

25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA PRACTICA INDEPENDIENTE DE LA PROFESION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA BASADA EN LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD PARA FAVORECER EL EJERCICIO LIBRE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTAN:

CONDADO ZAGADA YADIRA ROSAS SANCHEZ GLORIA

[Firma manuscrita]

DIRECTORA DE TRABAJO: LIC. ADDY GUTIÉRREZ RAIGOSA



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Coordinación de MARZO DE 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Por darme la vida , la voluntad, la fuerza necesaria y mostrarme el camino para lograr esta meta.

A LA LIC. ADDY GUTIERREZ RAIGOSA

Como una pequeña muestra de agradecimiento por la dirección de la presente tesis quien a través de sus bastos conocimientos dirigió paso a paso hasta la culminación.

A MIS HIJOS (RICARDO Y JAQUELIN)

Con todo mi amor y con el deseo de que el esfuerzo que culmina con este trabajo, sirva como aficiente, estímulo y augurio de los grandes éxitos en sus vidas, en su proceso de formación y a quienes dedicaré ahora y siempre mis más grandes logros.

A MI ESPOSO (RICARDO ESPINOZA)

Gracias a su comprensión, amor, confianza y apoyo incondicional que recibí durante mi formación profesional y la elaboración de esta investigación hicieron posible alcanzar el final de esta meta.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS.

Por el apoyo recibido durante toda mi vida.

A MI HERMANA (ROSI)

Por todo su amor, confianza, dedicación, además de todos los esfuerzos que hizo para que me superara en esta vida, por todos esos valores y consejos que me otorgaron seguridad, por el apoyo que me brindó a cada instante para llegar a ser un profesional.

GLORIA ROSAS SÁNCHEZ

AGRADECIMIENTOS

DIOS te agradezco por todo lo que me has dado en la tierra y por permitirme caminar un tramo más.

Lic. Addy Gutiérrez Raigosa.

Sabiendo que jamás encontraremos la forma de agradecerle su apoyo y orientación nos gustaría reiterarle que muchos de nuestros ideales, esfuerzos, han sido también suyos e inspirados en usted.

A mi padre (Antonio ☽)

Quien me lego sus bases morales y sociales, por su comprensión, apoyo económico y haber sido uno de los motivadores para estudiar una carrera universitaria aunque no haya estado presente.

A mi madre (Cecilia)

Por darme la vida, por el apoyo recibido, la confianza brindada aún en los momentos difíciles y en especial, por el cariño para el cual no existen palabras, pero fundamentalmente por inculcarme los valores que ahora poseo, que fueron la base para terminar con éxito mi carrera profesional.

A mis hermanos (Erika y Toño)

Que me dieron su mano y estuvieron junto a mí en mis triunfos y derrotas.

A mi compañera y amiga (Gloria)

Por su apoyo y paciencia que me brindó en una de las metas más importantes de mi vida.

Por esto y mucho más mi profundo agradecimiento.

XADIRA C.Z.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Justificación.....	3
1.3 Planteamiento del problema.....	4
1.3.1 Problema.....	5
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivo Especifico.....	5
1.5 Hipótesis.....	5
1.6 Variables.....	6
2. MARCO TEORICO.	
2.1 Antecedentes y Evolución Histórica de la Enfermería.	
2.1.1 Época anterior a la invasión hispana.....	8
2.1.2 Ocupación hispana.....	8
2.1.3 Partera como antecedente de la profesión.....	12
2.1.4 Independencia y Revolución.....	16
2.1.5 Época actual.....	27
2.2 Necesidades de salud en México y Enfermería.	
2.2.1 Panorama Nacional de Salud.....	31

2.2.2 Aspectos Demográficos de las poblaciones rurales, agroindustriales y urbano marginales.....	36
2.2.3 Recursos de Enfermería.....	44
2.2.4 Enfermería en el contexto del Sistema Nacional de Salud.....	49
2.3 Aspectos sociales, económicos e ideológicos que influyen en el ejercicio libre.	
2.3.1 Imagen social de enfermería.....	57
2.3.2 Carácter cautivo del ejercicio libre profesional de la enfermería.....	62
2.3.3 Modelos de ejercicio profesional de enfermería en México y otros países latinoamericanos.....	74
2.3.4 Ideología e identidad en Enfermería.....	84
2.3.5 El TLC y la profesión de enfermería.....	91
2.4 Bases que sustentan el ejercicio libre de la Enfermería y Obstetricia.	
2.4.1 Atención Primaria a la Salud.....	94
2.4.2 Programa de Extensión de Cobertura.....	105
2.4.3 Bases Legales.....	113
2.4.4 Planes y programas de estudio de la ENEO.....	121
2.4.5 Experiencia en otros países.....	126
2.5 Fundamentos teóricos, metodológicos para el ejercicio libre.	
2.5.1 Algunas teorías y modelos de Enfermería.....	130
2.5.2 El enfoque de riesgo.....	135
2.5.2 Ejercicio libre de la Enfermería y Obstetricia.	153

2.6 El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud.

2.5.3 Generalidades.....	158
2.5.4 Estructura organizativa.....	159
2.5.5 Objetivos.....	165
2.5.6 Líneas programáticas básicas.....	166
2.5.7 Programa de Servicio Social.....	173

3. METODOLOGÍA.

3.1 Ubicación de tema de estudio.....	181
3.2 Tipo de estudio.....	181
3.3 Definición de Universo.....	181
3.4 Definición de las unidades de investigación.....	182
Lugar	
Tiempo.	
3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	182
3.6 Determinación de la unidad de observación.....	182
3.7 Criterio de exclusión.....	182
3.8 Criterio de inclusión.....	182
3.9 Recursos e instrumentos de trabajo.....	183

4. ASPECTOS ETICOS LEGALES DEL ESTUDIO..... 187

5. RESULTADOS.

5.1 Interpretación de datos.....	188
5.2 Conclusiones y Recomendaciones.....	201

6. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	204
7. ANEXOS.	
-Cuadro básico de medicamentos que manejan los auxiliares de salud.....	205
-Procedimiento a seguir en la apertura de un establecimiento para ejercer la enfermería en forma independiente.....	206
8. GLOSARIO DE TERMINOS.....	208
9. BIBLIOGRAFÍA.	
9.1 Aparato crítico.....	210
9.2 Bibliografía General.....	214

1. INTRODUCCIÓN.

Considerando la transformación del Sistema Nacional de Salud que desde 1984 destaca una participación más activa, que promueve el desarrollo humano a través del enfoque relacionado con sectores nuevos como las estrategias dirigidas a contribuir el crecimiento y fortalecimiento de la labor preventiva y al mejoramiento de la efectividad de las acciones curativas. El sector privado paulatinamente tendrá mayor participación en la regulación sanitaria; para esta actividad deberán formarse profesionales especializados cuyos conocimientos en Salud Pública constituye una garantía de participación adecuada, dando particular énfasis a la Atención Primaria a la Salud, anticipatorio al daño y a la atención de problemas de bajo riesgo.

Es un hecho que el combate a la pobreza extrema y los esfuerzos por crear una cultura de atención a la salud tiene su base en la prevención de enfermedades agudas, crónico degenerativas y accidentes que configuran el alto índice de morbilidad y mortalidad en nuestro país. En respuesta a la problemática el perfil académico del Licenciado en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, cubre tales necesidades ya que su formación académica esta enfocado a interactuar con otras profesiones del área de la salud prestando un servicio a la sociedad para el fomento a la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de bajo riesgo y la rehabilitación de los enfermos. Las intervenciones de enfermería se enfocan a la atención, cuidado y bienestar encaminadas a la prevención o solución de los problemas de salud, a tomar conciencia de ellos y elaborar respuestas de los mismos. Controla el embarazo y el parto de bajo riesgo así mismo vigila el crecimiento y desarrollo del niño, también detecta padecimientos crónico degenerativos, infecciosos,

metabólicos, canaliza a los enfermos para la atención médica, inicia tratamientos indicados y hace seguimientos a los casos; promueve el cuidado a la salud mediante estrategias didácticas diversificadas y tecnologías simplificadas.

Todo esto para proporcionar las bases del ejercicio libre de la profesión e intervenir en la problemática de salud de nuestro país. Basados en estas aseveraciones es deseable que se fomente el ejercicio libre de la enfermería y la obstetricia de manera que estos profesionales seleccionen su clientela con base en las necesidades de atención considerando el 80% de los casos que acuden al CCOAPS refieren necesidad de apoyo, protección y tecnología simple, común a la enfermería y que no requieren la competencia del médico.

El CCOAPS es un espacio que cuenta con la participación de los pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en donde se realizan actividades de Atención Primaria a la Salud, se proporciona atención de bajo riesgo con acciones anticipatorias al daño, cuidado y fomento a la salud así como el control de la enfermedad.

Es necesario la aplicación de los conocimientos teóricos-metodológicos adquiridos en las diferentes materias para dar coherencia con lo mencionado en el plan de estudios y el perfil del egresado. Por lo que es importante conocer la experiencia de los pasantes que realizaron su servicio social en dicho centro.

1.1 Antecedentes.

El desarrollo histórico de las fuerzas productivas ha determinado la formación económico social y en este marco la manera de prestación de los servicios, así, las profesiones que otorgaban una atención en forma empírica, como fue el caso de la partera, sufren un cambio en proceso capital en el que tanto las instituciones formadoras de

recursos como los prestadores de servicios juegan un papel muy importante en la demanda de servicios profesionales.

La formación económico- social determina la evolución de las profesiones tanto en sus contenido como en los modelos de ejercicio, por lo tanto la selección de las tecnologías correspondientes a cada profesión para una prestación de servicios tendientes al desarrollo de las fuerzas productivas que pueden generar plusvalía, tal es el caso de las administradoras de servicio de enfermería para favorecer o reforzar los intereses del capital, lo que se refleja en la demanda de formación de enfermeras especializadas para las instituciones de tercer nivel de atención a la salud, así mismo se establecen servicios para reafirmar la formación económico-social, tal es el caso de la investigación, planeación, y regulación de servicios para la conciliación del Estado, dado por la incursión de enfermeras como asesoras a esos niveles.

Sin embargo se observa que los servicios de enfermería que implican atención directa a la comunidad ya sea domiciliaria o en servicios de primer nivel, se encuentran totalmente ignorados a pesar que desde 1977 la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, dictó en una de sus resoluciones que debía ser la enfermera y la partera las que tendrían un papel protagónico en la atención preventiva, curativa, atención a casos crónicos, rehabilitación y en caso de suma dependencia y moribundos, todo esto reiterado en la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en 1992 en donde se afirma que las enfermeras del mundo tendrían el papel más relevante en la Atención Primaria a la Salud.

1.2 Justificación.

Los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas del área de la

salud que afectan a las grandes mayorías, proponiendo e impulsando las transformaciones que provengan de una sociedad más sana con acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnologías y metodologías simplificadas, a la promoción de la salud y al fomento e integración de los esfuerzos comunitarios.

El ejercicio libre de la enfermería y obstetricia se convierte en un elemento muy importante para las propuestas de Atención Primaria a la Salud que pugnan por una extensión de cobertura de los servicios de salud en este caso sería a merced de consultorios de enfermería, en donde se realizan acciones anticipatorias al daño y atención a problemas de salud de bajo riesgo a un costo que podría aceptar la comunidad, lo que además redundaría en una disminución de la saturación innecesaria de otros servicios de salud y por lo tanto se traduciría en un abatimiento de los costos erogados en materia de salud lo anteriormente expresado ha sido retomado en el actual Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y propone en su perfil de egreso, el ejercicio libre de la profesión lo que da independencia a los egresados y un renovado enfoque social y humanístico en sus acciones.

1.3 Planteamiento del problema.

El Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia destaca el enfoque preventivo en la Atención Primaria a la Salud, pero lamentablemente durante el desarrollo de las prácticas comunitarias no tienen un objetivo específico que corresponda al primer nivel de atención; con respecto a las prácticas hospitalarias se da mayor importancia a las especialidades medicas, formando una ideología desinteresada en la prevención y fomentando en los estudiantes y los egresados un desempeño laboral en un

salud que afectan a las grandes mayorías, proponiendo e impulsando las transformaciones que provengan de una sociedad más sana con acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnologías y metodologías simplificadas, a la promoción de la salud y al fomento e integración de los esfuerzos comunitarios.

El ejercicio libre de la enfermería y obstetricia se convierte en un elemento muy importante para las propuestas de Atención Primaria a la Salud que pugnan por una extensión de cobertura de los servicios de salud en este caso sería a merced de consultorios de enfermería, en donde se realizan acciones anticipatorias al daño y atención a problemas de salud de bajo riesgo a un costo que podría aceptar la comunidad, lo que además redundaría en una disminución de la saturación innecesaria de otros servicios de salud y por lo tanto se traduciría en un abatimiento de los costos erogados en materia de salud lo anteriormente expresado ha sido retomado en el actual Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y propone en su perfil de egreso, el ejercicio libre de la profesión lo que da independencia a los egresados y un renovado enfoque social y humanístico en sus acciones.

1.3 Planteamiento del problema.

El Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia destaca el enfoque preventivo en la Atención Primaria a la Salud, pero lamentablemente durante el desarrollo de las prácticas comunitarias no tienen un objetivo específico que corresponda al primer nivel de atención; con respecto a las prácticas hospitalarias se da mayor importancia a las especialidades medicas, formando una ideología desinteresada en la prevención y fomentando en los estudiantes y los egresados un desempeño laboral en un

segundo o tercer nivel de atención lo que no favorece el ejercicio libre de la profesión. El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) se crea para dar coherencia a la práctica comunitaria que demandan los planes y programas de estudios de la ENEO-UNAM y para favorecer el ejercicio independiente de la profesión a través del servicio social de sus egresados.

1.3.1 Problema.

¿Podrá constituirse el CCOAPS-ENEO en una instancia que favorezca la práctica liberal de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia?

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo General.

Identificar en el plan de estudios y programas los elementos relacionados con la práctica libre de la profesión para darle coherencia con las acciones a realizar en el servicio social de los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

1.4.2. Objetivo específico.

Conocer si las intervenciones independientes de enfermería en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco DF. proporcionan a los egresados del servicio social los elementos necesarios para el ejercicio libre de la profesión.

1.5. HIPÓTESIS.

La estructura organizativa, los recursos y la prestación de servicio social en el CCOAPS ENEO y las características de la población favorecen en ejercicio libre de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

1.6. VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Estructura organizativa

Recursos

Prestaciones de servicio

Población

INDICADORES

Política

Líneas jerárquicas

Objetivos

Programas

Funciones

Actividades

Humanos: tutores de

Servicio social

Materiales: consultorio

de enfermería

Consejería de enfermería

Trabajo con familia

Trabajo con grupos:

Escolares, trabajadores

Aceptantes

No aceptantes

VARIABLES DEPENDIENTES

**Ejercicio libre de los Licenciados
en Enfermería y Obstetricia**

Lugar de prestación

Tipo de prestación

**Tiempo y horario dedicado
al ejercicio libre**

**Retribuciones económicas
y otras**

Impedimentos

Perfil de egreso

Actitudes para el ejercicio libre

Aptitudes para el ejercicio libre

2. MARCO TEORICO.

2.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN HISTORICA DE LA ENFERMERÍA.

2.1.1 Época Anterior a la Invasión Hispana.

En la época prehistórica, la arcaica y la clásica no se cuenta con datos referentes a actividades de enfermería o de mujeres que se dedicaran a cuidar enfermos, es de presumir que sólo por instinto natural estaría ella pendiente de aplicar los remedios usados en ese tiempo, ya fuera al padre, hijo, esposo y hermanos cuando enfermaban, procurando a la vez alimentarlos.

2.1.2 Ocupación Hispana.

Se tienen bases para deducir que la enfermería se practicaba por las mujeres aun cuando no se dedicaran exclusivamente a esta actividad. Sus actividades consistían en ministración de brebajes, poniendo lavados intestinales o practicando curaciones, dando fricciones, poniendo férulas y vigilando Temascales, tan usados para diferentes actividades médicas y obstétricas.

Lo que pudiera parecer la enfermería, propiamente en este período, puede decirse que se concentraba al traslado y cuidado inmediato de los heridos en combate, ya fuera entre unos, u otros, o entre los indios y los españoles.

Tenían gente suelta para tomar luego los heridos y llevarlos a cuesta lo que indicaban que solo había atención de heridos en combate, atención que se llevaba a cabo por lo que pudiéramos llamar Enfermeras Ambulantes, la atención de las heridas y las enfermedades, la hacían a base de la terapéutica indígena utilizaban más de mil doscientas plantas

medicinales, cuyas propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, etc; los nativos tenían perfectamente estudiadas y conocidas.

A los heridos, después de asearles sus heridas les aplicaban extractos de plantas con propiedades astringentes y mitigantes del dolor después de lo cual aplicaban una bilma.

Cuando los españoles llegaron en plan de conquista, tuvieron que confesar que la medicina entre los aztecas estaba muy adelantada, en curar, sabiendo también concretar los huesos, purgar, sangrar, sajar, dar puntos y librar de la muerte al enfermo. La medicina en tiempo de Moctezuma había alcanzado gran desarrollo, pues tenían hasta hospitales para curar enfermo.

Los aztecas tenían su dios de la mujer que cuidaba enfermos se denominaba TICITL. Pudo haber Ticitl hábiles, inteligentes, de mediana habilidad o torpes pero como era un trabajo que estaba considerado como propio de esclavos o de sirvientes, nadie se preocupó por darle mayor impulso o bien exigir la mejoría categórica que después ha recibido como profesión.

La figura principal fue la partera, que se dedicaba a la atención de la madre desde el momento que se consideraba embarazada y más tarde daba atención a la madre y al hijo, no solo durante el parto sino durante los primeros meses del niño; estas mujeres recibían el nombre de TLAMATQUI-TICITL y era figura principal en cualquier comunidad. Para poder trabajar en esto se adiestraban con otras parteras más antiguas quienes las instrúan para que supieran dar consejos anticipados, con los que se preparaban a las parturientas. Acostumbraban llevar a las embarazadas a los temascales para que sudando se librasen de los humores. Aseguran los Códices que cuando era necesario sabían practicar la embriotomía, operación delicada que ellas realizaban hábilmente, valiéndose de pedernales muy bien afilados, los cuales eran introducidos diestramente por la vagina, hasta el útero,

en donde dividían a la criatura; por su puesto que esto lo hacían cuando se dificultaba el parto haciendo imposible el nacimiento y sabían que el producto estaba muerto por su inmovilidad.

Acostumbraban dar consejos a las embarazadas, recomendaban una buena alimentación, reposo físico y moral, moderación en el trabajo manual, sobre todo en los últimos tres meses.

La partera actuaba también como enfermera, pero como partera si recibía cierta educación debido a que le enseñaban el oficio y la entrenaban sus descendientes (madre o abuela) que había ejercido como TLAMATQUITICITL.

Durante la colonia la situación de las enfermeras era muy distinta. Cabe aclarar que se utilizó el nombre de "enfermeras" por las actividades que las mujeres y hombres realizaban en los hospitales desde el siglo XVI en la Nueva España pero no corresponden a la profesión por carecer de estructura educativa formal. Las personas que trabajaban como enfermeras realizaron durante mucho tiempo actividades de limpieza y mensajería en los hospitales y dependían jerárquicamente de la partera, el médico y las órdenes religiosas según las características y la administración de las instituciones en las que se encontraran. En muchas ordenanzas aparecían como "sirvientes", "enfermeras lavanderas", "enfermeras cocineras"; "enfermeras mandaderas". Las parteras dentro del personal " científico " o "administrativo" su salario era tres veces mayor que el de enfermería. Había también enfermeras que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles eran mujeres de edad madura, solteras o viudas se consideraba tan humilde su profesión que no se les exigía licencia ni examen previo de actitud para ejercer.

Se establecieron varios hospitales y el primero fue el llamado de la Limpia Concepción fundado por Hernán Cortés en el año 1524. En ese entonces el personal se componía de tres

capellanes, un médico, un cirujano, un barbero cirujano, un administrador, enfermero jefe, un grupo de enfermeras, tres inditos para aseo general y ocho esclavos para distintos trabajos. Las Hermanas de la Inmaculada Concepción eran las responsables del servicio y tenían mujeres seglares como ayudantes.

Durante éste período se fundaron de dos a tres hospitales en cada Estado casi todos manejados por religiosas que sin tener preparación, algunas se dedicaban a cuidar enfermos y otras no religiosas sobre todo aquellas que tenían conocimientos de las propiedades curativas de las yerbas.

La enfermería, durante muchos años o quizás siglos de este período de la colonia, sólo fue ejercida empíricamente por religiosas y frailes, muy caritativos y abnegados la mayoría, pero sin conocimientos técnicos al respecto.

La atención de enfermos por religiosas, en los citados hospitales y orfanatos fundados en este período, empezó con los trabajos de enfermería empírica que llevaban a cabo las religiosas del convento de la Santísima Concepción; se habían dado cuenta de que la atención de los enfermos dejaba mucho que desear, por tal motivo le encargo al PROTOMEDICATO que buscara un remedio para esta situación.

El Protomedicato era un cuerpo formado por un grupo de médicos, que cuando se formó por orden de los conquistadores, estaba integrado por los primeros médicos a los que se habían autorizado para ejercer la medicina y posteriormente, lo integraban los médicos más antiguos, los más sabios y los más competentes por los mismo, era la máxima autoridad en los referente a Medicina, Enfermería y Salud Pública, para que llevara a cabo un recorrido de inspección por todos aquellos lugares en donde había enfermos, ya fuera hospitales, conventos, orfanatos y cárceles, etc., para saber qué grupo de personas era el más apropiado para atender y cuidar enfermos, asimismo; saber cual grupo era el que se

sentía responsabilizado en esa clase de tareas. Precisamente fue en el Convento de la Santísima Concepción, en donde se supo que ese lugar reunía las mejores condiciones de responsabilidad, abnegación, habilidad, amor al necesitado y organización en las tareas de curar y atender al enfermo y rindió su informe en el que enaltecía la calidad de los cuidados que las religiosas tenían para los enfermos y fue entonces cuando las autoridades aceptaron que las monjas desempeñaran labores de enfermería en los hospitales y en todos aquellos lugares en donde había enfermos.

En el periodo Colonial se inició la educación universitaria en México, pues el imperial Colegio de la Santa Cruz, se transformó en la REAL Y PONTIFICA UNIVERSIDAD DE MEXICO. (1)

2.1.3 Partera como antecedente de la profesión.

El cuidado de la salud fue uno de los rasgos más sobresalientes de las culturas prehispánicas. El embarazo era recibido como bendición de los dioses, la mujer embarazada era vista con respeto y admiración, si moría en el parto su muerte era comparable a la de un guerrero muerto en combate e iba al cielo destinado a ellos. Había distintos “Especialistas” que atendían la salud de hombres y mujeres; éstas últimas se dedicaban sobre todo a las mujeres. El embarazo, el parto y el puerperio quedaba exclusivamente en manos de las parteras, se argumentaba que solo quien había parido podía tener esos conocimientos.

La atención del parto siguió en manos de las parteras durante los siglos XVI y XVII pero por otras razones; si en el pasado se excluía a los hombres de la obstetricia, era por razones de experiencia; ahora aunque desde 1551 se formaban como médicos no atendían partos porque lo consideraban “Arte denigrante”. Aunque durante dos siglos no se ocupaban de la obstetricia, si fueron controlando el ejercicio de las parteras mediante

diversos reglamentos cuya no observancia sancionaban la iglesia y el real tribunal del Protomedicato.

Durante todo el período colonial las parteras cumplieron una función social muy valiosa. Eran requeridas para curar enfermos y heridos; atender abortos, atender el embarazo, el parto, puerperio y enfermedades de mujeres y de niños. Poseían, además de experiencia, una gran información sobre herbolaría, sus efectos e indicaciones.

Fácil es pensar en el enorme poder que poseían y la amenaza que representaron para el poder médico y el eclesiástico de la Nueva España. Fueron perseguidas porque ofrecían a las mujeres la posibilidad de controlar su sexualidad y de atentar contra la sentencia divina de " aceptar los hijos que dios decida" y de "parir con dolor".sus actividades fueron restringidas por la iglesia.

Desde el inicio del siglo XIX se decretó que en todas las Universidades donde se formaron médicos se prepararan también parteras. En el caso de la Universidad Nacional de México la carrera de partos se inicia en 1833; se pedía como requisito "ser casada o viuda, si son viudas deben tener la certificación del párroco de ser viuda y honrada y si es casada, debe tener el consentimiento del esposo"; debería tener además, estudios de primaria, aprobar un examen preparatorio y saber el idioma francés. Requisitos por demás ambiciosos dadas las condiciones educativas de la población del país; según el censo de 1895, de 12 y medio millones de habitantes que había en México más de 10 millones eran analfabetas, así nos damos cuenta de lo difícil que era estudiar especialmente para las mujeres. La posibilidad de acceso a la educación estaba limitada al 9.3 % de la población perteneciente a la clase alta y media, el 90.7% restante integrado por las clases populares, quedaba prácticamente al margen de ella.

La importancia social de las parteras, sobre su habilidad, sabiduría, y su capacidad para resolver adecuadamente el embarazo, parto, puerperio y dar incluso atención inmediata y mediata al recién nacido y atender las afecciones ginecológicas. ahora la obstetricia oficial es ejercida en su mayoría por hombres y aunque afortunadamente siguen existiendo parteras que atienden el mayor índice de los partos, sobre todo en las zonas rurales, son vistas con desprecio y su práctica es infravalorada.(2)

Los conocimientos, destrezas y comportamientos fundamentales que se exigen de la partera para su ejercicio sin riesgo en cualquier entorno, pueden considerarse como máximas en algunas zonas del mundo y mínimas en otras zonas. Las clasificaciones de ciertos conocimientos y destrezas en la categoría aparte de "complementarios" da cabida a variaciones en cuanto a la preparación y el ejercicio de las parteras en todo el mundo, según las necesidades de su comunidad local o de su país. En ciertas zonas geográficas, algunas parteras son las únicas agentes sanitarias y deben desempeñar el triple papel de partera, médica y enfermera. En otras zonas, las parteras atienden únicamente a las mujeres más sanas y envían a aquellas pacientes que presentan complicaciones a los especialistas. La labor de la mayoría de las parteras se ubica en un punto intermedio entre estos dos.

Asimismo, dado que las parteras adquieren conocimiento y destrezas por distintas vías, estas aptitudes se asientan por escrito para su utilización genérica por parte de las parteras y asociaciones de partería encargadas de la enseñanza y el ejercicio de la partería a nivel local. Además, estas aptitudes esenciales constituyen directrices para las personas interesadas en elaborar programas de orientación e información en materia de partería dirigidos a funcionarios del gobierno y otras esferas de formulación de políticas que necesitan atender claramente el oficio y su proceso de la partera, su función y su proceso de capacitación.

La función exclusiva de las parteras en el fomento de la salud de las mujeres y familia en etapas de procreación se encuentran los siguientes: la colaboración con la mujer a fin de estimular el auto cuidado y la salud de la mujer, el lactante y la familia; el respeto de la dignidad humana y el trato de las mujeres como personas con derechos humanos plenos; la pronunciaci3n de la causa de las mujeres sin voz propia; el empoderamiento de las mujeres que necesitan hacerse escuchar para lograr una mejor asistencia sanitaria con miras a superar las pr3cticas o costumbres culturales que son perjudiciales para la mujer; y una atenci3n especial a la promoci3n de la salud y la prevenci3n de enfermedades, incluida la consideraci3n del embarazo como un acontecimiento normal. Dado que las parteras reconocen que para lograr la mayor repercusi3n posible sobre la salud materno infantil a nivel mundial es preciso que las mujeres disfruten de una situaci3n de equidad y cuenten con nutrici3n adecuada, agua limpia y saneamiento, estas profesionales est3n consagradas al mejoramiento de las condiciones b3sicas de vida, as3 como tambi3n a la prestaci3n de servicios competente de partería.

