Situación de Salud en México. México 1982, 0.10.

que resultó de la acelerada disminución de las tasas de mortalidad y el mantenimiento de la natalidad en alrededor de 45 nacimientos anuales por 1000 habitantes.

En la década de los setenta la preocupación por el alto índice de crecimiento originó una clara política orientada a disminuir su volumen, modificar la distribución y armonizar los procesos demográficos con los del desarrollo económico. Como consecuencia se planteó la necesidad de crear conciencia de la conveniencia de disminuir el número de hijos, con absoluto respeto a la libertad de los cónyuges y de distribuir mediante los servicios de planificación familiar, los instrumentos de control natal con que cuenta la medicina moderna.

La participación de un gran número de trabajadores de la salud para crear esa conciencia y la respuesta de la población a los programas de planificación familiar, contribuyeron a la disminución de la tasa media de crecimiento anual hasta el 2.6% en el bienio 1980-1982.

Paralelamente la densidad promedio de la población del país ha cambiado; así de 8.5 habitantes por kilómetro cuadrado en 1930 ha llegado a 37.3 en 1982. El crecimiento ha tenido como consecuencia el aumento de la proporción de la pobla

ción menor de 15 años, que pasó del 39.2% en 1930 al 46.2 en 1970, año a partir del cual empezó a declinar hasta llegar al 42.8% en 1980. 5/

Los constantes movimientos rotatorios internos son consecuencia de los desequilibrios regionales del desarrollo económico y de sus efectos políticos, sociales y culturales. La población que reside en las áreas urbanas-poblacionales de 2,500 habitantes y más ha aumentado aceleradamente sobre todo en los últimos decenios; así el porcentaje de esta población pasó del 33.5 en 1930 al 53.7% en 1970. 6/

El ritmo de crecimiento urbano obedece principalmente a la migración constante de las áreas rurales a los centros urbanos, al desplazamiento de la población dentro del país y a los cambios que éstos generan en la estructura de las localidades, los cuales se han venido efectuando de modo creciente, característica que hasta el momento hace más complejo su estudio. Sin embargo, las cifras del X Censo Nacional de Población y Vivienda (1980), revelan trece entidades de rechazo (la población emigrante fue superior a la inmigrante), de éstas sobresalen: Michoacán, Puebla y Oaxaca, por contribuir con el 15.1, 13.9 y 13.5% respectivamente,

5/ Ibidem. p.10.

6/ Ibidem. p.12

del total del saldo migratorio negativo. Las otras 19 entidades se consideran "de atracción" por su saldo migratorio positivo. Resaltan el área metropolitana de la Ciudad de México, con el 40.7%; Jalisco con el 6.7% y Nuevo León, con el 4.9% del total. Aun cuando este fenómeno no ha sido uniforme; afecta a cierto número de ciudades de mayor desarrollo urbano e industrial, como el Distrito Federal, Ciudad Nezahualcoyotl, San Bartolo Naucalpan, San Cristobal Ecatepec, Guadalajara, Monterrey, Acapulco, Tijuana y Ciudad Juárez entre otras. 7/

Centros de Población.

La población mexicana continúa siendo dispersa. En 1930 existían 84,452 localidades con 16 y medio millones de habitantes en conjunto. En 1970 existían 97,580 localidades para 48 millones de personas.

En 1930 el 78.9% de las localidades tenía menos de 500 habitantes; en 1970 había 83,705 (el 85.8%). En este último año, el 41% de la población residía en 95,410 localidades, todas ellas de menos de 2,500 habitantes, lo que significa que el 59% de la población residía en 2,170 localidades, todas ellas de 2,500 habitantes o más, de ellas; 430 contaban con más de 10,000 habitantes y sólo 68 con 50,000 o más.

7/ Ibidem p.12.

Esta población demanda todo tipo de servicios principalmente los sanitarios y asistenciales. 8/

Vivienda.

En 1950 se censaron 5'259,208 viviendas que albergaron 26 millones de habitantes; cinco habitantes en promedio por cada vivienda. En 1980, 12'216,462 viviendas alojaban 67 millones de personas esto es 5.5 en cada vivienda. Este mismo año, el 56.2% de ellas estaban construidas con tabique, el 21.7% con adobe y el 22.1% con otros materiales. 9/ Puede suponerse que existen diferencias importantes entre la vivienda urbana y la rural. En las grandes urbes el problema mayor radica en los cinturones de miseria, que reproducen e incluso multiplican, las diferencias de las zonas rurales.

Saneamiento.

El X Censo General de Población y Vivienda de 1980, señala que el 71.2% de las viviendas cuentan con agua entubada y sólo el 66.2% de los casos ésta llega al interior de los recintos. Asimismo, contaba con drenaje el 52.1% de las viviendas, cifras superiores a las existentes de 1950; situación que refleja el esfuerzo gubernamental por dotar a todo el país de la infraestructura adecuada; no obstante es preciso señalar que las condiciones son desfavorables para

8/ Ibidem, p. 13.

9/ Ibidem, p. 13.

el área rural.

Educación.

Uno de los indicadores de la educación, el alfabetismo, demuestra que el avance en esta materia ha sido paulatino y sostenido; en 1930 un 35% de la población de 6 años y más era alfabetizada y en 1980 lo era el 71%. Es posible que un análisis detallado de la información existente revele diferencias en las entidades federativas, regiones u otras formas de agrupamiento.

Las áreas más favorecidas en el concepto educación son las urbanas, como es el caso del Distrito Federal, entidad cuya población alfabetizada en 1980 era el 89.2% del total, en contraste con la del Estado de Guerrero, que para el mismo año era sólo de un 60%. 10/

2.2.2 Factores Condicionantes Internos.

Cobertura.

En el país la salud pública y los servicios de atención médica se ofrecen básicamente a través de tres tipos de entidades, orientadas todas ellas a satisfacer las necesidades de la población; en primer lugar se ubican las instituciones asistenciales como son, la Secretaría de Salud y

10/ Ibidem. p. 14.

el D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia), las cuales orientan su actividad a la población no sujeta de aseguramiento. El segundo término está integrado por los institutos de seguridad social destacando el I.M.S.S. (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el I.S.S.S.T.E. (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado) y por último las organizaciones dependientes del sector privado.

Las vías de acceso para la prestación de los servicios de salud, responden a postulados diferentes; la Secretaría de Salud y el DIF se ajustan al principio igualatorio de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y el Estado es responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud; el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. se basan en el derecho legal de prestación de servicios mediante distintas formas de financiamiento bipartita o tripartita, con base en una relación de empleo remunerado entre trabajadores y patrones y el ejercicio privado de la medicina la cual se apoya en la oferta y la demanda.

Los servicios médicos que ofrecen las cuatro principales Instituciones del sector salud, han aumentado gradualmente su cobertura en función del desarrollo económico, el crecimiento del empleo y la evolución de la demanda de servicios. Para 1981, de acuerdo con estimaciones realizadas

por esas entidades, se estima que cuentan potencialmente con servicios públicos de salud para una cobertura nominal de 66 millones de habitantes, que representa aproximadamente un 92% de la población total. Sin embargo, conviene aclarar que esta cobertura nominal de 66 millones de habitantes, se estima con referencia a la población que radica en las localidades ubicadas en las zonas de influencia de las unidades médicas financiadas con recursos fiscales, como en el caso de la Secretaría de Salud y el DIF, o bien con respecto a la población legalmente amparada por las instituciones de seguridad social. Por lo tanto, el concepto no implica que en forma literal se proporcionen servicios a un porcentaje equivalente de la población.

El I.M.S.S. es la institución de mayor cobertura de salud en México, al contar en 1981 con una población amparada de 44.4 millones de personas, que representa el 61.8% de la población total del país e implica un incremento de 123 % con respecto a 1976. De esta cifra, 17.1 millones de personas corresponden a la población solidariohabiente, atendida por el programa de coordinación entre el I.M.S.S. y COPLAMAR (Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria).

En el período 1976-1981, el crecimiento medio anual de la población derechohabiente y solidariohabiente del IMSS,

alcanzó tasas del orden del 10.5 y el 38.7% respectivamente, que son las más altas del sector. El incremento refleja los programas de ampliación de cobertura institucional, así como los resultados de la política nacional de empleos creados que han sido sujetos a este aseguramiento.

Por la falta de información confiable, se estima de manera muy aproximada que la Secretaría de Salud y el DIF en conjunto, cubren 16.5 millones de habitantes, fundamentalmente de las áreas urbanas y suburbanas deprimidas, que no tienen acceso a la seguridad social. A medida que las instituciones de seguridad social han ampliado su alcance, las acciones de la S.S. (Secretaría de Salud) en el medio rural se han visto prácticamente reducidas a campañas masivas de vacunación.

El I.S.S.S.T.E., por su parte tiene una cobertura de 5.2 millones de derechohabientes, que equivale al 7.2% de la población total del país, con una tasa de crecimiento medio anual de 5.8% de 1976-1981. 11/

Recursos Financieros.

Los servicios de salud que proporciona el Gobierno Federal, han financiado básicamente dos esquemas, uno que

11/ Ibidem. p. 15

se origina con los recursos fiscales que se canalizan a las instituciones de salubridad y asistencia (S.S., DIF,...) y otro que se sustenta en las relaciones contractuales que guardan los trabajadores con patronos privados y con el Gobierno Federal (IMSS, ISSSTE, PEMEX,...), intervienen en su sistema de financiamiento las cuotas obrero-patronales de las tres figuras jurídicas antes mencionadas, que dependen de los sujetos involucrados en el mecanismo de aseguramiento.

Del total de ingresos captados por el sector salud (SS, IMSS, ISSSTE y DIF) durante el lapso 1976-1980, el IMSS absorbió aproximadamente el 59% del ingreso total, el ISSSTE el 32%, la SS el 7% y el DIF el 13%.

Se estima que el incremento neto per cápita de los recursos financieros para la salud y seguridad social se rezagó notablemente respecto a otros sectores y se considera que ha resultado insuficiente para coadyuvar en forma satisfactoria a la elevación del nivel de salud de la población.

Por lo que respecta a los programas de salud, se observa que el presupuesto total de las principales instituciones del sector (IMSS, ISSSTE, SS y DIF) ascendió en

1978, 1979, 1980 y 1981 a los 103,000, 120,000, 178,000 y 261,000 millones de pesos corrientes, respectivamente. Cabe hacer notar que en el total del presupuesto del IMSS está incluido el correspondiente a IMSS-COPLAMAR el cual representó en 1981 el 2.2% del total del sector. De esto, los programas básicos de atención preventiva, formación y desarrollo de recursos humanos y capacitación de la población, absorbieron en 1978 el 43% del presupuesto total de las instituciones mencionadas, el 36% en 1979, el 37% en 1980 y el 36% en 1981, observándose una caída en la participación de los programas básicos de salud dentro del gasto total que ejercen anualmente las instituciones del sector.

El crecimiento de los recursos financieros que sufrieron los programas fue insuficiente para atender las necesidades de servicios de salud de la población. Se estima que si los programas se hubieran incrementado a la tasa promedio del crecimiento del gasto público, dichos recursos hubiesen ascendido en 1981 a 110,358 millones de pesos, lo que representa un 17% más de los 94,579 millones de pesos que efectivamente se asignaron.

Recursos Humanos.

Como componentes esenciales del sistema, los recursos humanos integrados por médicos, enfermeras, técnicos y

otros profesionales, han presentado diferencias fundamentales que se manifiestan no tanto en relación a su número, sino sobre todo en los grados de capacitación, los niveles de productividad y de salarios y las formas de organización sindical en cada una de las instituciones.

En 1981 el sector ocupaba 59,065 médicos y 51,051 enfermeras, para un gran total de 110,361 trabajadores aplicativos de la salud. Durante el lapso 1978-1981, el personal médico y de enfermería del IMSS paso de 37,504 a 57,294 personas, observándose un crecimiento mayor al registrado por el sector en su conjunto. En este período se observa que en el sector la relación entre personal de enfermería y personal médico paso de 1.1 a 0.9, lo cual indica un decremento en el nivel de apoyo a la función médica, tal vez como consecuencia de un bajo ritmo en la formación y desarrollo del personal paramédico. En el IMSS dicha relación paso de 0.7 en 1978 a 0.6 en 1981; en la SS decreció de 1.50 a 1.15 enfermeras por médico y en el ISSSTE se mantuvo prácticamente en 1.15 enfermeras por médico.

En cuanto a la distribución de recursos humanos en las instituciones del sector, destaca la participación del IMSS ya que ocupa más de dos quintas partes del total de enfermeras y más de la mitad del personal médico . La SS

ocupa un poco más de un tercio de las enfermeras y un poco más de un cuarto de los médicos. El ISSSTE ha sido prácticamente constante, con casi una séptima parte del personal médico del sector y aproximadamente una sexta parte de las enfermeras.

Por lo que respecta al programa IMSS-COPLAMAR, contribuye con el 5.9% de los médicos y el 4.8% de las enfermeras existentes en el sector.

De acuerdo a las cifras disponibles, el número de casos del sector en su conjunto registró un crecimiento neto muy bajo en el período de 1978 a 1981 y al mismo tiempo el volumen de médicos se incrementó en 27.6% y el de enfermeras 1.2%.

Las disparidades entre el crecimiento de los recursos de infraestructura y los recursos humanos, se expresan en los siguientes indicadores: a) el número de médicos por consultorio pasó de 2.7 en 1978 a 3.5 en 1981; b) el número de enfermeras por consultorio creció de 4.0 para el año inicial a 5.1 para el final, y c) el número de médicos y enfermeras por cama hospitalaria pasó de 0.9 y 1.3 en 1978 a 1.0 y 1.5 en 1981, respectivamente.

A este fenómeno contribuyeron las instituciones en forma diferenciada, destacándose que los índices correspondientes al IMSS crecieron a un ritmo inferior que los sectoriales, lo que permite inferir que en este caso se trató de equilibrar el desarrollo de la infraestructura con la contratación de personal médico y de enfermería.

Por lo que respecta al papel de las instituciones públicas como generadoras de empleo para el creciente número de egresado de las escuelas de medicina, en la consulta popular se ha identificado el complejo problema de la limitada capacidad de absorción de las instituciones, que tiene su origen en los crecientes costos administrativos y en la necesidad de mejorar los niveles de productividad del personal médico y paramédico ya empleado a través de medidas de racionalización administrativa y programas de capacitación en forma preferente a la contratación de nuevo personal.

Estos problemas se agudizan especialmente en las grandes áreas urbanas, donde la oferta de fuerza de trabajo especializado es muy superior a la demanda, ya que se tiende a desechar las oportunidades en zonas rurales.

A manera de apuntamiento muy general, cabe señalar

que la formación que reciben los estudiantes de medicina no está orientada a los problemas prioritarios, como la medicina y enfermería comunitaria, de manera que se observa una tendencia a procurar la práctica privada en áreas urbanas. Sin embargo, éstas se encuentran saturadas y resultará muy difícil en los próximos años absorber la mayor parte de los egresados de las distintas instituciones educativas.