El ejercicio de la partería abarca la atenci3n aut3noma de la niña, la adolescente y la mujer adulta antes, durante y despu3s del embarazo. Esto significa que la partera brinda a la mujer la supervisi3n, atenci3n y orientaci3n necesarios durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio. La partera se hace cargo de los partos y atienden al reci3n nacido. Esta atenci3n incluye la supervisi3n de la Atenci3n Primaria a la Salud en el seno de la comunidad (medidas preventivas); la orientaci3n y educaci3n sanitaria de la mujer, la familia; la detecci3n de situaciones anormales en la madre y el niño; la prestaci3n de servicios de planificaci3n de la familia; la detecci3n de asistencia especializada seg3n sea necesario (inter consulta o env3o de casos); y la aplicaci3n de medidas de urgencia primarias y secundarias cuando se carece de ayuda medica. La partera ejerce en el marco

de un sistema comunitario de asistencia sanitaria que puede incluir a parteras tradicionales, curanderos, otros agentes sanitarios de la comunidad, médicos, enfermeras y especialistas de los centros de referencia. (3)

2.1.4 Independencia y Revolución.

Durante la independencia los establecimientos hospitalarios de México, continuaban en la decadencia que se inició en el año 1812 por circunstancias económicas y causas complejas.

En 1905 es la fecha en que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de Enfermería en México. Durante los once años de lucha no hubo progreso de enfermería, solo es lógico suponer que únicamente había Medicina, Cirugía y Enfermería militares.

Desde el principio de este período llamado Independiente, el país quedó en muy malas condiciones de funcionamiento político, con pésimas condiciones económicas y sin poder organizarse firmemente en mando único.

Por eso la llegada de un grupo de religiosas dedicadas a la administración de institutos benéficos, despertó gran entusiasmo. El 8 de octubre de 1844 se obtuvo, la autorización para traer a un grupo de Hijas de la Caridad, ya que sus reglas no estaban en contra de las leyes de nuestro país. En 1779 se envió a España los fondos suficientes para el viaje de las primeras Hermanas, que llegaron a Veracruz el 4 de noviembre de 1844. Solamente la superiora pasaba de los 30 años de edad, todas eran muy jóvenes y llevaban en la sangre nobleza y energía.

Durante el imperio la emperatriz Carlota, tenía una gran preocupación por proteger a la mujer que iba a ser madre soltera, para lo cual fundó la llamada Casa u Hospital de Maternidad e Infancia, en ese mismo hospital sus prácticas daría los primeros pasos en la

profesión de enfermería que posteriormente dieron lugar a las primeras enfermeras graduadas en México.

En la época de la Reforma el día 4 de diciembre de 1874, el entonces Presidente de la República Don Sebastián Lerdo de Tejada expide un decreto derivado de las Leyes de Reforma que reglan a País, para la extinción de órdenes monásticas, la nacionalización de bienes eclesiásticos, establecimiento del matrimonio civil independiente del matrimonio religioso, la creación del estado civil, secularización de los cementerios, es decir los quitaban de la injerencia religiosa y la separación completa de la iglesia y el estado. Y al igual exigía la salida de todas las religiosas del territorio nacional. Todas estas guerras y convulsiones político-sociales, determinaron un estancamiento de enfermería.

Los puestos vacantes de las monjas fueron ocupados por enfermeros varones, sin preocupación especial y siendo solamente practicantes, no desempeñaban muy bien las labores de cuidar a los enfermos. En el año de 1891 asumió la Dirección del Hospital de Maternidad e Infancia el Sr. Dr. Luis E. Ruiz y tres años después dispone que las salas queden bajo el cuidado de enfermeras pero como éstas también eran improvisadas, ordenó que los practicantes de medicina dieran clases prácticas, cuando menos de pequeñas cirugías hasta en los días domingo, a las nuevas encargadas. Es probable que esa fuera la primera ocasión, que recibieran clases las cuidadoras de enfermos y heridos en México.

Las condiciones en que se inició la profesionalización de la enfermería fue dada porque el grupo de médicos ya no disponía como antes de religiosas que prodigaran atención cristiana y gratuita a sus enfermos. No podían utilizar a las parteras para atender a sus enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y niveles jerárquicos y el trato con pacientes no obstétricas se hacía a través de las enfermeras, las que no estaban acordes en su preparación con las enormes posibilidades de desarrollo medico que el siglo

nuevo prometía; desarrollo que no podía frenarse atendiendo precariamente las necesidades del enfermo. El médico necesitaba asegurarse de que su obra de diagnóstico y terapéutica debía cuidarla una enfermera, manteniendo limpio y entretenido al paciente, cuidando la pulcritud, el orden y el resguardo de los recursos físicos y cumpliendo sin la más mínima objeción ni error sus ordenes.

Este proyecto requería de cambios en la estructura que, hasta ese momento, habían tenido solo la atención a los enfermos y esos cambios se dan tres ámbitos principalmente: educativo, ideológico y administrativo.

En el año de 1833, hubo un primer profesor de Obstetricia y operaciones, acordándose de paso que se permitiera a la mujer asistir a dichas cátedras; este establecimiento se cerró al año siguiente por carencia de fondos para su sostenimiento. Dos años después el Gobierno les quita a los universitarios varios departamentos para entregarlos a la Compañía Lancasteriana y entre ellos estaba el dedicado a la Obstetricia. En el año 1836 cierra el Establecimiento definitivamente, entregándolo a la iglesia. Fue hasta el año 1854 cuando se logró la compra de la casa de la Antigua Inquisición albergándose ahí la escuela tantas veces desalojada en donde estudiaron y se graduaron miles de Médicos, Parteras y Enfermeras.

Pero lamentablemente fue mayor la intervención de los médicos en el área Obstétrica disminuyendo un índice importante de parteras como profesionales. (4)

Durante el período Moderno en el ámbito educativo, desde 1900 se inician los intentos por capacitar a las enfermeras que laboraban en el Hospital de San Andrés en México. De 1900 a 1905 en que se inaugurara el Hospital General, fueron varias las estrategias del grupo médico para reunir un buen grupo de estudiantes; se pretendía que las aspirantes tuvieran un determinado grado de estudios, en la escuela normal o estudios de Obstetricia,

esta pretensión resultaba por de más ambiciosa ya que, tanto las maestras y maestros como las parteras ocupaban un lugar social y laboral como para dedicarse a enfermería. Por distintas razones el proyecto no tuvo los resultados que se esperaban. En el año de 1903 hubo un curso de enfermería básica en el Hospital de San Andrés pero todo ello no fue sino una serie de ensayos que no prosperaron.

A finales del año 1905 se empezó la organización de la enseñanza de Enfermería en México, de una manera firme y decidida, con las bases suficientes para llenar los aspectos indispensables en esa enseñanza, tendiendo a lograr ya desde entonces un cambio en la estimación de la enfermera, para poder tomarla en consideración como una trabajadora preparada, con estudios teóricos y una práctica dirigida de tal manera, que le permitiera ser una verdadera ayudante científica de los Médicos, quienes tratan de documentarla, dando cátedra de rudimentos de medicina y cirugía, haciéndola desarrollar por sí misma sus facultades para con los enfermos de cualquier clase de padecimientos.

El señor doctor Eduardo Liceaga era presidente del Consejo Superior de Salubridad y Director de la Escuela de Medicina, fue uno de los que principalmente auspiciaron el proyecto de construir un Hospital General, tuvo la necesidad de hacer un viaje a Europa, para hacer estudios referentes a la construcción de hospitales y funcionamiento de las Escuelas de Enfermería. En su viaje al viejo mundo se documentó tanto en lo referente a los hospitales como escuelas y volvió a México con la idea de que los hospitales y escuelas de enfermería de nuestro país, fueran semejantes a los europeos; venía decidido a que se establecieran en México escuelas de enfermería que tuvieran las bases técnicas y los programas de enseñanzas, suficiente en principio para llenar las necesidades del Hospital General que era incuestionablemente que habrían de necesitar.

El Sr. Dr. Eduardo Liceaga empezó haciendo una excitativa por medio de la prensa, en la que invitaba a las mujeres de México a recibir instrucción en el Hospital de Maternidad e Infancia con el fin de prepararse para ser enfermeras. Cuyo requisito era haber cursado la escuela primaria, tener una buena salud, tener alrededor de 20 años de edad y una constancia de buena conducta.

En el año 1903 se abrieron las inscripciones para las futuras enfermeras y así se tuvo el primer grupo de aprendices, compuestos por 20 señoritas y algunas señoras. A este grupo bien puede llamársele el pie veterano de la enseñanza de la enfermería en México; este grupo solo recibió algunas lecciones teóricas de cómo tomar el pulso, apreciar la temperatura de los enfermos, como usar el termómetro y hacer curaciones; así mismo de cómo preparar una consulta externa. Había en este hospital una consulta externa gratuita para el público a la que acudía aparte de las embarazadas y de los niños, adultos de diversas enfermedades, muchos de ellos ulcerosos; en donde aprendieron muchas de ellas sus enseñanzas. El Dr. Rafael Souza era el encargado de esa consulta externa y fue el primer maestro que tuvieron las alumnas que aspiraban a ser enfermeras del hospital. Por cierto era un maestro al que se le veía empeño en preparar enfermeras. La enseñanza y educación fueron mínimas en esta forma durante un año y en el año de 1904, se determinó que pasara el grupo al Hospital de San Andrés, que desde el período colonial existía.

Con esto se inició en firme la enseñanza de enfermería, porque pasaban de la teoría a la práctica, habiéndoseles enviado al Hospital de San Andrés con el fin de que al pasar por los diversos servicios que habían pudieran posteriormente atender con eficacia, los servicios que tuvieran a su cargo en el nuevo hospital. Este grupo que trabajó con mucha voluntad y casi sin recompensa, fue el que se hizo cargo de los servicios de enfermería, al inaugurarse este el día 5 de febrero de 1905.

El Dr. Liceaga logró que vinieran de Europa dos enfermeras alemanas, una de nombre Maude Dato que fungía como jefe de enfermeras, y secundaba perfectamente al Dr. Fernando López, vigilando los servicios de día y de noche, pues ahí mismo tenía su habitación; la otra enfermera fue Gertrudis Friedrich, que fungía como subjefe de enfermeras. Cuando estas dos enfermeras regresaron a su país, fueron ocupados sus lugares por dos enfermeras americanas llamadas Mary Cloud y Anna Hamburi, jefe y subjefe respectivamente y que tenían la particularidad de hacer sobre vigilancia de los servicios, trasladándose de un lado al otro del hospital en bicicleta, pensando con ello sorprender más fácilmente cualquier irregularidad que hubiera y ahorrar tiempo con ese medio de transporte.

Como el trabajo era excesivo, decidieron las autoridades del hospital aumentar el personal de enfermeras, para poder cubrir los servicios, esta decisión se toma procurando instruir al personal que se aumentara, capacitando a personal de nuevo ingreso para una mayor eficacia en los servicios de enfermería. A este nuevo grupo se le estuvieron dando cátedras preparatorias de Anatomía, Fisiología e Higiene, teóricas, de curaciones y cuidados a los enfermos, prácticamente en los pabellones. Estas prácticas duraron los dos primeros dos años hasta que el Sr. Director Fernando López, de acuerdo con la Beneficencia Pública, inauguro formalmente la Primera Escuela de Enfermería de México, el año 1907, con su reglamento respectivo en el que se hacía constar que la carrera tendría básicamente los estudios siguientes:

1er Año.- Anatomía, Fisiología y Curaciones.

2do Año.- Higiene y curaciones en general.

3er Año.- Farmacia y cuidado de toda clase a los enfermos.

Había 3 grados en la carrera de Enfermería Hospitalaria: Aspirante, que era la que se iniciaba; enfermera segunda, que se consideraba a la que había recibido alguna educación en la escuela y había demostrado aptitudes suficientes en el servicio, y por último, la Primera, que ya estaba capacitada por sus estudios, dedicación y habilidades para llevar con éxito el servicio y la responsabilidad de la sala.

Las clases se efectuaban desde los primeros días de Enero, hasta el 30 de Noviembre y todo el personal de enfermeras era obligado a asistir a las clases; estas estaban distribuidas de manera de no perjudicar los servicios y al fin de año se verificaban los exámenes, cuyas calificaciones eran: Superior, Muy Bien, Mediano y Malo, esto último siendo reprobatorio.

A la terminación de los estudios, se les expedía un diploma por la Dirección de la Beneficencia Pública, en la cual se acreditaba que había terminado la carrera. El mismo Director del Hospital Dr. Fernando López dirigía la Escuela de Enfermeras y en ella impartía la cátedra de Anatomía; el Dr. Bernáldes daba las de Fisiología e Higiene y las jefes y subjefes enseñaban las curaciones.

Ya por los años 1910 y 1911, la mayoría de las enfermeras de los servicios tenían su Diploma y siendo graduadas, pidieron que una de ellas ocupara el puesto de jefe de enfermeras, siendo designada por la Dirección la Señorita Eulalia Ruiz Sandoval, quien fue la primera y una de las más competentes enfermeras mexicanas graduadas. Tres meses después fue comisionada la Señorita Ruiz Sandoval por la Cruz Roja Mexicana como jefa de una brigada a Ciudad Juárez con motivo de la revolución; allá presto eficacia en servicios y cuando regresó 6 meses después, se hizo cargo definitivamente del puesto de jefe de enfermeras del Hospital General. Todas las enfermeras eran internas, igual que todos los empleados y servidumbre teniendo habitaciones separadas hombres y mujeres. El trabajo de las enfermeras era de las 7 horas del día al día siguiente; El descanso lo

tomaban por turnos, en diferentes días las enfermeras primeras, las enfermeras segundas y las veladoras. El uniforme para las enfermeras lo daba la Beneficencia y consistía para las enfermeras primeras en vestido blanco, delantal de mangas blancas con peto, tirantes y gorra blanca y un brazaletes con la insignia de la Cruz Roja; reloj con leotina larga pendiente del cuello y zapatos negros; para enfermeras segundas el vestido era a rayas azul y blanco, con peto y tirantes; brazaletes con la Cruz Roja; reloj con leotina larga y zapatos negros, las aspirantes llevaban vestido azul marino con mangas largas; puño, cuello, corbata y gorro blanco; delantal con peto y los tirantes, reloj y zapatos igual que las demás.

(5)

-Revolución Mexicana

En la época de la revolución las mujeres se introducían en los campos de batalla a proporcionar atención, y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y densuelos; el descarrilamiento, el incendio, la explosión dinamitaría; no eran obstáculos para seguir prestando sus cuidados.

En 1910 la educación de enfermeras fue encomendada a la Escuela de Medicina; exigiéndose hasta el sexto año de primaria. Poco después comenzó la revolución que trajo consigo la desorganización de los hospitales. La Escuela de Enfermeras del Hospital General pasa en 1927 a depender de la Facultad de Medicina, quedando el director de la Escuela de Medicina como director también de la Escuela de Enfermería. El desarrollo de la Revolución Mexicana a veces violenta y a veces pacífica trae consigo un estado de progreso en lo político; económico y social, que ha favorecido un incremento de franco adelanto en la Medicina, Cirugía y Enfermería.

Durante este año se exigió un año profesional superior a la primaria. En 1936 siendo director de la Facultad de Medicina el Dr. Ignacio Chávez impuso como requisito para estudiar la carrera de Enfermería, el certificado de enseñanza secundaria así como el de haber obtenido el título de enfermera para ingresar a la carrera de Obstetricia. (6)

-E.N.E.O. de la UNAM

Cuando México celebró el centenario de Independencia se organizaron diversos festejos y entre ellos el solemne acto de reapertura de la Universidad Nacional de México, se llevo a cabo por el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, el Lic. Don Justo Sierra; al reabrirse la Universidad, todas las escuelas profesionales pasaron a depender de ella y le tocó a la Escuela de Enfermería quedar supeditada a la Escuela de Medicina, estando entonces considerada como Facultad. Por esa razón, el Director de la Escuela de Medicina era quien dirigía la enseñanza de la rama de Enfermería, aunque las enfermeras se instrufan en las aulas del Hospital General y las alumnas practicaban en los pabellones del mismo.

Los requisitos para inscribirse en la carrera de enfermería era necesario tener certificado de escuela primaria y una carta de buena conducta. La mayoría de las alumnas se internaban con el carácter de Aspirantes, percibiendo un pequeño sueldo, pero sin tener perspectivas de progresar, se determinó que las alumnas estudiaran un año de Preparatoria, con las materias de Biología, Matemáticas, Físicas y Química.

Durante el año de 1934 se creó la Enfermería Sanitaria, organizándose cursos para enfermeras tituladas, saliendo en primer grupo dos años después, como orientadoras en asistencia materno-infantil y en higiene rural. A las mejores calificadas se les designo instructoras y a las demás visitadoras solamente. Estos cursos fueron organizados por la

Secretaría de Salubridad y Asistencia, actualmente el Instituto Nacional de Salud Pública es quien prepara a las enfermeras en esta área.

En 1938 se creó la Primera Convención de Enfermeras y en ella se propuso que el " Día de la Enfermera " fuera el 6 de Enero de cada año, en lugar del 25 de Diciembre que por iniciativa de los Drs. Gregorio Salas y Pablo Mendizábal se habían establecido en 1921; en esta Asamblea se presentaron trabajos de médicos, cirujanos, que estaban impartiendo cátedras a enfermeras, aunque también hubo varios muy interesantes presentados por las enfermeras Díaz Lombardos Ortiz, también se presentaron trabajos de las tendencias de progreso de aspiraciones de tener líderes que defendieran los intereses del gremio, de preocupaciones porque debiera iniciarse la Legislación de la Carrera y varios en los que se pedía la independencia de la Escuela de Enfermería de la Medicina

La Dirección de la Escuela de Medicina, había nombrado oficial de Acuerdo al Dr. Quintanilla, para que manejara la Escuela de Enfermería por lo cual se le consideraba como el ejecutivo de dicha escuela. Duró en su cargo 4 años, supeditado el año 1944, por el Dr. Everardo Landa. En 1948 continuaron los propósitos espirituales y disciplinarios para colocar a la escuela en situación moral que por razón imperativa le correspondía y así fue como en 1949 hizo entrega de la dirección de la escuela a la Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz Quién duro en ese cargo hasta el año 1957, poniendo especial interés en ayudar a la superación de las enfermeras abriendo más ampliamente los campos de docencia dentro de la escuela.

Para la construcción del edificio que alojaría definitivamente a la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, ya tenía el terreno cedido por la Secretaría de Salubridad, en parte de lo que es hoy el Centro Médico del IMSS; Pero no fue posible ya que el Sr. Ministro de ese tiempo entregó el terreno para otros fines.

La Doctora Leija consiguió becas en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ayudada por la OSP (Oficina Sanitaria Panamericana) las que se dieron a las primeras Instructoras Graduadas, para que fueran a América del sur a estudiar los sistemas de enseñanza, en las Escuelas de Enfermería de Chile, Perú y otros países. Obtuvo también dos bolsas de viajero para dos profesoras de la propia escuela, de los cuales una fue a Norteamérica y otra a Sudamérica, las dos llevaban los mismos fines, o sea conocer métodos y sistemas de organización en las Escuelas de Enfermería de otros países, para tratar de mejorar nuestra enseñanza en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

En el año 1933 y en compañía de la Sra. Bonna, organizó el primer congreso de enfermería, también organizó cursos para enfermeras Sanitarias en los Estados de la República.

Habiendo sido reelecta para un segundo período, como Directora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia tuvo mayor empeño para que hubiera un edificio especial para la escuela, habiendo obtenido de la Rectoría de la Universidad, que la Escuela quedara en una casa que si no era muy adecuada si era muy amplia en el número 35 de la calle República de Brasil, este edificio es el mismo que estuvo ocupado, por la Escuela de Odontología de la UNAM. También logró que el Hospital General le cediera un departamento como anexo para la escuela, para impartir alguna de sus cátedras y la Secretaría de Salubridad y Asistencia junto con la OSP equipara ese departamento.

Del 3 de Noviembre al 15 de Diciembre de 1954 se realizó el "seminario de Zimapan" y al concurrieron enfermeras de América del Centro América del Sur y de México de este notable seminario nació una mejor organización en la enseñanza técnica de enfermería en Latinoamérica y se asentaron las bases para la enseñanza moderna de enfermería. La Dra. Emilia Leija Paz de Ortiz tuvo especial cuidado en despertar el

entusiasmo de las alumnas, organizando ceremonias que a la vez marcan el progreso en la educación, mejorando personal y profesionalmente, empezando por la Sociedad de Alumnas de la Lisma, para que iniciara la confraternidad y la fuerza que da el conjunto, en la defensa de los intereses de gremio. (7)

2.1.5. Época Actual.

México, país del norte de América, con profundas raíces sociales y étnicas en América Latina, posee como el resto de países de este sector del continente, una situación social y económica caracterizada entre otros aspectos, por un aumento en la expectativa de vida al nacer, con incremento significativo de la población mayor de 60 años y un aumento acelerado y acentuado de la población en los centros urbanos, sin embargo este cambio tan similar a los países europeos no se ha visto asociado con un mayor desarrollo de sectores sociales como en aquellos sí sucede. En los países latinos, suele coexistir naciones de extrema pobreza junto a otras que ya alcanzaron cierto nivel de desarrollo; con lo anterior se hace necesario reflexionar sobre la sociedad moderna, en cuanto a la Enfermería como profesión del sector salud, debe articularse a una nueva composición tecnológica para contribuir eficientemente en la respuesta a los problemas y necesidades de salud actuales y futuros de las poblaciones.

El conjunto de tendencias que ahora se dan influirá tanto en las decisiones profesionales, en los viajes, lugar de residencia y educación de los hijos así como en la elección del sistema de inversión. Si no se tiene un marco de referencia, la basta cantidad de datos que nos llegan diariamente probablemente pasaran, sin dejar huella, esto le puede pasar a enfermería, pero ahora con mayor riesgo que en otra época, porque se ve presionada a perfilar sus propias tendencias que guíen su hacer, sus ideales y su aporte a las sociedad.

En este caso, la crisis social y económica parecen ser permanentes en el devenir histórico y enfermería escasamente a sido agente protagónico en las decisiones considerando como factores que intervienen :

Problemática en la Educación

- * Perfiles educativos y ocupacionales circunscritos y limitados por el médico.
- * Falta de planeación de los recursos y de su papel en la prestación de servicios.
- * Atraso de las enfermeras en su participación en los cambios en las instituciones y como líderes.
- * Docentes con escasa o nula experiencia práctica.
- * La deserción de estudiantes y la escasa matrícula debe ser vinculada a problemas de salarios, bajo estatutos y modelos de práctica poco atractivos.

Problemática en la Práctica.

- * El discurso del rol ampliado de la enfermera, tanto en la comunidad y aún en el hospital, dista de la realidad, donde el principal mercado de trabajo sigue siendo el hospital.
- * Falta de identidad y autonomía profesional, aunque a la enfermera le es claro que forma parte de un trabajo colectivo.
- * Las enfermeras no analizan en sus organizaciones las tendencias en la prestación de servicios de salud.
- * Dificultad para acceder a cursos de educación continua y de postgrado
- * Dificultad para integrarse con éxito en programas docentes asistenciales.(8)

En la medida que las enfermeras se muestren más activas, comprometidas y participen de diversas formas en los sistemas de salud, habrá otras que se sentirán amenazadas y

resistirán estos cambios. Es fundamental que las líderes de enfermería tengan gran destreza para mejorar los conflictos y confrontaciones que son inevitables en este proceso y que tengan un sistema de apoyo para evitar los trabajos aislados.

También se hace necesaria la creación de una fuerte voz de enfermería en los foros multidisciplinarios para fortalecer los esfuerzos de trabajo en este sentido, además de buscar espacios particulares para identificar las necesidades comunes y obtener recursos para responder a la misma. Todo esto bajo la percepción de que es una profesión competente básico del trabajo vital en la salud, y en la mayoría de los casos el primer contacto con las personas con el sistema de salud.

El desafío del futuro es construir y fortalecer un ambiente de confianza mutua, con capacidad de explorar las acciones multidisciplinarias para mejorar la salud y calidad de vida de nuestros pueblos. Las enfermeras mexicanas debemos estar conscientes de que somos el atractivo para influir en el consumo de determinada tecnología y en el cuidado del individuo y su familia.

El papel de las enfermeras es dar los primeros cuidados sanitarios, hacer diagnóstico y prescribir tratamientos y llevar a cabo funciones obstétricas.

Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia son los principales proveedores de los cuidados primarios, al ser obstetras han sido reconocidos universalmente como proveedores de los cuidados primarios a las madres y recién nacidos diagnosticándolos y tratándolos.

Este problema sobre la extensión y el alcance de las funciones de enfermería afectan cualquier sociedad a todas las personas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y asistencia. Donde predominan los terapeutas, como en la India por ejemplo, las funciones

de los médicos y enfermeras, difieren; a las que son ejercidas en los Estados Unidos, donde las enfermeras son una gran mayoría.

Debido a que en los Estados Unidos las enfermeras y obstétrices diagnostican y tratan además de cuidar a su paciente, su formación debe incluir evaluaciones apropiadas, adquisición de conocimientos y capacitación técnica. Tal preparación debe ser también parte de una formación continua ya que los métodos de diagnóstico y tratamiento no permanecen estáticos.

El personal de enfermería y en la asistencia médica ambulatoria de muchos países ha venido sufriendo desde hace varios años un deterioro técnico importante, derivado a su utilización principal como encargado de la realización de las actividades burocráticas en la consulta.

Su actividad profesional de enfermería tiene la misma orientación que la de los médicos y se concreta a funciones asistenciales secundarias, actuando como simple brazo ejecutor de las tareas ordenadas por el facultativo. Es necesario que el profesional de enfermería asuma el papel fundamental que le corresponde en el desarrollo de todas las facetas de la Atención Primaria de Salud incluyendo la decisión y planificación de las actividades asistenciales así como las docentes y de investigación. (9)

2.2 NECESIDADES DE SALUD EN MÉXICO Y ENFERMERÍA

2.2.1 Panorama Nacional de Salud.

En los últimos años el Estado ha establecido diversos programas para conformar un Sistema Nacional de Salud que garantice una mejoría cuantitativa y cualitativa de los servicios otorgados por los organismos que atienden a la población abierta y trate de reducir las diferencias que los separan de los ofrecidos a los derechohabientes de seguridad social y refuerce la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados, con planeación global del país.

Para dichos fines es necesario tener como propósito la adecuación de los recursos humanos en lo que concierne a su formación, actualización y capacitación; para alcanzar, a través de una justa distribución del ingreso y la riqueza, el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales.

También es básica para los fines de salud, la atribución del Estado para planear, conducir y orientar diversas actividades, incluyendo la económica, y el trabajo solidario de los sectores público, social y privado en el logro de los propósitos generales del desarrollo, y la concertación e impulso de las actividades a realizarse en conjunción con los particulares. El Panorama de Salud en nuestro país, esta dado por diferentes elementos como son los factores condicionantes, que a continuación se describen.

Demografía.

México cuenta con una población de 98.552.776 habitantes. La densidad de población en 1998 fue de 50 hab/km² a nivel nacional, aunque las diferencias son muy notables según los estados y las regiones. Cerca del 73,8% de los mexicanos vivían en áreas urbanas durante el año 1997.

La capital y centro cultural del país es la ciudad de México, con una población, según estimaciones para 1995, de 9.800.000 habitantes; incluyendo la población de los municipios conurbados del área metropolitana, la ciudad cuenta con 15.012.848 habitantes. Otras ciudades importantes son: Puebla, una de las ciudades más antiguas del país y centro industrial, 4.624.365 habitantes; Guadalajara, centro comercial y de servicios del occidente del país, 1.633.216 habitantes; Monterrey, ciudad industrial del noreste de México, 1.088.143 habitantes; Ciudad Juárez, centro comercial y de industria manufacturera, 1.011.786 habitantes; León, centro de la zona agrícola del Bajío, 1.042.132 habitantes; Tijuana, una de las ciudades fronterizas más importantes, 991.592 habitantes, y Veracruz, puerto principal del país, 425.140 habitantes.

Educación.

De la población de 15 o más años de edad 87.5 % es alfabetá y 12.5 % analfabeta. Las cifras más altas de analfabetismo corresponden a Chiapas 30 %, Oaxaca 27.5 % y Guerrero 26.2 % Los porcentajes más bajos se encuentran en el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California con menos del 4.5 %. El nivel de instrucción ha mejorado sustancialmente, puesto que la proporción de personas de 15 años o más con instrucción posprimaria era de 42.5 %. Las cifras más desfavorables corresponden a Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Vivienda.

La disponibilidad de viviendas mejoró durante el período. El número de habitantes por vivienda se redujo en un 5.0 %; el promedio de habitantes por habitación fue de 1.5 % y el número de estos por vivienda indica que 64.5 % tuvo tres o más cuartos, el 23.5 % tuvo dos

y solo 10.5 % tenía uno. Por lo que se refiere a los servicios de que disponían las viviendas, el 87.5 % contaba con electricidad, el 79.4 % con agua entubada, el 74.8 % con excusados y el 63 % con drenaje estas cifras fueron menores en Guerrero, Oaxaca, Chiapas y mayores en el Distrito Federal, Nuevo León, y Aguascalientes.

Economía.

La economía familiar ha sufrido fluctuaciones muy importantes en las últimas décadas, pues ha constituido en los últimos años un factor decisivo para las condiciones de vida y salud de los habitantes, sobre todo aquellos que no cuentan con prestaciones y servicios que otorga la seguridad social.

En los últimos años se ha observado una reducción en la capacidad de empleo en la planta productiva, un deterioro considerable del valor adquisitivo de la moneda nacional, así como el incremento de las tasas de interés del precio de la canasta básica y del costo de medicamentos e insumos para la salud.

La situación económica actual, presenta además diferencias regionales profundas, afectando considerablemente a algunas entidades federativas, en donde se intensifican la marginalidad y vulnerabilidad de poblaciones que han visto marcadamente deteriorado su nivel de vida.

Daños a la Salud.

El Panorama Epidemiológico de México esta constituido por tres configuraciones: la primera por predominio de las enfermedades cardiovasculares, de las crónicas degenerativas, los accidentes, además de problemas sociales, de violencia, alcoholismo y drogadicción; la segunda dominada por enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la

desnutrición y la deficiente higiene ambiental y laboral; y la tercera, que se caracteriza por problemas de salud derivados de una deficiente industrialización e insuficiente saneamiento básico.

Los niveles de salud de nuestro país han experimentado cambios importantes y favorables en los últimos años. Es en virtud de ello que la esperanza de vida al nacer aumentó 20 años en los últimos 40 años, es decir 6 meses por año; la mortalidad infantil es menor de la mitad a la observada en 1975 y la mortalidad materna descendió un 50 % con respecto a 1980. La tasa de mortalidad general pasó de 10.1 defunciones por 1000 habitantes en 1970 a 4.7 % en 1993. Las entidades federativas ajustadas más bajas corresponden a Quintana Roo, Guerrero, Sinaloa, Durango y Campeche. Por otro lado, las entidades con tasas más elevadas son Oaxaca, Puebla, Distrito Federal, Yucatán y Jalisco.

El análisis de las principales causas de mortalidad pone de manifiesto el fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en el cual se pasa de un perfil en el que predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias, que ocupaban los primeros lugares y que son desplazadas por las crónicas degenerativas y los accidentes. Esto refleja la situación nacional; sin embargo, persisten grupos sociales en entidades federativas – donde el nivel de desarrollo es más bajo– en donde sigue vigente las enfermedades propias del subdesarrollo, con mayor afectación del grupo infantil y materno.

Las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y los accidentes. Destaca la diabetes mellitus que pasó en noveno lugar en 1980, al cuarto sitio en 1998, así como la cirrosis hepática que ocupaba el octavo lugar y paso al séptimo. Para el último año de referencia, las neumonías ocuparon el octavo lugar, en tanto que las enteritis estuvieron en el décimo.

Al analizar la mortalidad infantil, se observa un descenso en la tasa general de 39.9 por 1000 nacidos vivos registrados, a 17.5 entre 1980 y 1998. Las tres causas principales de mortalidad están representadas por las afecciones originadas en el periodo perinatal, las anomalías congénitas y la neumonía e influenza. Las enfermedades infecciosas intestinales pasaron del segundo al cuarto sitio. En el interior de las entidades federativas existen variaciones en cuanto a la tasa de mortalidad infantil, encontrando estados que duplican la tasa nacional. Ello es reflejo de desarrollo desigual de las diversas regiones del país.

La tasa de mortalidad materna pasó de 143 por cada 100 000 nacidos vivos registrados en 1970, a 94.5 en 1980 y a 44.7 en 1998. Las 3 principales causas de mortalidad materna siguen siendo: preeclampsia, eclampsia, hemorragia, pre parto, parto y las complicaciones del puerperio (sepsis). No obstante que las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte en México, las enfermedades infectocontagiosas persisten como importante motivo de morbilidad. (10)

2.2.2 Aspectos Demográficos de las Poblaciones rurales, agroindustriales y urbano marginales.

Las tres dimensiones de la marginación, están dadas por la educación, ocupación y vivienda.

Educación

La educación es un factor crucial para el desarrollo de la sociedad, propicia mayores oportunidades de participación de las personas en la actividad productiva y favorece el incremento de la productividad del trabajo y del ingreso real de los actuales y futuros jefes de hogar, lo cual redundará en una mejoría del bienestar y de la calidad de vida de la población. Con ello el acceso a la educación es el vehículo idóneo para romper el círculo vicioso de la pobreza. Asimismo, la elevación del nivel educativo desempeña un papel importante en el descenso de la mortalidad infantil y de la fecundidad, y favorecer el fortalecimiento de una cultura demográfica.

Ocupación

Población ocupada en el Sector Primario.

La ocupación es uno de los determinantes más importantes de la condición socioeconómica de las familias, en particular la de los jefes de hogar. La población ocupada en el sector primario labora generalmente en condiciones de desventaja, dado el precario desarrollo que ha tenido este sector. Cabe destacar que una parte importante de los ocupados en el sector primario reside en las áreas rurales. Factores como el rezago en la producción de básicos, la baja productividad y la insuficiente inversión han repercutido en la creación de condiciones poco propicias para los trabajadores del campo quienes en su mayoría perciben bajos salarios y no cuentan con suficientes prestaciones sociales.

Vivienda.

El disfrute de una vivienda digna y decorosa es sancionado como derecho de las viviendas en el artículo Cuarto Constitucional. Por eso, una vivienda adecuada a los requerimientos y tamaño de la familia, aunado a condiciones inapropiadas para el desarrollo físico y mental de sus ocupantes, constituye un derecho cuyo grado de satisfacción suele considerarse como indicador del nivel de bienestar alcanzado por la población. La falta de vivienda digna es una manifestación de rezago social e impide el desarrollo a plenitud de las capacidades básicas de las personas.

La población que habita viviendas que carecen del servicio de agua entubada y drenaje esta expuesta a una alta morbilidad por enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y respiratorias entre las más frecuentes. La carencia de energía eléctrica excluye a la población del uso de aparatos electrodomésticos, de bienes culturales y de la participación de los sistemas de comunicación modernos. De igual manera, el hacinamiento en las viviendas incide en un clima educacional poco favorable y entorpece las posibilidades de una integración familiar satisfactoria.

La marginación de las minorías étnicas tiene raíces históricas profundas. El problema de la desigualdad social en nuestro país es un fenómeno complejo con manifestaciones diversas y su análisis requiere no-solo tener presente las diferencias sociales, si no que es necesario incorporar en su estudio la condición étnica, ya que la pluralidad y la diversidad Cultural ha encarnado en formas ancestrales de desigualdad, pobreza y exclusión social.

El conjunto de localidades marginadas del país se concentra en las entidades de Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Puebla y Guerrero. Estos datos confirman que la marginación tiene un componente indígena muy importante.

La marginación es un fenómeno estructural que compromete la calidad de vida de millones de mexicanos. Sin subestimar los rezagos acumulados en las ciudades, debe señalarse que la mayor intensidad de las privaciones las padecen quienes habitan en las localidades rurales, pequeñas y dispersas, situadas a lo largo del territorio nacional.

El apremio por erradicar la marginación y la consecuente desigualdad de oportunidades sociales, reside en que afecta las condiciones actuales de vida de la población y también del futuro de México rural, muy particularmente a menores y jóvenes cuyos padres no cuentan con niveles mínimos de educación, habitan viviendas en condiciones y tamaños inadecuados y perciben ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas de alimentación, salud y educación.

Para evitar la circularidad entre la marginación y el rezago demográfico comprometa el futuro de la población residente en las localidades de muy alta marginación, es necesario formular estrategias integrales que consideren la promoción y el desarrollo de centros de población para agrupar a los núcleos geográficamente dispersos; en ello la coordinación de la acción social del Gobierno de la República con las iniciativas productivas del sector privado reviste una especial importancia, así como la activa y responsable participación de la ciudadanía y sus organizaciones sociales. (11)

Con el fin de caracterizar las necesidades de salud de las grandes mayorías, se presenta aquí una reconstrucción de tres tipos de localidades marginadas; las rurales, las agro-industriales y las suburbanas.

-Poblaciones Rurales.

Condiciones económicas y sociales.

En las comunidades rurales del país las actividades económicas predominantes son agrícolas. Prevalece el cultivo del maíz y fríjol; en menor escala el trigo, sorgo, azúcar, café, cacahuete, hortalizas y frutas. La gran mayoría de la población económicamente activa se dedica a actividades agropecuarias; entre una quinta y tercera parte se dedican al comercio y una proporción semejante a los servicios. En general las artesanías están poco desarrolladas. En regiones cercanas a centros urbanos es común que una creciente proporción de personas se desplace diariamente a ellas para trabajar en la industria; este fenómeno está causando que una fracción del campesinado dedique solo parte de su tiempo al trabajo agrícola.

Las condiciones productivas de las comunidades rurales son poco alentadoras: en las tierras de temporal las cosechas dependen de las condiciones meteorológicas; la falta de agua y las heladas implican altos riesgos incontrolables; por otra parte, el control de precios, el insumo creciente, las condiciones de crédito, el intermediarismo, la ineficacia técnica y la corrupción de muchos organismos oficiales estrangulan al campesino, quien ve mermados sus ingresos hasta el grado de que estos no remuneran su trabajo. Se estima que las dos terceras partes reciben menos del salario mínimo de su zona. Muchos emigran a las ciudades y los que pueden se aventuran como indocumentados. Los niños empiezan a trabajar desde los ocho años, y los que siguen estudiando lo hacen para poder emigrar del campo.

La vivienda suele ser de uno a dos cuartos, generalmente para familias de cinco a nueve personas. Su construcción es de materiales poco resistentes al clima y el piso de tierra. Es

variable todavía la dotación de servicios de energía eléctrica y agua potable; más escaso aún el drenaje y el teléfono. Ingresar a las comunidades con frecuencia es difícil.

Existe la posibilidad de asistir, en el poblado o en algún otro poblado cercano, a la escuela primaria, aunque esta no siempre es completa. Las dos terceras partes de la población han cursado algún grado de primaria, y de un 3 a 5 % algún grado de secundaria. La proporción de analfabetos varía entre un 10 y un 30 %.

Condiciones de salud-enfermedad.

La alimentación esta integrada generalmente por frijol, tortillas y chile. Carne se consume en un 17 % y la leche en un 5 %. Se observa una creciente invasión de productos industriales de alto costo y escaso valor nutritivo (papas fritas, pastelillos y sobre todo refrescos) en lo que las familias invierten una parte de sus ingresos.

Los problemas más agudos de salud en las comunidades rurales son enfermedades gastrointestinales y parasitarias, afecciones respiratorias, desnutrición, alcoholismo y dermatitis.

La manera como atienden su salud consiste en:

- . Aplicar remedios caseros o de medicina tradicional, en un 40 % de los casos.
- . Acudir al médico en un 30 %.
- . Consultar al farmacéutico en un 18 %; y
- . Acudir a un centro de salud en un 9 %.

Los partos son atendidos en forma predominante por parteras empíricas. Es muy variable la atención que reciben las señoras durante el embarazo. Aunque exista médico en la comunidad, no siempre acuden a él para supervisión del embarazo y parto.

Si en la comunidad existe un centro de salud con enfermera, ésta puede ser titulada, pero lo más frecuente es que sean auxiliares con una breve capacitación proporcionada por la SSA o el IMSS – SOLIDARIDAD. Las funciones que realizan las enfermeras son: inyectar, curar, inmunizar, proporcionar orientación en planificación familiar, ayudar al médico (inclusive en partos) limpieza de la clínica y en comunidad indígena, traducción.

-Poblaciones agroindustriales.

Condiciones económicas y sociales.

Estas comunidades se encuentran en un proceso de industrialización –casera o empresarial- de sus productos agropecuarios. Los cultivos principales suelen ser frutales, azúcar y oleaginosas, y entre los productos agropecuarios que más se industrializan predomina la leche para elaborar mantequilla y queso. Generalmente es solo una pequeña proporción de la población que participa directamente de los procesos industriales; la mayoría se dedica a actividades agrícolas y ganaderas. Es más frecuente que existan tierras de riego, lo cual garantiza mayor estabilidad a las cosechas.

Se estima que perciben menos del salario mínimo de la región entre un 5 y un 30 % de los trabajadores.

Las condiciones de vivienda Son semejantes a las de las comunidades rurales, pero la dotación de servicios se encuentran en un grado más avanzado. Hay también mejores vías de comunicación y facilidades de transporte colectivo.

La situación educativa es ligeramente mejor que la de las poblaciones rurales. En algunas localidades existe secundaria o algún tipo de enseñanza técnica.

Condiciones de salud-enfermedad

La alimentación es fundamentalmente igual a la de las comunidades rurales, aunque empiezan a introducirse hábitos nutricionales propios del medio urbano. Se consume un poco más de carne, bastante más leche y algo de pescado.

Las enfermedades más frecuentes son: gastrointestinales y parasitarias, respiratorias, tétanos, encefalitis, salmonelosis, enfermedades de transmisión sexual y alcoholismo.

Para resolver los problemas de salud se recurre a remedios caseros y tradicionales y, en menor escala, al médico o al centro de salud cuando lo hay. Suele haber una o varias farmacias en la localidad.

Los partos son atendidos en un 40 % por parteras tradicionales. Una tercera parte de las mujeres embarazadas no reciben atención especial.

-Poblaciones Urbanas Marginadas.

Estas poblaciones deben su origen generalmente a inmigración rural. Su situación es muy variable dependiendo del tiempo que lleva el asentamiento y de la atención que haya logrado recibir de las autoridades para la dotación de servicios.

Condiciones económicas y sociales

Predominan en ellas las actividades productivas comerciales, seguidas por las de servicios e industriales. Es frecuente que se desarrollen en menor escala actividades agropecuarias.

De los trabajadores solo una tercera parte cuenta con trabajo estable; el resto se procura trabajos eventuales generalmente con ingresos por debajo del salario mínimo. Muchas mujeres trabajan como domesticas, vendedoras ambulantes, lavanderas, en salones de belleza o en pequeñas fondas.

La vivienda suele ser de un cuarto para cuatro o seis personas por familia. Suele haber energía eléctrica, agua potable y drenaje. Las condiciones de transporte público son por lo general muy precarias.

Los niños y jóvenes generalmente asisten a escuelas primarias y secundarias. Entre la población adulta cerca de la mitad asistió a la primaria y cerca de la cuarta parte a la secundaria y hay algunos con estudios técnicos, de normal o aún profesionales.

Condiciones de salud-enfermedad.

La dieta esta compuesta básicamente por frijoles, tortillas, chiles y refresco. Habitualmente carne o marisco una minoría; bebe leche la cuarta parte.

Los problemas más frecuentes de salud son: enfermedades gastrointestinales y respiratorias, desnutrición, afecciones de la piel y accidentes. Para atenderlos suelen recurrir a remedios caseros o algún curandero, médico o centro de salud.

Las mujeres embarazadas no reciben atención especial en la tercera parte de los casos. El recurso a parteras empíricas es frecuente.

Los servicios de inmunización están bien organizados y son aprovechados. (12)

2.2.3 Recursos de Enfermería.

La atención a la salud es un derecho fundamental, la salud es un derecho humano y un elemento valioso del patrimonio nacional y por lo tanto, son metas y objetivos importantes del desarrollo socio-económico.

La planificación del personal de salud esta relacionada con la calidad de la formación, el lugar de trabajo y la organización del personal. La esencia de su objetivo es formar profesionales para prestar con seguridad y eficacia el tipo de servicio cuando y donde la población lo necesite.

La reorganización del personal de salud de modo que responda a las necesidades nacionales de atención sanitaria es un proceso triple; planificación, de preparación y administración, funciones que armoniosamente deben de estar orientados hacia el objetivo común de dar servicio a la salud a toda la población, pero este objetivo se pierde por la contienda de instituciones y agrupaciones profesionales que aspiran a perpetuarse así misma con mas preocupación por los insumos que por el producto cuya consecuencia es que las necesidades del sistema de prestación de servicios adquieran mayor prioridad que las necesidades que presenta la población.

La planificación del personal de salud es un proceso por el que se determina el número de personal profesional, el tipo de conocimiento, aptitudes y actitudes que necesitan para alcanzar metas de salud prefijadas y en definitiva los objetivos de salud.

La planificación del personal de salud no es una actividad aislada, para que resulte eficaz debe efectuarse en el contexto general de salud, y tiene como objetivos: 1) formular planes relativos al personal de salud y establecer mecanismos para su ejecución, 2) velar por el perfeccionamiento continuo del personal, por la distribución y utilización óptimas de

la salud por conducto del sistema de enseñanza; y 3) establecer un sistema de seguimiento y control que permita evaluar constantemente los planes del personal.

Las necesidades de personal se establecen por lo tanto tomando como punto de partida el Plan Nacional de Salud en el que fijan los servicios que necesita o exige una población determinada en un período preciso. El objetivo de la planificación de personal de salud es el de dar con la combinación más económica de las competencias necesarias para la prestación efectiva, eficiente y segura de los servicios de salud que es posible lograr con los recursos existentes. La solución óptima en este sentido no es la que comprende una proporción máxima de profesionales de salud, si no la que utiliza personal cuya calificación está en armonía con las necesidades y exigencias de los servicios prestados a la población a un costo compatible con los recursos de país.

El elemento del sistema de salud que absorbe la mayor parte de los créditos es el personal de la salud. Aún así la mayoría de los países, por desarrollados que estén, experimentan penuria, junto con el aprovechamiento ineficaz del personal disponible, sirve para destacar la necesidad urgente de definir las funciones que han de cumplir, el tipo de preparación y la cantidad de personal necesario para cumplirlas. Ello exige una estrecha coordinación de dos importantes elementos del sistema: los servicios de atención de la salud y la formación de personal de la salud. Por desgracia esa coordinación falta y da lugar a la fragmentación. (13)

El resultado de esta situación es que los servicios de salud son inadecuados para atender las necesidades prioritarias de la población y así se ve claramente en la excesiva insistencia en la curación de las enfermedades que afectan a individuos, en lugar de atender debidamente el mantenimiento de salud de la comunidad. Por lo tanto, el personal de salud

es el elemento orgánico entre los recursos necesarios, para el Plan General de Salud de un país encaminado a mejorar la calidad de vida de toda la población.

De todos los recursos sanitarios, el personal es el que exige un período de preparación más largo, lo que equivale a decir que no puede improvisarse. Esta además sometido a cierta inercia intrínseca ya que la rigidez de los sistemas docentes, sanitarios y las actitudes del propio personal de salud no favorece la movilidad ni conducen a un mejoramiento de distribución geográfica y profesional. Para poder disponer de él en un momento oportuno, hay que planear por adelantado su preparación en las cantidades y los tipos adecuados para evitar que los conocimientos y la preparación técnica del personal vayan quedando anticuados con el transcurso del tiempo, hay que mantener una supervisión permanente y fomentar la educación continua. (14)

El proceso de formación comprende todos los aspectos de la enseñanza y la formación básica y post-básica de la fuerza de trabajo del sector sanitario. Aunque es uno de los elementos esenciales del proceso de desarrollo del personal de salud, no depende únicamente del sistema sanitario. Desde el punto de vista orgánico, suele formar parte del sistema educativo y por lo tanto depende de él, aunque algunos componentes están a veces bajo el control directo del propio sistema sanitario, por ejemplo, la capacitación del personal auxiliar y la educación en servicio.

En lo que respecta a la enfermería, estas constituyen el grupo ocupacional más amplio del sector salud y su número incrementara al hacerse cargo de otras funciones en la Atención Primaria de Salud y en los servicios especializados. Debido al alcance y complejidad de las funciones del personal de enfermería, la planificación de este personal ha de hacerse con criterio amplio basado en medidas válidas e información fidedigna, ya que empezando por la clasificación de niveles esta se dificulta debido a la diversificación

de programas de formación y a los niveles de los puestos que varían de un subsistema a otro.

Las enfermeras para el ejercicio de nuevas funciones, debido a que además de las demandas de salud de la población, las propias enfermeras profesionales desean desempeñar una actividad independiente, completa y además han demostrado tener capacidad para hacerlo, sobre todo como especialistas en salud de la familia y como especialista clínica en los hospitales, aunado a este saber y hacer, se pretende que las enfermeras sanitarias o de comunidad desempeñen muchas de las actividades de diagnóstico y tratamiento, así como, de la dirección de establecimientos y programas de salud, que tradicionalmente eran ejecutadas por médicos. Estas y otras funciones nuevas obligan a planificar el aumento cuantitativo y cualitativo del personal de enfermería y ofrecer a éste la situación profesional que requiere.

Sin embargo, pese a lo complejo que resulta para el sector salud satisfacer la demanda de servicios a la comunidad, éste y los diferentes miembros profesionales que la integran deben ser objetivo en la planificación de recursos y es aquí, cuando las enfermeras deben estar alertas en lo que implica el traslape o duplicación de funciones que realiza enfermería con las que realizan otros miembros del sector salud, entre otros, asistentes sociales, nutricionistas, médicos, químicos, biólogos, ingenieros, administradores etc., por lo que, es importante aclarar y definir el sistema de categorías en coordinación con los otros profesionales, para que en forma racional se efectúen una respectiva delimitación de funciones, con el fin de evitar el dispendio de recursos humanos y financieros, que hasta el momento ha resultado perjudicial para el propio sistema de salud y para la población.

Por ser la enfermería el recurso humano que permanece más tiempo en las unidades, aunado a lo numeroso de sus miembros, y la heterogeneidad de sus actividades en la

promoción, prevención, curación y rehabilitación, queda aún mucho por definir, en cuanto a normas técnicas y laborales, para adecuar el papel que le corresponde al equipo de enfermería en los niveles profesionales, pasantes y estudiantes que en la actualidad significan un reto para las dirigentes de enfermería a los diferentes niveles, para estar presente en forma activa, para participar en la definición de las funciones y actividades que corresponde a cada uno de sus miembros del equipo de enfermería, cuya acción continúe proyectando un desarrollo de la profesión que coadyuve al logro de metas útiles en la salud de la población. (15)

2.2.4 Enfermería en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

México busca como parte de su trascendente proyecto nacional de modernización, la recuperación y la estabilización de su economía, en un contexto mundial de gran dinamismo, para la globalización de mercados y consecuentemente de gran competitividad en los diferentes renglones de sus sistemas productivos y de servicio.

Para este propósito, es de pensarse que México, en el siglo XXI, se obliga a un proceso de transición renovadora de toda su infraestructura urbana y rural en sus diferentes renglones industriales, comerciales y de servicio para asegurar las mejores condiciones de vida de una nación en plena productividad.

En este momento y sobre todo después de la crisis económica tan grave que se padeció durante los últimos años, se debe hacer conciencia de la gran importancia que tienen las relaciones comerciales con el exterior y los procesos de recuperación económica y, así mismo, de que el mejoramiento de la productividad y de las de competitividad de los productos, depende de la capacidad económica para financiar la superación de las condiciones de bienestar social, y el combate a la pobreza extrema, generando posibilidades de empleo, de servicios básicos, de educación, vivienda, alimentación y salud.

El nuevo orden económico que impondrá este futuro determinará el establecimiento de diversas estrategias de coordinación de sectores y factores que inciden directa o indirectamente en el desarrollo técnico, científico, y productivo del país.

Así mismo, este proceso propiciara a su vez diversas transformaciones en el panorama nacional y en sus estilos de vida, implicando variaciones importantes en los patrones de las relaciones familiares comunitarias, y sociales así como en los reacomodos poblacionales y en forma determinante en los niveles y características de la capacitación laboral para

responder a los cambios en las exigencias del mercado de trabajo, el que determinará nuevas relaciones y condiciones contractuales.

En este marco los servicios de bienestar y desarrollo como lo son en forma importante la educación y la salud deberán constituirse en puntos de gran interés.

En el área de la salud, además de considerar todas las variables que la determinaran de manera primordial deberán analizarse las serias modificaciones al panorama epidemiológico que por consiguiente impondrán nuevos desafíos a las organizaciones y a los profesionales que cuidan de ella, sea en forma institucional o en su ejercicio libre.

En este contexto futuro, una aspecto que tiene gran importancia, es que el Sistema Nacional de Salud se ha venido transformando; al realizar una participación cada vez más intensa en los programas de la ONU y en los proyectos de cooperación internacional en salud, están orientándose a fortalecer el desarrollo humano con un enfoque más participativo y con nuevos actores como las organizaciones civiles y el sector privado.

Para este proceso de modernidad no debe esperarse cambios sustanciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud ni tampoco variaciones estratégicas en su respectivo Programa Nacional de Salud ya que, formalmente, la Ley General de Salud tiene establecida, con mucha claridad, las políticas y programas prioritarios de acción para corto y mediano plazo en dos vertientes: el fortalecimiento a la labor preventiva y el mejoramiento de la efectividad de las acciones curativas.

Para este mejoramiento, la ley admite que el sector privado, paulatinamente adquiera mayor participación en lo que se refiere a la atención especializada que utiliza tecnología avanzada en sus procesos diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación. Situación en la que subyace la mejor comprensión del costo que tiene la enfermedad y lo que vale la salud en lo personal, familiar y colectivo.

En materia de las actividades de regulación sanitaria seguramente se tendrá una estrategia que buscará establecer un equilibrio entre la promoción al comercio y la salud. Para esta situación, se dispone en la misma Ley General de Salud de una serie de normas y estándares que han regulado el tránsito de los productos que pretenden ingresarse al país.

En este renglón, México esta haciendo esfuerzos para avanzar hacia una mayor eficiencia de los controles, apoyándose en las políticas y estrategias de salud internacional que incluyen: cooperación técnica y financiera, salud fronteriza, migración internacional y salud, estudio de riesgo ambiental, transferencia de tecnología, narcotráfico fármaco dependencia y regulación sanitaria de los productos de consumo.

Es también de gran importancia, que el crecimiento de la actividad industrial, el control epidemiológico, el saneamiento ambiental y la recuperación ecológica, sean factores que requieran particular atención.

Así mismo, México tiene formalmente compromisos de interés internacional, en situaciones tales como la solución del sobre calentamiento de la tierra, la disminución de la capa de ozono, la disposición de desechos industriales, (básicamente los tóxicos y radioactivos) así como una intervención firme y decidida para evitar el deterioro en la calidad del aire y del agua; particularmente en lo que se refiere a la industria que es en donde emana una diversidad de desechos que ponen en riesgo la salud sobre todo cuando se incrementa la actividad productiva. Por ello es claro que todos estos aspectos, la Secretaría de Salud está tratando de especializar acciones y de exigir más aplicación de sus normas técnicas.

Es real que conforme se obtengan empleos y se mejore la capacidad adquisitiva, se podrá obtener también mejores condiciones de vida que van a incidir en la conservación de la salud, pero también es real que por el momento los esfuerzos para mejorar la cultura de

salud tienen una contribución básica en la prevención de los accidentes y de enfermedades crónico-degenerativas que están configurando como principales causas de morbilidad y mortalidad en el país.

En la vertiente del fortalecimiento a la infraestructura hospitalaria y del mejoramiento de la productividad de las unidades médicas que esta planteando en el programa del gobierno, se identifica un franco impulso al sistema del Seguro Social, esto se entiende al afirmarse que con motivo de la firma del Tratado de Libre Comercio.

La región en donde se prevé un fuerte aumento de la demanda de atención en la frontera del norte de país, donde se estima que por la oferta de empleo en el sector maquila la inscripción al Seguro Social.

Es ante esta situación, entre otras, que al Sistema Nacional de Salud se le hace imperativo el desafío de la cobertura y calidad de la atención, la que se requiere ofrecer a los usuarios oportunamente, con efectividad y eficiencia con gran competencia profesional, aprovechando al máximo los recursos, evitando duplicidad o sub-utilización y, sobre todo, proporcionándoles atención con alto sentido humano.

Un México que transita en diferentes vías de modernización requiere urgentemente de recursos humanos que en forma previsible considere las caracterizaciones que le serán demandadas por los retos y oportunidades de estas perspectivas nacionales.

En el desafío que enfrentara el Sistema Nacional de Salud los profesionales encargados de la Salud Pública, la atención médica y la Asistencia Social jugarán un papel estratégico, dada la importancia del impacto que la salud tiene en el bienestar y productividad del individuo y de la sociedad en su conjunto.