Cabe señalar que se observa una tendencia generalizada en las instituciones al crecimiento desproporcionado de personal en funciones administrativas. Para este estudio no se ha dispuesto de información global, pero es posible que las instituciones hayan hecho crecer su contratación de recursos humanos en respuesta a la política nacional de empleos, con algunas consecuencias negativas para la productividad y los costos y tendencias a la burocratización en diversos grados.

Recursos materiales.

Para planear el desarrollo de los servicios de asistencia médica e incrementar su calidad y cobertura es necesario evaluar el estado de salud de la población y determinar los requerimientos de atención, de manera que los recursos disponibles se puedan utilizar en forma óptima. Esto implica conocer los problemas y enfermedades para los cua-

les se necesita la atención médica, así como establecer los índices de utilización de los recursos materiales y de personal.

Criterios tipológicos.

Se reconocen tres niveles en la estructura de salud que son:

Primer Nivel. Las instituciones de salud reconocen que la infraestructura, los recursos y la organización de este nivel se deben orientar a la atención de necesidades de salud básicas y frecuentes que requieren recursos combinados de poca complejidad y accesibles a la población derechohabiente, con calidad uniforme y capacidad de atender cuando menos el 85% de los problemas que se presentan. Sin embargo, la Secretaría de Salud todavía no integra completamente, dentro de sus necesidades, los servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutica que ofrecen tanto el IMSS como el ISSSTE. Por otro lado la Secretaría de Salud intenta crear comités que abran mayores posibilidades de participación comunitaria en los programas de salud (en otro capítulo se hablará ampliamente de este nivel que es el más importante para nuestro estudio).

Segundo Nivel. En esta instancia se coincide en que es necesario disponer de un conjunto de recursos organizados

para atender los problemas que se hayan referido por el Primer Nivel de atención. Se requiere así de capacidad para atender y resolver problemas médico-quirúrgicos que se presentan en aproximadamente el 12% del total de los casos, y que requieren de técnicas y servicios de cierta complejidad, a cargo del personal con adiestramiento, experiencia y equipo adecuados. Al respecto las instituciones cumplen en general con las normas a pesar de algunas deficiencias tecnológicas comunes.

Tercer Nivel. Este nivel de atención tiene por objeto resolver alrededor del 3% restante de los problemas que presenta la población amparada, los cuales requieren de servicios de alta especialidad a través de unidades que deben tener una amplia área de influencia a partir de su ubicación en áreas urbanas para conjugar los recursos humanos y tecnológicos necesarios. Sin embargo, este grado de especialización opera fundamentalmente en el IMSS a través de sus Centros Médicos Regionales y en la SS por medio de los institutos descentralizados, dado que las unidades del ISSSTE operan en forma indistinta el segundo y tercer nivel de atención.

De tal manera si bien la atención médica que prestan las instituciones de salud está básicamente estructurada

por niveles de atención, se presentan problemas de duplicidad, desarrollo desigual y desproporción de gastos como consecuencia de una falta de planeación en la infraestructura, en los recursos humanos y en los recursos tecnológicos del sector.

2.2.3 Problemática Actual de Salud.

Las principales causas de mortalidad general y por grupos etarios.

Las principales causas de muerte de la población en general, presentan un perfil cada vez más equilibrado de las enfermedades transmisibles con las de tipo degenerativo y accidentes; las primeras, ligadas al mal saneamiento, como la influenza, las neumonías, las enteritis y otras enfermedades diarreicas; las segundas con el aumento de la esperanza y el modo de vida, como los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares y las últimas, consecuencia de la industrialización y el urbanismo. A pesar de ello, la influenza, las neumonías, las enteritis y otras enfermedades diarreicas, así como las causas de la mortalidad perinatal, continúan en los primeros lugares de mortalidad general como hace 50 años.

Las enfermedades transmisibles son la causa principal

de la muerte de la población menor de un año (mortalidad infantil); representa el 53% y de ella la mortalidad perinatal (ocurrida en las primeras semanas de vida) representa el 19% de los fallecimientos.

En la mortalidad preescolar de los niños de 1 a 4 años de edad predominan las enfermedades transmisibles, que causan el 55% del total de los fallecimientos y los accidentes también ocupan un lugar importante, pues contribuyen con 9% del total de defunciones de este grupo. De la mortalidad escolar de los niños de 5 a 14 años de edad son los accidentes los que ocupan el primer lugar como causa con un 29% de los fallecimientos y los tumores malignos son también causa importante.

La mortalidad del grupo de jóvenes entre los 15 a 24 años aunque se diversifica, tiene origen en las causas violentas (accidentes, homicidios y suicidios), que representan el 53% del total. En orden de importancia siguen las enfermedades del corazón, las enfermedades transmisibles, las causas maternas y los tumores malignos. En la mortalidad del grupo de adulto joven, población de 25 a 44 años, las enfermedades infecciosas pasan a un plano secundario como causas de muerte y son los accidentes, los homicidios y las enfermedades degenerativas las que ocupan en su con-

junto el primer plano con el 56% de las defunciones del grupo.

La mortalidad en la edad madura, comprendida entre los 45 a los 64 años, es definitivamente causada en su mayor proporción por las enfermedades degenerativas; los accidentes pasan a segundo término y el último lugar corresponde a las enfermedades infecciosas o parasitarias. En la mortalidad del grupo de las personas cuya edad es de 65 años y más, se elevan de manera importante las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y digestivo y los accidentes.

Nutrición.

El Instituto Nacional de la Nutrición ha dividido a la población mexicana, de acuerdo con su grado de nutrición, en cuatro estratos que se pueden ubicar en regiones geográficas y cuyos indicadores son la frecuencia de la desnutrición severa, el consumo calórico y protéico de las familias y la mortalidad de los niños de edad preescolar.

El norte del país representa un primer estrato -de buena nutrición - y se caracteriza por un consumo promedio satisfactorio de calorías y proteínas, una baja mortalidad preescolar y la escasez de desnutrición severa.

El altiplano, el occidente del país y la zona del Golfo de México representan el segundo estrato -nutrición mediana - y muestra un deficiente consumo calórico y proteico, una mayor mortalidad preescolar y con frecuente desnutrición, aunque de poca severidad. El resto de las zonas del país, que incluyen la periferia del Distrito Federal, constituyen el nivel de mala nutrición con cuadros severos de desnutrición, especialmente de niños y mujeres gestantes, alta mortalidad del preescolar y dietas pobres en calorías y proteínas. Tales condiciones favorecen una alta frecuencia de las enfermedades transmisibles, agudas y crónicas, de fácil agravamiento y alta mortalidad como se ha señalado en las secciones anteriores. La morbilidad provoca mayor ausentismo en el trabajo, en la escuela y en ocasiones cifras elevadas de estancia hospitalaria. Contribuyen también al aislamiento, inseguridad, desconfianza y falta de cooperación; al retraso cultural y la resistencia al cambio; a la desocupación, el ausentismo y la pérdida de capacidad y creatividad en el trabajo.

El X Censo General de Población y Vivienda de 1980 muestra que la alimentación promedio del mexicano ha mejorado considerablemente en relación con la del censo anterior; no obstante, de la población menor de seis años uno de cada seis niños no come carne, uno de cada dos no come pescado, uno de cada ocho no toma leche y uno de cada nueve no ingie

re huevos.

El promedio de vida del mexicano se ha elevado notablemente; la esperanza de vida al nacimiento en 1930, era de 37 años y de 64 años en 1979; prácticamente se ha duplicado y tiende a mejorar.

El progreso es fundamentalmente por la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos en la tecnología, la prestación de servicios generales y la cobertura de los servicios médicos, que han conllevado el abatimiento de las cifras de mortalidad, susceptibles aún de mejoría en los grupos etarios más vulnerables, como el de los niños menores de 5 años. 12/

2.3 El Modelo de Atención a la Salud 1935. 13/

El Modelo de Atención a la Salud, estructurado y propuesto por la Secretaría de Salud, constituye una instancia intermedia entre la "profesionalización de la atención primaria", es decir la prestación de servicios con personal profesional o técnico con educación formal y los esquemas de atención sustentados fundamentalmente en personal voluntario (auxiliar de salud) apoyados de manera temporal y periódica por personal profesional, pero desvinculados de la operación normal de las unidades de salud.

12/ Ibidem, p. 14.

13/ Secretaría de Salud, Modelo de Atención a población Abierta, México, 1985.

La situación anterior obedece a la gran dispersión geográfica de la población que habita en localidades con menos de 500 habitantes (9.4 millones, 14.1% de la población del país), esto exige de acuerdo con la concepción del modelo que el personal profesional cuente con una instalación específica como base de operación, la construcción atomizada de unidades y por consiguiente cuantiosos recursos de inversión y operación cuya disponibilidad no está acorde con la situación financiera actual del Gobierno Federal.

El segundo modelo significa perpetuar las diferencias de categorías desiguales entre la población, en perjuicio de la población marginada.

Por ello en el Modelo de Atención a la Salud, se conjugan la prestación de servicios con personal profesional (titulado o en servicio social) y técnicos con educación formal (promotores de salud y técnicos en salud comunitaria) apoyados con elementos extraídos de la propia comunidad que se capacitan para fungir como personal auxiliar y complementario de los primeros. La disponibilidad alternativa de los recursos de salud guarda estrecha correspondencia con la distribución espacial de la población objeto del Modelo en cuestión.

Es conveniente señalar que los elementos y recursos

que se incorporan en este modelo son resultante del análisis de la organización y funcionamiento de las Unidades de Salud de esta secretaría y del programa IMSS-COPLAMAR, habiéndose recogido aquellos que se consideran adecuados y cuya adopción generalizada se considera viable en el marco de la integración orgánica de los servicios de salud para población abierta.

2.3.1 Objetivos y prioridades del Modelo.

De conformidad con los propósitos y objetivos del Sistema Nacional de Salud y por consiguiente del Programa Nacional de Salud 1984-1988, el Modelo de Atención a la Salud, contempla los objetivos, prioridades y estrategias siguientes:

Objetivos.

- Mejorar el nivel de salud de la población al procurar su cobertura total con servicios integrales de calidad básica homogénea y al fortalecer las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos.

- Optimizar la organización y funcionamiento homogéneo de los Servicios Estatales de Salud, para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades.

Prioridades.

Se contemplan dos prioridades básicas:

1. El fortalecimiento de la atención primaria como fórmula para proveer a toda la población de servicios básicos de salud individual y comunitaria, por lo que otorga gran énfasis a las acciones preventivas, educativas y asistenciales, de promoción y fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios de salud así como en su autocuidado; también a las relacionadas con la preservación y conservación de condiciones sanitarias y ambientales adecuadas.

2. Asegurar la atención equilibrada de las diversas regiones del país sustentada en la utilización racional de los recursos existentes y en el desarrollo de infraestructura de servicios, previendo el necesario equilibrio al que se sujeta el crecimiento de cada nivel de atención.

2.3.2 Estructura operacional de los servicios de salud.

Las Unidades de primer y segundo niveles deberán garantizar la prestación de servicios en la cantidad, calidad y oportunidad acordes con las necesidades y demandas de la po

blación, las que estarán dirigidas principalmente a las poblaciones no protegidas por la seguridad social y con escasas probabilidades de acceso a la medicina privada.

Primer nivel.

El funcionamiento de las unidades de este nivel se sustentará en el trabajo conjunto de los recursos institucionales y comunitarios, mismo que podrá adquirir modalidades específicas de acuerdo a los distintos ámbitos de aplicación del modelo.

Para el medio rural disperso que se caracteriza por una alta dispersión geográfica de las localidades y por la atomización de los centros poblacionales se ha definido como estrategia para extender la cobertura de los servicios el establecimiento de unidades de salud ubicadas en localidades estratégicas, en tanto que para las localidades restantes se prevé la operación de personal técnico y auxiliar.

Por lo anterior, se debe identificar las localidades con población de mil a dos mil quinientos habitantes (localidades sede), en las que se ubicará un centro de salud rural cuyo funcionamiento está a cargo de un equipo de salud conformado por un médico general o en servicio social y

una auxiliar de enfermería.

La extensión de los servicios a localidades de menor rango poblacional, se establece a través de la participación de elementos originarios de las propias comunidades, quienes reciben previamente cursos de inducción y de capacitación. Así las localidades con rangos de población de 500 a 1000 habitantes (localidades de acción intensiva) cuentan con auxiliares de salud encargadas de otorgar los servicios básicos de atención primaria, estableciendo para el desempeño de sus funciones una vinculación estrecha y permanente con el equipo de salud del centro de salud rural. No se prevé la construcción de infraestructura exprofesa como base de operación de la auxiliar de salud, pudiéndose en su caso utilizar la existente (casa de salud o consultorios rurales de salud).

Por lo que se refiere a localidades con este rango poblacional que presenten características de alta dispersión e inaccesibilidad geográfica que impidan una vinculación operativa eficiente con el centro de salud rural, aunado a un panorama epidemiológico crítico, se contempla el establecimiento de unidades auxiliares de salud a cargo de un médico en servicio social o técnico en salud, pudiéndose aprovechar las casas o consultorios rurales de salud existentes, que tengan una instalación física exprofesa o en su caso llevar

a cabo la construcción de una unidad nueva.

Otra opción para asegurar la prestación de servicios en este tipo de localidades, e inclusive en aquellas que cuentan con menos de 1,500 habitantes, lo constituyen la operación de unidades móviles constituidas por pasantes de medicina, odontología y auxiliares de enfermería.

Cabe destacar que las localidades del medio rural disperso (localidades sede, de acción intensiva y otras con menor rango poblacional), se busca el apoyo de promotores voluntarios de extracción comunitaria, quienes se encargan de un número determinado de familias y cuya función primordial está encaminada a fomentar la vinculación entre la comunidad y los elementos con mayor capacidad técnica del modelo (auxiliares de salud, técnicos en salud y del personal que integra los equipos de salud).

La extensión de los servicios a través de personal voluntario (auxiliares de salud y promotores voluntarios) se instrumenta mediante la organización comunitaria y de la instalación de Comités de Salud Representativos.

Las unidades de primer nivel de atención, en cualesquiera de los ámbitos mencionados, basa su operación en la for-

mulación de un diagnóstico local a partir del cual se establece un programa anual de trabajo; este proceso implica la participación conjunta del personal institucional y comunitario.

El programa de trabajo responderá a la problemática local así como a sus necesidades, debiendo incluir por lo menos los siguientes programas prioritarios: atención médica, atención materno infantil, prevención y control de enfermedades y accidentes, educación para la salud, nutrición, saneamiento básico y planificación familiar.

2.3.3 Caracterización de la Red de Unidades de Salud.

Esta red se conforma por diez tipos de unidades de salud del primero y segundo nivel de atención, ordenadas en grado creciente de complejidad en función de los servicios que otorgan y los recursos con que cuentan, estas unidades se vinculan estrechamente a través de mecanismos eficientes de coordinación y apoyo.