Al respecto, el profesional de enfermería enfrentará diferentes demandas que requerirán en una sólida preparación adicionada de una gran capacidad de actualización científica,

tecnológica, un ejercicio creativo y renovado para una práctica interprofesional que promueva las transformaciones que deban darse como respuesta a un mayor compromiso social.

Y aún en el entendimiento de que en diferentes situaciones el papel de la enfermería ha sido significativo en muchos avances logrados en la Atención Primaria a la Salud, en estos cambios fundamentales que se esperan, la enfermería como en todas las profesiones deberá renovarse para estar preparada a enfrentar a corto y mediano plazo los retos de una nación en pleno proceso de recuperación económica y con un gran compromiso político y social de desarrollo, que reclama lo mejor de cada uno de sus ciudadanos.

En este sentido, ejercer la enfermería considerando a la salud como un bienestar integral, será una práctica enmarcada en una gran responsabilidad profesional, producto de una formación académica de nivel, obtenida en las aulas durante la carrera y también de un propósito individual de búsqueda de todo conocimiento que justifique cada una de las acciones con las que enfermería cuidará de la salud y atenderá en forma interprofesional al individuo enfermo, tomando en cuenta que la enfermedad ha dejado de ser una situación emergente, transitoria y de solución muy definida, y se ha convertido en la repercusión de las múltiples variables que inciden en la calidad de vida de cada individuo.

Por tal razón, y buscando las perspectivas o anticipando el futuro del ejercicio de la enfermería, se plantea como condición indispensable la necesidad de definir los intereses de superación y reconocimiento profesional, atacando de manera sistemática las limitantes del carácter ideológico y teórico-metodológico que han sido los puntos vulnerables de la profesión.

tecnológica, un ejercicio creativo y renovado para una práctica interprofesional que promueva las transformaciones que deban darse como respuesta a un mayor compromiso social.

Y aún en el entendimiento de que en diferentes situaciones el papel de la enfermería ha sido significativo en muchos avances logrados en la Atención Primaria a la Salud, en estos cambios fundamentales que se esperan, la enfermería como en todas las profesiones deberá renovarse para estar preparada a enfrentar a corto y mediano plazo los retos de una nación en pleno proceso de recuperación económica y con un gran compromiso político y social de desarrollo, que reclama lo mejor de cada uno de sus ciudadanos.

En este sentido, ejercer la enfermería considerando a la salud como un bienestar integral, será una práctica enmarcada en una gran responsabilidad profesional, producto de una formación académica de nivel, obtenida en las aulas durante la carrera y también de un propósito individual de búsqueda de todo conocimiento que justifique cada una de las acciones con las que enfermería cuidará de la salud y atenderá en forma interprofesional al individuo enfermo, tomando en cuenta que la enfermedad ha dejado de ser una situación emergente, transitoria y de solución muy definida, y se ha convertido en la repercusión de las múltiples variables que inciden en la calidad de vida de cada individuo.

Por tal razón, y buscando las perspectivas o anticipando el futuro del ejercicio de la enfermería, se plantea como condición indispensable la necesidad de definir los intereses de superación y reconocimiento profesional, atacando de manera sistemática las limitantes del carácter ideológico y teórico-metodológico que han sido los puntos vulnerables de la profesión.

La enfermería del siglo XXI requiere de un profesional cuya preparación lo lleve a una más legítima y amplia participación en la investigación, en la administración en el servicio y en la docencia, como principales funciones de su ejercicio.

La investigación en enfermería aún está en la fase inicial, por consiguiente, su impulso es de gran trascendencia para el futuro de la Atención Primaria a la Salud, si se pretende lograr el enfoque interdisciplinario e integral indispensable para todo proyecto de investigación; y en este propósito, la enfermería también puede ser contribuyente a la producción científica para resolver los problemas de salud, asumiendo la responsabilidad, de todo profesional en el ámbito de su práctica.

Así mismo, como administradora de sus servicios, no solo requerirá del dominio de los conocimientos actualizados del área administrativa y también del conocimiento de la salud como proceso social y de la forma de integrar y transmitir concepciones y valores de la profesión en modelos de atención más eficientes para la calidad de los servicios.

La transición epidemiológica ligada necesariamente al proceso de cambio nacional que sé esta dando, así como la relación que se dará entre la sociedad del futuro y su medio ambiente, constituirá un marco de requerimientos profesionales de una enfermería comprometida con el auto cuidado de la salud, con la prevención de daños y riesgos de enfermedad, con el combate al deterioro ecológico y, en fin con la adopción de una nueva cultura que haga posible la estrategia de Atención Primaria en nuestro País.

Por otra parte, la regulación sanitaria que obliga la apertura comercial, como ya se mencionó, requerirá de gran rigurosidad técnica como quehacer estrictamente profesional, en este espacio la enfermería tendrá como otras profesiones de la salud, una oportunidad de ampliar su ámbito de prácticas especializadas.

Concediendo también toda la importancia que tiene el ejercicio en la enfermería, destaca el reto de participar cada vez más en las acciones terapéuticas con mayor solidez en el saber, buscando el carácter científico que otras profesiones del área de salud dan a su tarea, incursionando en los avances recientes en biología molecular, inmunología, radiodiagnóstico, microbiología, genoma humano y otros.

En este sentido, también, la función de enfermería en la docencia se constituye en una responsabilidad de gran trascendencia; su participación es decisiva en el fortalecimiento de los sistemas educativos para lograr una renovación en los contenidos metodológicos de la enseñanza de la enfermería, a fin de que puedan egresar mejores profesionales con seguridad y confianza en su formación integral, con una mentalidad de autoestima y resguardo de la identidad de los valores nacionales, y con la decisión de enfrentar la competitividad internacional con la mayor calidad de sus prácticas y actualización de su ejercicio, en un eficiente desempeño para todas y cada una de sus funciones

Con todo lo anterior la imagen futura de la enfermería en la que es deseable destaque su capacidad técnica y científica así como su más acentuado espíritu humanístico, buscare un lugar en el futuro del país, en el que los planes de desarrollo en el ámbito nacional e internacional implican alto grado de competencia técnica y profesional, y que en el área de la salud se traducen en calidad de los servicios.

En este propósito, resaltan situaciones que pueden considerarse como retos de gran relevancia para todos los Licenciados en Enfermería y Obstetricia que es la búsqueda del fortalecimiento del nivel académico y la firme decisión del profesional de no admitir que personal improvisado o solo capacitado invada su responsabilidad profesional.

Finalmente los diversos aspectos que se han mencionado plantean necesidades de importancia. Puede señalarse como necesidad primordial la intervención individual de

quien desee formarse como enfermero o enfermera o de quienes ya trabajan, mantener el interés personal por actualizarse y capacitarse, valorando la práctica de acuerdo a los avances técnicos y científicos y las connotaciones sociales que inciden en los servicios que preste.

Es necesario que ya sea como estudiante o como egresado de la Universidad, se tenga claro que resulta materialmente imposible ofrecer la gran cantidad de conocimientos requeridos para un excelente ejercicio en condiciones de dominio en el saber y en el hacer. En esta consideración quienes tienen un nivel de decisión jerárquico deben sentir el compromiso de favorecer esta actualización en su equipo de trabajo.

Por consiguiente, debe tenerse en cuenta que la actualización y superación, el sentido reflexivo, en la responsabilidad del ejercicio es determinante, el profesional al replantarse su quehacer debe descubrir en su actuar y en el valor del mismo con relación a lo que se comprometió, como integrante de una profesión; debe distinguir entre sobrevivir en la indiferencia y lo que implica trascender en su propio destino y en el progreso que la profesión ejerce. (16)

2.3 ASPECTOS SOCIALES, ECONOMICOS E IDEOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL EJERCICIO LIBRE.

2.3.1. Imagen Social de Enfermería.

El contexto social ha condicionado grandes problemas en la carrera que se han hecho añejos y que continúan siendo importantes; entre ellos pueden citarse los desacuerdos entre la formación y el ejercicio la falta de uniformidad de criterios al interior de la propia profesión, la insatisfacción por el nivel educativo, sobre todo si este no es de educación superior, y la frustración por la situación laboral en cuanto a salario, reconocimiento y falta de definición de tareas estrictamente profesionales.

El proceso económico social que, concebido como desarrollo histórico, ha sido determinante en las connotaciones de la profesión y en las aspiraciones individuales de quienes la ejercen.

La adquisición de la conciencia requerida para un cambio en el ejercicio profesional debe encontrar en principio, una sólida base en el deseo personal del profesional de enfermería, de hacer un replanteamiento de su quehacer, de su futuro y en la medida de las implicaciones que esto puede tener en el reconocimiento y en las oportunidades de la carrera.

La práctica de enfermería, al inscribirse en la estructura social, debía como toda profesión transformarse al mismo ritmo de los avances científicos y tecnológicos, sin embargo sus oportunidades han sido diferentes en tanto que su imagen social no ha logrado desvincularse de su origen como un simple arte de cuidar al necesitado, y su lento desarrollo hacia una práctica de autonomía profesional ha significado un gran esfuerzo y una decidida intención gremial que si desafortunadamente no han sido unánimes, si han

logrado superar algunos de los factores religiosos, políticos, educacionales y económicos que han incidido en su trayectoria. (17)

En esta apreciación, y relacionando su origen con el proceso educativo que le ha configurado, es bien sabido que a través de su historia, la enfermería fue por mucho tiempo intrascendente como opción profesional, preparando a sus egresados para una práctica rutinaria y mecánica, reproductora de condiciones sin sentido transformador y más orientada a la búsqueda de métodos y sistematizaciones que su razón de ser en el contexto de la salud.

El escenario ético de la profesión, en lo oculto y profundo. El efecto de retraimiento del Estado sobre sí mismo, para adecuar su tamaño a la medida de un administrador eficaz se traduce para la sociedad en general en una visión de desesperanza y caos, después de dos décadas de consumir permanentemente un discurso de crisis, donde han encontrado eco las visiones apocalípticas emanadas del propio estado, y hoy trascienden hasta lo profundo del actuar social y por supuesto de las profesiones, dejando en el terreno de las relaciones sociales un sedimento de abandono y desolación social —calculada— que solo puede ser respuesta por ciertos “expertos oficiales”.

Uno de los cambios más importantes que empieza a vivirse en el ámbito social, producto del efecto cultural de la modernización, es el debilitamiento y casi agotamiento de los referentes ético-jurídico de la vida social, por los ajustes y cambios constitucionales para adecuar el escenario nacional a “una fructífera” intervención comercial externa que hoy se traduce en la emergencia de un concepto de legalidad discrecional y selectiva del Estado hacia la sociedad, en él tránsito de un derecho abstracto a uno concreto, ajustado a cada circunstancia y caso.

En este terreno es fundamental valorar el enorme impacto cultural que ha tenido en la práctica de la enfermería, y otras cercanas, el surgimiento de un nuevo marco jurídico institucional para valorar el actuar profesional, que hace ver superficialmente los parámetros tradicionales de la ética clínica, cuyos soportes han estado históricamente vinculados al bien moral, que modelaron un actuar profesional como misión de entrega absoluta, ciega y ajena a la propia condición de ser humano profesional.

Es claro que la práctica profesional de la enfermería se desarrolla a partir de la atención a seres humanos; donde las rutinas institucionalizadas de los niveles de atención configuran socialmente la situación de las etapas de la vida, lo que implica obligaciones y responsabilidades profesionales mayores. El surgimiento de instancias de regulación externa del profesional en el ámbito jurídico, para evitar negligencias y abandono profesional reclama con urgencia, la constitución de una ética distinta para el profesional en la clínica, que analice con detenimiento las obligaciones del profesional de enfermería, pero con igual dedicación a sus derechos.(18)

Aunque no sería exacto calificar a la enfermería como parte del proletariado, forma parte de la fuerza de trabajo asalariada; aunque son diversas las maneras como las enfermeras se insertan en el ámbito laboral, según sean las instituciones en que prestan sus servicios, la enfermería constituye una profesión sub.-alterna, dependiente de la medicina, esencial al funcionamiento del sistema de salud.

La enfermería es la profesión con mayor número de integrantes dentro del campo de la salud. Realiza una práctica social muy difundida, que se encuentra presente en los diversos niveles y modalidades del sistema de salud y en todas sus instituciones.

Desde el punto de vista de la división del trabajo, derivada de las relaciones de producción. La enfermería aparece como un gremio que ofrece una mano de obra de bajo

precio y alta eficiencia. Esto explica que se procure mantenerla como profesión eminentemente manual, así como sus características de disciplina, eficiencia y subordinación.

Por lo mismo, su remuneración —atendida la intensidad de sus tareas, los estudios que implica y la responsabilidad que conlleva— es relativamente baja en el mercado salarial. Esto determina que la extracción social de sus miembros sea fundamentalmente de los estratos bajos, medio bajos de la sociedad.

Como en otras profesiones, dentro de la enfermería se presenta una diferenciación basada en los niveles de escolaridad previa como requisitos. Así, existen el nivel auxiliar, el básico o el general y el de licenciatura. Existen además otros niveles muy heterogéneos, como el técnico, el de las diversas especialidades y el de algunos post-grados.

La diferente duración de los estudios que requiere cada nivel hace que sea también distinta la extracción social de quienes trabajen en ellos.(19)

Por las características de su campo profesional, la enfermería adquiere el carácter de profesión intermedia entre las prácticas no especializadas de salud y las de alta especialización, se distingue de las primeras porque requiere un período de preparación formal, y de las segundas porque la mayoría de sus miembros no requieren de estudios de licenciatura y postgrado.

Este carácter intermedio hace que el campo profesional de la práctica de enfermería sea sumamente amplio, constituido por el gran espacio entre las no especializadas y la mayoría de las especializadas. Esto queda evidenciado por la gran heterogeneidad de funciones que realiza la enfermera.

Todas las profesiones encuentran su legitimación social, en el ámbito ideológico, en el servicio en que prestan a la sociedad. En enfermería este servicio es afirmado

reiteradamente como servicio inmediato al enfermo individual como en servicio global a la sociedad. Los servicios de enfermería se presentan como universales, orientados a todas las clases sociales por igual y como indispensables, dada la importancia de la salud.

La legitimidad social de la profesión se refuerza, en la etapa más reciente, vinculando el servicio de enfermería con la acción del Estado en el campo de la salud. A este se le presenta como la instancia directiva del desarrollo nacional, preocupado por la injusticia y conciliador entre los diversos intereses. El desarrollo del país guiado por los gobiernos revolucionarios aparece siempre como positivos, prácticamente como mejorable. (20)

2.3.2 Carácter Cautivo del Ejercicio Libre Profesional de la Enfermería.

Por mucho tiempo, la enfermería ha tenido que actuar con una dinámica muy diferente a la de otras profesiones de atención a la salud asumiendo papeles impuestos más que haciendo valer su propia responsabilidad; quizá esto pudiera aplicar él porque sus puntos críticos han girado en torno principalmente, a que su productividad científica no ha logrado desarrollarse como un propósito importante de su ejercicio profesional y como se han sumado muchos esfuerzos de trabajo poco reflexivo, escatimando muchas veces el talento, el que en varias ocasiones se ha reservado para el desempeño de otra profesión que pueda ofrecer mayor autonomía en su práctica.

A esto puede agregarse que al identificársele como una actividad de gran contenido práctico, un buen número de quienes optan por enfermería lo hacen considerándola como un medio para ganarse la vida y como un proyecto profesional que enriquezca intelectual y culturalmente una forma de vida.

Otro punto de conflicto de gran importancia para la enfermería ha sido la falta de definición de su ejercicio profesional, pues al heredar una gran dependencia del protagonismo médico, su quehacer se fue realizando sin límites claros de responsabilidad y como una función de menor cuantía, que se podía efectuar con un buen grado de pasividad caracterizando así una encomienda que no se distingue de las tareas no profesionales.

Sumando todo lo anterior, las condiciones laborales han tenido un efecto de disminución en el pensamiento profesional, estructurando un ejercicio mal remunerado, basado en rutinas, con tareas muchas veces sin sustento profesional y con pocas perspectivas de crecimiento y avance científico lo que ha provocado un déficit en la

demanda para ingreso a las escuelas, abandono durante la carrera y deserción en el ejercicio del mismo.

En una forma de enfocar el problema, puede decirse que el peso de estas circunstancias ha favorecido que existan profesionales con una actitud fatalista que no confía en la posibilidad de un cambio y que su postura conformista sea quizá la mayor debilidad que ha afectado a la enfermería, tal problema ha tenido evidentes repercusiones en la enfermería actual.

En el mercado de trabajo de enfermería esta cabalmente confinado por el sistema de salud. Dentro de éste existen instituciones de diverso carácter – pública y privada, con diferencias institucionales importantes- pero todas ellas establecen lineamientos que determinan el empleo de enfermería. El ejercicio liberal de la profesión es prácticamente imposible (por esto y por la parcialización de la profesión misma) como lo son también otras formas de relativa independencia (bufetes de asesoría y servicio, asociaciones de especialistas etc.) que asume el ejercicio de otra más rígida en las escuelas de enfermería que obligan a las enfermeras a un cumplimiento rutinario y poco creativo de sus obligaciones.

Los límites institucionales de la práctica de la enfermería están también impuestos y vigilados por el gremio médico y contribuyen a mantener el carácter subalterno de la profesión. Los causes de acceso y superación profesional están asimismo preestablecidos por los requerimientos del sistema de salud.

La consecuencia principal del carácter cautivo de la profesión ha sido la predeterminación del destino de sus servicios y a los grupos poblacionales que el sistema de salud quiere privilegiar. El gremio de enfermeras no puede intervenir en la decisión sobre el destino de sus servicios; este es un resultado de opciones políticas superiores que

configuran su mercado y determinan la importancia relativa que dentro de él tendrá cada modelo de atención. Las escuelas ajustan la formación de la enfermera a ese mercado preestablecido y carece de la fuerza y creatividad necesario para modificar la política de salud, los modelos de atención a las condiciones de ejercicio de sus egresadas. (21)

En particular la existencia del modelo de atención intra mural, curativo, hospitalario — determinada por un concepto de salud orientado a restaurar y producir la fuerza de trabajo—, ha determinado que predomine el carácter hospitalario en la práctica y formación de la enfermería. La intermediación necesaria del sistema de salud y sus modelos de atención orienta así los servicios de esta profesión a grupos de población seleccionada por las prioridades derivadas de los requerimientos de la producción.

Dentro del modelo hospitalario predominante las actividades se han diferenciado en tres niveles de atención, que van de la menor a la mayor especialización. El tercer nivel, altamente especializado, se ha constituido como hegemónico en la práctica médica. La enfermería, por su subordinación a ésta, va siguiendo la misma tendencia respecto a los grupos destinatarios, con el efecto de aislar más a la enfermera de las necesidades básicas de salud de los grupos mayoritarios.

La enfermería, muestra una extraordinaria debilidad profesional, gremial y política. En comparación con el movimiento que se advierte en los últimos años en el país hacia una mayor organización y participación social de los grupos de trabajadores y profesionales, se ha mantenido estática en su dispersión e inmovilidad.

El proceso de revaloración que se ha aludido debería enfocarse en primer lugar hacia una toma de conciencia colectiva de su ser profesional por parte de todos sus miembros. Entendemos por esta conciencia tanto la de clase en la que ser clarifica reflejadamente su posición en el proceso productivo y su pertenencia a la clase trabajadora asalariada; como

la conciencia profesional que aporta a sus miembros el conocimiento de sus características, derechos, obligaciones, necesidades y potencialidades como sujeto colectivo de una práctica profesional específica.

De esta toma de conciencia se derivarán las posibilidades de intercomunicación, cohesión interna y organización gremial, todo lo cual aumentará la capacidad de su profesión para decidir sobre las condiciones de su ejercicio. Del actual estado de falta de conciencia, dispersión de sus miembros e ineficacia de sus dirigencias, que ha hecho a la enfermería tan vulnerable en las diversas fuerzas que la oprimen y restringen, habrá que pasar a un nuevo estadio de organización laboral y gremial que se manifieste en forma auténtica.

Del análisis hecho se desprende que la profesión se ha visto progresivamente arrinconada, perdiendo uno tras otros territorios. Pero en el área de atención ginecoobstétrica se abre también un gran espacio, no en un lugar institucional sino como ejercicio libre.

Una de las dificultades que empiezan a emerger, en el gremio de la enfermería, derivada del entorno antes señalado es que las distintas figuras del trabajador que han existido a lo largo de la historia contemporánea de la profesión en las instituciones públicas de salud, que van de la figura del práctico, del técnico profesionalizado hasta el profesional con estudios de licenciatura, es que actualmente enfrenta un mercado de trabajo con elevado grado de segmentación, donde ya los médicos expropiaron para sí, la obstetricia, como espacio de quehacer profesional.

Por otro lado, se ha acelerado en los últimos años el proceso de descalificación profesional producto de la incorporación de tecnologías computacionales en la práctica profesional, que han acentuado un paradójico abismo; 1) en la desvinculación teoría

práctica que empieza a sentirse con apremio para quienes egresaron de planes de estudio de corte técnico a pesar de contar con amplia experiencia profesional, y II) la profundización en el carácter diferenciado y especializado del empleo, al ponderarse en la clínica la polivalencia, el trabajo en redes de comunicación y operación, la innovación y creatividad, que no se derivan necesariamente de la formación inicial profesional.

La agudización en los costos y de los procesos de recalificación en el trabajo, enfatiza la disociación entre las condiciones laborales y el desarrollo profesional, en tanto que la calificación profesional es cada vez menos una responsabilidad patronal, su atención y costo pasa a constituirse en una preocupación del trabajador, por ende, para contender con una dinámica laboral moderna que implique capacitación - trabajo- calificación sistemática, resulta por demás complejo para los profesionales de este gremio, articular las formas de alternancia requerida en los programas actuales de corta modulación que buscan la integración y flexibilidad institucional.

El nuevo panorama laboral empieza a cobrar las primeras víctimas de la estrategia a través de la jubilación temprana principalmente, sin embargo, paradójicamente los rasgos de la profesión de enfermería – su estructura de historia oral y quehacer práctico- a través de la clínica, han conformado un enorme potencial de competencia profesional adquirida y vinculada con la experiencia en el “ poder hacer”, que constituye en este escenario de complejidad real de saltar al siglo XXI con potencial de innovación capaz de aproximarse con menor dificultad, a las exigencias de pertinencia, flexibilidad, calidad e información, eficiencia en el trabajo.(22)

Sin restar importancia al enorme costo social que representan las políticas laborales en el ámbito laboral, particularmente para los profesionales con más experiencia y años de servicio. El valor de la práctica que siempre fue en gran estima y en ocasiones negada de la

realidad de un profesional formado en la intersección en los diversos campos del conocimiento, sin plena identificación de su propio soporte de conocimientos, sujeto laboralmente a una dinámica de conocimientos y jerarquías institucionales asfixiantes, hoy enfrenta el reto de transformar el escenario de su práctica y experiencia desde adentro, ya que éstas se constituyen en los potenciales ejes de una rearticulación y transformación significativa de su profesión.

La cercanía y subordinación profesional de la enfermería al actuar del médico en el hospital, ha conformado para el gremio una actitud de disciplina en el hacer, pero también una observación de segundo orden que permite distinguir la relación salud- enfermedad; lo que posibilita identificar signos y señales en el cuerpo humano siempre a través de la mirada del médico, lo que no invalida el valor potencial que encierra la interpretación y comprensión de la atención preventiva y el reestablecimiento de la salud.

La posibilidad de mirar en una doble vía, al cuidar los signos de la enfermedad, pero también identificar el significado de la atención profesional al enfermo, se traduce hoy en un cúmulo de conocimientos teóricos y práctico, sobre lo que las señales de enfermedad son; fundamentalmente en cuanto a la viabilidad de los diversos tratamientos – preventivos y curativos intra hospitalario en función al sin número de casos que se atienden, las posibilidades de pleno reestablecimiento.

El conocimiento y experiencia han conformado un importante soporte de habilidades adquiridas no de todo identificadas en el terreno del quehacer profesional, que se expone frente a las perspectivas de una práctica profesional liberal, no necesariamente ligada a la dinámica en el hospital como único mercado de trabajo que requiere ser estudiadas y sistematizadas en función al nuevo escenario de desarrollo profesional y calificación que demandan los mercados potenciales.

La estrecha relación que guarda la enfermería con el trabajo de los administradores de hospitales ha permitido también interpretar y comprender desde la dinámica profesional de este gremio, el entorno de organización y funcionamiento del servicio médico institucionalizado, compartiendo inclusive en algunas ocasiones responsabilidades de diverso orden y nivel en las tareas relacionadas en esta parte de la organización de la clínica. Al haber aprendido el orden implícito de la administración del hospital por necesidad profesional, se traduce hoy en un potencial de conocimientos, habilidades y aptitudes sobre este ámbito, que si bien no se ha considerado aún en la formación inicial pueden ser valoradas en los escenarios laborales que actualmente se segmentan, y derivan de una virtual proliferación de distintos niveles y modalidades de atención médica según la demanda de la sociedad.

Resulta importante identificar y clasificar en el terreno profesional de la enfermería estas competencias integradas, producto del hacer, relativas a la forma de organización del tiempo y espacio de la clínica, para hacer flexible y eficiente el quehacer directamente relacionado con el cuidado de enfermería desde una perspectiva de administración de las instituciones.

Por otro lado, el trato directo con el paciente-usuario, que se deslindan en el terreno de la clínica, y que por lo regular trasciende hasta el nivel de la relación estrictamente humana, ha desarrollado competencia para atender y comprender con sensibilidad, responsabilidad y respeto ese lado humano del usuario, ahí donde la enfermedad se individualiza y adquiere un rostro esencial.

A nivel profesional enfermería no es una rama de la medicina; es definitivamente necesaria y debe ser autónoma, solo así podrá sobrevivir como profesión. En casi todas las áreas de enfermería, tanto en la práctica como en la docencia y en la investigación, hay

cierta confusión con respecto a sus objetivos y los medios para alcanzarlas. La enfermería esta dedicada al cuidado de los enfermos, pero su máxima preocupación es mantener la salud de la sociedad.

La profesión debe contar con un alto grado de conocimientos y con un grupo profesional de enfermería, capaz de proporcionar ese conocimiento al servicio de la sociedad y auxiliar al hombre en el logro de su máxima potencialidad de salud. La profesión esta obstaculizada por las ideas confusas sobre el diseño de la práctica profesional y por la resistencia al cambio dentro y fuera de la profesión. Al no reconocer su propia base sólida de conocimientos restando importancia a su destreza. Sin estos conocimientos y experiencias, las enfermeras carecen de autoridad y sin esta última no hay poder ni autonomía, si su autoridad no se reconoce.

Los problemas de mayor importancia en la profesión se deben a la incapacidad para diferenciar las funciones y la preparación académica que requieren las diversas clases de enfermeras, los cuales son necesarios para una verdadera práctica profesional.

A pesar de que haya un sistema amplio y elaborado de educación para la preparación de enfermeras tanto técnicas como profesionales, aún se conserva un tipo absoluto de entrenamiento para el aprendizaje intra hospitalario en algunas instituciones de servicio. Además, las leyes ya resultan arcaicas, pues la licencia que poseen las enfermeras no corresponde a las funciones para las cuales han sido preparadas. Otra situación es el hecho de que los hospitales y las instituciones de cuidado de salud no adoptan los modelos de práctica profesional que en el rendimiento de un verdadero cuidado profesional. Las leyes de licenciatura deberán ser cambiadas para que reflejen la autonomía de la profesión. Se debe eliminar todas las referencias a las prácticas médicas y a la supervisión. Las licenciadas en enfermería, las técnicas en enfermería deben tener perfiles cuidadosamente

indicados, de tal manera que se reconozca las diferencias en los requisitos académicos de cada una.(23)

Mantener la norma es difícil para una profesión que se encuentra en una etapa de transición y de un nivel semiprofesional a una posición profesional. Muchas enfermeras y demás asociadas con enfermería insisten en aferrarse a las viejas costumbres e ideas. Según la función de la enfermera no tiene un cuerpo de conocimiento propio. Al negar que la enfermería tenga una base de conocimientos particulares, están negando el valor de su educación y esto constituye un grave peligro para cualquier grupo profesional. El llamado antieducalismo, puede debilitar y destruir a la enfermería desde adentro, pues sugiere que las enfermeras resten importancia a sus conocimientos y no deseen autoridad. Ellas dan una imagen muy pobre de sí mismas y pierden su prestigio e identificación con otras enfermeras; y por último, su orgullo se mina y se pierde. Algunas prefieren seguir pensando falsamente que existe la necesidad de una identificación más estrecha con una profesión más fuerte como es la medicina.

Enfermería ha estado comprometida con el cuidado a la salud por muchos años. Ha realizado la labor de ayudar a las madres a aprender como cuidar y alimentar mejor a sus hijos y ha trabajado en áreas de comunidades pobres, ayudándolas a lograr una dieta apropiada y a mejorar las condiciones de higiene. También ha llegado hasta las áreas rurales y fronterizas para proveer asistencia durante el embarazo y el alumbramiento. El papel de la enfermera no es asistir al médico en el tratamiento de la patología; más bien es asistir al paciente durante la enfermedad y ayudarlo a recuperar su estado óptimo de salud. Las relaciones de la enfermera profesional con sus clientes son las mismas que las de otras profesiones. El profesional trata los problemas en su totalidad y en todas sus

ramificaciones. La enfermera profesional asesora, planifica, implanta y evalúa todas las acciones que se toman para resolver el problema del cliente.

Las enfermeras como otras profesionales, deben realizar investigaciones para apoyar su práctica. El estudio continuo del proceso de enfermería y de su desarrollo teórico, es una parte de la responsabilidad que tiene la enfermería con la sociedad y el cliente. El desarrollo de la investigación profesional comienza desde el primer nivel de educación, el programa de licenciatura continúa su desarrollo más sofisticado en el nivel doctoral. La mayoría de los avances que ha dado enfermería se deben a los esfuerzos de las teóricas e investigadores.

La enfermería profesional se puede comparar con la práctica profesional de otros campos. Tiene la responsabilidad hacia la sociedad y de manejar los problemas en su totalidad. La enfermera profesional se compromete a investigar y utilizar los resultados de la investigación para mejorar su practica.

La educación en enfermería profesional trata de cumplir con uno de los propósitos fundamentales de la educación profesional, el desarrollo de habilidad para manejar todos los problemas del hombre, no solo los comunes o los técnicos. Enfermería profesional se preocupa por la salud y la enfermedad. Se enfatiza la prevención de la enfermedad y el propiciar el bienestar. Para que la enfermera profesional tenga autoridad sobre su práctica debe trabajar sin supervisión. La autoridad sobre la práctica es necesaria para poder hacerse responsable y responder por su trabajo. Los diseños o modelos para la práctica no permiten ejercer autoridad, obstaculizan la práctica profesional.

La práctica de la enfermera profesional, debe ayudar a los usuarios, abarca a estos como un todo; en la valoración se consideran todas las fuerzas y las complicaciones de la vida de

los usuarios, los problemas patológicos inmediatos. El plan de enfermería y su implantación se fundamenta en un concepto holístico del hombre.

La práctica y la autonomía de las enfermeras con grado de licenciatura son invalidas y limitadas. La falta de autoridad sobre la práctica hace que el concepto de la responsabilidad del profesional con sus clientes sea tan solo un ideal ansiado. La autoridad en este contexto significa el derecho exclusivo del profesional de determinar lo que será su práctica. La autoridad incluye decidir que clientes desea atender, en que forma los va atender, que servicios les proveerá y que ayuda necesita para llevar a cabo su práctica, si las enfermeras profesionales no poseen esta autoridad sobre los elementos necesarios de la práctica profesional, entonces no podrán utilizar su preparación y su pericia en provecho del cumplimiento de sus responsabilidades con la sociedad. No se han diseñado modelos de práctica profesional para el uso apropiado de los diferentes tipos de enfermera en el campo de la práctica. La enfermera profesional con grado de licenciatura llevan a cabo un proceso de predicción en sus intervenciones con los clientes. Estas enfermeras se apoyan fundamentalmente en su pericia para analizar y sintetizar. Su habilidad para llevar a cabo sus funciones apropiadas depende de las decisiones sobre la educación y la práctica de enfermería, así como las decisiones sobre como satisfacer las necesidades del cliente.

Las enfermeras profesionales necesitan una educación que les provea de las herramientas necesarias para el análisis, la síntesis y la predicción. Específicamente, necesitan conocer al hombre como un ser físico; aquí se requiere tanto la psicología, las ciencias sociales, la historia y la religión. Las enfermeras deben saber la reacción del hombre a las drogas, la atención física y emocional, las patologías, y como estos comportamientos reactivos surgen durante el proceso de la vida. Necesitan conocer sus etapas del desarrollo del proceso de la vida.

Todos los programas deben usar un diseño de modelo de enfermería en oposición al modelo médico. Los programas de doctorado deben preparar investigadores que puedan enriquecer la base teórica de enfermería, así como también preparar a las enfermeras que se necesitan para la administración y la enseñanza. Se deben diseñar programas de educación permanente para satisfacer las necesidades de los profesionales y de las técnicas de enfermería.

La predicción experta en la práctica de enfermería profesional también puede reducir los costos para el consumidor. Tiene el propósito de prevenir complicaciones en los enfermos, cuando se permita mantener gente sana, bajo este principio en todas las áreas de la vida, de la comunidad, la gente podrá mantener y acrecentar su salud más fácilmente. La decisión de utilizar las enfermeras correctamente ayudará a la creación de modelos de práctica profesional, permitirá que se provea la asesoría y reducirá el costo total del cuidado de la salud y la enfermedad para el público.

La profesión de enfermería y las enfermeras individualmente pueden hacer importantes contribuciones al decidir sobre las necesidades de salud de los consumidores. Debido a que las enfermeras están informadas y tienen conocimientos, deben compartir esta información con sus clientes y estar alerta y activas en todos los aspectos y los debates sobre el cuidado de la salud en el ámbito local, estatal y nacional. Deben trabajar para los mejores intereses de la comunidad. (24)

2.3.3 Modelos de ejercicio profesional de Enfermería en México y otros países Latinoamericanos.

La creciente necesidad de servicios profesionales de enfermería de una sociedad en constante cambio, exige de nuestro gremio el buscar modelos que satisfagan las nuevas exigencias, ir más allá del tradicional eminentemente teórico-operativo para asumir una posición de liderazgo, donde sean las mismas enfermeras quienes analicen su profesión tan objetivamente como sea posible y sean ellas quienes señalen las direcciones del cambio, en lugar de esperar a que lo hagan otro tipo de profesionales, quizá bien intencionados pero ajenos a la enfermería.

La autonomía es tal vez la característica más relevante que distingue a una actividad profesional, de aquella que no lo es. La enfermería a través de la historia se ha desarrollado notablemente; empezó siendo una labor empírica, después paso a ser una actividad organizada semiprofesional, hasta llegar a ser una práctica profesional.

Este desarrollo ha sido típicamente evolutivo y no se ha dado de manera fortuita, se ha logrado definiendo su base teórica y ampliando constantemente con nuevos conocimientos que fundamentan su ejercicio.

En México, la enfermería ha ido ganando terreno en el campo de la profesionalización gracias a los esfuerzos realizados especialmente en las áreas de la docencia y la investigación.

Sin embargo, a pesar de que hay planes de estudios modernos para la formación de enfermeras, tanto técnicas, como de licenciatura, aún siguen regresando con la idea casi uniforme de desarrollarse como asalariadas y, en un alto porcentaje, transcurre su vida profesional sin concebir la idea de ejercer en forma independiente.

La perspectiva actual exige de la enfermería un cambio, se requiere la ruptura de los viejos paradigmas que han obstaculizado su desarrollo, dejar de aferrarse a varias tradiciones e ideas anacrónicas. Una responsabilidad importante de los docentes y líderes de enfermería, es planear de manera estratégica y prospectiva para afrontar futuras necesidades, de esta manera las enfermeras tendrán la capacidad de lograr y sostener la posición y autonomía de la profesión.

En los tiempos modernos el ejercicio independiente de la enfermería, se inició con la aplicación de inyecciones, esta sencilla actividad fue quizá la pionera de la práctica libre, aunque en la actualidad no presenta una fuente importante de trabajo, debido a que un gran número de personas que, sin ser enfermeras, la realizan y por lo tanto, su remuneración es baja.

Actualmente la enfermera ha descubierto, no solo que puede ejercer en forma independiente, si no que sus servicios tan diversos, tienen una gran demanda. Los modelos de ejercicio independiente de enfermería que se observan con más frecuencia son:

Las agencias de enfermeras.

Son empresas que se dedican a cubrir la demanda de servicios de enfermería, comúnmente conocidas como enfermeras especiales, tanto en hospitales como a domicilio. Esta modalidad, especialmente en su vertiente de Atención de Enfermería en el hogar, ha existido en México desde hace muchos años y en términos generales, con poco rendimiento en el ámbito hospitalario y social en general, sin embargo, actualmente, han despertado un creciente interés por parte de las mismas enfermeras mexicanas así como de un grupo empresarial transnacional.

Con ello se ha propiciado el mejoramiento en el aspecto profesional de las enfermeras debido a una tendencia observada cada vez mayor en la atención de alto nivel al paciente

en su domicilio, como reflejo de la acción de fuerzas económicas, demográficas y sociales en el ámbito común de la atención de salud. Surge así el concepto de empresa colectiva que une la intervención de los trabajadores de salud y de proveedores de alta tecnología, ellos fusionan sus productos y sus servicios para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios.

El cuidado en casa ha evolucionado de ser un área de poca prioridad, a una de mayor importancia, en ello ha influido el reconocimiento de las ventajas que representa tanto para los usuarios de los servicios, como para los sistemas de salud. Los principales puntos de atracción son:

- Reducir los días de estancia de los pacientes en el hospital con la ventaja, de que ello se deriva.
- Disminuir los costos de la atención.
- Disminuir los riesgos de la atención.
- Mejorar el estado emocional del paciente, así como la dinámica familiar.
- Ampliar la continuidad del cuidado de los pacientes.
- Mejorar la calidad del manejo de la salud en el ámbito de la comunidad.

Las agencias de enfermería proporcionan diferentes tipos de servicio; puede ser el cuidado integral y continuo que generalmente se cubre con jornadas de doce horas por tiempo indefinido y variable dependiendo del problema que se trate y la decisión del paciente y su familia. Este servicio lo puede prestar enfermeras generales y algunas ocasiones, es conveniente y hasta necesario que sean especialistas. Otro tipo es el tratamiento de enfermería, en estos casos, la enfermera visita al paciente para realizarle algún cuidado específico y generalmente especializado de enfermería.

-Consultorios de Enfermería.

Esta modalidad se lleva a cabo en otros países, en México es sumamente limitada. Aún puede haber una área con un alto potencial por explorar en la práctica independiente. Las enfermeras especialistas y desde luego, de cierta especialidad con mayor potencial para este tipo de ejercicio, son las más indicadas para incursionar en este terreno y como ejemplo se puede citar los consultorios de enfermería pediátrica, donde la enfermera en forma independiente realiza funciones, de cómo orientar a la madre sobre el cuidado del recién nacido normal, sobre la alimentación del niño sano desde la lactancia materna y la ablactación, hasta la integración del niño a la alimentación familiar, vigilancia por somatometría periódica, vigilancia del desarrollo psicomotor, esquema de vacunación, etc.(25)

-La obstetricia.

El Gobierno de la República Mexicana ha establecido el compromiso de reducir, significativamente, la mortalidad materna y perinatal en México. En los últimos veinte años, se han generado propuestas en dicha materia, confirmándose como una prioridad en documentos como; la Declaración de Cocoyoc (1988), la Declaración de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990) y en el plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, todas ellas bajo el compromiso de generar acciones concretas para mejorar el bienestar y la salud reproductiva.

El modelo de atención de obstetricia se basa en el hecho de que el embarazo y el nacimiento son acontecimientos normales. Se debe velar por el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y la familia durante todo el ciclo de procreación; ofrecer a la mujer una educación, orientación y atención prenatal individualizada; prestar a la mujer asistencia continua durante el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio

inmediato; brindarle apoyo continuo durante el período postnatal; reducir al mínimo las intervenciones tecnológicas; e identificar a aquellas mujeres que requieran atención obstétrica o de otra índole y enviarlas a los especialistas correspondientes. Este modelo de atención se centra en la mujer y es ahí donde reside su responsabilidad.

Los Licenciados en Enfermería y Obstetricia asumen su responsabilidad y compromiso con respecto al ejercicio de su profesión. Asimismo, respetan a las mujeres como personas. Ponen en práctica conocimientos y destrezas actualizados al atender a cada mujer y familia. La seguridad y el bienestar general de las mujeres atendidas son de vital importancia para la licenciatura. Además se esfuerza por apoyar el sentido de bienestar de cada mujer al igual que sus elecciones bien fundadas con miras a propiciar una experiencia segura. Al tomar decisiones, se apoya en una amplia gama de fuentes de conocimientos, preceptos intuitivos, así como también la capacidad de pensar con sentido crítico y emitir juicios clínicos fundamentales. El proceso de la obstetricia es dinámica, responde al estado de salud cambiante de cada mujer y permite prever posibles problemas.

Comportamiento profesional.

1. Se encarga de tomar decisiones clínicas y se responsabiliza de ellas.
2. Participa en actualizaciones periódicas de conocimientos y destrezas con la finalidad de mantenerse al día en el ejercicio de su profesión.
3. Utiliza las precauciones universales, las estrategias de control de infecciones y las técnicas higiénicas.
4. Utiliza procedimientos adecuados de inter consulta y envío de casos durante la atención.
5. Se abstiene de adoptar una actitud de juicio moral y muestra respeto por la cultura (no impone sus ideas) de la gente durante la atención.

6. Utiliza un modelo de asociación al colaborar con las mujeres, a fin de permitirles tomar decisiones fundamentales acerca de todos los aspectos de su atención y asumir la responsabilidad de su propia salud.
7. Conoce y utiliza las destrezas necesarias para saber escuchar y alentar a los otros a comunicarse.
8. Sabe como amar, utilizar y mantener los instrumentos y suministros conforme al lugar donde ejerce su profesión.
9. Trabaja en colaboración con otros agentes sanitarios a fin de mejorar la prestación de servicios en la mujer y la familia.
10. Aboga por que la mujer tome sus propias decisiones en los entornos institucionales.

Bajo este contexto, se inserta en el Sistema de Salud, el CIMI-Gen que da respuesta a las necesidades de la población materno- infantil, bajo la filosofía de la disminución de los defectos del nacimiento, desarrolló estrategias complementarias para el logro de las metas establecidas, como en el sistema de evaluación de riesgo. Opera desde su creación, 5 Programas Básicos: Atención para la salud, Enseñanza, Proyección social, Administración e Investigación nace como una de las estrategias operativas que permitirá identificar y estudiar factores de riesgo que afectan la morbilidad y mortalidad materno infantil, permitiendo establecer medidas de prevención, control y tratamiento específico.

El programa CIMI-Gen, inició operaciones 1988 con objetivos claros, con metas precisas y con recursos técnicos y operativos propios que han permitido obtener resultados más satisfactorios en la atención materno infantil. CIMI-Gen surge como una institución que debe responder a las necesidades y expectativas de la población. El modelo de atención que se planteó es en el primer nivel y establece un sistema de atención perinatal integral

dinámico y evolutivo que responda a las necesidades de la población y que a través de mecanismos de autofinanciamiento utilice mejor los recursos propios.

A 10 años de labores, se tiene instituido un sistema de evaluación de riesgo, manejando a través de guías específicas de cada etapa reproductiva, cuyo indicativo de riesgo se rige bajo el "Semáforo de Salud" (verde, amarillo, rojo). Cada una de las áreas básicas es coordinada y atendida por personal profesional altamente capacitado para la asistencia preventiva y la atención para la salud en el nivel primario, así como la detección oportuna de los casos problema a nivel de atención secundario y terciario.

Al crearse este Programa se integra a las actividades que dentro del componente de salud reproductiva realiza la institución, acorde a lo que establece el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 de la Secretaría de Salud. Se han establecido diversas líneas de acción con instituciones del sector privado, en coordinación con la Fundación Mexicana para la Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva; el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Pediatría, la Universidad Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.(26)

La Docencia.

El profesional de enfermería tiene en la práctica privada la docencia un horizonte amplio por estudiar y considerada un área poco explorada.

-Consultoría de Enfermería.

La enfermera consultora mediante una investigación dirigida a encaminar y encontrar las causas que están originando el o los problemas, puede aportar alternativas de solución de gran utilidad para la toma de decisiones. Desde luego, la enfermera consultora debe tener la capacidad para realizar investigaciones de servicios de enfermería y prestar servicios a diferentes áreas.

Algunas tendencias prospectivas de salud basadas en escenarios que contemplan la preocupación del gobierno en las últimas décadas por proporcionar una cobertura total de la población hacia el año 2010, indican que la cobertura de la seguridad social pública se incrementarán hasta cubrir el 95 % de la población total y el 5 % restante seguirá siendo atendida por la iniciativa privada. De acuerdo a esta perspectiva, parece que el panorama para la práctica privada de la enfermería es prometedor.

Por otra parte, las proyecciones también indican que la esperanza de vida va en aumento en el país, se calcula que en el año 2010, alcanzará este indicador un promedio de 75 años.

Habrà una proporción mayor de ancianos y estos, son altamente demandantes de cuidados de enfermería privada.

Las enfermeras que ejercen en forma libre, son generalmente personas emprendedoras y con carácter de independencia acentuados; son personas desafiantes, que enfrentan los riesgos de no tener la protección y la situación cómoda que se encuentran en las instituciones públicas que son grandes centros de empleo para la profesión; son profesionales que como aquellos que trabajan en los centros públicos, cumplen una función social relevante en un contexto político, social y económico, aunque algunas personas por desconocimiento o por prejuicio no lo reconocen.

El lado directo con el usuario, que se deslinda en el terreno de la clínica, y que por lo regular trasciende hasta el nivel de la relación estrictamente humana, ha desarrollado también competencias para atender y comprender con sensibilidad, responsabilidad y respeto ese lado humano del paciente, ahí donde la enfermedad se individualiza y adquiere un rostro esencial.

Es fundamental identificar y sistematizar también la experiencia de tratar profesionalmente en ambos espacios; el de origen de la enfermedad, es decir al seno de la familia, como también el espacio artificial de cuidado de la salud-hospital. Aquí existe también un cúmulo de saberes, habilidades y actitudes adquiridas que le permite al profesional de la Enfermería, acompañar al enfermo y su familia en la compleja circunstancia de hacer legible y comprensible la naturaleza de la enfermedad, al de codificar la semántica del diagnóstico y tratamiento médico fuera de la clínica.

La modificación reciente de los criterios para la venta de medicamentos en establecimientos públicos, en función al nombre de la sustancia y no al laboratorio o marca comercial, abre de pronto un escenario potencial a los profesionales de la Enfermería, en la medida que implica necesariamente para el proveedor y el vendedor un conocimiento más especializado de las medicinas.

En este sentido, la formación inicial de estos profesionales garantiza hoy un conocimiento amplio de la semántica especializada de los medicamentos, que permite sostener expectativas en torno a un eventual desplazamiento profesional hacia ese mercado inédito.

Frente al complejo escenario de una acelerada privatización de la práctica clínica y el eventual surgimiento y proliferación de espacios de capacitación y recalificación profesional de la enfermería, que emergen al amparo de la posibilidad cercana de un

ejercicio liberal de la profesión, derivado de la segmentación de los mercados, los conocimientos y habilidades para hacer, surgidas de la emergencia e incertidumbre laboral actual, al atender los procesos de enfermedad incipientes con terapéutica sencilla común a la enfermería y que no requieren de atención médica, que bien puede considerarse que son más del 70 % de los usuarios que acuden al primer contacto a los servicios de salud. (27)

2.3.4 Ideología e identidad en Enfermería.

-Ideología.

Como toda profesión, también ésta ha generado una ideología específica que la identifica bien estructurada, que cumple las funciones expuestas en el marco teórico.

Puede distinguirse tres etapas en el desarrollo de la ideología discursiva de la enfermera en México: 1939-1954, 1955-1964, 1965-1982; este período surge considerando los acontecimientos relativos al sistema de salud o a la enseñanza de la enfermería, así como de otros acontecimientos o cambios importantes. En cada una de estas etapas es posible identificar diversas "argumentaciones", entendidas como "un proceso casi -lógico de esquematización o de representación de la realidad", a partir de premisas ideológicas que se suponen compartidas, y en vista a una intervención sobre un determinado público, todo ello desde un lugar social e institucional determinado. Estas argumentaciones se han agrupado en tópicos fundamentales como: enfermera, mujer, madre, Estado, etc., para facilitar la comparación diacrónica.

En la primera etapa (1939-1954) aparecen los tópicos " enfermera" y "mujer". Para comprender mejor el significado de las argumentaciones "enfermera". Las argumentaciones contienen, por tanto, una representación que los médicos transmiten a la enfermera, esquematizándole la figura de ella misma como los médicos desean que sea. Ellos quieren que la enfermera acepte la imagen de colaboradora suya, sumisa y abnegada, manos hábiles etc.; en ningún momento es la enfermera misma quien describe sus características ideales.

En cuanto al segundo tópico ("Mujer") a la enfermera se le agregan ciertas características que deben reunir como mujer, principalmente ser bienhechora, auxiliadora, bondadosa, sacrificada, como si no bastaran las características que se le imponen como enfermera.

Las características de sacrificio y abnegación han estado vinculadas a la imagen femenina ideal en la tradición cultural mexicana; frustración y sacrificio de la mujer corresponden a ciertas conveniencias sociales, principalmente del varón. Al aplicarle estos atributos a la enfermera, se intenta afianzar el estereotipo femenino en el importante campo de la atención a la salud y garantizarse una relación de sometimiento y servicio incondicional de la enfermera al médico.

En la segunda etapa (1955-1964), junto a los tópicos de "enfermera" y "mujer" aparecen también el del "Estado". Los elementos claves no varían; por lo general siguen siendo el emisor del médico (aunque ya intervienen algunas enfermeras) esporádicamente algún funcionario o la esposa del Presidente. El médico sigue considerando a la enfermera como su colaboradora, sumisa y abnegada, pero ya aparece un elemento más a considerar: la relación de la enfermera con la salud pública del país y a través de ésta con el Estado. En efecto, en esta época la enfermera sanitaria goza ya de prestigio y trata de imponerse como una profesión. Por otro lado, se insiste en detalles de apariencia externa ("decencia en la presentación personal, debe ser intachable en el uniforme, peinado, calzado y equipo"), que tiene un obvio valor simbólico. Con la misma intensidad se sigue recalcando sus características de mujer.

En la tercera etapa (1965-1982) predominan ya los discursos pronunciados por las enfermeras, al lado de los médicos y autoridades (como el Presidente o directores de institutos). El discurso de la enfermera sin embargo, no es plenamente espontáneo; antes de ser pronunciado pasa por un conjunto de controles: un comité coordinador integrado por los jefes de enfermería la cual selecciona a la enfermera que pronunciara el discurso; ésta recibe un esquema al que debe ajustarse (en los últimos años este esquema se refería al programa de trabajo); la enfermera elabora el texto final pero éste es revisado por el

secretario de la institución (son agregados los elogios a las autoridades), y se corrige lo que parece inconveniente.

La argumentación de los médicos persiste en los temas anteriores: abnegación, colaboradora del médico, en manos que amortiguan el dolor, etc.; sigue siendo considerado en la actualidad la enfermera por el médico. Aunque se le denomine "columna sólida" en la política de bienestar social, se añade una serie de límites y además, sé específico que la necesita como colaboradora en el terreno asistencial.

Cuando el discurso es dirigido por las enfermeras, ellas siguen aceptando ser identificadas por esas características femeninas. Asimismo siguen considerando la enfermedad como un hecho aislado de determinantes económicos, políticos y sociales. Su conciencia gremial se expresa únicamente en el período 1971-1977, en que hacen mención de algunos hechos que afectan su profesión.

Todas las profesiones encuentran su legitimación social, a nivel ideológico, en el servicio que prestan. En enfermería este servicio es afirmado reiteradamente tanto como servicio inmediato al enfermo individual como a servicio global a la sociedad (a compatriotas, al desarrollo del país). Los servicios de enfermería son universales. Orientados a todas las clases sociales por igual (aunque también se afirma vagamente que "contribuyen a disminuir la injusticia social") y como indispensables, dada la importancia de salud.

En particular se encuentran argumentaciones que ratifican la inserción de la enfermera en el proceso laboral como ejecutora de funciones manuales, lo cual reafirma la división del trabajo establecida en el campo de la salud; se ratifica de manera enfática la supeditación al médico y el carácter subalterno de la profesión, en congruencia con los requerimientos del sistema de salud; y se ratifica también implícitamente el carácter cautivo de la profesión y

la asimilación de la enfermera al conjunto de trabajadores asalariados, independientemente de las instituciones en que presta sus servicios.

En su aceptación de "falsa conciencia", la ideología cumple una función de encubrir la realidad, con fines de control social. En el caso de enfermería se comprueba esta función en alguno de los elementos del discurso ideológico.

El énfasis en el compromiso ético de la profesión, que adquiere inclusive el sello de "consagración" (y en el cual insiste la formación de la enfermera), contribuye a establecer normas rígidas de comportamiento y una particular disciplina de todos los miembros de la profesión. Así, la ideología refuerza el control interno del gremio de los que están adentro del funcionamiento del sistema de salud.

Otra manera como el discurso ideológico contribuye al control social, en el caso de enfermería es la dilución de su conciencia de clase. Pese a la baja extracción de las enfermeras, al carácter asalariado de su profesión y a la baja remuneración de sus servicios, no aparece en la ideología discursiva una conciencia de pertenencia a una clase social . (28)

-Identidad.

La ideología da identidad a las profesiones, los elementos principales de la identidad profesional son dos clases: unos residuales, recogidos de la tradición histórica y otros añadidos en etapas más recientes, así tenemos los siguientes elementos:

Una ética laboral propia de los gremios medievales que contribuían un valor intrínseco al trabajo. Este se considera realización de una "vocación personal". Esta ética es distinta a la empresarial que ve en el trabajo el medio para acumular capital (o en los orígenes del capitalismo un medio de salvación), o de la ética del proletariado que trabaja para sobrevivir. En ambos casos el trabajo tiene un valor extrínseco.

Un ideal de "servicio universal", por lo que él profesional debe estar al servicio de todas las clases sociales sin distinción y solidarizarse con todas ellas. Las raíces de este ideal de fines de la edad media y, más recientemente en la tradición inglesa, en el prototipo desinteresado.

Una versión secularizada del nobles oblie, que recuerda a la aversión de la nobleza a las transacciones comerciales e invoca el principio del fondo religioso de que el rango social impone obligaciones a la vez que justifica derechos.

Una jerarquía entre el trabajo culto y el trabajo manual o "servil" que, en nuestra tradición quizá se arraigue en los valores del "hidalgo" español, digno aunque pobre.

El presagio de la profesión, basado en la nobleza, importancia y excelencia del servicio que se proporciona, pero sobre todo en los elementos fundamentales de la ideología burguesa dominante, radicalmente individualista. Estos son: que el individuo es el propietario de sus facultades; logra que su esfuerzo no debe nada a la sociedad; que todo lo que adquiere lo convierte en atributo de su persona; que en la competencia vence al mejor; etc.

La competencia profesional, considerada a si mismo como propiedad individual, así mismo el ideal de servicio, traducido en una obligación moral y en un código ético, cuya función es justificar la tradición entre una competencia producida socialmente y apropiada individualmente.

El concepto de mercado libre de necesidades y servicios, en el que por leyes "naturales", triunfa el mejor, lo cual sirve para justificar el control que ejerce sobre sus mercados y a través del monopolio educativo, y la autonomía de la profesión como tal, dada la capacidad para autorregularse y la responsabilidad moral de los profesionales.

Esta ideología forma todas las profesiones y les da identidad. Independientemente de la diversidad de situaciones laborales en que se ejerzan, se tiende a demandar este ejercicio profesional liberal que es el prototipo de donde emana esta ideología común.

La ideología compartida cohesiona al grupo profesional que constituye así un grupo de interés con valores y normas comunes. El gremio profesional se percibe a sí mismo como una "compañía de pares", no obstante la jerarquización interna de sus miembros. La ideología sirve también para legitimar la profesión ante la sociedad. Lo que refleja en el status del profesional y, más ampliamente las desigualdades que existen en la sociedad. Se invoca para esto el mérito del profesional, la duración de su escolaridad y la importancia del servicio que presta. Con su sola presencia, el profesional testifica que el sistema ofrece oportunidades iguales a todos, que los más aptos triunfan y que la sociedad recompensa el mérito, y se establece legitimaciones:

- Se legitima la "nobleza" de las profesiones por el ideal de servicio, el carácter universal de este y la bondad de la ciencia.
- Se legitima ante la sociedad la autonomía laboral del profesional, y su responsabilidad moral.
- Se legitima la validez de la relación individual entre el profesional y su cliente, como fruto de una decisión libre en un mercado libre y, a través de ello, la selección social de la clientela.