Primer Nivel.

Las características de estas unidades están basadas en las de las áreas rural y urbana. Así para el primer ámbito se tiene contemplado el funcionamiento de casa de salud, unidades móviles, unidades auxiliares de salud y centros de salud rural para

población dispersa y concentra, en tanto que en el segundo operan centros de salud urbanos.

Descripción.

Casa de Salud: Opera en localidades de acción intensiva con población entre 500 y mil habitantes y es responsable de su funcionamiento la auxiliar de salud.

Actividades:

- Pláticas: . De promoción de los programas de salud.
- . De orientación nutricional.
 - . De higiene personal.
 - . De higiene materno infantil.
 - . De planificación familiar.
 - . De control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y de accidentes.

Orientación:

- . Para la correcta disposición de excretas, basura y desechos humanos.
- . Para el manejo, conservación y consumo de alimentos.
- . Para el mejoramiento de la vivienda.
- . Para el control de la fauna nociva y transmisora.

- . Para la vigilancia y tratamiento de agua de consumo humano.
- . Para la producción de alimentos de consumo familiar.

- . Fomento y participación en la creación del comité de salud.
- . Coordinación de acciones con el comité de salud.
- . Participación en la elaboración del diagnóstico de salud y el programa de trabajo de la comunidad.
- . Promoción de la formación y capacitación de los promotores voluntarios.
- . Asistencia a las reuniones periódicas con el equipo de salud de la unidad.
- . Integración de grupos.
- . Detección y referencia de problemas ambientales y sanitarios.
- . Atención del individuo y familia en el hogar.
- . Apoyo en campañas de vacunación.
- . Detección y notificación de casos.
- . Control y vigilancia de usuarios subsecuentes de planificación familiar.
- . Control y vigilancia del estado nutricional de grupos de riesgo.
- . Consulta elemental y dotación de medicamentos.
- . Primeros auxilios.

- . Referencia de los pacientes a la unidad auxiliar o al centro de salud.

Unidad Auxiliar de Salud: Se ubicará en localidades dispersas, con difícil accesibilidad geográfica y panorama epidemiológico crítico, con una población entre 500 y 1,000 habitantes. El recurso humano es un médico en servicio social o un técnico en salud, los servicios que otorgará son todos los de la atención primaria.

Actividades:

- Pláticas:**
- . De promoción de los programas de salud.
 - . De orientación nutricional.
 - . De higiene materno infantil.
 - . De planificación familiar.
 - . De control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y de accidentes.

Orientación:

- . Para la correcta disposición de excretas, basuras y desechos humanos.
- . Para el manejo conservación y consumo de alimentos.
- . Para el mejoramiento de la vivienda.
- . Para el control de la fauna nociva y transmisora.

- . Para la vigilancia y tratamiento de aguas de consumo humano.
- . Para la producción de alimentos de consumo familiar.
- . Fomento y participación en la creación de los comités de salud.
- . Coordinación de acciones con los comités de salud.
- . Colaboración en la elaboración del diagnóstico de salud del área.
- . Elaboración del programa de trabajo de la comunidad.
- . Formación y capacitación de los promotores voluntarios.

Su infraestructura consiste en un consultorio, una sala de espera y un sanitario. Se considera que el técnico en salud es de la misma comunidad por lo que no requiere cuarto, pero si se trata de un médico en servicio social deberá preverse una habitación para el mismo.

Unidad Móvil: Está adscrita a la jurisdicción o a centros de salud estratégicamente ubicados. Representa una opción importante para brindar servicios de salud a la población que habita en localidades dispersas y difícilmente accesibles. Los recursos humanos que integran estas unidades son: un médico en servicio social, una auxiliar de enfermería,

un odontólogo y un chofer, en general otorga servicios similares a los de un centro de salud rural, más los relativos a la atención odontológica. El equipo de salud cuenta con un vehículo para su transportación y con el equipo instrumental e insumos que se determinan en los cuadros correspondientes.

Centros de Salud Rural (para población dispersa). Se ubicará en localidades sede de más de 1,000 y menos de 2,500 habitantes, está a cargo el equipo de salud compuesto por: un médico general o en servicio social y una auxiliar de enfermería, quienes otorgan servicios de consulta externa general, atención de pacientes en observación, atención de urgencias, atención a pacientes referidos, vigilancia epidemiológica, notificación de casos, educación para la salud, promoción de la salud, saneamiento ambiental, fomento sanitario, organización de la comunidad, visitas domiciliarias, primeros auxilios, detección y referencia de pacientes, problemas sanitarios ambientales.

Para el otorgamiento de los servicios anteriores principalmente los de promoción y educación de la salud y de fomento sanitario, el personal de equipo de salud se apoya en los promotores voluntarios de las localidades bajo su responsabilidad.

Su infraestructura consiste en un consultorio, una área para curaciones e inmunizaciones, una área de observación, sala de espera, una habitación con baño para médico, un sanitario y cocineta. Esta unidad corresponde al centro de salud "C" y a la unidad médica rural.

Centro de Salud Rural. (para población concentrada).

Se ubica en una localidad sede de más de 2,500 habitantes y menos de 15,000, los servicios que otorga son similares a las del centro de salud para población dispersa, basa su operación en equipos de salud cuyo número puede variar de uno a tres y que se integran por un médico general o en servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, así como por un pasante de odontología por centro. Los recursos físicos son similares a la unidad anterior, con la diferencia que pueden contar con un número de consultorios igual al de equipos de salud, o menor si hay dobles turnos, un consultorio odontológico y hace las funciones ya mencionadas en las unidades anteriores más: control y vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control pre y pos-natal, primeros auxilios, hidratación oral, atención de pacientes en observación, atención del parto eutócico, consulta odontológica y referencia y contra referencia de pacientes.

Centro de Salud Urbanos.

Se ubica en localidades de más de 15,000 habitantes. en las que pueden existir varios centros de salud. Los servicios que otorga son similares a la anterior unidad, incluyéndose además el servicio de laboratorio y rayos X, bajo las normas que establezca la Secretaría de Salud. Los recursos físicos de cada centro son: de uno a seis consultorios, una área de control, una área de curación, un salón de usos múltiples, una área de inmunizaciones, sala de espera, cuarto de ropa, cuarto de aseo, dos vestidores para personal, dos sanitarios públicos, una farmacia y una área para administración, consultorio odontológico, laboratorio y rayos X, área para la Dirección . Es equivalente con los centros de salud comunitarios y el centro de salud "A".

2.3.4 Participación comunitaria.

La participación de la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud, es una condición indispensable para la transformación de los servicios y para asegurar su impacto en la población, a la vez que permite fortalecer la estructura y funcionamiento de los servicios estatales de salud.

La participación se concibe como un proceso planificado donde las etapas, funciones, tareas y los recursos se indican con precisión, lo que da lugar a la concurrencia cons-

ciente y activa de la población, en el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, así como del medio ambiente lo que representa una vía que conduce al desarrollo de la comunidad en todos sus aspectos. Se puede decir que el éxito de la participación de la comunidad es con base en su propia organización y de que el equipo de salud en todos los niveles se constituya en promotores-educadores para lograr a su vez sensibilizar a la población mediante la relación cotidiana . La realización de cursos multiplicadores, utilización de medios masivos de comunicación, supervisión y asesoría y capacitación continua al personal de los diferentes niveles aplicativos son elementos esenciales para la buena conducción de las acciones.

Se fomenta la constitución de comités de salud locales, municipales, estatales, delegacionales (estos últimos en el caso del Distrito Federal). Los comités se vinculan con las organizaciones y representaciones de otros sectores con el fin de sumar y hacer compatibles los esfuerzos.

Así la organización comunitaria posibilita la incorporación del personal voluntario que, apoyado y legitimizado por el comité respectivo, contribuye al desarrollo y extensión de programas y servicios de salud mediante la asignación de tareas y responsabilidades específicas.

Perfiles operativos del personal de la comunidad.

Auxiliar de salud.

Es el elemento de vinculación de las localidades de acción intensiva con la unidad de salud. Es electo en asamblea general, recibe un curso de capacitación formal por parte de los servicios jurisdiccionales de salud y desarrolla sus actividades en su propio domicilio, en algún local prestado por la comunidad, o en una casa de salud o a través de visitas domiciliarias. Realiza las siguientes actividades: participa en la formulación del diagnóstico, el programa de trabajo local y en las acciones de vigilancia epidemiológica y fomento sanitario; promueve los servicios de salud de la comunidad, las acciones de planificación familiar, educación higiénica y nutricional, así como las de saneamiento básico; detecta y canaliza a los usuarios que lo requieran a la unidad y maneja un botiquín mínimo básico, esencialmente de carácter preventivo, para la atención de problemas sencillos.

Recibe asesoría y capacitación continua por doble vía: del médico responsable de la unidad mediante visitas periódicas y del promotor de salud zonal.

En vista de la responsabilidad y la carga de trabajo asignadas se deben considerar incentivos y mecanismos de

retribución vía gobiernos municipales y/o estatales, que com
plementen los que recibe del nivel central y de la propia co
munidad.

Promotor Social Voluntario.

Es el personal comunitario que reside en cualquiera de las localidades del área de influencia de una unidad, depende funcionalmente del personal de la unidad y de las auxiliares de salud. Se plantea que cada promotor voluntario cubra diez familias, incluyendo la propia, cifra que es factible variar con base en las circunstancias locales.

Para la realización de sus funciones recibe asesoría del equipo de salud y sus tareas se concretan a las siguientes: participa en el desarrollo de acciones específicas para el diagnóstico de la salud, promueve la participación de la población en actividades de acción comunitaria y en programas preventivos y de planificación familiar, visita periódicamente a las familias; detecta y deriva casos a la unidad de servicios de salud.

Recursos Tradicionales de la Comunidad.

Se contempla un proceso de acercamiento y coordinación con los recursos de la medicina tradicional, ampliamente difundida en el medio rural, lo que permite una comprensión más clara de la

nosología y terapéutica de dicha práctica y posibilita la participación de estos recursos en los programas institucionales de promoción y prevención de la salud. Es deseable que las parteras y otros recursos de la medicina tradicional puedan fungir como auxiliares de salud o promotores voluntarios dada su estrecha vinculación con la comunidad.

Medio Rural Concentrado y Urbano.

La participación comunitaria en las áreas rural y urbana se promueve y desarrolla a partir de las acciones del equipo de salud constituido por un médico y una enfermera o promotor de salud.

En términos generales se siguen las mismas estrategias de promoción que para el medio rural. Sin embargo, dadas las características de la población urbana marginada de escasa integración e identificación con su medio, el promotor de salud, en coordinación con el comité realiza un importante trabajo de sensibilización e inducción a la participación comunitaria.

Cabe mencionar que la problemática social y la patología observable en el medio urbano permiten imprimir características cambiantes y flexibles a las modalidades de participación comunitaria.

2.3.5 Criterios y Procedimientos Generales para la Capacitación y desarrollo de Recursos Humanos.

Enseñanza y Capacitación.

La operación de Modelo exige la estructura de un adecuado sistema de enseñanza y capacitación continua para los diferentes personajes que en el interactúan, tanto institucionales como voluntarios, con la finalidad de que los servicios que proporcionan respondan a la propia filosofía del Modelo y a las necesidades específicas de la población.

En los sucesivo se designa como enseñanza, a aquellas actividades institucionales que tienen como propósito formar a los recursos humanos que requiere el modelo de atención para funcionar; esta formación se sustenta en mecanismos de concertación entre las instituciones educativas y las de salud.

Se designa como capacitación aquellas actividades que realizan las instituciones de salud para que el personal del equipo desempeñe correcta y eficientemente sus funciones; llevándose a cabo en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- . Inducción al puesto de personal de nuevo ingreso.
- . Cambio en el sistema, procedimientos o medio de trabajo.
- . Capacitación continua para mejorar el rendimiento

del personal técnico y administrativo.

La operación del Modelo requiere de un sistema escalonado de enseñanza y capacitación en que cada uno de los niveles (central, estatal, jurisdiccional y local) tengan las siguientes responsabilidades específicas:

Nivel Central.

Funciones:

- . Desarrollar las normas para la enseñanza y capacitación.
- . Capacitar al personal responsable de la enseñanza y capacitación y para la determinación del número y tipos de recursos humanos a formar.
- . Coordinar el Módulo Central de una red de apoyos a la enseñanza y la capacitación.
- . Coordinar la capacitación del personal del nivel Estatal para la producción de apoyos didácticos y de comunicación educativa.
- . Desarrollar los procedimientos e instrumentos para la evaluación de la enseñanza, el aprendizaje y la capacitación.
- . Administrar el subsistema de información para la enseñanza y la capacitación.

Nivel Estatal.

Funciones:

- . Formular y desarrollar programas Estatales de capacitación y enseñanza contfnua aplicando la normatividad y los lineamientos metodológicos del nivel central.
- . Realizar la concertación con las instituciones educativas Estatales y aplicar la normatividad para la formación de recursos humanos, en función de las necesidades del modelo.
- . Programar y realizar la capacitación del personal jurisdiccional para la enseñanza y la capacitación.
- . Administrar la red de centros de apoyo a la enseñanza y la capacitación y el sistema de mantenimiento de los equipos y materiales de la red.
- . Desarrollar los apoyos didácticos y de comunicación educativa para las actividades de enseñanza y capacitación en los niveles jurisdiccional y local.
- . Determinar la asignación de prestadores de servicios, internos y residentes a las plazas disponibles.

Nivel Jurisdiccional.

Funciones:

- . La jurisdicción será la instancia responsable de la programación e impartición de cursos de capacitación

y de enseñanza al personal en servicio que tiene a su cargo la operación de las Unidades de Salud de primer nivel, así como de los dirigidos a las auxiliares de salud. Por ello se apoya en los equipos zonales de supervisión y asesoría. Entre las actividades que se realizan destacan:

- Cursos abiertos para la formación de auxiliares de enfermería y de auxiliares de salud.
- Adiestramiento en servicio y capacitación continua al personal médico y paramédico, así como del administrativo en el primer nivel de atención.

El equipo zonal realiza la enseñanza y capacitación en servicio de los equipos locales de salud.

Funciones:

- . Ejecutar los programas de supervisión y capacitación del personal del nivel local.
- . Administrar el centro jurisdiccional de apoyo a las actividades de enseñanza continua y capacitación.
- . Hacer el diagnóstico de necesidades de capacitación y enseñanza continua a nivel de la jurisdicción.
- . Generar la información sobre actividades de enseñanza continua y capacitación.
- . Evaluar las actividades de enseñanza continua y capacitación en el nivel local.

y de enseñanza al personal en servicio que tiene a su cargo la operación de las Unidades de Salud de primer nivel, así como de los dirigidos a las auxiliares de salud. Por ello se apoya en los equipos zonales de supervisión y asesoría. Entre las actividades que se realizan destacan:

- Cursos abiertos para la formación de auxiliares de enfermería y de auxiliares de salud.
- Adiestramiento en servicio y capacitación continua al personal médico y paramédico, así como del administrativo en el primer nivel de atención.