Finalmente se legitima la existencia corporativa del grupo profesional pues los une a todos una misma ideología.

Justifica el actual sistema social. En concreto a través de la ideología.

- Se priva de conciencia, de clase al profesional, por el ideal de servicio “universal”, se le reduce a una “clase sin conciencia” o “clase de servicio”.
- Se fortalece, la justificación de las desigualdades sociales, en virtud de que la estratificación se presenta como justo efecto del mérito de los más aptos.
- Se justifica asimismo la selección social que efectúa el sistema educativo, la validez de las credenciales que proporciona el elitismo democrático que produce, es decir, el poder de los más aptos.
- Implícitamente también se justifica la existencia de un “ejercicio industrial de reserva” integrado por “sin posibilidad de empleo” por falta de educación.
- Se justifica también la división social del trabajo y del diverso valor de éste según las funciones que realiza.

Finalmente la ideología de las profesiones sirve al sistema como un medio para controlar a los intelectuales profesionales —convencidos de su privilegio y autonomía— e impedir su radicación. Conviene destacar cómo la ideología de las profesiones —además de sus funciones de identificación, legitimación y articulación con la ideología dominante— cumple una función de encubrimiento de la realidad.

En concreto con el concepto de “competencia libre” se oculta el monopolio de la educación profesional y el control del mercado; con el ideal de “servicio universal”, se oculta la selección real de la clientela y el servicio de clase que se le presenta; con el énfasis en la cohesión gremial y las lealtades colegiadas, se oculta la estratificación interna; con la idea de “vocación”, se oculta el control social sobre los miembros de la profesión; y el culto a la “excelencia” se esconde el poder de quienes ocupan las posiciones superiores en el grupo profesional. (29)

2.3.4 El TLC y la profesión de Enfermería.

Del 18 al 21 de Mayo de 1994 se celebró en la Ciudad de Cancún Quintana Roo la III Reunión Trilateral sobre la Globalización de la Educación Superior dedicada a la formación profesional en el caso de 12 profesiones de relevancia en los tres países; México, Canadá y Estados Unidos de América entre dichas profesiones la de Enfermería.

Con respecto a la formación profesional de enfermería existe diversidad en los tres países. Mientras que en Canadá y Estados Unidos se requiere doce años de formación básica para ingresar a la carrera, ya sea a nivel diplomado o de licenciatura, en México se requiere de nueve años para el técnico y doce para licenciatura.

En lo relativo a la duración de los programas de formación profesional éste se caracteriza por ser similar en los tres países, tres años en el diplomada (nivel técnico en México) y cuatro en el de licenciatura.

Al referirse a los requisitos de egreso en Canadá y Estados Unidos se realiza un examen de licenciamiento, mientras que en México se establece en cada institución educativa, guardando una similitud en cuanto a la realización de un año de Servicio Social que por Ley debe prestar el egresado, y no así en cuanto a las formas de titulación, que van desde la presentación del trabajo de investigación hasta exámenes profesionales o escritos.

En cuanto a la evaluación y acreditación de programas académicos como mecanismos de garantía y calidad, Estados Unidos y Canadá cuentan con organismos que la realizan a las instituciones que la solicitan de manera voluntaria. Dirigida principalmente a los programas, a su pertinencia y congruencia, así como el profesorado entre otras, permitiendo decidir un estatus de acreditación. En México se ha iniciado un proceso de evaluación a través del comité interinstitucional, en donde la FENAFEE participa directamente, como

organismo que agremia a las instituciones de facultades y escuelas de enfermería de todo el país; teniendo como principales objetivos: realizar una evaluación diagnóstica como parte de la educación superior, brindar el reconocimiento a Universidades Académicas que cumplan con estándares mínimos, dictaminar sobre planes y programas de estudios y proporcionar asesoría sobre el diseño curricular.

Con la finalidad de contribuir al establecimiento del Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de la Enfermería en su Ejercicio Profesional en México, trabajar de manera conjunta los colegios profesionales y FEMAFE en donde el Colegio Nacional de Enfermería asume el liderazgo de enfermeras y escuelas, a fin de que se consolide un equipo de trabajo de mayor aptitud, en donde se definan indicadores que aseguren el camino hacia la excelencia en la formación profesional, actualmente constituido como CÔMACE o sea el Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación.

Este modelo que México se ha propuesto como sistema único, es una experiencia diferente a de Canadá y Estados Unidos, ya que los organismos de acreditación de estos dos países son varios y autónomos unos de otros, que si bien es cierto que hay buenas relaciones entre ellos, realizan su función de manera independiente; por lo que debe compartirse esta experiencia entre los tres países.

En cuanto a la práctica profesional, la mayoría de las enfermeras en los tres países se ubican en los hospitales; aunque se anticipa que esto comenzará a cambiar para darle prioridad al primer nivel de atención.

La evaluación en cuanto al desarrollo profesional esta dirigido principalmente a conductas éticas, experiencias, disciplina en algunos casos el idioma dejándolo a las asociaciones, colegios o ligas, en el caso de Canadá y Estados Unidos; pero en México está en manos de las instituciones y no en exclusiva de la profesión.

En la reunión se consideró que México debe prestar especial atención, ya que existen varias diferencias entre los países, pues al revisar los indicadores nos encontramos que mientras en México hay 4.6 enfermeras por cada 10 000 habitantes, en Canadá y Estados Unidos hay 70. Asimismo, en el área y orden cualitativo, se pueden observar grandes diferencias en sus formas de organización gremial, por lo que debe dársele el respaldo para que cuente con la estructura necesaria y así realmente pueda involucrarse en la globalización de la profesión de enfermería, mediante la construcción de fuerza en los estados, que permitan participar de manera conjunta a los colegios estatales en la función y acreditación. (30)

2.4 BASES QUE SUSTENTAN EL EJERCICIO LIBRE DE LA ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

2.4.1 Atención Primaria a la Salud.

Después de la guerra surgió un movimiento para impulsar la medicina preventiva, los atributos del modelo profesional dominante-expectante y por lo tanto sujeto a demanda-impidieron su evolución hacia un modelo preventivo una vez que el daño se instala resulta inoperante "la prevención primaria"; en este caso, solamente es posible intentar detener el curso del daño y restaurar la salud, en estas condiciones es viable la prevención secundaria y terciaria, en la práctica la curación tendería a prevenir las secuelas, la enfermedad secundaria y la muerte.

En la actualidad, el desarrollo científico, y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad sino también incidir sobre la salud.

Atención Primaria es aquella práctica que no corresponde a la atención de nivel especializado u hospitalario. Existe otra corriente que es la que identifica a la Atención Primaria con la atención que se proporciona con los medios primitivos o tecnología "para los pobres". Esta corriente ha hecho que se identifique a la Atención Primaria a la Salud con una "Atención de segunda clase" o con atención destinada a países que tienen un sistema hospitalario consolidado no requieren Atención Primaria a la Salud. El nivel de atención queda definido en relación con las instalaciones y los recursos que se utilizan para la prestación de servicios, la Atención Primaria contiene al primer nivel de atención. El tipo de contacto primario: los servicios de hospitalización y los especializados son de contacto secundarios porque, idealmente, el paciente debe llegar a ellos referido por algún servicio

de contacto primario. En el primer nivel son servicios de contacto secundario los de laboratorio y los de consultas especializadas, a los cuales el paciente debe tener acceso por medio de otro servicio.

Se considera "científica" exclusivamente aquella medicina ligada a los recursos de alta tecnología. Una atención en el nivel de excelencia debería ser valorada no por los medios que usa, sino por los resultados que produce. Una atención de excelencia debería ser aquella que evitara costos y sufrimientos humanos. Actualmente ya se dispone de la tecnología que tiene la ventaja de prevenir sufrimiento humano, prolongar la vida con buena calidad y ser "costo-efectiva". En realidad la excelencia puede asociarse a la Atención Primaria a la Salud, y es en este terreno en donde la ciencia y tecnología medica pueden considerarse "de punta".

Concepto de Atención Primaria a la Salud.

La Atención Primaria solo puede ofrecerse durante el estado de salud; convencionalmente se puede extender a la atención a las fases incipientes y tempranas de la enfermedad, cuando el daño en evolución tiene posibilidades de ser reversibles.

Atención a la Salud.

La salud en la población, aunque es un asunto material y psicológico en cada individuo tiene determinantes sociales y ambientales; el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones como la prestación de servicios. Entre estos últimos se cuentan los servicios urbanos, la vivienda, la alimentación, la educación, la legislación, la seguridad social, la regularización industrial y ambiental, etc.

Entre los servicios específicamente dirigidos a mejorar la salud, podemos distinguir dos grandes modalidades: los servicios a la colectividad, al ambiente y los servicios a las personas como educación para la salud y atención médica; preventiva o curativa.

La Atención Primaria a la Salud dentro de este contexto se constituye en base a servicios de primer nivel de atención y de contacto primario, dirigidos a la prevención, diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes. Aquellas ligadas al medio ambiente doméstico y a la familia, que constituyen las formas más elementales de comunidad. Además requiere de servicios profesionales aunque se asienta en la educación de la comunidad. La Atención Primaria a la Salud abarca una parte de esta y una parte de salud pública, requiere de ciertas prácticas de buen gobierno, como: suministro de medicamentos esenciales, promoción del suministro de alimentos, saneamiento básico y abastecimiento de agua potable.

Hacia una Práctica de Atención a la Salud.

La práctica anticipatorio podrá darse en el momento en que se genere una transición en la estrategia con la que el sistema de salud aborda los sujetos de los servicios.

La práctica de la Atención Primaria a la Salud cambia el énfasis del diagnóstico de la enfermedad al diagnóstico de los riesgos del individuo. Para ponerla en práctica se requiere de un inventario de los factores de riesgo de los individuos de una población, que después habrá de derivarse al riesgo o riesgos específicos de cada individuo y de cada familia, así como a identificar a las familias con mayor riesgo, lo cual tendrá rendimientos particularmente trascendentes en el campo genético, enfermedad mental y social.

Los instrumentos primarios de trabajo en la Atención Primaria a la Salud son el levantamiento cartográfico de las comunidades y el censo de la población, complementado

con el inventario de los factores de riesgo individuales, familiares y domiciliarios. Regularmente se ha observado que la realización del llamado " Diagnóstico Situacional " de la salud de las comunidades concluyen con una descripción de los recursos y problemas de salud comunitaria. Pero sin que este se encuentre una vía de traducción práctica a las labores del equipo de salud. En la Atención Primaria a la Salud, el diagnóstico situacional tiene que llevarse hasta los planos individual y familiar; lo descriptivo, o sea el inventario de factores de riesgo, da lugar de inmediato al diagnóstico de los riesgos a que están sujetos cada individuo y cada comunidad.

La programación en la atención primaria es de carácter estratégico, o sea que la atención a las incidencias en el momento en que se presentan. Desde este punto de vista, podemos prever los insumos humanos y materiales que se necesitan para hacer frente a las incidencias cuando estas ocurran, en el caso de la atención primaria vamos a determinar metas de atención de riesgos específicos y asignar recursos en tiempos predeterminados para la atención de individuos o familias concretos e identificados.

Axiología de la Atención Primaria a la Salud.

La aplicación del modelo de Atención Primaria a la Salud implica no solamente un cambio tecnológico, sino también un cambio axiológico que conlleva. Una evolución científica de fondo.

El conocimiento de la asociación entre los factores de riesgo y los riesgos, con los daños que dan origen requiere de la intervención de un amplio conjunto de disciplina científica del área de la biología, de las ciencias sociales y la conducta. Demandando una evolución de la epidemiología, la cual deberá afinar sus métodos para la predicción de riesgos específicos individuales y familiares.

La tecnología que requiere el modelo de Atención Primaria a la Salud, para aplicarse en amplia escala, debe ser simplificada y apropiada. La tecnología simplificada no es un producto espontáneo sino un proceso complejo, que se deriva de aplicar el conocimiento. A semejanza de esta tecnología concreta es muy posible que pueda generar simplificaciones que hagan oportuna y viable la Atención Primaria a la Salud.

En la Atención Primaria a la Salud el valor primordial central es la anticipación; cuando ésta falle, habrá que dar la atención secundaria, pero el balance en la asignación del gasto en salud tendrá que cambiar a favor de la primera. Es necesario “ convertir “ al personal actual, y capacitar recursos humanos en el pre y en el postgrado para asumir responsable y deliberadamente esta estrategia.(31)

La Atención Primaria a la Salud y Enfermería.

Enfermería es un componente vital del cuidado de la salud, se ocupa de las necesidades de salud del individuo, familia o comunidad, para lo cual es imprescindible contar con un modelo conceptual que guíe su práctica profesional u herramienta metodológica en Atención Primaria a la Salud. La práctica de enfermería debe permitir una relación interpersonal y de ayuda con los usuarios, favorecer el auto cuidado, autogestión y el fomento del estilo de vida saludable. Las intervenciones de enfermería deben dar respuesta a los diagnósticos del individuo, familia, comunidad y consolidarse en un cuerpo de conocimientos que paulatinamente nos aproximen a la construcción disciplinaria.

Dentro del sistema que brinda atención a las necesidades de salud el elemento primordial, como profesional de enfermería, tiene una formación técnica y humanística que le permite prestar servicios a individuos, familia y / o comunidad, para conservar una salud, estableciendo un diagnóstico, planificando y poniendo en práctica las estrategias de atención y al tratamiento; tiene la capacidad de analizar su propio quehacer y sacar

conclusiones que lo mejoran, buscar respuesta a las interrogantes que surgen de su práctica, transmitir ese conocimiento a otros organizar y evaluar su propio trabajo y el de los recursos que participen en su ámbito de acción; esto le permite aplicar conceptos apropiados de calidad bajo diferentes circunstancias. La Atención Primaria a la Salud, tiene un manejo de las relaciones interpersonales y de ámbito físico en el que se desarrolla el proceso de atención.

La atención técnica es un componente considerado como un conjunto y características de los recursos humanos y materiales, así como la disponibilidad de los mismos, lo que habrán de ser preparados de manera tal que tiendan a producir los mayores beneficios de salud que tanto la ciencia como la tecnología actual le posibilitan. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia define a los usuarios en términos de salud y su conservación, ve la relación entre enfermera y usuario desde un punto de vista terapéutico y analítico; emplea procesos de cuestionamientos relacionado con las precauciones de los usuarios y acepta la responsabilidad de las decisiones relativas a la atención del paciente. Una vez conjugadas estas características del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, con la disponibilidad de los recursos que son escasos para evaluar la Atención se hace necesario calificar el rendimiento del profesional.

Los resultados de atención técnica se pueden ver afectados por factores diversos como son: las limitaciones de los recursos materiales y ambientales generalizadas y preferenciales de los usuarios.

Otro componente esencial es la calidad; se refiere al manejo de las Relaciones Interpersonales. La necesidad humana de relacionarse une a las personas, los mensajes verbales y no verbales, determinan en gran medida la estructura y función de las relaciones de la persona. En realidad la existencia y el estado de salud de los seres humanos, dependen

del tipo de estas relaciones interpersonales. Como entre las metas fundamentales de la Enfermería Profesional, se encuentra el incrementar al máximo potencial de salud del usuario, la enfermería profesional debe comprender claramente la influencia que la comunicación ejerce en el establecimiento de la relación enfermera- usuario, considerando entonces la comunicación como un componente esencial de las relaciones. (32)

Las características propias de estas prácticas es de trato, atención y comunicación constante, permanente y cercana, adoptar actitudes encaminadas al logro de la conservación o recuperación de su salud considerar todos aquellos factores que intervienen mayor o menor mente en el manejo adecuado y eficiente de estas relaciones interpersonales, para asegurar la Atención Primaria a la Salud por parte de Enfermería.

Al evaluar los aspectos económicos junto con el perfeccionamiento de la atención, es importante considerar lo siguiente:

Organización de los servicios de Enfermería.

Actividades, funciones, procedimientos y tecnologías específicas de Enfermería.

Comparación de la eficiencia de los profesionales de enfermería que brinda atención a la salud.

Normas de prácticas.

Enfermería, en la medida que logre trazar sistemáticamente su valor en todos los ámbitos donde se preste sus servicios, seguramente logrará mejores asignaciones a su práctica y una mejor atención y satisfacción de los usuarios logrando mejores niveles de salud, podrán servir de pauta para elaborar políticas de Atención a la Salud. Ya sea en ámbito comunitario, educativo, administrativo, puesto que son éstos los ámbitos físicos que los profesionales de enfermería prestan sus servicios sin perder de vista la posibilidad real

ámbito comunitario, educativo, administrativo, puesto que son éstos los ámbitos físicos que los profesionales de enfermería prestan sus servicios sin perder de vista la posibilidad real del ejercicio profesional libre. Ambiente en el cual el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, tenga mayor libertad para controlar las variables de espacio físico económico y social requeridos y deseables para dar Atención Primaria a la Salud conforme a las necesidades de los usuarios, la capacidad y responsabilidad del profesional, ejerciendo así, su autonomía profesional, entendida como la libertad y autoridad para actuar en forma independiente. La importancia de la atención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia de manera liberal demuestra en los servicios donde contribuyen eficientemente a las metas de un sistema competitivo de Atención Primaria a la Salud. (33)

En el Plan Global de Desarrollo se reorientan las estrategias económicas, entre ellos la política social y en particular la del sector salud, hacia el logro de la ampliación de cobertura la del sector salud, orientada al logro de la ampliación de cobertura, a través del escalonamiento de servicios entre otras medidas, con especial énfasis en las actividades preventivas, sin descuidar las de orden curativo. Se formaliza mediante convenios con otras áreas políticas sociales, que inciden en la prevención de enfermedades, en el mejoramiento del medio ambiente, en el área educativa, los programas de salud e higiene, mejoramiento de los niveles alimenticios y nutricionales, construcción de vivienda, dotación de servicios básicos, de agua potable y alcantarillado, así como los problemas de la población marginada en lo referente a salud de las poblaciones rurales, con el propósito de otorgar servicio mínimo de salud.

Las políticas establecidas como base de la descentralización de los servicios de salud favorecen el ejercicio libre de enfermería, especialmente la que se relaciona con la

extensión la cobertura del sistema de atención de la salud especialmente de servicios primarios.

La enfermería en México, se ha caracterizado por el importante papel que desempeña en la Atención Primaria a la Salud de la población. Cabe mencionar que enfermería constituye el 50 % de la fuerza laboral de estas instituciones y su contribución al desarrollo del país, se refleja a través de sus actividades en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la población.

Será necesario entonces, determinar el tipo de personal de enfermería necesario, de acuerdo a la problemática del país; redefinir los curriculares profesionales y programas docentes para la formación de estos recursos, en donde esté presente la proyección comunitaria con relación a las acciones técnicas y procedimientos propios de este trabajo basado en los conocimientos básicos de la ciencia de salud, en el marco sociológico y cultural que propicie el despegue hacia la atención integral de la salud de la comunidad nacional. Enfermería tiene un vasto campo de acción, como educadora de la población tanto en el cambio de actitudes, hábitos y costumbres, como para lograr que la población haga uso adecuado de los servicios instalados, participe en la organización y funcionamiento de las unidades.

La enfermería como las demás profesiones son capaces como lo ha demostrado, de organizar, conducir y evaluar a sus propios elementos, jugando el papel muy importante en la supervisión y control del personal de enfermería, así como, en la administración de los recursos materiales que utiliza el equipo de salud.

Las responsabilidades de la enfermera en el trabajo comunitario, no terminan con la jornada de trabajo. Su contacto con la población es permanente y realiza su misión superando las inclemencias del tiempo y las limitaciones a su bienestar personal. Este tipo

de enfermera ha de proyectarse como un vigoroso agente de cambio, comprometido con la sociedad, para el logro de metas útiles en materia de salud. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia representa el recurso preparado para dirección; y oportunidad del trabajo comunitario que no es utilizado adecuadamente, ya que más del 50 % de este personal, desempeña diferentes cargos en las unidades médicas asistenciales.

Es necesario que exista congruencia entre las políticas institucionales y las estrategias utilizadas en la optimización de los recursos. Los programas que se destinen a la capacitación del personal profesional de enfermería, que participe en los programas comunitarios, deberán adecuarse a nivel regional y local, para que se proyecte al personal, en forma clara y sencilla evitando las técnicas sofisticadas. Proporcionando a la población una atención de enfermería libre de riesgos para los usuarios.

Las expectativas de enfermería, son múltiples para ofrecer alternativas en el desarrollo de los programas de salud institucionales, ya que es reconocido y espíritu de servicio en los equipos de trabajo, por esto, las instituciones de salud de primer nivel deben propiciar su desarrollo profesional, dando oportunidad para que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia participe en la toma de decisiones en su rama y esto se proyecte en la óptima utilización de sus miembros.

Los servicios de Enfermería para la atención de patologías o grupos de riesgo concretos han de integrar sus actividades de forma conjunta a las desarrolladas por el equipo de Atención Primaria a la Salud. Un aspecto clave para la integración de las actividades en los consultorios de enfermería que hace referencia a la atención y control de usuarios ambulatorios con patologías crónicas y a los grupos vulnerables como es el caso de los menores de 5 años, embarazadas, adultos mayores y otros.

Por lo tanto dentro de los espacios de consulta propios del equipo de Atención Primaria es aconsejable considerar la existencia de consultorios de enfermería que como indica su denominación, puedan ser utilizados de forma especial por los profesionales de enfermería. Estos consultorios no deben ser entendidos exclusivamente como uno o más espacios físicos diferenciados sino, sobre todo, como un nuevo ámbito funcional del conjunto del equipo y en el que se desarrollan las actividades de control de los usuarios con patologías crónicas, del embarazo, puerperio, recién nacido y otras actividades de educación sanitaria, vigilancia y control del niño sano. (34)

2.4.2. Programa de Extensión de Cobertura.

Introducción.

Una de las prioridades de la Secretaría de Salud de México es proporcionar información y servicio de salud a la población. Particularmente a los grupos más desprotegidos y vulnerables de la sociedad. Para cumplir con esta misión se institucionalizó, hacia finales de 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura para atender a la población de las comunidades rurales dispersas de menos de 2500 habitantes. Las acciones de salud en Estrategia de Extensión de Cobertura se han brindado a través de personal voluntario de la misma comunidad, debidamente capacitado y supervisado por la Secretaría de Salud teniendo como eje central a la planificación familiar y complementándose con servicio de atención a la salud materno infantil, así como otras actividades preventivas.

El programa comunitario rural contemplaba únicamente servicios de planificación familiar, mientras que el Programa de Extensión de Cobertura otorgaba servicios de Atención Primaria a la Salud.

En 1977 parte de las acciones de reforma del Sector Salud la administración de la Estrategia de Extensión de Cobertura, con el fin de otorgar el paquete básico de salud, conjuntamente con otras estrategias.

En el caso de la SSA, para dar respuesta a los compromisos establecidos en el Programa de Reforma del Sector Salud, la ampliación de la cobertura geográfica de los servicios en áreas rurales dispersas se lleva a cabo a través de diversas modalidades; en la que destacan la Estrategia de Extensión de Cobertura que se encuentra en operación desde 1985 y el Programa de Ampliación de Cobertura que incluye el trabajo con auxiliares de salud, inició servicio en 1996 en 380 municipios con alta y muy alta marginación de once

entidades federativas (Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas). En 1997 el Programa de Extensión de Cobertura se extendió a 600 municipios en 18 estados, al incorporarse a este programa Chihuahua, Durango, Guanajuato, Estado de México, Nayarit, Querétaro y Sinaloa. Actualmente este programa opera en 19 entidades federativas del país.

Los servicios básicos de salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura se brinda a los habitantes de las pequeñas comunidades es decir la de menos de 2500 habitantes incluyendo la atención de mujeres embarazadas, de niños menores de 5 años y de parejas que buscan asesoría en planificación familiar, para la prestación de los servicios básicos de salud en la Estrategia de Extensión de Cobertura se configura un modelo operativo piramidal constituido en su base por personal voluntario de las comunidades, denominado auxiliar de salud en un segundo nivel participa personal de enfermería de la SSA que se desempeña como supervisor de auxiliares de salud bajo la dirección de un director Médico Jurisdiccional.

El modelo operativo a nivel estatal estableció que en cada comunidad de baja densidad de población donde no se cuente con unidades de atención médica debe existir una auxiliar de salud, propuesto y seleccionada por el comité de salud local. Por cada 10 auxiliares de salud se cuenta con una supervisora de auxiliares de salud y para garantizar la conducción de la Estrategia de Extensión de Cobertura, por cada 4 supervisoras, se designó un coordinador médico jurisdiccional.

Los y las auxiliares de salud son personal voluntario elegido por su comunidad que recibe capacitación antes de su incorporación a la Estrategia de Extensión de Cobertura y que continúan su adiestramiento en servicios de manera permanente.

La supervisora es personal de enfermería de nivel técnico o auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a la atención materno infantil, a planificación y a otros servicios de Atención Primaria a la Salud, cuenta con habilidades de supervisión y capacitación que le permite desarrollar las actividades de supervisión que se localizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad. El coordinador médico cuenta con preparación administrativa y se mantiene actualizado en todos los aspectos técnico-normativos sobre servicios básicos de salud, con énfasis en los diferentes componentes de la salud reproductiva, desarrollando sus actividades de acuerdo con las necesidades de la jurisdicción sanitaria en la cual tiene su adscripción. Las funciones de los coordinadores médicos jurisdiccionales son programar, coordinar y evaluar las actividades de la Estrategia de Extensión de Cobertura, además de participar en la capacitación de las supervisoras y de las auxiliares de salud y visitar frecuentemente las comunidades a su cargo.

Los servicios de salud esenciales que otorga el personal voluntario de la Estrategia de Extensión de Cobertura incluyen:

-Planificación familiar.

-Salud perinatal que comprende atención prenatal, atención del parto, del puerperio y del recién nacido.

-Atención al menor de 5 años, que engloba la vigilancia del crecimiento y desarrollo, vacunación universal, prevención y control de enfermedades diarreicas e hidratación oral, así como prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

-Servicios de Atención Primaria a la Salud, incluyendo orientación nutricional, saneamiento básico, primeros auxilios, prevención y tratamiento básico de las enfermedades más frecuentes en la comunidad.

-Referencia de pacientes a unidades de atención médica.

Las auxiliares de salud y las supervisoras realizan actividades de educación y fomento a la salud, a través de comunicación interpersonal con el grupo de apoyo con materiales de promoción.

Las auxiliares de salud tienen el compromiso de brindar en forma gratuita información y servicios esenciales de salud incluyendo planificación familiar, salud prenatal y salud de la mujer de acuerdo con los lineamientos técnicos de la institución y la normatividad oficial vigente, con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y tomando en cuenta los patrones socioculturales de su localidad.

Las auxiliares de salud otorgan los servicios en su propio domicilio, en casa de la salud comunitaria o en el domicilio de la persona que solicita la atención. Cada una de las auxiliares, en conjunto con la supervisora elabora un croquis de su localidad y un registro censal de la población, el cual mantiene constantemente actualizada, lo que le permite identificar su universo de trabajo facilitando sus tareas y campañas intensivas de salud. Además registran de manera individual las diferentes acciones que en materia de salud se realiza, lo que permite alimentar los sistemas jurisdiccionales de información. Cuando el caso lo amerita refiere pacientes a las unidades de atención médica más cercana.

Las supervisoras de auxiliares de salud, a través de sus visitas de supervisión y adiestramiento técnico en servicio a los auxiliares de salud, realizan la atención selectiva a usuarias y auxiliares de salud, la SSA y los servicios Estatales de salud les proporcionan materiales didácticos y de información, así como insumos y equipamiento necesario.

Considerando las necesidades del área rural se dio mayor apoyo a nueve entidades federativas que se consideraron como prioritarias en la Estrategia de Extensión de Cobertura: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz, Zacatecas. La cobertura de equipamiento en estos estados fue mayor al 90 %.