El equipo zonal realiza la enseñanza y capacitación en servicio de los equipos locales de salud.

Funciones:

- . Ejecutar los programas de supervisión y capacitación del personal del nivel local.
- . Administrar el centro jurisdiccional de apoyo a las actividades de enseñanza continua y capacitación.
- . Hacer el diagnóstico de necesidades de capacitación y enseñanza continua a nivel de la jurisdicción.
- . Generar la información sobre actividades de enseñanza continua y capacitación.
- . Evaluar las actividades de enseñanza continua y capacitación en el nivel local.

Nivel Local.

Funciones:

- . Capacitar a los usuarios para el cuidado de su propia salud (autocuidado), a los auxiliares de salud, a los promotores sociales voluntarios y a los comités de salud.
- . Cumplir con el programa de enseñanza y capacitación continua y realizar el seguimiento de los resultados.

De esta manera se han plasmado las tendencias actuales de salud que sigue la nueva estructura política de nuestro país, basada desde luego en las tendencias internacionales señaladas en 1978 en Alma-Ata Rusia, donde nació la estrategia: "Salud para todo en el año 2000", al tomar como base de su realización la atención primaria de salud.

2.4 El papel de la Enfermera en la Atención Primaria de Salud.

El nuevo papel de enfermería y la definición de las Areas de Ejercicio.

Los cambios en la práctica de enfermería respecto a su papel, se derivan de cambios de origen social, económicos, políticos que se dan en América Latina y que determinan cambios a su vez en materia de salud.

"A una práctica de salud eminentemente curativa, centrada en hospitales, con un alto coeficiente de especialización y una baja cobertura de la población, se contraponen la nueva política de salud con su meta de 'Salud para todos en el año 2000', al tener como estrategias para la expansión de los servicios, la atención primaria y la participación de la comunidad.

El personal de Enfermería constituye el mayor potencial de recursos humanos de los servicios de salud. En la práctica el papel que enfermería asume, está en gran parte determinado por las transformaciones que ocurren en la práctica de la salud, por la preparación y competencia de su personal, por la percepción que enfermería tenga del rol que debe desempeñar y las expectativas de la comunidad".^{14/}

La nueva meta de salud está en armonía con la filosofía de enfermería, que les da importancia tanto a los aspectos curativos como a los preventivos de la atención, así como a la educación y al apoyo de las necesidades físicas y emocionales de los individuos, familia y comunidad. Enfermería acepta los principios de cooperación interdisciplinaria, es por esto el principal potencial para el desarrollo de los

^{14/} OPS, La toma de posición de enfermería como una respuesta a la problemática de salud en América Latina. Washington, 1978, p.3.

programas de atención primaria en todos los niveles y para la articulación de los servicios de salud con los sistemas tradicionales de la comunidad.

Enfermería así, adquiere un compromiso con la comunidad, por lo que tiene que redefinir sus áreas de ejercicio profesional, al tener como centro de la práctica, la educación y la investigación, las acciones de salud que desarrolla en la comunidad y con la comunidad.

La práctica profesional de enfermería abarca una secuencia de actividades de menor a mayor complejidad, las cuales presentan en forma variable una amplia gama de modalidades para el desempeño profesional. La estructura ocupacional contempla por lo tanto, al personal profesional, al técnico y al auxiliar.

El papel de enfermería que a continuación se describe, toma su posición de las necesidades de salud de las mayorías marginadas. En tal sentido tiende más hacia la definición de su próximo quehacer que a la reafirmación de las prácticas que tradicionalmente ha ejercido y que, en parte, están todavía vigentes.

2.4.1 Fundamentos que surgen de la realidad histórica de la atención de salud.

Los antecedentes de la práctica de salud y de enfermería que fundamentan su nueva toma de posición, son fundamentalmente de origen económico y social, por lo que respecta a América Latina, ya que en esta región el sistema institucionalizado de salud nunca ha llegado a ser satisfactorio. Sin embargo, se observa a partir de 1978 una evolución y reorientación hacia niveles y formas de atención temprana de promoción o protección, con la consiguiente modificación de la práctica de la medicina y la enfermería.

A continuación se dará una reseña de la evolución de la práctica de la enfermería en instituciones hospitalarias:

"Enfermería en el inicio de su desarrollo, estuvo mucho más ligada a la práctica hospitalaria (medicina curativa) que a cualquier otra práctica del sector salud.

La atención curativa centrada en el hospital ha caracterizado y dominado hegemónicamente toda la práctica de salud en América Latina a partir de la década de 1930. De una práctica sanitaria dominante, en el período anterior que respondía a las necesidades de una economía exportadora de materias primas, se pasa, con el proceso de industrializa--

ción al inicio en América Latina de una práctica de salud más centrada en las enfermedades del individuo, a fin de proteger la mano de obra y aumentar su productividad". 15/

La enfermería, que en el inicio de este siglo se encontraba en manos de religiosas en los hospitales, nace como un quehacer no remunerado con dos tipos de actividades, uno dirigido a la asistencia física y espiritual del individuo al buscar su conversión religiosa y el otro dirigido a la limpieza y menesteres en relación con las necesidades del enfermo y del ambiente que lo rodean.

En coincidencia con la secularización de las actividades de atención de salud y la influencia económica de las formas de producción agrícola se inicia la enfermería como ocupación pagada, condición que se consagra más adelante a medida que ocurre su profesionalización.

La evolución del desarrollo económico con el inicio de la industrialización en los países de América Latina, condujo a la práctica institucional de salud y por tanto de enfermería, hacia el mantenimiento funcional de la "mano de obra", es decir, de apoyo al sector productivo. Este fenómeno incidió en el aumento de la demanda cuantitativa que, junto con

15/ Ibidem. p.7.

el incremento de la complejidad en la atención del enfermo por el avance de la tecnología, hicieron que la enfermera asumiera funciones de mayor responsabilidad. Sin embargo, por otra parte el crecimiento institucional, en número y tamaño, particularmente con la iniciación de la seguridad social y el acrecentamiento de los recursos necesarios para la práctica curativa, exigió su desplazamiento hacia actividades administrativas, que la distanciaron del contacto continuo y directo con el paciente.

"Esta tendencia de la enfermería hacia lo administrativo hace resonancia con el interés de la enfermera por actividades más intelectuales que manuales, que representan la posibilidad de ejercer autoridad y acciones de mando. La burocracia en los niveles centrales del sistema institucional favorecieron también esta tendencia al estructurar los escalafones con base en cargos de índole administrativa". 16/

El amplio crecimiento de los hospitales así como de su complejidad requirieron una mayor división del trabajo y el surgimiento de nuevos grupos ocupacionales. Así, en enfermería surge el auxiliar de enfermería para los cuidados de rutina de los pacientes; la auxiliar reclutada en un principio

16/ Ibidem p.9.

entre el personal de servicio del hospital, fue adquiriendo mayor capacitación hasta el punto de incluir en su adiestramiento una amplia gama de las acciones que previamente fueron de competencia de la enfermera. Esta tendencia se reforzó por la creciente necesidad de personal para la atención directa del enfermo y la conveniencia económica que significa emplear personal con menor nivel social y de escolaridad, dispuesto a trabajar por salarios inferiores.

"En la década de los sesenta, enfermería retoma las actividades de cuidado directo al paciente. Pero frente a la imposibilidad de cubrir todo el campo clínico, en el cual la auxiliar se desempeñaba en forma aparentemente satisfactoria, la enfermera opta por colocarse en las áreas de trabajo más especializadas, al responder al mismo tiempo a las demandas de crecimiento científico y tecnológico y al aspirar a una mayor educación académica y prestigio profesional". 17/

La necesidad de profundizar en el conocimiento de los fenómenos patológicos y recursos terapéuticos que trajo consigo la especialización de enfermería, abrió en unos casos y ensanchó en otros el sendero hacia la expansión del papel de enfermería en el área del diagnóstico y prescripción terapéutica. El desplazamiento de la enfermería de las tareas meno-

17/ Ibidem p. 9.

res en el cuidado del paciente, la complejidad de la atención médica especializada y la presión de la población que la requería, señalaron la necesidad de contar con el aporte de la enfermera en la atención directa del individuo. Esto ocurre primero en el área materno-infantil y pediátrica y luego en la de salud mental y psiquiatría.

Por otra parte las exigencias de atención de salud de los grupos marginados y la población rural desprotegida han conducido hacia una mayor presencia de enfermería en los servicios de entrada al sistema institucional de salud, donde empieza a ubicarse para desempeñar funciones de diagnóstico, tratamiento y referencia de individuos con necesidad de atención más compleja,

2.4.2 Evolución de la Práctica de Enfermería en la comunidad.

Entre 1930 y 1978 se observa el auge, estancamiento y declinación de la práctica de enfermería en salud pública. La expansión del papel de enfermería en salud pública se inicia al final de la década de 1920, con el desarrollo de las campañas sanitarias para la erradicación de enfermedades debilitantes como malaria, fiebre amarilla, ancilostomiasis, ... Estas campañas estaban dirigidas principalmente a los centros de producción agrícola y extracción minera que tenían como objetivo proteger y aumentar la capacidad de las

fuerzas laborales.

La práctica de la salud pública alcanzó gran desarrollo durante el período de la Segunda Guerra Mundial y sus acciones se concentraron principalmente en las áreas donde existía materias primas de interés estratégico.

El auge de la práctica de enfermería de salud pública se produce en la década de los 50 con la creación de los centros de salud y de los servicios cooperativos de salud que recibieron gran apoyo técnico y financiero de organismos internacionales. Surgen en esa época los cursos de especialización en enfermería de salud pública y un gran intercambio entre la enfermería norteamericana y latinoamericana. El trabajo de la enfermera de salud pública logró en este período un nivel superior en el campo profesional con salarios mayores.

La disminución de la práctica de salud pública y por consiguiente de la enfermería en salud pública se explica por:

- a) El cambio de responsabilidades que trajo consigo la incorporación de la atención curativa del sistema de salud estatal, cuando anteriormente estaba en manos de organizaciones filantrópicas y de caridad, lo que modificó los intereses del gobierno al pasar

del lado promocional y preventivo al campo de la atención reparadora.

- b) La inadecuación del enfoque de la práctica importada de salud pública como una forma de atender al individuo sano, cuando en realidad se trataba de una población analfabeta, desnutrida, marginada y habitualmente enferma. De esto resultó la frustración de la comunidad y del personal de salud pública, cuya impotencia para resolver los problemas los llevó a abandonar sus propósitos y a tratar de justificar el empleo de fondos cuyo beneficio en términos de salud resultaba difícil de mostrar.

- c) La práctica privada de salud respondió negativamente frente al desenvolvimiento de la salud pública al mantener una actividad clínica netamente curativa, lucrativa y discriminadora. Aún los ingresos de este tipo de práctica que fueron mucho mayores hizo que se diera poca importancia a la salud pública y dió al traste con el ánimo de los estudiantes y profesionales con inclinaciones por la salud pública.

La corta etapa de la enfermería de salud pública de 1945 a 1960, no pudo contrarrestar la fuerza hegemónica de la práctica hospitalaria. Así entre el 80% y el 90% del

personal de enfermería se contrató en los hospitales donde las demandas del mercado de trabajo eran cada vez mayores.18/

Así queda claro que hay causas poderosas cuya realidad debe constatarse para proyectar en el futuro una estrategia más viable para lograr una justa ampliación de la cobertura. Todo esto sirve como base para entender la influencia de las condiciones objetivas del desarrollo social y también las actitudes, capacidades y energías morales de las personas y los grupos profesionales y no profesionales en el desempeño de sus obligaciones al interior de las comunidades.

De esta manera surge el nuevo concepto de atención de salud y el significado más actual de este concepto expresa "la coexistencia del sistema institucional y del sistema tradicional comunitario con insumos y procesos propios para dar la atención de salud, centrada en las necesidades de la comunidad y en la solución de sus problemas".19/

Un factor limitante es la falta de preparación en la formación que recibe el personal de salud y de enfermería en particular, que no le permite alcanzar un buen nivel de comprensión del ancestro cultural de la comunidad donde va a tra

18/ Ibidem p. 10.

19/ Ibidem p. 11.

bajar. El sistema de atención hospitalaria no ha logrado llegar al corazón de esta condición de accesibilidad para incluirlas en los procedimientos de atención que ofrece. En consecuencia el personal médico y de enfermería continúa desarrollándose y formándose dentro de un sistema que bloquea este aspecto de accesibilidad cultural.

"Los trabajadores de salud y de enfermería, necesitan formarse y actuar en tal forma que hagan accesibles los servicios de salud, psicológica y culturalmente.

- a) Utilizar técnicas, lenguaje, procedimientos adecuados a la cultura de la comunidad, para que no violen las costumbres y valores culturales.
- b) Hacer más flexibles las normas institucionalizadas de salud y de enfermería. de modo que se facilite el acceso físico de las personas a sus servicios, para dar continuidad a los servicios de salud que se ofrecen en la comunidad.
- c) Democratizar los servicios de salud, al hacerlo llegar a toda la población sin discriminación económica, social y cultural; sino al contrario favoreciendo la participación consciente de la comunidad". 20/

2.4.3 Perfil de la Enfermería en México.

En la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se aprobó la Resolución XIX sobre Metas en Materia de Enfermería, que tiene especial relevancia para la elaboración del perfil de enfermería. A continuación se transcribe la mencionada Resolución:

RESOLUCION XIX

METAS EN MATERIA DE ENFERMERIA

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considera que el desarrollo de los programas de extensión de cobertura y la aplicación del concepto de atención primaria como estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 demandan cambios en la estructura, preparación y utilización del personal de salud;

Reconociendo que el personal de enfermería constituye el mayor potencial de recursos humanos para la provisión de la atención primaria;

Reconociendo también la necesidad de la ampliación de las funciones de la enfermera para que pueda asumir mayores responsabilidades en la prevención de enfermedades y la pro-

moción, conservación y reparación de la salud, y

Teniendo presente el informe presentado por el Director (Documento CD 27/32),

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos que intensifiquen sus es fuerzos para que:

- a) Las funciones ampliadas de la enfermera sean defini das y oficializadas para que así asumir mayores re sponsabilidades en la prestación de la atención pr imaria, incluyendo como parte de sus actividades la identificación y evaluación de los problemas, necesidades de salud y socioeconómicas de la comunidad, la programación de las acciones prioritarias con ba se en los grupos de alto riesgo, el tratamiento de las enfermedades más comunes de evolución previsi ble y el apoyo a la comunidad para que ésta alcance un grado deseable de autodirección en relación a la salud;
- b) Se incremente el número de enfermeras y auxiliares en los servicios de salud a través de la creación de nuevos puestos y/o de la redistribución de los

existentes a fin de que sea posible el desempeño de sus nuevas responsabilidades en todos los niveles, pero principalmente a nivel primario para la supervisión y apoyo sistemático y continuo al personal de atención primaria.

- c) Se capacite a las enfermeras y auxiliares para el desempeño eficaz de su nuevo papel a través de programas de educación básica, posbásica y continua, y
- d) Se introduzcan y/o consoliden cambios en los programas de formación de enfermeras y auxiliares a nivel básico y posbásico con miras a enfatizar y/o reforzar las enseñanzas de epidemiología, ciencias sociales, salud comunitaria, atención primaria, evaluación e investigación.

2. Pedir al Director que brinde la cooperación necesaria, conforme las necesidades de los Gobiernos, para alcanzar los objetivos indicados y que establezca una base de informaciones básicas para prever las necesidades y los recursos de enfermería (incluidas las auxiliares) en los años 1985, 1990 y 2000.

3. Pedir a los Gobiernos que cooperen con el Director,

en el establecimiento de las informaciones básicas necesarias. (aprobada en la décima tercera Sesión Plenaria, celebrada al lo. de octubre de 1980). 21/

De esta manera la Organización Mundial de la Salud instrumenta y responsabiliza al personal de enfermería en las funciones que debe llevar a cabo en atención primaria de salud. Sugiere así a todos los gobiernos como facilitar la ampliación de la enfermería en la promoción, conservación y reparación de la salud de la comunidad.

Asimismo, en 1983 marca nuevas funciones para este recurso y establece lo que a continuación se reproduce:

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA DE LA

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

21/ OPS Resolución XIX. Metas en material de Enfermería.
Washington. 1980.

RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD 22/

36a. Asamblea Mundial de la Salud.

WHA 36.11

13 de mayo de 1983.

Función del personal de Enfermería y de las Parteras en la Estrategia de Salud para Todos.

La 36a. Asamblea Mundial de la Salud.

"Considerando que el personal de enfermería y las parteras desempeñan en todos los países una función importante en la presentación de los servicios de salud y en la movilización de la opinión pública en favor del desarrollo eficaz de la atención primaria de la salud.

Persuadida de que el personal de enfermería y las parteras cumplen en muchos países un cometido de importancia vital en la enseñanza y supervisión de los agentes de atención primaria de salud, dando así un ejemplo eficaz del trabajo

22/ OPS Función del Personal de Enfermería y las Parteras en la Estrategia de Salud para Todos. 36a. Asamblea Mundial de la Salud. Washington, 1983.

en equipo y de la promoción de los equipos de salud que podría servir de base para intensificar los esfuerzos en ese sentido;

Teniendo en cuenta que en casi todos los países los organizaciones de enfermeras y parteras, debido al número de sus miembros y a sus estrechos contactos con los particulares y las colectividades, pueden constituir una fuerza importante para apoyar las estrategias y planes nacionales de atención primaria de salud en el marco del desarrollo general y para tratar de reforzar la infraestructura sanitaria adecuada;

Consciente de la contribución hecha por grupos de enfermeras y parteras, en colaboración con la OMS, para poner de manifiesto su función en la atención primaria de salud y en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000;

Reconociendo que la importancia de la colaboración entre los Estados Miembros y las Oficinas Regionales es trascendental para aumentar la participación del personal de enfermería y las parteras en el desarrollo de la atención primaria de salud;

Recordando la resolución WHA 30.48 sobre la función

del personal de enfermería y de las parteras en el desarrollo de la atención primaria de salud y acogiendo con satisfacción las sugerencias formuladas por el Director General al Consejo Ejecutivo, en su 71a. reunión en el sentido de que se realicen estudios monográficos sobre el personal de sa lud, con particular referencia al personal de enfermería y a las parteras, que podrían proporcionar una información considerable destinada a ser examinada ulteriormente por un comité de expertos;

1. PIDE al personal de enfermería y las parteras y a sus organizaciones de todo el mundo, a que apoyen las políticas de la OMS encaminadas a promover la atención primaria de salud y se sirven de su posición influyente para sostener los programas de ense ñanza e información relativos a la atención prima ria de salud;
2. INSTA a todos los Estados Miembros que adopten medi das adecuadas, en cooperación con sus organizaciones nacionales de enfermeras y parteras, para in cluir en sus estrategias nacionales de salud para todos un componente de enfermería y partería que abarque todos los aspectos de la cuestión;

3. ENCARECE a las organizaciones internacionales de enfermeras y parteras a que movilicen los recursos necesarios para sostener a las organizaciones nacionales con el fin de que puedan asumir mejor su responsabilidad de consumo con sus gobiernos nacionales, para promover unos servicios eficaces de enfermería y de parteras como elemento integrante de las estrategias nacionales de salud para todos.

4. PIDE al Director General que vele porque la OMS en todos los niveles, colabore con los Estados Miembros en sus esfuerzos de proporcionar al personal de enfermería y a las parteras una formación apropiada en lo que se refiere a la atención primaria de salud, su gestión y las investigaciones en las que se basa, con objeto de que puedan participar eficazmente en la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos y que informe sobre los progresos realizados a la 39a. Asamblea Mundial de la Salud. (12a. Sesión Plenaria, 13 de mayo de 1983
A 36/VR/12).

Programas Nacionales de Extensión de la Cobertura.

Han existido en el país, programas encaminados a extender los servicios de salud a los grupos poblacionales ubica-

dos en área rural y urbana marginadas. Por lo que a continuación se presenta un resumen de dichos programas:.

Programa de Atención a la Salud de la Población Marginada en Grandes Urbes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.23/

Objetivos:

- Garantizar la atención médica primaria a toda la población de áreas marginadas en grandes urbes.
- Mejorar las condiciones de saneamiento básico de las zonas urbanas marginales.
- Elevar el nivel de educación para la salud.
- Corresponsabilizar a la población en la promoción, protección y restauración de la salud.

La población que constituye el universo del programa, son las personas de áreas marginadas de 14 centros metropolitanos: Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla, Ciudad Juárez, Tijuana, León, Torreón, Gómez Palacio-Laredo, Tampico y Ciudad Madero, Mexicali, Chihuahua, Acapulco, San Luis Potosí y Veracruz. Los subprogramas de atención incluyen: control de enfermedades prevenibles por vacunación, consulta a niños sanos y enfermos, consulta salud bucal, consul

23/ Ibidem p. 15.

ta general, detección oportuna de enfermedades, control de embarazadas, control de puerperio, nutrición, planificación familiar y capacitación de la población. En el programa de atención al medio se ha considerado la promoción de obras y la detección y referencia de problemas de contaminación de agua y alimentos. Se contempla en la relación y desarrollo de recursos humanos, la capacitación de personal técnico y del personal auxiliar de la comunidad.

Programa de Salud Rural de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Objetivos Generales del Programa:

- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de la salud de la población rural a través de: consolidación, integración y expansión de la prestación de servicios de salud.
- Promoción de la participación activa de las propias comunidades.
- Mejoramiento del medio ambiente.
- Mejoramiento del nivel nutricional de los grupos más vulnerables y promoción del crecimiento armónico de la población rural.

Objetivos Operacionales:

- Expandir la cobertura de oferta de servicios mínimos de salud a población rural dispersa, que habita núcleos poblacionales menores de 500 habitantes.
- Consolidar durante el período programático, la cobertura de la oferta de servicios mínimos de salud en el 100% de la población rural agrupada, que habita núcleos poblacionales con 501 a 2500 habitantes.^{24/}

Programa de Servicios de Salud IMSS - COPLAMAR.

En el área de la salud se llama el programa "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", por tratar este programa de extrapolar la seguridad social al campo.

Los objetivos de este programa fueron uniformar los servicios de salud en el medio rural en el nivel de atención más justo, al asegurar atención médica preventiva, hospitalaria y dotación de medicamentos a "universo abierto", sin costo monetario pero a través de cambio de trabajo comunitario y de otras formas de participación para elevar el nivel sanitario, social, cultural y material de los núcleos de población atendida.

24/ S.S.A. Programa de Atención a la Salud de la Población Marginada en Grandes Urbes, México, 1980.

COPLAMAR pretendió corregir dos distorsiones básicas de salud; por un lado, el énfasis en la curación en detrimento de la prevención de enfermedades y por el otro, el de la organización de los servicios en función de la capacidad de grupos sociales para demandarlos y para comprometer mayores recursos como contraprestación. 25/

Programa de Atención Primaria de la Salud ISSSTE.

En este programa la atención primaria se virtió sobre los siguientes aspectos: Atención curativa básica, diagnóstico y tratamiento sencillos, referencia de casos complejos a un nivel secundario o terciario, medidas de atención preventiva y promoción de la salud. 26/

2.4.4 Concepto Actualizado de Enfermería.

Al tomar en consideración toda la situación de salud ya descrita se ha formulado el siguiente concepto de enfermería:

"Enfermería es un servicio dinámico de atención preventiva promocional, terapéutica y educativa, orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad. Involucra la asistencia a individuos, familias y grupos comunitarios

25/ S.S.A. Programa Nacional de Salud Rural 1980-1982, México, 1979.

26/ Ovalle F. I., Atención a la cobertura de la Población y su accesibilidad a la asistencia sanitaria. Discurso presentado en la XXXIV Reunión de Salud Pública, México, 1980, p.3.

en el logro de un grado deseable de autodirección en el cuidado de su salud de acuerdo a su potencial. 27/

La enfermería está insertada en las actividades de planeación, coordinación y administración de la salud. 28/

Por su ubicación en la estructura de salud en todos los niveles de atención, enfermería constituye un elemento de articulación del sistema sanitario en coordinación y continuidad del cuidado.

Enfermería comparte con otras disciplinas de salud, la responsabilidad de apoyo al primer nivel de atención. La naturaleza múltiple de enfermería y su preparación para las actividades de orientación sanitaria la hace idónea para brindar este apoyo. Su sentido organizativo le permite ser el enlace entre la comunidad y el sistema escalonado de servicios de salud.

"Dada la política de extensión de cobertura de los servicios de salud, la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad, se considera esencial reforzar el potencial de la enfermería para realizar las siguientes funciones:

27/ ISSSTE, Atención Primaria. Información facilitada por la enfermera Ma. Elena Rojas Ortiz.

28/ S.S.A. Perfil de la Enfermería en México, 1981, p. 20

ciones de coordinación, colaboración y educación en apoyo a la atención primaria:

- Enlace entre la organización comunitaria y el sistema de salud.
- Enlace entre las formas autóctonas y el sistema institucionalizado de salud.
- Enlace a nivel local entre las acciones del sector salud y las de otros sectores y organismos relacionados con salud y bienestar.
- Fuente de apoyo técnico-administrativo cercano y continuado.
- Coordinadora de la capacitación inicial y continuada del personal de asistencia primaria".29/

2.4.5 Nueva Concepción de las Responsabilidades de la Enfermera en Atención Primaria.

Las nuevas responsabilidades de la enfermera tienen su origen en los siguientes hechos:

- Un nuevo concepto de la atención de la salud del individuo y la población que no depende sólo de las acciones del sector salud, sino de las acciones de to-

29/ Lambertsen, Eleanor, Education for Nursing leadership, J.B. Lippicott Company, Filadelfia, 1978. p.80.

dos los sectores de la sociedad.

- La aceptación de que el individuo y la población no solo tienen el derecho de incidir en el proceso de su propio desarrollo sino que su participación es pasiva en la obtención y mantenimiento de la salud.
- La escasez significativa de médicos a nivel de la comunidad; agravada por la tendencia a especializarse en aspectos clínicos que requieren equipos e instalaciones complejos y caros de acuerdo con los avances tecnológicos y científicos.
- El costo creciente de la atención a la salud.
- El reconocimiento de que la enfermera es un profesional subutilizado en comparación con su potencial ya que puede asumir funciones más directas en la prestación de atención primaria que antes eran privativas del médico. 30/

Funciones de Enfermería en el primer nivel de atención.

"El primer nivel está dirigido a realizar actividades simples de atención integral para resolver problemas o situaciones sencillas que requieren destrezas y equipo mínimo

30/ Leininger, Madelaine, Nursing and antropology, Two words to blend, John Wiley & Sons Inc., New York, 1970, pp. 28-32.

para la atención de la salud. Este nivel permite a la comunidad el acceso y participación en el sistema institucionalizado de salud.

Tanto el medio rural como urbano, son la puerta de entrada al sistema de salud y da oportunidad para resolver los problemas de menor complejidad y referir a los niveles siguientes las situaciones que requieren de atención más compleja.^{31/}

La atención primaria no está limitada a personas ni instituciones; incluye tanto la atención inicial del sistema formal como las acciones de salud de la comunidad. "La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento a la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales, varían de acuerdo a cada país, pero han de comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable, el saneamiento básico, la salud de la madre y el niño (incluida la planificación familiar), la inmunización contra las enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las

^{31/} S.S.A. Perfil de la Enfermería en México, 1981, p.21.

enfermedades endémicas locales, la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de pre ven ción y lucha correspondientes y el tratamiento apropia do para las enfermedades y los traumatismos comunes".32/

Se incluyen en este nivel las acciones de atención primaria realizadas por miembros capacitados de la comuni dad, las atenciones dadas por el personal auxiliar del primer nivel institucional, así como el apoyo técnico --- prestado por el personal profesional para que el cuidado sea eficaz y libre de riesgos.

"Las actividades de atención directa a este nivel abarcan entre otros:

- a) Elaboración de croquis
- b) Censo domiciliario.
- c) Promoción de la organización social para la salud.
- d) Acciones en la atención materno infantil, que incluyen:
 - 1. Detección de embarazadas y niños de 0-5 años.
 - 2. Control de la embarazada.
 - 3. Atención del parto normal en domicilio.
 - 4. Cuidados primarios a la puerpera.

32/ OPS/OMS, El Papel de la Enfermera en la atención primaria de Salud, Washington, 1977, pp. 7-8.

5. Control de salud del niño de 0-5 años.

- . Toma de peso y talla.
- . Inmunizaciones.
- . Orientación a la familia sobre higiene personal, alimentación básica del niño dando énfasis a la lactancia materna.
- . Detección de niños desnutridos.
- . Alimentación complementaria.
- . Referencia de niños desnutridos de 2o. y 3er. grado.
- . Atención inicial de morbilidad prevalente en menores de 5 años.

6. Orientación sobre el programa de planificación familiar.

- . Información a la población sobre el programa.
- . Detección y referencia de las mujeres que desean ingresar al mismo.

e) Programa ampliado de Inmunizaciones.

- . Promoción y organización de las inmunizaciones.
- . Abastecimiento y conservación de la vacuna.
- . Esterilización de materiales.
- . Aplicación de vacunas.

f) Control de Tuberculosis.

- . Búsqueda de sintomáticos.

- . Recolección de muestras.
- . Envío de muestras.
- . Referencia de casos.
- . Ministración de medicamentos para la tuberculó--sis.
- . Investigación de contactos.
- . Seguimiento de inasistentes.

g) Control de Diarreas Agudas.