Para brindar los servicios de Atención Primaria a la Salud, las auxiliares de salud disponen de un Cuadro Básico de Medicamentos, seleccionados de acuerdo con las necesidades y el perfil epidemiológico del área rural. Los medicamentos esenciales los proporciona la SSA a través de su red de distribución federal, estatal y jurisdiccional. Los insumos anticonceptivos fueron proporcionados directamente por la entonces Dirección General de Planificación Familiar y posteriormente por la Dirección General de Salud Reproductiva. A partir de 1997 la dotación de insumos anticonceptivos a las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura es responsabilidad directa de los servicios estatales de salud de la Secretaría de Salud.

Para la prescripción y / o administración de los medicamentos, las auxiliares de salud han recibido adiestramiento y cuentan además con guías simplificadas.

De acuerdo con las necesidades detectadas en la Estrategia de Extensión de Cobertura se llevaron a cabo y se evaluaron en forma permanente procesos de capacitación formal, continua y en servicio.

La capacitación formal comprende actividades teórico-práctico con temáticas y metodologías acordes a las funciones del personal, incluyendo coordinadores médicos jurisdiccionales, supervisoras y auxiliares de salud, así como al personal responsable de las acciones de información y logística.

En forma adicional se han realizado cursos para la formación de capacitadores, dirigidos a los responsables estatales del programa de Salud Reproductiva, coordinadores médicos jurisdiccionales y supervisoras de auxiliares de salud, así como talleres para la formación de instructores dirigidos a supervisoras seleccionadas por sus habilidades docentes. La capacitación formal ha sido una actividad permanente en la Estrategia de

Extensión de Cobertura debido a la alta rotación del personal, particularmente de los coordinadores médicos jurisdiccionales.

La capacitación continua se ha realizado mediante cursos teórico-prácticos a nivel regional, estatal y jurisdiccional con la participación docente del personal de la Dirección General de la Salud Reproductiva y de los Servicios Estatales de Salud.

El índice temático de los cursos o talleres de capacitación continua ha sido muy heterogéneo, acorde con las necesidades de las diferentes comunidades, pero invariablemente incluyen los siguientes aspectos:

Atención Primaria a la Salud.

Planificación familiar, con énfasis en estrategias anticonceptivas disponibles en el componente comunitario.

Orientación y consejería en planificación familiar, con énfasis en métodos anticonceptivos permanentes.

Atención prenatal con enfoque de riesgo y referencia oportuna.

Atención del parto domiciliario y eliminación del Tétanos Neonatal.

Prevención y control de enfermedades diarreicas e Hidratación Oral.

Prevención y control de las infecciones respiratoria agudas.

Salud del menor de 5 años, con énfasis en la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Aplicación del método anticonceptivo inyectable Cyclofem.

Técnicas de inserción o remoción de Dispositivo Intrauterino medicado con cobre.

Habilidades de supervisión y de registro de la información.

Comunicación interpersonal, uso adecuado de los materiales de información, educación.

Cobertura de los servicios.

Según estimación realizada por el Consejo Nacional de Población, en 1997 el número de habitantes en el país ascendió a 94 732,320, de los cuales aproximadamente el 26.5 % radicaba en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes; esto último con base en los resultados preliminares del conteo de población y vivienda, en 1995 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática.

La Estrategia de Extensión de Cobertura operaba en ese año en poco más de 13.500 comunidades, en las cuales se centraban aproximadamente 7.3 millones de mexicanos y mexicanas, lo cual representaba el 39.1 % del total de la población rural, tres tenían acceso en 1997 a los servicios de salud que se proporcionaban en ese momento a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, señala que al inicio de la presente administración había en nuestro país aproximadamente 10 millones de mexicanos y mexicanas sin acceso regular a los servicios de salud, los cuales se asentaban principalmente en zonas urbano-marginadas, rurales e indígenas. Por ello en dicho programa se incluyó como cuarto objetivo, ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población que tenía acceso limitado o nulo a los mismos.

Dentro de las Estrategias de Ampliación de Cobertura que se implantaron para dar respuesta a esta necesidad, destaca la implementación del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), integrado inicialmente por un conjunto mínimo irreductible de doce intervenciones básicas de salud que deben ser otorgadas a la población en respuesta a sus necesidades prioritarias.

Las 13 intervenciones que actualmente incluyen el PABSS tienen como objetivo atender las necesidades primordiales de salud de los grupos más vulnerables de la población y prevenir los principales problemas de morbilidad y mortalidad en el país.

Saneamiento Básico a nivel familiar.

Planeación familiar.

Atención prenatal, del parto, del puerperio y del Recién Nacido.

Vigilancia de la nutrición y del crecimiento infantil.

Inmunizaciones.

Manejo de casos de diarrea.

Tratamiento antiparasitario a las familias.

Manejo de infecciones respiratorias agudas.

Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.

Prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus.

Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.

Capacitación comunitaria para el auto cuidado de la salud.

Prevención y control del cáncer cérvico uterino.(35)

2.4.3 Bases Legales.

La concepción liberal de la educación postuló el desarrollo armónico de las facultades del individuo. Ahora sustentamos que no solo debe procurarse dicho desarrollo, sino también la identificación del hombre con los problemas de la sociedad.

La expansión del conocimiento, derivada de los avances científicos, obliga a la continua creación de especialidades profesionales, a la vez que la actualización de la información adquirida. Por lo tanto, la capacitación profesional, teórica y práctica, es un proceso de renovación permanente.

Toda actividad, presente y futura, ha de ser reconocida plenamente por el Estado sin excluir ramas o especialidades.

El Ejecutivo Federal, consciente de la necesidad de expedir nuevas formas jurídicas que regulen las actividades y situación de los profesionales en el desarrollo del país, esta realizando estudios profundos sobre esta materia con la participación de los colegios de profesionistas ya existentes, pero considera oportuno adelantar las reformas a la ley. Es inaplazable establecer, desde ahora las condiciones que permitan al Ejecutivo Federal obtener la participación de todos los profesionales mexicanos en la solución de este problema fundamental, para reconocer el derecho de todo profesionista de registrarse y obtener su cédula de ejercicio.

El artículo 5 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión que le acomode siendo lícita; que el ejercicio de esta libertad solo podrá vedarse cuando se ofendan los derechos de la sociedad y que la ley determinará cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio. Se coloca así a todos los profesionales en iguales condiciones de reconocimientos

y prevé la inclusión de los que ejercen las nuevas profesiones que surjan con el desarrollo económico y social del país. (36)

-Ley de Profesiones.

En relación con el ejercicio profesional señalado en el Capítulo V de esta Ley, los siguientes artículos mencionan que:

Artículo 24. “Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque solo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo”.

Artículo 25. “ Para ejercer en el Distrito Federal cualquiera de las profesiones requiere:
Estar en pleno goce y ejercicio de los derechos civiles.

- II Poseer títulos legales expedidos y debidamente registrados, y
- III Obtener de la Dirección General de Profesiones Patente de ejercicio”.

Artículo 33. “El profesionista esta obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como el desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran al profesional, se presentarán a cualquier hora y en el sitio que sean requeridos”.

Artículo 40. “ Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas; pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual”. (37)

Ley General de Salud.

La Ley General de Salud contribuye el máximo estatuto en lo referente a: los servicios de salud que deberán proporcionar las instituciones y los profesionales, y el derecho que tienen los ciudadanos a las salud y el bienestar.

Título Primero. Disposiciones Generales.

Capítulo único.

Artículo 1.” La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud... Es de aplicación en toda la República y todas sus disposiciones son de orden público e interés social”. La Ley establece que toda persona tiene derecho a recibir de los prestadores de salud una atención que garantice su eficacia y eficiencia. Las autoridades en materia de formación (UNAM) y de ejercicio profesional (DGP) deberán responsabilizarse de otorgar título y cédula profesional a aquellos que realmente oferten un servicio altamente calificado.

Artículo 2.” El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades
La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida;

La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3. “En los términos de esta ley, en materia de salubridad general: ...

La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

IV La atención materno infantil;

V La planificación familiar;

VIII La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

XI La educación para la salud.

XII La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

XV La prevención y el control de enfermedades transmisibles; ...”

Título Segundo. Sistema Nacional de Salud.

Capítulo I Disposiciones Comunes.

Artículo 5. “ El Sistema Nacional de Salud esta constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los

mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

Artículo 6. “El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”

Artículo 7. “La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a esta:

- XI Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos.
- XII Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades de salud del Sistema Nacional de Salud”.

Título Tercero. Prestación de los Servicios de Salud.

Capítulo I Disposiciones Comunes.

Artículo 23. “Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover, y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”.

Artículo 25. “ Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”.

Artículo 27. “ Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considera servicios básicos de salud a los referentes a:

IV La atención materno infantil;

V La planificación Familiar.

Capítulo II Atención Médica.

Artículo 32. “ Se entiende por atención médica al conjunto de servicios que proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.

Artículo 33.”Las actividades de atención médica son:

Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

De rehabilitación, que incluye acciones pendientes a corregir la invalidez física o mental.

Capítulo V Atención Materno Infantil.

Artículo 61. “La Atención Materno Infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones”.

La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio;

La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y

La promoción de la integración y el bienestar familiar.

Capítulo VI. Planificación Familiar.

Artículo 67. “La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja”.

Título Cuarto. Recursos Humanos para los Servicios de Salud.

Capítulo I. Profesionales, Técnicos y Auxiliares.

Artículo 78. “ El ejercicio de los profesionales, de las actividades técnicas, auxiliares y de especialidades para la salud, estará sujeto a:

La ley reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal;

Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y autoridades sanitarias;

Las disposiciones de esta ley y además normas jurídicas aplicables”.

Artículo 79. “Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la Enfermería ... y sus ramas ... se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes... Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimiento específico en el campo de la ... Enfermería... y sus ramas, se requiere que los

diplomas correspondiente hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes”.

Capítulo III. Formación, Capacitación y Actualización del Personal.

Artículo 89. “ La promoción de la salud tiene como objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”.

Capítulo II. Educación para la salud.

Artículo 112. “ La educación para la salud tiene por objetivo:

Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades y proteger de los riesgos que pongan en peligro su salud;

Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del medio ambiente en la salud, y

Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes...” (38)

2.4.4 Planes y Programas de estudio de la ENEO.

El Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, le antecede la revisión y el análisis de una serie de situaciones que fue necesaria contemplar para continuar cumpliendo con el principal objetivo de la Universidad y, por lo tanto, también de la ENEO: la formación de profesionales útiles a la sociedad.

En primer lugar, se realizó un análisis del contexto socioeconómico que caracterizaba al país en ese momento, en donde se resalto el hecho de que la economía Nacional no permitía que el Estado brindara el presupuesto necesario para atender, de manera idónea, las necesidades de salud que prestaba la población, lo cual se reflejaba en una falta de calidad y cobertura en los Servicios de Salud Nacionales. Además de esto, dado que México se encontraba dentro de los 157 países que se comprometieron a alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", el Sistema Nacional de Salud se veía obligado a realizar una serie de modificaciones y de nuevos programas, plantearse nuevos objetivos en los cuales debería predominar un enfoque evidentemente preventivo y que debería ser encaminado a fomentar la participación de la comunidad en el auto cuidado a la salud individual y colectiva; para lograr esto se hacía necesaria la participación de profesionales de salud dentro del primer nivel de atención que prestara mayor atención al campo de la Salud Pública.

Se hizo además una evaluación del Plan de Estudios vigente desde 1975 con la colaboración de alumnos, maestros y especialistas en pedagogía se realizaron una serie de modificaciones con la intención de lograr la formación de egresados que fueran capaces y, además, acertados para enfrentar y colaborar en la solución de la problemática de salud

vivida en el país, bajo la premisa de una sociedad con individuos sanos que contribuyen a lograr la recuperación económica y social del mismo.

A esto se le agregaba el hecho de que con el Plan de Estudios de 1975 existía una carga excesiva de trabajo durante los primeros semestres de la carrera lo que traía como consecuencia altos índices de reprobación entre la comunidad estudiantil, a lo cual se trató de dar solución mediante la modificación del mapa curricular en 1991.

En el Plan de Estudios de 1991 de acuerdo con el perfil demográfico con que contaba nuestro país en ese momento, se encontró que se estaba presentando un envejecimiento paulatino de la población, lo que hacía presuponer que el número de padecimientos y problemas de salud propios de ese grupo de edad tendía a aumentar en los siguientes años además, sobre la base de estudios realizados por la Federación Mexicana de Salud se estimaba que dadas las tasas de natalidad y fecundidad pronto no podrían darse atención prenatal institucional y menos aún profesional a un gran número de población.

Dada la constante tendencia a la urbanización y a la creación de comunidades dispersas de menos de 2500 habitantes se hacía esperar que los problemas de salud característicos de las zonas marginadas con deficientes servicios básicos y saneamientos ambientales aumentarían rápidamente; proporcionando Atención Primaria a la Salud de calidad en un primer nivel de atención, para lo cual tendría que darse importancia a la educación para la salud. Esto implica mayor trabajo y mayor campo de acción en el área de salud comunitaria. Para mejorar la calidad de atención y cobertura de los servicios, dado que el profesional de Enfermería estaría capacitado para trabajar un enfoque de riesgo, se aprovecharían mejor los recursos humanos y materiales de los diferentes niveles de atención, participando así en el cumplimiento de dos metas primordiales que el Sistema Nacional de Salud se planteó: 1) Ampliar la cobertura de Atención Primaria a la Salud y 2)

Elevar la calidad de los servicios con la participación efectiva y organizada de la comunidad.

El Plan de Estudios establece que el personal de enfermería tendrá la capacidad de desarrollar el ejercicio libre de la profesión dentro de la Atención Primaria a la Salud en el primer nivel de atención.

El profesional de enfermería aplica conocimientos teórico-metodológicos; realiza procedimientos inherentes a la profesión, apoyándose en métodos como: el clínico, epidemiológico y administrativo. El licenciado realiza acciones en la comunidad y en establecimientos de salud del sector público y privado para atender la demanda de salud de la población, enfrentándose a situaciones de alto riesgo y de emergencia; horario y turno laboral diversos, trabajo en comunidades rurales y urbanas, responsabilidad en el manejo de material y equipo, toma de decisiones de acuerdo con la experiencia y las situaciones que así lo demanden.

Su labor se orienta a la solución de problemas de manera interdisciplinaria y multidisciplinaria relacionados con necesidades de salud individual y colectiva que pueden ser locales, regionales y nacionales.(39)

Perfil del egresado

Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México, para reconocer los factores que han determinado la práctica real de la enfermería y ubicar su posible rol profesional en el campo de la salud.

Comprender los factores sociales, económicos, culturales y tecnológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad, a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de la salud en relación a la estructura del Sector Salud, las políticas y las estrategias de

acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.

Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de la enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los tres niveles de atención; y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de Atención Primaria a la Salud.

Participar, multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones que deriven de los programas prioritarios del sector salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodologías, a simplificar la promoción de salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

Aplicar los métodos clínicos y epidemiológicos con enfoque social para conocer y delimitar la integración de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos, así mismo diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento del nivel y bienestar.

Aplicar acciones preventivo-terapéuticas de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en un criterio que anticipe el daño potencial a la salud en función de revertir o limitar la evolución de los procesos patológicos en el ámbito hospitalario, comunitario y de asistencia social.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.

Sistematizar el estudio clínico integral del individuo con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración orgánico funcional, durante las diversas etapas de la vida.

Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo prenatal, considerando los métodos clínicos y epidemiológicos para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como el ejercicio libre de la profesión.

Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de salud.

Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad a fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de atención a la salud.

Distinguir los aspectos legales relacionados con la práctica de enfermería, tanto en las instituciones como en el ejercicio libre de la profesión.(40)

2.4.5 Experiencia en otros países.

La enfermería en América Latina ha acumulado un buen número de experiencias de diferente índole, que le han permitido madurar y desarrollar de manera eficiente y holista. A su vez le permite, en la actualidad, futuro e igualmente proponer acciones que permiten continuar el avance alcanzado y el logro de nuevas metas. En varios países se han producido cambios importantes, no solo en la docencia de la enfermería, sino en la prestación del cuidado y desarrollo de los servicios con el apoyo de la oficina Panamericana de la salud para el desarrollo de los programas: materno infantil, avances epidemiológicos, desarrollo de los centros de tecnología educativa, y manejo de otras áreas de interés de la oficina, como resultado de estos aportes se pueden observar, hoy en día, muchas experiencias que resultaron con el esfuerzo y avance de la enfermería en su conjunto ocupacional y en el ámbito profesional.

Adicionalmente, los países por su cuenta y con sus propios recursos o con recursos obtenidos de diversas fuentes, han mantenido un desarrollo propio y ajustado a sus necesidades y potenciales, lo cual ha permitido que la enfermería preste un aporte significativo en el mejoramiento de la salud, al tiempo que se ha desarrollado dentro de ciertos parámetros mejorables en el largo plazo.

Sin duda alguna la fundación W. K. Kellogg ha jugado un papel importante en el fortalecimiento de la enfermería en el continente. Desde mediados de los años 50 se ha vinculado al desarrollo del área profesional, por un lado con el apoyo a proyectos de enfermería y de salud que han contribuido significativamente al estado actual de la enfermería.

A partir de 1985 se encuentra un esfuerzo muy coherente y articulado, que ha fructificado de manera evidente en el avance y la transformación de enfermería y de salud, ha contribuido significativamente con gran acopio de experiencia derivadas de los proyectos Kellog en áreas tan dispares, pero tan relacionadas como: proyectos de articulación docentes asistencial, proyectos de base comunitaria, proyecto para el Desarrollo de Enfermería (PRODEN), programa de liderazgo, recientemente como el de materno-infantil. Existen todavía una serie de regiones que por su aislamiento o condición sociopolítica han permanecido aisladas de este crecimiento y que requieren ser incorporadas al proceso general que se vive en enfermería.

También se puede observar una serie de limitaciones en la propia esencia del comportamiento de enfermería que entorpecen su crecimiento homogéneo. Tales como: El difícil acceso a la información, la escasa participación en la toma de decisiones de salud, escasa oportunidad para acceder a los programas de educación continua y post-graduada, escaso rendimiento social, baja producción científica y limitada diseminación y utilización de la misma; ausencia a nula legislación para la práctica formación inadecuada del recurso en todos sus niveles ocupacionales, diferencias entre las necesidades de la comunidad, las prácticas profesionales y escasa promoción de líderes en enfermería.

Sin embargo en los últimos años ha habido un crecimiento importante de la enfermería en América Latina y se han hecho progresar en el ámbito educativo y de propuesta de trabajo que mejoran la calidad de la prestación de la atención de enfermería, aún existen grandes discrepancias relacionadas con este crecimiento, dado que existen en la región áreas de desarrollo notorio y áreas de total privación y aislamiento.

Estas diferencias han conducido, en las áreas de menor desarrollo a mantener los esquemas de trabajo tradicionales y de sumisión de enfermería. El papel de los líderes en

estos lugares, se ve minimizado por una serie de fuerzas sociales y políticas, que hacen prácticamente nulo cualquier esfuerzo por motivar cambios. En cuanto a la situación de la formación para el personal de enfermería en algunos países ofrecen posibilidades educativas en programas de post-grado en otras, la enfermería profesional no se considera una carrera universitaria.

Adicionalmente la multiplicidad de niveles de personal de enfermería dificulta la organización del sub sistema educativo de manera armónica y coherente. Existen instituciones educativas de manera cuestionable que dificulta de manera extrema el desarrollo de la profesión.

En términos generales existe una posición tradicional con relación al concepto de la formación y son pocas las opciones con que se cuenta, para dar impulso verdaderamente significativo a la formación de recursos, de los a nivel de los programas de educación en servicio, educación continua y entrenamiento.

La práctica de enfermería ha evolucionado en los últimos 10 años. La enfermería sale de las instituciones asistenciales, hospitales y centros de salud, expandiendo sus roles, en una serie de funciones actividades que le han permitido jugar un papel activo y de autogestión profesional.

A nivel gremial se han conseguido logros más o menos interesantes a nivel disciplinario ha habido avances conceptuales y de clarificación que permiten a la enfermera y a la enfermería participar un poco más activamente en los procesos de manejo de la salud. También la situación compleja y de muy rápida evolución a favor de las opciones para la mujer, pero que ido mejorando progresivamente. El acceso a la educación, a la posibilidad de elección y el mejoramiento profesional son factores que se deben tener presentes al trabajar opciones de mejoramiento para la enfermería. Por otro lado se encuentran fuerzas

que detienen y que hacen complejo el desarrollo de una profesión eminentemente femenina. La posición familiar de la mujer, la difícil capacidad de movilidad por razones familiares sociales, las discriminaciones salariales y últimamente el desempleo, por mencionar algunos factores, hacen difícil que se rompa de un momento a otro con costumbres y estatus que obstaculizan la capacidad de desarrollo, solo por ser la enfermería una profesión femenina.

La enfermería, puede y debe jugar un papel capital en lo relacionado con la calidad de la atención, en la humanización de la prestación del servicio de salud. Pero para ello se requiere que se faciliten las condiciones de preparación, avance y desarrollo, en todos los ámbitos del personal que conforman enfermería, ya que cada uno de ellos en su función y responsabilidades específicas, son esenciales para el trabajo de la salud y requieren desarrollarse paralelamente.

La Enfermería como profesión y ocupación que tiene relación con la salud es un elemento fundamental para el cuidado de las poblaciones en los diferentes niveles de atención. Es el componente del trabajo de salud que tiene a su cargo la mayor cantidad y diversidad de actividades relacionadas con la salud de las personas, de los grupos y de las familias, y es además en el primer contacto de éstos con los sistemas de salud.

El ejercicio libre de la profesión genera la oportunidad de que la enfermería se concierte en un sujeto atractivo para la economía de mercado desde el punto de vista de su capacidad para influir en el consumo de determinada tecnología. En el cuidado a los individuos, las familias y comunidades se utilizan tecnologías que las empleadas utilizarán para el diagnóstico y tratamiento, si se constituyen en una tecnología, su uso y adquisición cotidiana para brindar el cuidado y que en los términos del mercado es un espacio interesante para adquirir poder. (41)

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLOGICOS PARA EL EJERCICIO LIBRE.

2.5.1 Algunas Teorías y Modelos de Enfermería

En las décadas las enfermeras han formulado diversos marcos y modelos teóricos y prácticos. Estos modelos constituyen explicaciones formales acerca de la disciplina de enfermería según el modelo de la persona que los desarrolla. Hay concordancia general por lo que respecta a cuatro conceptos fundamentales; 1) persona, 2) medio ambiente, 3) salud y 4) enfermería. Sin embargo, los diversos modelos conceptuales definen a los conceptos en forma distinta, los ligan de diversas maneras y coincide importancia diferente a las relaciones entre los mismos.

La teoría consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La fuerza de las enfermeras aumenta gracias al conocimiento teórico porque los métodos desarrollados sistemáticamente tiene mas probabilidades de ofrecer buenos resultados. La teoría brinda autonomía profesional, ayuda al desarrollo de la capacidad analítica, ofrece retos al pensamiento, esclarece los valores, las premisas y determina, los propósitos de la práctica.

-Modelo de Enfermería Moderna de Florencia Nightingale.

La matriarca de la enfermería moderna nació el 12 de Mayo de 1851, Nightingale fue a Kaiserwerth, Alemania para su primera formación en enfermería. Tras dejar Kaiserqrth, continuó examinando los servicios de hospitales, reformatorios e instituciones de caridad.

Para el desarrollo de sus teorías Nightingale tomó en cuenta todos los valores individuales, sociales y profesionales. Su teoría se centró en el medio ambiente, afirma que

el entorno era capaz de prevenir, suprimir o contribuir a la enfermedad, los accidentes o la muerte, los constituyen todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Sus conceptos principales de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido comprenden los componentes del ambiente. Nightingale creía que un entorno saludable era necesario para los cuidados adecuados de enfermería. También creía que un suministro de aire fresco era el principio más importante en enfermería. Decía que el aire puro era el principal canon de la enfermería; lo primero y lo último sobre lo que debe fijarse la atención de la enfermera; el principio esencial para un paciente, sin el cual, todo lo demás que haga por él no servirá de nada. La luz era otro elemento que no se podría ignorar así como la ventilación adecuada, también creía firmemente en los aspectos beneficiosos de la luz solar directa.

La necesidad de limpieza se extendía al paciente, a la enfermera y al medio. También creía que una enfermera debía atender el calor, la tranquilidad y la dieta del paciente. Recomendaba comprobar la temperatura corporal, proporcionar aire fresco y a la vez evitar una temperatura ambiente fría. El ruido era otro elemento ambiental que creía se podía manipular. También se interesó por la dieta de los pacientes creía que una enfermera no solo debía estimar la ración alimenticia sino también la puntualidad de la ración y su efecto sobre el paciente.

Proporcionó pautas a las mujeres para los cuidados de enfermería. Definió como salud el estar bien y el emplear hasta el máximo cada poder. Creía que la enfermedad era un esfuerzo de la naturaleza para remediar un proceso de envenenamiento o debilitación o una reacción contra las condiciones en las que se encontraba una persona y determinó que el papel de la enfermera era evitar que el proceso reparador se interrumpiera y proporcionar

las condiciones ambientales adecuadas como aire fresco, luz agua pura, eliminación de residuos, limpieza, calor, tranquilidad y alimentación adecuada.(42)

-Modelo de Auto cuidados de Dorotea Orem.

El modelo de Orem (1985) analiza la capacidad de cada individuo para cuidar de sí mismo: "La práctica de actividades que los individuos inician y llevan a cabo por sí solos para preservar su vida, salud y bienestar". La capacidad para cuidar de sí mismo se denomina auto cuidado y los cuidados que proporcionan otras personas cuidados que proporcionan otras personas se denominan cuidados dependientes.

Según el modelo, hay tres categorías de requisitos para auto cuidado, o sea propósitos que persiguen al efectuarlo: 1) requisitos universales (asociados con procesos vitales y preservación de la integridad de la estructura humana y su funcionamiento); 2) requisitos de desarrollo (asociados con procesos de desarrollo en diversas etapas del ciclo vital) y 3) requisitos por desviaciones de salud (que surgen por desviaciones estructurales y funcionales o defectos de constitución y genéticos).

La necesidad de cuidados personales de tipo terapéutico se refiere a las actividades personales para cubrir estos requisitos. Se dice que hay deficiencia en estos cuidados cuando la persona no tiene la capacidad para llevarlos a cabo en forma continua.

En el modelo de Orem el objetivo de los cuidados de enfermería es ayudar a las personas a cubrir sus propias auto demandas terapéuticas. Orem identificó tres tipos de sistemas de enfermería: 1) de compensación total: en el cual la enfermera compensa la incapacidad total del paciente para efectuar sus cuidados personales; 2) de compensación parcial: en el cual la enfermera compensa de manera parcial al paciente para cuidar de sí mismo y 3) de apoyo y educativo: en el cual la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones con respecto a la adquisición de destrezas y conocimientos.

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planear y proporcionar cuidados a pacientes que los necesitan llevando a cabo acciones concretas y sistema de acción. Estas acciones o sistemas regulan el valor o el ejercicio de aptitudes individuales para comprometerse en auto cuidados y satisfacer los requisitos de auto cuidado terapéuticas del individuo.

El auto cuidado y los cuidados a miembros dependientes de una familia son conductas aprendidas que regulan intencionadamente la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo humano. La teoría del auto cuidado define la relación entre las acciones deliberadas de auto cuidado de los miembros maduros y en proceso de madures de grupos sociales y su propio desarrollo y funcionamiento. (43)

-Modelo de definición de Enfermería de Virginia Henderson.

Califica su trabajo como definición más que teoría. Describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas, entre estas se encuentran: Annie W. Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. Georhe Daever, Berta Hamer. Ida Orlando; Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Se puede hallar una correlación con la jerarquía de necesidades de los cuidados de Enfermería, en los 14 componentes de Abraham Maslow.

Henderson comienza con las necesidades fisiológicas y sociales. Aunque no cita a Maslow como una influencia, describe su teoría de motivación humana.

Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente, que comprenden los cuidados de enfermería, estos incluyen la necesidad de:

Respirar normalmente.

Comer y beber adecuadamente.

Eliminar los residuos corporales.

Moverse y mantener una postura conveniente.

Dormir y descansar.

Seleccionar ropa apropiada: vestirse y desvestirse.

Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo.

Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales adaptando la ropa y modificando el ambiente.

Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.

Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades temores u opiniones.

Rendir culto de acuerdo con su propia fe.

Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro.

Jugar o participar en diversas actividades creativas.

Aprender, descubrir a satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal de la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Existen necesidades básicas independientes del diagnóstico, pero se modifican por la patología y otras condiciones tales como la edad, temperamento, estado emocional, el status social o cultural y las capacidades físicas e intelectuales.