- . Búsqueda y detección de casos.
- . Tratamiento de casos: rehidratación oral.
- . Referencia de casos.

h) Atención de morbilidad común.

- . Ministración de medicamentos y otros tratamien--tos según normas establecidas en el país.
- . Ministración de primeros auxilios.

i) Saneamiento ambiental.

- . Diagnóstico de la situación referente a vivienda y peridomicilio.
- . Promoción del tratamiento doméstico de las excretas.
- . Promoción del tratamiento doméstico de las basuras.
- . Promoción del tratamiento doméstico del agua de consumo.

- . Mejoramiento sanitario de la vivienda.
- . Promoción de obras comunitarias.
- . Promoción de manejo sanitario de los alimentos.
- . Educación para el saneamiento básico.

j) Educación para la salud en relación a las actividades del primer nivel.

Generalmente las acciones de atención primaria están realizadas por personal de la comunidad y/o auxiliares, pero personal profesional en sus visitas de supervisión elaboran planes docentes para complementar los conocimientos del personal operativo primario.

Las actividades de atención primaria mencionadas, han sido identificadas en los programas de extensión de cobertura, sin embargo, no se han identificado con claridad las actividades de apoyo técnico-administrativo cercano y continuado, necesario para lograr las metas de cobertura de dichos programas y asegurar la calidad de la atención y la verdadera participación de los miembros de la comunidad en los esfuerzos compartidos de resolución de problemas de salud.

Las actividades de la enfermera en el apoyo técnico administrativo del primer nivel son:

- a) Participar en la definición de actividades y tareas de primer nivel de los programas prioritarios de salud y sus respectivas normas.
- b) Apoyar la organización y desarrollo comunal.
 - . Identificar los recursos locales humanos, económicos y facilitadores.
 - . Fortalecer la organización comunal en cuanto a aspectos de salud.
 - . Desarrollar en conjunto con el comité local y agentes de salud y de otros sectores, un plan de atención primaria, al incluir objetivos, metas específicas, estrategias de operación e indicadores de evaluación.
- c) Participar en la programación de las actividades del primer nivel en su área; esto implica:
 - . Recolección de la información existente sobre la población existente de las localidades en su área de responsabilidad.
 - . Orientación y asesoramiento a los agentes sanitarios y/o colaboradores voluntarios en la realización del censo familiar casa a casa.
 - . Resumen y análisis de los datos del censo de la población de las localidades de su área.
 - . Determinación de la población susceptible o expues

ta al riesgo en lo que respecta a cada actividad del programa.

-Determinación y obtención del material y equipo necesario para el trabajo de campo.

- d) Supervisar la ejecución de las acciones integrales del primer nivel.

Esta función incluye:

-Observaciones de la congruencia entre las normas establecidas para las actividades en la programación local y los logros alcanzados, al aplicar medidas correctivas en caso necesario.

-Capacitación en servicio del personal para el mejor cumplimiento de las actividades programadas.

-Colaboración en la elaboración de manuales técnico administrativos para el primer nivel.

-Disponibilidad para la consulta de personal de primer nivel en cuanto a acciones de atención directa.

- e) Participar en la selección de los agentes sanitarios y auxiliares del primer nivel y responsabilizarse de los programas de capacitación y educación continua de los mismos.

- f) Servir de enlace entre el primer nivel de atención

y los otros niveles para facilitar el flujo ascendente y descendente de los procesos de programación, información, evaluación, referencia y contra referencia de casos. 33/

De esta manera, se ha querido brindar un panorama de la situación de la atención primaria de salud a nivel internacional, nacional y local de cada comunidad. Lo aquí plasmado representa el esfuerzo conjunto de todos los países que tratan de salvar sus deficiencias de salud mediante una estrategia mundial, que cada país está en libertad de adoptar de la manera que le sea más conveniente. Se agregará que la atención primaria de salud está muy adelantada en algunos países como por ejemplo Ghana, que inclusive ha publicado una evaluación de sus actividades respectivas, mientras en otros apenas se inician los cambios para instrumentarla. Tal vez, este sea un buen momento para detectar que está pasando en algunas de nuestras comunidades en México al respecto y sobre todo que está sucediendo con el personal encargado de llevar la mayor carga y responsabilidad en el aspecto de salud, al lograr así de alguna manera valorar su actividad y los recursos con los que cuenta y sobre todo al investigar que hay más allá del rubro: atención primaria de salud, como estrate-

33/ S.S.A., op.cit. pp. 21-26.

gia para lograr la salud para todos en el año 2000.

El reto está planteado y enfermería como responsable más directo de la salud de la comunidad de la cual salió ahora retoma su papel y vuelve a ella.

2.5 PROPUESTA DE CARTA PROGRAMATICA PARA
EL ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO DEL PER
SONAL DE ENFERMERIA DE CAMPO.

2.5 Propuesta de Carta Programática para el adiestramiento
en Servicio del Personal de Enfermería de Campo.

Primer día

Fecha:

Fecha	Tema	Contenido	Objetivo	Tec. Didáctica	Aux. Didáctico	Ponente
8:30 8:45	Inauguración del Curso	Presentación, bienvenida e inauguración.	Brindar reconocimiento oficial a las actividades a realizar.	Exposición	-	Autoridades institucionales de salud
8:45 9:00	Descripción del curso.	Objetivos del programa y contenido de la Carta Descriptiva.	Que los participantes conozcan el contenido del programa	Exposición	Programa	Enfermera coordinadora del curso
9:00 11:00	Tema I: Diabetes Mellitus	<ol style="list-style-type: none"> Definición y manifestaciones clínicas. Complicaciones Procedimientos para la detección y diagnóstico en grupos de alto riesgo. La dieta en el tratamiento del diabético. Educación al paciente sobre su padecimiento. Programa de control: Antecedentes, objetivos, metas y control de los casos. 	<p>-Describir las manifestaciones del padecimiento e identificar los grupos de alto riesgo, los tratamientos y el control de los casos con base en las normas del programa Estatal de Salud.</p> <p>-Mencionar las actividades de la Enfermera Sanitaria para su aplicación en el trabajo de campo.</p>	Exposición	<p>Programa Estatal de salud.</p> <p>Impresos</p> <p>Pizarra</p> <p>Proyector y transparencias</p>	Enfermera en Salud Pública.

Horario	Primer día	fecha	Contenido	Objetivo	Tec.Didáctica	Aux.Didáctico	Ponente
11:00			6.Actividades de la Enfermera Sanitaria :				
11:30			6.1 Detección y canalización de personas con factores de alto riesgo al Centro de Salud.				
			6.2 Seguimiento de Enfermos .				
			6.3 Pláticas a grupos organizados				
11:30		R	E	C	E	S	O
12:00	Tema II		1. Concepto y Etiología.	Identificar las manifestaciones de la hipertensión arterial, formas de detección y medidas de prevención.	Exposición	Proyector y transparencias	Médico en Salud Pública.
13:00	Hipertensión Arterial		2. Manifestaciones clínicas.				
			3. Diagnóstico y tratamiento.			Programa Estatal de Salud.	
			4. Medidas de Prevención Primaria.				
			5. Programas de detección y control: antecedentes, objetivos, factores de alto riesgo.				
			6. Participación de la Enfermera Sanitaria.	Detectar y canalizar personas de la comunidad que presenten factores de alto riesgo a la consulta médica para su valoración.	Exposición	Pizarrón	Enfermera en Salud Pública.
			6.1 Detección y canalización de personas con factores de alto riesgo.				

Segundo día		Fecha				
Horario	Tema	Contenido	Objetivo	Tec.Didáctica	Aux.Didáctico	Ponente
8:30 11:30	Tema III Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1.Funciones de los nutrientes, los cuatro grupos de alimentos. 2.Alimentación en la embarazada. 3.Alimentación en el primer año de vida. 4.Alimentación en el preescolar. 5.Utilización de los medios auxiliares para las pláticas educativas. 	<p>Identificar los 4 grupos de alimentos y las funciones de los nutrientes.</p> <p>Describir las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de vida para mejorar los hábitos alimenticios en la familia.</p>	Exposición	<p>Rotafolios</p> <p>Carteles</p> <p>Láminas</p> <p>Folletos</p>	Nutricionista
11:30 12:00	R	E	C	E	S	O
12:00 13:00	Tema IV: Detección de cáncer cervicouterino y mamario.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Definición y generalidades del padecimiento en el país y en el estado de Morelos del C.A.C.U. 3.Método para la detección de C.A.C.U. Requisitos para la toma de muestras. 4.Interpretación del resultado de la citología vaginal. 	<p>Describir la definición de del C.A. y mencionar sus generalidades.</p> <p>Conocer la situación epidemiológica del C.A.C.U.</p> <p>Mencionar los requisitos para la canalización de la mujer para que le sea practicado el Papanicolaou.</p> <p>Describir el equipo necesario para la toma de muestra de Papanicolaou.</p>	Exposición	<p>Pizarrón</p> <p>Programa Estatal de Salud.</p> <p>Láminas</p> <p>Formatos</p>	Médico en Salud Pública.
				Demostración	<p>Láminas</p> <p>Equipo de toma de muestra de exudado cervicouterino para examen de Papanicolaou.</p>	Enfermera en Salud Pública.

Horario	T e m a	Contenido	Objetivo	Tec.Didáctica	Aux.Didético	Ponente
Tercer día		5.Preparación del equipo para la toma de la muestra del estudio c6strico-uterino y registro de datos en la laminilla. 6.Objetivo y procedimiento para el auto examen de mama.	Describir el procedimiento para el autoexamen de mamas, con objeto de dar orientaci3n a las mujeres de la comunidad en las victimas domiciliarias.	Exposici3n	Proyector y pelculas: "El autoexamen de mamas".	
	Tema V: Educaci3n a Grupos.	1.Organizaci3n de grupos 2.Preparaci3n para la reuni3n. 3.Planeaci3n de la exposici3n. 3.1 Introducci3n 3.2 Desarrollo 3.3 Resumen 3.4 Recomendaciones. 4.Como dirigirse al grupo: la voz, el tono, el gesto, la actitud, errores m6s frecuentes al hablar en p6blico. 5.Ejercicio: Planeaci3n de una pl6tica.	Describir y practicar los procedimientos para la planeaci3n y desarrollo de una pl6tica de Salud en la comunidad.	Exposici3n Taller.	Pizarr3n Impresos	Trabajadora Social y Enfermera sanitaria.
11:30 12:00	R	E	C	E	S	O

Tercer día		Fecha:				
Horario	Tema	Contenido	Objetivo	Tec. Didáctica	Aux. Didáctico	Ponente
12:00 13:00		6. Ejercicio para la utilización más fructífera del Rotafolio.	Desarrollar las habilidades para la optimización de éste recurso humano.	Demostración	Rotafolio	Enfermera en Salud Pública.
13:00 14:15	Tema VI: Programa de Hidratación Oral para el Control de las diarreas.	1. Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas en el Estado de Morelos. 2. Etiología, manifestaciones clínicas y grados de deshidratación. 3. Programa Estatal de Hidratación Oral: Metas y Normas para el Tratamiento con sobres de Sales hidratantes.	Mencionar el concepto de Diarreas e identificar los grados de deshidratación. Describir objetivos y metas del Programa. Mencionar las Normas para hidratación oral con sobres de sales hidratantes.	Exposición	Programa de Hidratación Oral. Impresos. Equipo para preparar sobres de hidratación oral.	Enfermera en Salud Pública.
8:30 10:30	Quarto día Tema VII: Enfermedades por transmisión Sexual: <u>Sifilis</u> y <u>Gonorrea</u> .	1. Agentes infecciosos. 2. Manifestaciones clínicas. 3. Modos y períodos de transmisión. 4. Diagnóstico. Clasificación actual. 5. Tratamientos. 6. Investigación y control de contactos y de fuentes de infección.	Describir cada enfermedad; Su mecanismo de transmisión, diagnóstico y tratamiento. Control de casos y contactos en los servicios de salud.	Demostración.	Fizarrón Proyector y Diapositivas.	Médico en Salud Pública.

Cuarta día		fecha				
Horario	Tema	Contenido	Objetivo	Tec.Didáctica	Aux.Didáctico	Ponente
10:30 11:30	Tema VIII Conservación y Esterilización de Instrumental.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Limpieza, lavado y secado de instrumental. 2.Desinfección por medio de químicos (desinfectantes). 3. Empleo de Benzal concentrado, diluciones, minutos necesarios para la esterilización. Duración de la solución. 	Describir los procedimientos para la limpieza del equipo e instrumental, así como el método para la esterilización por medio del benzal concentrado.	Exposición Demostración.	Pizarrón Láminas Impresos (tablas) Equipo susceptible de ser esterilizado por medios químicos.	Enfermera en Salud Pública.
11:30 12:00	R	E	C	E	S	O
12:00 13:00	Tema IX: Aplicación de Sueros y Vacunas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inmunidad natural y adquirida. 2. Características y utilización de los sueros y vacunas. 3. Conservación de los biológicos y red fría 	<p>Describir la inmunidad natural y adquirida.</p> <p>Mencionar las características de los sueros y de las vacunas.</p> <p>Identificar la importancia de conservación de biológicos.</p>	Exposición Demostración.	Pizarrón Equipo para diferentes tipos de vacunación.	Enfermera en Salud Pública.

Quinto día	Fecha					
Horario	Tema	Contenido	Objetivo	Tec. Didáctica	Aux. Didáctico	Ponente
8:30 11:30	Tema X Atención a Pacientes en la Consulta Externa	1. Actividades de la enfermera. 2. Preparación del equipo médico y de enfermería. 3. Procedimientos para la exploración del paciente. 3.1 Posiciones. 3.2 Medición de parámetros. 4. La entrevista con el paciente después de la consulta. 4.1 Refirmación de indicaciones médicas y aclaración de dudas. 4.2 Orientación en toma de muestras para exámenes de laboratorio y otros. 4.3 Educación higiénica.	Mencionar las actividades de la enfermera, en el servicio de consulta externa y describir la preparación de los equipos. Describir los procedimientos para la exploración del paciente y durante la entrevista posterior al examen físico.	Exposición Demostración y Sociodrama.	Pizarrón Láminas. Impresos Equipo para exploración clínica.	Enfermera en Salud Pública.

Quinto día		Fecha:				
Horario	Tema	Contenido	Objetivo	Tec. Didáctica	Aux. Didácticos	Ponente
11:30 12:00	R	E	C	E	S	O
12:00 13:00	Evaluación	Aplicación de Cuestionario.	Valorar mediante examen escrito al aprendizaje de los conocimientos impartidos y al logro de los objetivos planeados.		Examen impreso.	Coordinadora del Curso.
13:00 13:15	Clausura del Curso.					Autoridades institucionales de Salud.

III. METODOLOGIA DEL TRABAJO DE CAMPO.

1. Procedimientos empleados:

Una vez seleccionado el tema de estudio, planteado el problema y determinado las hipótesis y sus variables, se llevó a cabo la investigación bibliográfica y documental, así como la sistematización del trabajo de campo a efectuar.

Se elaboró un fichero para las fichas bibliográficas, textuales de resumen y observación; con la finalidad de tener suficiente información para estructurar el marco teórico y conceptual, que daría crédito a este estudio.

Para realizar la investigación se eligieron 28 Unidades Médicas Comunitarias del Estado de Morelos, pertenecientes a la jurisdicción I, debido a que en esta jurisdicción se cuenta con Unidades urbanas y rurales, por tal razón se eligieron 14 de cada tipo, con el objetivo además de estudiar si en ambos tipos se realizan las mismas actividades o se tienen las mismas necesidades.

2. Instrumentos de Comprobación.

Se llevó a cabo una entrevista con las autoridades mé-

dicas y de enfermería, de los Servicios Coordinados de salud Pública del Estado, para obtener la autorización y poder llevar a cabo el estudio.

Una vez aceptada la actividad, se solicitaron documentos relacionados con las actividades que las enfermeras realizan en las Unidades Médicas Comunitarias y también fueron solicitados documentos referentes a la enseñanza y educación continua que se le proporciona a éstas.

3. Recolección formal de datos.

Se utilizaron dos métodos: la recolección directa y la indirecta, de la siguiente manera:

La directa mediante la encuesta aplicada a las enfermeras de las 28 unidades médicas de la Jurisdicción I; se utilizó un cuestionario.

La indirecta, se obtuvo como resultado de la revisión de los documentos proporcionados por las autoridades de la Secretaría de Salud del Estado, acerca de las actividades que realizan en la atención primaria de salud; así como de la Carta Programática de los cursos de adiestramiento en Servicio, que fué proporcionada.

4. Plan de Procesamiento Estadístico de los Datos.

El plan de procesamiento estadístico de los datos obtenidos, se llevó a cabo siguiendo el método estadístico. Es decir efectuándose la sistematización, recolección y codificación de los datos.

5. Clasificación de datos.

Después de tabular, codificar y clasificar los datos, se colocaron en cuadros, de tal forma que permitieran una mayor claridad para realizar un análisis y facilitar su interpretación.

6. Descripción del Instrumento de Recolección de Datos.

Se elaboró un cuestionario con 28 preguntas cerradas y 2 abiertas, sus contenidos incluyen:

Procedencia de la investigación, objetivos del estudio, datos de identificación del personal que se entrevistó, acciones curativas y preventivas en el primer nivel de atención, actividades de enseñanza y capacitación continua para el personal de enfermería y por último una parte para observaciones. Contempló un total de 30 reactivos.

1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Cuadro No. 1

Aplicación de inmunizaciones por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	22	79.6
Ocasionalmente	6	20.4
Total	28	100

Fuente: Encuesta aplicada a 28 enfermeras de la jurisdicción No. I asignadas al primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a frecuentemente con lo cual se registra que un 79.6 % de la muestra aplica inmunizaciones varias veces a la semana.

Cuadro No. 2

Orientación a la población sobre higiene personal por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	20	71.5
Ocasionalmente	8	28.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a frecuentemente con un 71.5% lo que significa que el mayor número del personal de enfermería asignado al primer nivel sí brinda orientación sobre prácticas de higiene personal a la población.

Cuadro No. 3

Orientación a la población sobre nutrición por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	12	43
Ocasionalmente	15	53.5
Eventualmente	1	3.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Descripción: El mayor porcentaje con un 53.5% cae en la escala de ocasionalmente lo cual quiere decir que aproximadamente la mitad del personal de enfermería asignado al primer nivel brinda orientación sobre aspectos nutricionales a la población que atiende.

Cuadro No. 4

Orientación sobre higiene materno-infantil por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Pericdicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	16	57.2
Ocasionalmente	12	42.8
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Descripción: El mayor porcentaje con un 57.2% del personal de enfermería sí realiza prácticas de orientación sobre higiene materno infantil varias veces a la semana a la población que atiende.

Cuadro No. 5

Orientación sobre planificación familiar por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	22	78.6
Ocasionalmente	5	17.8
Eventualmente	1	3.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje correspondiente a 78.6% del personal de enfermería brinda orientación sobre planificación a la población que atiende.

Cuadro No. 6

Orientación sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles y prevención de accidentes por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	9	32.2
Ocasionalmente	14	50
Eventualmente	5	17.8
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a ocasionalmente con un 50% del personal de enfermería, lo cual significa que la mitad de este personal realiza prácticas de orientación sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles y la forma de prevenir accidentes, por lo menos cada 15 días.

Cuadro No. 7

Orientación sobre la correcta disposición de excretas, basuras y desechos humanos, por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	8	28.5
Ocasionalmente	14	50
Eventualmente	6	21.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: La mitad del personal encuestado sí realiza la orientación sobre la disposición de excretas, basuras y desechos humanos ocasionalmente (cada 15 días o más) y un 28.5% de la muestra, realizan la actividad varias veces a la semana.

Cuadro No. 8

Orientación sobre el manejo, consumo y conservación de alimentos por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	12	44.3
Ocasionalmente	6	20.4
Eventualmente	10	35.3
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El 44.3% del personal encuestado orienta a la población sobre aspectos de manejo, consumo y conservación de sus alimentos varias veces a la semana.

Cuadro No. 9

Orientación sobre consumo y tratamiento de aguas de consumo humano por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	10	35.7
Ocasionalmente	13	46.5
Eventualmente	5	17.8
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El 46.5% del personal de enfermería encuestado realiza la orientación sobre el tratamiento de aguas de consumo humano ocasionalmente (cada 15 días o más) y otro 35.7% varias veces a la semana.

Cuadro No. 10

Orientación sobre la fauna nociva y trasmisora, por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas en el Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	2	7.4
Ocasionalmente	11	39.2
Eventualmente	11	39.2
Nunca	4	14.2
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El personal de enfermería encuestado, brinda orientación sobre fauna nociva y trasmisora en un 39.2% ocasionalmente (cada 15 días o más) y con otro porcentaje similar eventualmente (cada mes o más).

Cuadro No. 11

Colaboración y/o realización de actividades referentes a la consulta externa y dotación de medicamentos por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	20	71.4
Ocasionalmente	5	17.8
Eventualmente	2	7.1
Nunca	1	3.4
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El 71.4% del personal encuestado realiza actividades inherentes a la consulta externa varias veces a la semana.

Cuadro No. 12

Aplicación de medicamentos, sueros., por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas en el Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	20	71.5
Ocasionalmente	4	14.3
Eventualmente	3	10.7
Nunca	1	3.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El 71.5% de la muestra realiza la aplicación de medicamentos y otros productos curativos varias veces a la semana.

Cuadro No. 13

Control y tratamiento de tuberculosis, por personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	11	39.2
Ocasionalmente	9	32.3
Eventualmente	7	25.1
Nunca	1	3.4
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje es 39.2% lo que significa que sólo este número de personal de la muestra realiza actividades de control y tratamiento de la tuberculosis varias veces a la semana, seguido del 32.3% que lo realizan cada quince días o más.

Cuadro No. 14

Atención de las enfermedades comunes de la población en el hogar por personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	12	32.7
Ocasionalmente	11	47.4
Eventualmente	4	15.4
Nunca	1	4.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje con 47.4% del personal encuestado brinda atención en el hogar en la atención de enfermedades comunes, cada quince días o más, seguido del 32.7% que lo hacen cada quince días o más.

Cuadro No. 15

Atención de primeros auxilios por el personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	9	32.3
Ocasionalmente	10	35.7
Eventualmente	8	28.5
Nunca	1	3.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a ocasionalmente (cada 15 días o más) con un 35.7%; seguido con un 32.3% del personal que lo realiza frecuentemente o sea varias veces a la semana.

Cuadro No. 16

Control y tratamiento de diarreas agudas por personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas en el Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	10	35.7
Ocasionalmente	11	39.2
Eventualmente	5	17.8
Nunca	2	7.3
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a ocasionalmente (cada quince días o más) con un 39.2%; seguido por frecuentemente (varias veces a la semana) con un 35.7% que el personal encuestado realiza esta actividad.

Cuadro No. 17

Detección y notificación de casos de enfermedades transmisibles (T.B. Enfermedades de Trans.Sex...,) por personal de enfermería de primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	3	10.7
Ocasionalmente	11	39.3
Eventualmente	11	39.3
Nunca	3	10.7
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje con 39.3% en ocasionalmente y la misma cifra en eventualmente lo cual significa que esta actividad es realizada por el personal encuestado cada 15 días o más o cada mes o más.

Cuadro No. 18

Referencia de pacientes a la Unidad Auxiliar o Centro de Sa
lud por personal de enfermería del primer nivel de atención
en Unidades Médicas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	20	71.5
Ocasionalmente	5	17.8
Eventualmente	3	10.7
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Descripción: El mayor porcentaje corresponde a frecuentemen
te (varias veces a la semana) con un 71.5% que
el personal encuestado realiza referencia de
pacientes a otros niveles para su atención.

Cuadro No. 19

Atención de enfermedades de tipo respiratorio que son atendidos por personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	14	50
Ocasionalmente	8	28.6
Eventualmente	5	17.8
Nunca	1	3.6
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: La mitad del personal encuestado refiere atender casos de enfermedades respiratorias frecuentemente o sea varias veces a la semana.

Cuadro No. 20

Atención de padecimientos de tipo degenerativo (cardiopatías, diabetes mellitus...) que son atendidas por personal de enfermería de primer nivel de atención, en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	2	7.2
Ocasionalmente	13	46.4
Eventualmente	10	35.7
Nunca	3	10.7
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje representado por el 46.4% cae en ocasionalmente (cada 15 días o más) que el personal encuestado refiere atender padecimientos de tipo degenerativo.

Cuadro No. 21

Atención de accidentes que son atendidos por personal de enfermería del primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Escala de Periodicidad	No. de enfermeras que realizan la actividad	%
Frecuentemente	5	17.8
Ocasionalmente	14	50
Eventualmente	3	10.7
Nunca	6	21.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: La mitad del personal encuestado atiende accidentes ocasionalmente (cada 15 días o más), seguido por un 21.5% que no atiende a personas accidentadas nunca.

Cuadro No. 22

Nivel de escolaridad del personal de enfermería asignado al primer nivel de atención en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Nivel de Escolaridad	No. de Enfermeras	%
Carrera de enfermería (3 años)	16	57
Curso de auxiliar de enfermería (1 año)	9	32.3
Curso de primeros auxilios	3	10.7
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Descripción: El mayor porcentaje representado por el 57% del personal encuestado cuenta con los estudios de la carrera de enfermería de nivel técnico (3 años) y que el 32.3% cuenta con el curso de auxiliar de enfermería de un año de duración.

Cuadro No. 23

Tiempo para la inducción al puesto del personal de enfermería del primer nivel de atención de las Unidades Médicas del Estado de Morelos.

1985

Tiempo empleado	No. de enfermeras	%
De 1 a 4 semanas.	21	75
5 meses y más.	3	10.7
No recibió adiestramiento.	4	14.3
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje representado por 75% del personal encuestado recibió un adiestramiento previo de 1 a 4 semanas. A este porcentaje le sigue un 14.3% de personal que refiere no haber recibido ningún adiestramiento o inducción al puesto.

Cuadro No. 24

Necesidad de mayor capacitación del personal de enfermería del primer nivel de atención para atender la salud de la población en Unidades Médicas rurales y urbanas del Estado de Morelos.

1985

Opciones	No. de enfermeras	%
Si	22	78.5
No	6	21.5
Total	28	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Descripción: El mayor porcentaje del personal encuestado con un 78.5%, opina que si tiene necesidad de mayor número de conocimientos con el objeto de estar mejor capacitadas para el desempeño de sus labores en favor de la salud.

2. Resumen y conclusiones.

Una comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos, valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social que contiene normas e instituciones sociales; el individuo pertenece a la sociedad en el sentido más amplio a través de su familia y de su comunidad.

La salud de la familia y el grupo está determinada por la biología humana, el medio ambiente, los modos de vida de la comunidad y el sistema de asistencia para la salud.

Asimismo, la salud de la comunidad está en relación con la salud de los miembros de la comunidad, con los problemas que afectan a la salud de éstos y con la totalidad de la asistencia sanitaria de que puede disponer la comunidad.

Los factores determinantes de las necesidades sanitarias de la comunidad son: la situación sanitaria, las modalidades de la morbilidad y las expectativas de la población

en materia de salud.

Los recursos con que cuenta la comunidad y la asignación de estos recursos a los servicios de salud (o servicios relacionados con ésta) determinan directamente el alcance y la composición de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria.

Esta asistencia sanitaria, será accesible a toda la población, es decir, disponible cuando se la necesite, libre de toda barrera económica sin limitaciones impuestas por distinciones sociales ni culturales y de fácil alcance para todos dentro de los límites razonables.

El término asistencia sanitaria comprende servicios como la atención primaria de salud. La atención primaria de salud es el medio estratégico de asistencia sanitaria proyectado para atender las necesidades de salud en las áreas urbanas o rurales de población marginada esencialmente, al proporcionar servicios preventivos y terapéuticos así como de educación sanitaria, la protección de madres y niños, la planificación de la familia y la prevención de los peligros del medio.

Así, la planeación de los programas de salud para la comunidad deberán estar basados en las necesidades de las mismas comunidades por el personal asignado para realizar la alternativa de acción que ayude a solucionarlos. Y nadie mejor que el personal de enfermería del primer nivel de atención para detectar, planear, realizar y evaluar los programas encaminados a solucionar los problemas de salud de las comunidades que atienden.

La población de estudio perteneciente al personal de enfermería de atención primaria de salud que labora en Unidades Médicas urbanas y rurales de la jurisdicción I, del Estado de Morelos, presenta algunos aspectos importantes de analizar respecto a las actividades en sus distintas comunidades, lo que hace necesario mencionar algunos aspectos sobresalientes encontrados, como son:

El personal de primer nivel realmente planea sus actividades con base en los problemas que cada mes detecta en la población que atiende. Y entre los principales problemas se encuentra la falta de drenajes, letrinas, deficiencia en el servicio de recolección de basuras. Esta situación se presenta en el área urbana como en la rural (No se encontró diferencia substancial entre las necesidades de las comunidades urbanas y rurales, debido tal vez a que

las características de marginación son similares en todas las áreas. Por esta razón se dan los mismos resultados para ambas regiones), y el problema es atacado por el personal de enfermería por medio de dar orientación a la población acerca de la correcta disposición de excretas, basuras y desechos humanos, por lo que un alto porcentaje del personal de enfermería realiza esta actividad por lo menos ca da quince días o más frecuentemente en caso necesario.

Dentro del perfil epidemiológico que presentan estas comunidades sobresalen los problemas de desnutrición, diarreas y enfermedades infecciosas agudas del aparato respiratorio, así como, problemas provocados por accidentes. Por lo que un alto porcentaje del personal lleva a cabo me didas de tipo preventivo como son: la orientación frecuente a las madres sobre aspectos nutricionales, manejo, consumo y conservación de alimentos, higiene personal y del medio ambiente, orientación sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles y prevención de accidentes; también sobre la importancia del control y exterminio de la fauna nociva y tramisora de enfermedades. Por lo tanto se puede concluir que las medidas de orientación preventivas están acordes con la problemática de salud de estas comunidades que atien de el personal de enfermería de atención primaria de salud en el Estado de Morelos.

Es importante considerar que en cuanto a las actividades que realiza este personal respecto a medidas curativas, se menciona que un 71.4% colaboran o realizan actividades referentes a la consulta externa y dotación de medicamentos a los usuarios del servicio, varias veces a la semana, también la aplicación de medicamentos la llevan a cabo en un 71.5% varias veces a la semana (este dato coincide con el anterior). También se menciona que en el Estado de Morelos prevalecen altos índices de tuberculosis pulmonar por lo que un alto porcentaje del personal de enfermería lleva a cabo el control y tratamiento de este tipo de pacientes, en las comunidades donde habitan refiriendo los nuevos hallazgos al centro de salud o nivel de atención necesario.

Las enfermedades de la población también son atendidas en los hogares de los pacientes, con lo cual la enfermera tiene oportunidad de detectar necesidades y/o problemas de salud dentro del núcleo familiar que le ayudarán posteriormente a planear acciones concretas para llevar a cabo en la región que atiende o directamente con cada familia.

Como se mencionó anteriormente, los accidentes son frecuentes en estas comunidades por lo que un alto porcentaje de enfermeras brindan primeros auxilios a la población.

Con lo anterior se puede concluir que las acciones curativas que lleva a cabo el personal de enfermería asignado al primer nivel de atención, están acordes con las necesidades de salud de la población.

Con respecto a las necesidades de enseñanza y capacitación que se proporciona a éste personal se encontró que: a la mayoría se le proporcionó una inducción al puesto de una a cuatro semanas, lo que se puede considerar poco, sin embargo hay que tomar en cuenta que el 57% del personal cuenta con la carrera de enfermería de nivel técnico, también que el 32.3% estudió el curso de auxiliar de enfermería de un año de duración y que el resto sólo estudió un curso de primeros auxilios. Esto referente al nivel de preparación.

Ahora bien, esta es la razón por la que al personal de enfermería se le brinda un adiestramiento en servicio que se basa en las necesidades de preparación que manifiesta. Este curso es programado cada semestre, y las clases son impartidas a todo el personal una vez por semana en el centro de salud de Cuernavaca.

A la necesidad de contar con nuevos conocimientos el personal refiere en un 78% que sí desea aumentar su potencial al respecto para poder brindar una atención eficiente

y oportuna a la población que atiende.

Tomando en consideración que el mayor porcentaje del personal de enfermería tiene un nivel de estudios que le permite planear, realizar y evaluar acciones, se entiende el que sean las responsables de planear cada mes las actividades que serán llevadas a cabo una vez detectadas las necesidades de salud. La necesidad de elaborar un plan de actividades mensual es asignado a todo el grupo de enfermería y los programas son elaborados en forma individual por cada una de ellas.

Por lo anterior se concluye que la eficiencia que muestra el personal de enfermería asignado a Unidades Médicas rurales y urbanas en el Estado de Morelos en su mayoría, está acorde con los programas de educación y capacitación continua que se les brindan y que les permiten tener un grado de conciencia tal que les da la capacidad de lograr los objetivos de salud, utilizando el mínimo de recursos humanos, materiales, económicos y de tiempo al menor costo posible.

Por todo lo mencionado se elaboró una Propuesta de Carta Programática para el Adiestramiento en Servicio de Personal de enfermería de campo, que favorezca aún más el

desempeño del personal de enfermería de atención primaria de salud en el Estado de Morelos.

IV REFERENCIAS

B I B L I O G R A F I A

Baena, Paz G., Instrumentos de investigación, México, Editores Mexicanos Unidos, 1981, pp. 130.

Djukanovi, V; Mach, E.P., Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo. Ginebra, OMS, 1976, 136 pp.

Evans, John R., Medición y gestión de los servicios médicos y sanitarios, New York, La fundación Rockefeller, 1982, 64 pp.

FEPAFEN, SSA. AMFEM, Seminario Nacional sobre integración docente-asistencial con énfasis en el primer nivel de atención. 14, 15 y 16 de abril de 1983, FAPAFEN, SSA, AMFEM, 1983, 19 pp.

IMSS, Diagnóstico de la situación de salud en México, Jefatura de Servicios de Planeación del IMSS, México, 1982, 94 pp.

IMSS, La atención médica rural en México, México, Colección Salud y Seguridad Social de la serie Manuales Básicos y Estudios, IMSS, 1984, 394 pp.

IMSS-COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, México, IMSS, 1981, 385 pp.

L'Gamiz, Arnulfo, Estadística Aplicada a la Salud I, México Material didáctico para uso docente, Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, UNAM.

Malacara, Juan Manuel, Experiencias de la Universidad de Guanajuato y la Meta de Salud para Todos en el año 2000, México, Universidad Autónoma de Guanajuato, 1983, 14 pp.

Mangay, Pizurki, La partera tradicional en siete países, Ginebra, OMS, 1981, 283 pp.

Ofosu-Amaah, Virginia, Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad, Washington D.C. OPS/OMS, 1981, 283 pp.

OMS, Atención primaria de salud. La experiencia china, Ginebra, 1984, 123 pp.

OMS, Boletín de la Oficina Panamericana Sanitaria, Vol. 3, Washington D.C., OMS, 1983, 93 pp.

OMS, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 5,

Washington D.C., OMS, 1984, 31 pp.

OMS, Foro mundial de la salud, Ginebra, OMS, 1983, 330 pp.

OMS, Mandato de cambio: La mujer, la salud y el desarrollo de las Américas, Washington D.C., 1985, (Folleto).

OPS/OMS, Educación médica y salud, Washington D.C., OMS, 1981, 539 pp.

OPS/OMS, El papel de la enfermera en la atención primaria de la salud, Washington D.C., OMS, 1977, 17 pp.

OPS/OMS, Enseñanza de la administración en los programas de enfermería, Washington D.C., OMS, 1983, 32 pp.

OPS/OMS, Función del personal de enfermería y de las parteras en la estrategia de salud para todos, 36a. Asamblea Mundial de la Salud, Washington D.C., 1983, 2 pp.

OPS/OMS, Informe Final: Metas en materia de enfermería, Washington D.C., XXVII Reunión del Consejo Directivo, Resolución IXI, OMS, 1980, 2pp.

OPS/OMS, La toma de posición de enfermería como una respuesta a la problemática de salud en América Latina. Informe de un grupo de expertos reunido en Washington, D.C., del 10 al 21 de julio de 1978, Washington D.C., 1978, 22pp.

PNUD, Atención primaria de salud, con especial referencia al desarrollo de los recursos humanos. (nota de orientación programática del PNUD), Dirección de Política y Evaluación del Programa División de Asesoramiento Técnico, Ginebra, 1983, 23 pp.

San Martín, Hernán, Salud y Enfermedad, México, 3a. edición, La Prensa Médica Mexicana, 1975, 819 pp.

Soberón, Guillermo, et al, La Enfermería en la Atención Primaria en México, México, S.S.A., 1983, 20 pp.

SSA, Catálogo de Unidades Médicas Rurales, México, 1983, 98 pp.

SSA, Evaluación del Programa de Salud Rural, México SSA, 1982, 79 pp.

SSA, Modelo de Atención a la Salud, México, SSA, 1985, 112 pp.

SSA, Perfil de la Enfermería en México, México, SSA, 1981,
36 pp.

SSA, Planeación del Sistema Nacional de Salud, México, Coor-
dinación de Estudios y Proyectos de la Subsecretaría de Pla-
neación de la SSA, 1984, 132 pp.

SSA, Programa Nacional de Salud 1984-1988, México, Cuader-
nos Técnicos y Planeación No. 6, Subsecretaría de Planea-
ción de la SSA, 1984, 132 pp.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE MORELOS
CALENDARIO DE SUPERVISION CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DE _____ JURISDICCION SANITARIA No. _____
NOMBRE DEL PERSONAL SUPERVISOR _____

FECHA	LUGAR	PROPOSITO	ACTIVIDAD	MATERIAL AUXILIAR
2-3-4-IX-85	COL. EMPLEADO	RECOPIACION	RECOPIACION DE INFORMACION	LIBRETA Y LAPIZ
5-IX-85	CENTRO DE SALUD	ADiestRAMIENTO	ADiestRAMIENTO EN SERVICIO	LIBRETA Y LAPIZ
6-IX-85	COL. EMPLEADO	PLATICAS	PLATICAS A MADRES	ROTAFOLIO
9-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES	LIBRETA Y LAPIZ
10-IX-85	CENTRO DE SALUD	INFORMES	ELABORACION DE INFORMES	LIBRETA Y LAPIZ
11-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
12-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
13-IX-85	COL. EMPLEADO	PROMOCION	PROMOCION AL PROGRAMA P.F.	LIBRETA Y LAPIZ
17-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
18-IX-85	COL. EMPLEADO	PLATICAS	PLATICAS A ESCOLARES	ROTAFOLIO
19-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
20-IX-85	COL. EMPLEADO	PESQUIZA	PESQUIZA BACILOSCOPICA	LIBRETA Y LAPIZ
23-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
24-IX-85	COL. EMPLEADO	PROMOCION	PROMOCION DE VACUNACION	MATERIAL Y EQUIPO
25-IX-85	COL. EMPLEADO	VACUNACION	VACUNACION SIMULTANEA	" "
26-IX-85	COL. EMPLEADO	VACUNACION	VACUNACION SIMULTANEA	" "
27-IX-85	COL. EMPLEADO	VISITAS	VISITAS DOMICILIARIAS	LIBRETA Y LAPIZ
30-IX-85	CENTRO DE SALUD	CALENDARIO	ELABORACION DE CALENDARIO	LIBRETA Y LAPIZ

NOMBRE Y FIRMA

JEFE DE ENFERMERAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CURSO ESPECIAL TRANSITORIO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

NOMBRE DE LA INVESTIGACION: LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION COMO ESTRATEGIA PARA AMPLIAR LA
COBERTURA DE SALUD EN EL ESTADO DE MORELOS.

OBJETIVOS:

- Detectar la importancia que otorga el personal de enfermería a las acciones de tipo preventivo y curativo en el primer nivel de atención.

- Conocer el grado de enseñanza y capacitación continua que se le brinda al personal de enfermería en el primer nivel.

I. Datos de Identificación.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Lugar de la Unidad de procedencia _____

Nota: Los datos que usted proporcione serán estrictamente
confidenciales por lo que le pedimos sea veraz.

INSTRUCCIONES: ESCRIBA EN EL RENGLON CORRESPONDIENTE UNA "F" EN CASO DE QUE USTED REALICE LA ACTIVIDAD "FRECUENTEMENTE" (varias veces a la semana), ESCRIBA UNA "O" CUANDO REALICE LA ACTIVIDAD "OCASIONALMENTE". (cada 15 días o más) Y UNA "N" EN CASO DE NO REALIZARLA "NUNCA".

I. Acciones curativas y preventivas en el primer nivel de atención.

¿Cada cuándo realiza usted?

1. Aplicación de inmunizaciones. _____
2. Orientación a la población sobre higiene personal. _____
3. Orientación a la población sobre nutrición. _____
4. Orientación sobre higiene materno-infantil. _____
5. Orientación sobre planificación familiar. _____
6. Orientación sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles y prevención de accidentes. _____
7. Orientación sobre la correcta disposición de excretas, basura y desechos humanos. _____
8. Orientación sobre el manejo, conservación y consumo de alimentos. _____
9. Orientación sobre la vigilancia y tratamiento de aguas de consumo humano. _____
10. Orientación sobre la fauna nociva y transmisora. _____
11. Realiza o colabora en la consulta externa y dotación de medicamentos. _____

12. Aplicación de medicamentos (inyecciones, sueros, etc.) _____
13. Control y tratamiento de tuberculosis. _____
14. Atención de las enfermedades comunes de la pobla-
ción en el hogar. _____
15. Atención de primeros auxilios. _____
16. Control y tratamiento de diarreas agudas. _____
17. Detección y notificación de casos de enfermeda-
des transmisibles (TB, transmisión sexual) _____
18. Referencia de pacientes a la Unidad Auxiliar
o Centro de Salud. _____
- ¿Con qué frecuencia se presentan los siguientes
padecimientos en su localidad? _____
19. Diarreas y otras enfermedades digestivas. _____
20. Enfermedades del aparato respiratorio. _____
21. Enfermedades de tipo degenerativo (cardiopatía,
diabetes, mellitus, etc.). _____
22. Accidentes. _____

II. Actividades de enseñanza y capacitación continua para el
personal de enfermería asignado al primer nivel de aten-
ción.

-ESCRIBA EN LA LINEA CORRESPONDIENTE LA LETRA DEL INCISO QUE
INDIQUE SU RESPUESTA.

23. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

a) Primaria

b) Secundaria

- c) Curso de primeros auxilios.
- d) Carrera de Enfermería (3 años)
- e) Curso de Auxiliar de Enfermería (1 año) _____
- f) Otros _____

24. ¿Por cuánto tiempo se le adiestró para ocupar el puesto que tiene ahora?.

- a) De 1 a 4 semanas.
- b) De 2 a 4 meses
- c) 5 meses y más.
- d) No recibió adiestramiento previo.
- e) Otros _____

25. ¿Con qué frecuencia se le imparten cursos de educación, capacitación o adiestramiento?

- a) Continuamente (siempre)
- b) Esporádicamente (de vez en cuando)
- c) Periódicamente (a intervalos regulares)
- d) Nunca ha recibido cursos.

26. ¿Piensa que le faltan conocimientos para brindar mejor atención de salud a la población de su comunidad?.

- a) Si _____
 - b) No. _____
- ¿Por qué? _____

27. ¿Sobre qué aspectos le gustaría y/o necesita enseñanza, capacitación o adiestramiento? _____

28. ¿Cuáles son las necesidades de salud que detecta en su comunidad?

29. ¿Cuenta usted con un plan de actividades de salud basado en las necesidades de la comunidad?.

a) Si b) No. _____

¿Por qué? _____

30. ¿Participa usted en la planeación y evaluación del Plan de Actividades de salud de su comunidad?.

a) Si b) No. _____

¿Por qué? _____

31. ¿Considera usted que si tuviera más conocimientos podría aprovechar mejor los recursos con que cuenta en su comunidad y ampliar aún más la atención de salud que presta?.

a) Si b) No. _____

¿Por qué? _____

Muchas gracias por su colaboración.