La enfermera debe ser capaz de valorar las necesidades del paciente, así como también las condiciones y estados patológicos que alteran. Henderson afirma: se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis. (44)

2.5.2 Enfoque de Riesgo.

El Enfoque de Riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

Se ha realizado considerables esfuerzos para el desarrollo y el mejoramiento de los servicios de salud, pero todavía existen muchas regiones en el mundo donde el acceso a los servicios de Atención Primaria a la Salud está limitado para la mayoría de la población. Paradójicamente, algunos grupos pueden contar con servicios de alta complejidad (de nivel secundario y terciario) mientras que la cobertura universal en el nivel primario está limitada, por restricciones de recursos tanto económicos como de personal adiestrado. Es necesario, por lo tanto, buscar las formas para hacer un empleo óptimo de los recursos existentes para beneficio de la mayoría de la población.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son esencialmente "vulnerables" y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características inter actuantes: biológico, genético, ambiental, psicológico, social, económico, etc., las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o sufrir una enfermedad en el futuro. Es así como las mujeres embarazadas, los niños, los emigrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son

especialmente vulnerables, mientras los opulentos y el grupo de adultos jóvenes son generalmente menos vulnerables.

Nuestra habilidad para medir estos riesgos con cierta precisión es relativamente reciente. Contamos con herramientas particularmente aplicables a los aspectos preventivos de la atención a la salud. Tales herramientas y el conocimiento especialmente oportuno para aumentar la efectividad de la Atención Primaria a la Salud.

El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean características que les confieren un "riesgo" especial de alteración de la salud, implica una especie de cadena causal o secuencial. Algunos de estos atributos pueden ser descritos en detalle, por ejemplo: desnutrición, infancia, vejez y embarazo. Los riesgos relacionados que es posible utilizar para propósito administrativos, son, de hecho, una expresión abreviada de la necesidad de atención; es una expresión de su necesidad de ayuda, tanto en términos de atención preventiva como curativa. Estas estimaciones de riesgo, son únicamente una señal o un indicador del grado de su necesidad. La llamada "estrategias de enfoque de riesgo", que comienza con estimaciones de la necesidad de atención. Puede usarse como una guía para intervenciones, asignar recursos ampliar la cobertura y mejorar la referencia a usuarios.

Existen también riesgos de una comunidad derivados por ejemplo de la presencia de malaria o esquistosomiasis en una región de la contaminación ambiental, del abastecimiento deficiente de agua, de la pobreza o deficiencia de los servicios de salud. El nivel de riesgo en estos casos es un componente esencial en determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos humanos, materiales y económicos. Estos son algunos de los nuevos usos del enfoque de riesgo.

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta es la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones. La cuantificación del riesgo individual no constituye un nuevo recurso, pero sí lo es su uso como herramienta administrativa para la definición de intervenciones. Los problemas de salud, las condiciones socioeconómicas y la distribución de los riesgos en la población dependen de las características y condiciones de cada país. Antes que pueda formularse una estrategia de riesgo hay que contar con información básica confiable. La recolección y análisis de la tal información constituyen una parte esencial de la investigación del enfoque de riesgo.

Significado del término riesgo.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.) El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimular la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda se refiere a la probabilidad de que tal evento se produzca. Una probabilidad es una medida de algo incierto.

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese grupo de personas y que se expresa como tasa de incidencia o muerte. Posteriormente la probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada.

El concepto de probabilidad y en particular de probabilidad mensurable, es fundamental para atender el concepto de riesgo. La definición que da el diccionario de la lengua de la palabra riesgo es "Contingencia o proximidad de un daño". El Diccionario de Epidemiología establece que el riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra.

El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencia adversa aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias. Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquellos acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos frecuentemente se expresa el riesgo como una tasa.

Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permita definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia. Es importante reconocer que todos los hechos pueden ser "explicados" en este momento del desarrollo científico.

Factor de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad de incrementar un daño a la salud. Debe tenerse cuidado al definir en qué consiste un factor de riesgo y qué un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Los factores de riesgo como causan de daños a la salud.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

El término "factor de riesgo" se usa con tres connotaciones distintas:

a) "Atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal"

b)“ Atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico”.

c)“ Determinante que puede ser modificado por algunas forma de intervención logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud, para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable”.

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser:

Biológicos (ciertos grupos de edad)

Ambientales (abastecimientos deficientes de agua, falta de adecuado sistema de disposición de excretas, etc.)

Comportamiento (fumar)

Relacionados con la atención a la salud (baja calidad de atención cobertura insuficiente)

Socio – culturales (educación)

Económicos (ingreso)

Los factores de riesgo son por lo tanto, características asociadas con un cierto tipo de daño para el cual se busca un factor o un grupo de factores de riesgo. Pueden ser específicos para un daño en particular. Con mayor frecuencia, un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daño hasta cierto punto diferente.

La importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

- Factores de Riesgo y Daños a la Salud.

La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no es siempre clara. Es importante tener en cuenta que:

A) En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo como desnutrición por otra parte de algunos autores, puede ser considerado como un daño por otros, dependiendo de lo que se este explorando.

B) Una característica puede ser tanto un daño para la morbilidad y mortalidad.

Se habla con frecuencia de una cadena de hechos donde un problema está relacionado con otros, o, a la inversa, donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Por lo tanto, cuando se lleva a cabo un estudio epidemiológico utilizando el enfoque de riesgo, debe prestarse especial atención a la definición de cuáles son los factores de riesgo y daño que se busca estudiar.

-Indicadores y Causas.

Un estudio cuidadoso de las características de las personas que experimentan un daño y la comparación de tales características con aquellas personas que no lo experimentan nos orientan a la identificación de una lista de factores de riesgo que servirá como de la "información de riesgo" necesaria para la formulación de la estrategia de enfoque de riesgo. ¿Cómo se utilizará esta información? Ello depende del criterio que se establezca sobre si la característica es una causa del daño como fumar o simplemente un indicador como el analfabetismo

Un indicador, por lo general, es toda variable o condición asociada al daño. Aun cuando la asociación no sea causal, permite reconocer parte de la cadena causal de los daños (enfermedad, incapacidad, muerte) Con frecuencia se piensa que todos los factores de riesgo son causales pese a que dependen únicamente de asociaciones temporales que son notoriamente no causales. Debe recordarse que los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan.

Por lo general se considera que un factor de riesgo o característica es causal de un daño determinado a la salud si reúne los siguientes criterios: fuerza de la asociación, consistencia con el conocimiento existente; asociación temporal y credibilidad biológica.

Los factores de riesgo asociados causalmente con un daño a la salud permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo asociados no causalmente son utilizados en actividades de prevención secundaria. Estos últimos factores de riesgo, pesen a no estar causalmente asociados con el daño a la salud, cuya reducción por lo tanto no puede esperarse mediante la eliminación de aquellos son utilizados para seleccionar grupos de población a los cuales se aplicará otros procedimientos de tamizaje.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados, como dieta, fumar, en los que la casualidad es fundamental y aquellos que no podrán ser modificados como historia familiar, herencia genética en los que la casualidad no necesariamente importantes. Estos últimos son usados fundamentales para la identificación de grupos de riesgo.

Es importante destacar que la noción de causa es compleja. No todas las asociaciones estadísticamente significativas encontradas entre las características significativas del sujeto o grupo "vulnerables" y el daño a la salud son parte de una cadena de causalidad. Algunas de las asociaciones útiles para identificación de grupos de riesgo son únicamente

estadísticas. Para ser calificadas como causales tienen que estar directamente relacionadas con los procesos patogénicos, aún cuando no se comprendan complejamente los mecanismos específicos que desatan el efecto.

Finalmente, es importante reconocer que las decisiones sobre la selección inicial de indicadores y factores de riesgo involucra, además de los conocimientos técnico del problema, aspectos políticos e ideológicos y que dependen de las intervenciones que se contemplan como posibles o deseables en una estructura socio-política específica.

-Combinación de factores de riesgo.

Algunos factores de riesgo constituyen parte de la cadena causal de hechos o situaciones que conducen a la enfermedad o la muerte. Una intervención trata de disminuir la presencia de tales factores de riesgo para disminuir la probabilidad de enfermarse o morir.

Otros están menos asociados al daño pero pueden ser indicadores de riesgo útiles. Los factores de riesgo constituyen, por tanto, indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico y social interactuante por lo tanto la definición y la comprensión de las causas dentro del sistema es necesariamente limitada.

Durante mucho tiempo la atención médica se ha concentrado en los eslabones donde pueden interrumpirse los procesos patológicos. Esta orientación ha ocasionado que se descuiden las intervenciones sobre eslabones de la cadena de causas, como la pobreza, que constituyen retos difíciles comúnmente reconocidas como "no médicos". Una de las características del uso del enfoque de riesgo es la consideración de todas las causas sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas o económicas.

Como se mide el riesgo.

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgos y daños a la salud. El Riesgo Absoluto es la incidencia del daño a la población total. El Riesgo Relativo es una

comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y de la frecuencia con que aquellos que acontecen y que no tienen el atributo o factor de riesgo. El Riesgo Atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores causales desaparecieran de la población total.

El riesgo, o la probabilidad de que ocurra un evento, puede medir por lo menos de tres maneras.

Primero, existe el riesgo de que ocurra un daño a la salud en una población específica comprende a quienes tienen factores de riesgo definidos y a quienes no lo tienen. Esta medida del riesgo definido y a quienes no lo tienen. Esta medida del riesgo se denomina Riesgo Absoluto (incidencia). Expresa la frecuencia total de un evento, es decir, la probabilidad real de que una enfermedad, accidente o muerte ocurra dentro de un periodo determinado. Representa una medida de la probabilidad de pasar del estado de salud al de enfermedad o muerte.

En segundo lugar, existe la probabilidad de que un daño a la salud pueda presentarse en aquellos sujetos con uno o más factores de riesgo. Para los individuos involucrados este es el concepto más importante. El riesgo relativo es una de las medidas más útiles y simple para esos fines. Expresa la razón entre la incidencia del daño a la salud (enfermedad o muerte) en la población expuesta a un factor de riesgo y la incidencia en la población no expuesta a tal factor. Es, por lo tanto, una medida de la fuerza de la asociación entre dicho factor de riesgo y el daño a la salud.

En tercer término, mientras que la importancia de un factor de riesgo depende en gran parte de la fuerza de su asociación con un daño a la salud, desde el punto de vista de los efectos de las intervenciones en salud también depende de la proporción en que el factor de

riesgo causal se encuentra en la población general. Esta relación se expresa por medio del riesgo atribuible en la población, concepción que lleva implícitos los siguientes componentes: la frecuencia del daño a la salud con y sin el factor de riesgo se encuentra en la población general. Indica, por lo tanto, lo que puede esperarse que suceda con el daño a la salud en la comunidad si se suprime el factor de riesgo causal.

Usos de Enfoque de Riesgo: de la información a la intervención.

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. La Participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y grupos que permiten aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, pueden facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.

Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud- enfermedad. (45)

- Problemas a los que se enfrenta la aplicación del enfoque de riesgo.

Las decisiones de la comunidad respecto a los problemas de salud prioritarios, en la promoción de la salud, en la detección de los factores de riesgo y sus interrelaciones, así como en los conceptos de riesgo relativo y atribuible que están asociados con los factores en cuestión. También requiere la cuantificación de los daños a la salud y de los factores de riesgo para el mejoramiento de la organización de la atención a la salud, es necesario abordar tres problemas básicos a los que se hará referencia en esta sección.

A) Selección de los factores de riesgo.

El primer problema consiste en cómo utilizar la información para seleccionar la información, los factores de riesgo y cuantificarlos, expresándolos en forma de puntajes ser utilizados en el nivel local.

B) Selección de los límites de inclusión en las pruebas de tamizaje.

El segundo problema se relaciona con la determinación de los límites de inclusión para seleccionar a la población con alto riesgo de desarrollar un daño a la salud.

C) Ajuste de las pruebas de tamizaje a las condiciones del Sistema de Salud.

El tercer problema se refiere a la adaptación o ajuste de los criterios; a las condiciones reales y recursos del sistema de salud. Esto significa valorar y efectuar un balance de las necesidades de salud con relación a los recursos existentes, tanto del sistema de salud como de la población a riesgo, según la severidad y la magnitud del daño. Finalmente un aspecto importante es la posibilidad de reconocer si el sistema de atención a la salud. Está en condiciones de llevar a cabo las innovaciones o transformaciones recomendadas por los resultados de los estudios basados en el enfoque de riesgo.

Antes de usar la información sobre riesgo, tanto la comunidad como los servicios de salud deben ponderar la capacidad del sistema de atención de transformarse para dar cabida a las innovaciones que serán propuestas.

Existe un gran número de variaciones en los sistemas de organización de la atención a la salud que hacen pensar que no en todos los casos puede usarse el enfoque de riesgo. Los sistemas que no poseen mecanismos coordinados de referencia de usuarios, o aquellos que no tienen coordinación entre los niveles de atención, tienen una desventaja especial. Los planes para utilizar el enfoque de riesgo deben adaptarse a los patrones

locales de atención, al conjunto de valores locales, a las religiones y a los métodos de pago de servicios.

El enfoque de riesgo puede utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial.

Se ha sugerido diversos usos del enfoque de riesgo como:

I. Dentro del sistema formal de atención en salud.

Aumento de la cobertura.

- Mejoramiento de los patrones de referencia.
- Modificación de los factores de riesgo.
- Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional.
- Adiestramiento del personal de salud.

II Fuera del sistema formal de atención a la salud.

- Auto cuidado y atención a la familia.
- Atención comunitaria.
- Políticas intersectoriales.

Los sistemas de atención a la salud pocas veces están organizados sobre la base de las necesidades reales y comúnmente no existe ningún tipo de atención para aquellos que tienen riesgo mientras que aquellos que están relativamente sanos, disponen de las mejores facilidades.

1. Usos del Enfoque de riesgo dentro del Sistema formal de atención a la salud

Tiene aplicación práctica en el nivel local donde los sistemas de referencia y las intervenciones médicas para modificar los factores de riesgo son, razonablemente es posible redistribuir los recursos.

Los usos son los siguientes:

1) Aumento de la cobertura.

El valor del enfoque de riesgo estriba en el apoyo que presta las decisiones sobre el aumento de la cobertura de los servicios de salud. Esto resulta de gran importancia para garantizar el acceso universal a la Atención Primaria a la Salud.

Tres de los factores que influyen en la cobertura, han recibido atención especial ya que pueden ser modificados por el enfoque de riesgo la disponibilidad, el acceso y la aceptabilidad.

Aumenta la disponibilidad de la atención adecuada es un objetivo del enfoque de riesgo que, además, ofrece un método para reubicar los recursos en función de las necesidades. Los pasos involucrados son el ahorro de recursos que previamente se utilizaban en servicios a poblaciones con bajo riesgo y su transferencia para que puedan estar disponibles para aquellos con mayor necesidad. En realidad, no es fácil que esta reubicación de recursos se produzca de inmediato. La selección de la población de alto riesgo y la atención prioritaria de aquellos que se encuentran con una mayor necesidad, implica, por lo menos inicialmente, el uso de más recursos, particularmente los de la comunidad.

El acceso a la atención que está a disposición de la población mejoraría por las mismas razones que producen un aumento en la disponibilidad, pero también porque el enfoque de riesgo permite identificar y atender tempranamente a aquella población con un riesgo

mayor en lugar de espera a que acuda a los servicios, generalmente con el daño a la salud ya presente.

Es bien sabido que algunas familias no reconocen la necesidad de acudir a los servicios de salud. Las razones para la falta de reconocimiento de esta necesidad deben analizarse conjuntamente con la resistencia que existe hacia el uso de los servicios (aceptabilidad)

El efecto del aumento en la cobertura sobre la salud de la comunidad podría ser muy significativo. Ello se debe al número excesivo de personas con alto riesgo que se encuentra entre aquellos no cubiertos por los servicios de Atención Primaria a la Salud.

2) Mejoramiento de los patrones de referencia.

El propósito es que todas las personas alcancen el nivel y el tipo de atención que necesitan. Se espera que al mismo tiempo exista una mayor cobertura para que más personas necesitadas cuenten con los servicios de salud adecuados para la solución de sus problemas. El primer objetivo es que la cadena de referencia existente esté mejor ajustada sin que por ello se altere la cadena misma, asegurándose que las personas sean referidas al personal con las destrezas correspondientes a sus necesidades y a los servicios cuya complejidad permita atenderlas.

Basados en el riesgo relativo, que constituye un indicador de la urgencia y de la serenidad de la necesidad de la persona. Por consiguiente será necesario involucrados, así como las facilidades y destrezas disponibles. De esta forma puede lograrse, eventualmente, el objetivo de esta parte de la estrategia del enfoque de riesgo: la congruencia entre las necesidades y las destrezas existentes. Un determinado riesgo de experimentar cierto daño a la salud es referido a las instituciones que cuentan con instalaciones, tecnológicas y destrezas apropiadas para hacer frente al problema.

3) Modificación de los factores de riesgo.

Las intervenciones sobre los factores causales de las enfermedades intercurrentes en la población han formado parte de los enfoques preventivos clásicos en salud. La intervención de riesgo da mayor valor a tales acciones al otorgar prioridad a los factores de riesgo tanto a nivel colectivo como individual y al utilizar el riesgo atribuible en la población, que indica en qué medida se beneficiaría la comunidad si los factores de riesgo fueran eliminados.

Los trabajadores de la salud pueden también ser adiestrados para prevenir específicamente con relación a factores de riesgo tales como diabetes, hipertensión, anemia y otras enfermedades.

4) Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional.

Es de gran importancia que la información de riesgo usada en la planificación regional y nacional pueda complementarse con la información sobre salud que se reúne rutinariamente. Esto se refiere a estadísticas vitales, información institucional e información sobre el uso de los servicios de salud. Es poco probable que tal información sea suficiente, por lo cual debe obtenerse datos adicionales. Debe recalcar que el objetivo es optimizar la información existente obtenida en forma rutinaria. Siempre es preferible mejorar un sistema de recolección de datos que funciona al establecer un nuevo comienzo de intervenciones. Por otra parte, los distintos componentes de la intervención también van a contribuir con la mejora de los sistemas de información.

II: Usos del Enfoque de Riesgo fuera del sistema formal de atención en salud.

5) Auto cuidado y atención a la familia.

Aparte de la sensibilización general sobre lo que es importante y lo que no lo es en materia de salud, el uso de la información sobre riesgos a nivel individual y familiar tiene dos objetivos: El primero y más importante es la Habilidad de reconocer prioridades y

condiciones de vida saludables, para que en los términos habituales de la familia se use un enfoque más racional del cuidado de los individuos. Todo ello podría fomentar un mayor énfasis en la atención preventiva y no en la curativa.

El segundo es el reconocimiento temprano de los factores de riesgo. Esto no debe implicar una preocupación ansiosa por la enfermedad si no más bien que dentro del grupo familiar se reconozca las situaciones de alto riesgo, dándoles la prioridad necesaria para que sea posible prevenirlas o eliminarlas. Un mayor conocimiento sobre salud en el núcleo familiar ayuda al reconocimiento temprana de riesgo y enfermedades y facilita la referencia selecta de las personas a los diferentes servicios.

7) Atención comunitaria.

Se busca fomentar la acción de la comunidad en el control de los factores de riesgo de acuerdo con su importancia para la salud familiar y comunitaria. Esto incluye la difusión de nueva información sobre la naturaleza y grado de relación que existe entre ambiente, el comportamiento y la salud de la familia. La información de riesgo, debidamente interpretada, puede convertirse en un vehículo para la demostración de la relaciones causa-efecto en el proceso salud-enfermedad y puede ayudar al desarrollo de intervenciones comunitarias adecuadas a la realidad correspondiente.

8) Políticas intersectoriales.

Debido a la manera que generalmente funcionan los organismos gubernamentales, a menudo existen dificultades en la colaboración intersectorial para empresas conjuntas relacionadas con la salud. Los ministerios de salud pocas veces colaboran con los de agricultura a fin de aumentar la producción de un alimento específico. Lo mismo se aplica para el sector de transporte y telecomunicaciones o para la educación, que rara vez son considerados como fuente de ayuda en la promoción de la salud.

En cada uno de estos ejemplos los efectos de la programación intersectoriales sobre la salud son importantes, y sugieren que los ministerios involucrados deberían tener más información sobre el alcance de las acciones y que deberían estimular una mayor colaboración. Para ello la información ofrecida debe provocar esta colaboración: por ejemplo, deben mostrarse claramente los efectos benéficos de las acciones intersectoriales sobre salud.

La colaboración intersectorial puede tener gran influencia sobre los factores de riesgo involucrados y puede propiciar, por consecuencia una reducción importante de los daños a la salud. La información sobre riesgo puede servir para una política de desarrollo social más integral al indicar por ejemplo, los efectos de la reducción del analfabetismo o la provisión de medios de transporte. El análisis de los factores de riesgo puede encaminar a una revisión de las prioridades en agricultura y en desarrollo social. Por lo que se refiere a valores relativos sobre los que puede basarse la selección de prioridades para el desarrollo de una política nacional. (46)

Principales pasos en un estudio de riesgo.

Aunque las necesidades y posibilidades de una investigación varía mucho de un país a otro, hay ciertos elementos básicos en el diseño de estudios de enfoque de riesgo que es aplicables universalmente. En todas las situaciones es muy importante que los objetivos de la investigación están definidos.

Los estudios que emplean el enfoque de riesgo comprenden una serie de paso, a saber:

1. La revisión sistemática de la información disponible.
2. La investigación epidemiológica,
3. La revisión de la estructura y el funcionamiento del sistema de atención a la salud.

4. El desarrollo y la prueba de la nueva estrategia en el campo de la nueva estrategia.
5. La evaluación de la nueva estrategia.

Los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de diferentes manera para dar respuesta a distintas preguntas. (47)

2.5.3 El Ejercicio Libre de la Enfermería y Obstetricia.

Ahora más y más enfermeras no satisfechas con ser ciudadanas de segunda clase en el sistema médico, están enarbolando sus propios merecimientos, establecen prácticas independientes, están atendiendo pacientes sin la participación del médico, abriendo clínicas, no es necesario pretender ser medicas, sin embargo pueden practicar pruebas de rutina, atender padecimientos menores y sugerir medicamentos, evitando a los usuarios costosas visitas al médico. Las enfermeras pueden trabajar en sus consultorios o en visita domiciliarias con ancianos o pacientes crónicos que requieren vigilancia constantes pero no necesariamente del médico.

Algunos médicos opinan que las enfermeras pueden fallar en la detección de padecimientos serios sin embargo así como pueden atender padecimientos insipientes, reversibles, con terapéutica sencilla como intervención de Atención Primaria que pueden realizar todos los Licenciados en Enfermería y Obstetricia existen limitantes como es el caso de la cirugía y muchos otros padecimientos médicos. Las enfermeras están familiarizadas con acciones de Atención Primaria ya que prestan servicios de salud, escolar en diferentes situaciones como son la higiene personal, desarrollo físico y de la sexualidad, orientación a maestros y padres sobre el manejo del niño y muchos otros temas; también incursionan en el medio laboral para detectar y orientar sobre los factores de riesgo para la salud del trabajador, valoración de la salud integral y también intervienen en los organismos de asistencia social, vivienda, saneamiento básico, todo esto para contribuir a la salud de la colectividad.

Se advierte también una necesidad de ir más allá de las actividades para las que tradicionalmente ha sido preparada la enfermera, y se comentan situaciones conocidas del

ejercicio libre de otros profesionistas y aún empíricas que, sin tener el sustento teórico-práctico suficiente, se atreven a ofrecer sus servicios y obtener ganancias con el riesgo de ocasionar yatrogenias por falta de conocimientos con los consecuentes daños a la salud del individuo y aun de la comunidad. Tal es el caso de algunas curanderas, cuyo arraigo en las comunidades les permite encubrir sus errores y ganar cada vez más adeptos a sus prácticas.

En la actualidad, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM ha reorientado su corriente de formación de recursos de enfermería, y en el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se descubren dos tendencias muy importantes: en relación con la proyección de los egresados hacia los servicios de primer nivel de atención cuyo trabajo sea esencialmente de campo, y la otra que consiste en impulsar al futuro profesionista al ejercicio libre.

Para estos fines, se han incluido materias y contenidos que den el sustento para dichas actividades, de manera que siendo la escuela líder del país, su nueva tónica contribuya a formar recursos para atender las necesidades de la población, sino que sea capaz de crear y de desarrollar nuevas formas de trabajo que sirvan tanto a quienes prestan sus servicios como a sus propias necesidades de decisión para resolver los problemas de salud que surjan en su práctica liberal.

Con esto no se pretende hacer réplicas de consultorios médicos, sino de profesionales de la salud que sean capaces de atender problemas de bajo y mediano riesgo con base en la estrategia de Atención Primaria a la Salud, en tanto se amplíe la cobertura de servicios de salud y se constituyan elementos que ofrecen servicios de primer contacto a un costo que la comunidad pueda sufragar, como ocurre con los servicios que ofrece.

Un factor que limita el ejercicio libre es el temor por no conocer las bases legales que sustenten dicho ejercicio, así como por la posible falta de aceptación de la comunidad. Esto

se mostró y discutió recientemente en un foro de enfermería realizado en la Universidad del Estado de Morelos, en Toluca, en donde se presentó una investigación que subraya el hecho de que las actividades propias de la enfermería, como fueron la Obstetricia y otras, han sido delegados a médicos y a otros profesionales de la salud.

Así mismo se dijo que no había impedimento legal alguno para el ejercicio libre, pues basta obtener el título profesional, como lo indica la Ley de Profesiones. Por último, se señaló que la población afirmó que era necesaria la existencia de establecimientos de enfermería que proporcionara servicios de salud sobre todo de Atención Primaria.

Uno de los aspectos que causa mayor inquietud en cuanto al ejercicio libre es la prescripción de medicamentos. En tanto que pudiera requerirse receta médica, como en el caso de los narcóticos, que son los únicos que requieren ese documento y que definitivamente no tendrán que utilizarse en una consulta de enfermería, el resto de medicamentos pueden ser adquiridas con libertad; claro está que sus indicaciones y posologías son responsabilidad de quien los prescriben o de quienes los consumen sin prescripción de un profesional autorizado. Aunque en el Programa de Extensión de Cobertura las auxiliares de salud quienes con una breve capacitación prescriben fármacos ya establecidos en el cuadro básico de medicamentos de dicho programa que a diferencia de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia quienes reciben en su formación académica 80 horas de farmacología y 1872 horas de práctica clínica que los mantiene en contacto con los medicamentos, sus indicaciones, dosis y efectos lo cual definitivamente los prepara en el uso de dichas sustancias, sin que esto signifique que podrían hacer uso indiscriminado de ellas haciendo uso en los casos de bajo riesgo y que su conocimiento pleno dé la oportunidad de valorar sus efectos con verdadera responsabilidad.

-Opciones y Actividades.

- Salud perinatal para vigilar y atender a la embarazada, la parturienta, la puérpera, y el recién nacido.
- Salud materno-infantil para atender a la mujer y niños en las diferentes etapas de su vida.
- Salud familiar para atender a los integrantes en todas las etapas de su vida.
- Salud laboral para atender de manera integral la salud de los trabajadores.
- Salud escolar para atender de manera integral la salud de los estudiantes.

Estas y otras opciones pueden ser asumidas e incrementadas a medida que la enfermera posea nuevos conocimientos a través de su experiencia a estudio. Podrá ofrecer servicios de especialidades en las diferentes áreas, de este modo, atenderá a pacientes con padecimientos crónicos, con problemas geriátricos, o de otro tipo en su domicilio.

-Nominación del establecimiento.

- Consultorio de Enfermería.
- Unidad de Atención Primaria a la Salud.
- Centro de Atención a la Salud.
- Círculo de Atención a la Salud.
- Consultorio de Ginecoobstetricia.
- Clínica de Salud Mental.
- Consultorio Profesional de Salud Mental y Atención a la Familia.
- Clínica de Atención Primaria a la Salud.

Lugares de Trabajo.

- En su propio domicilio.
- En un local alquilado o propio, independiente.

- Ofreciendo sus servicios a las empresas.
- Ofreciendo sus servicios a las escuelas.
- Compartiendo con otros (s) profesional (es).

-Cobro por los servicios.

Aún cuando este aspecto resulta difícil, será conveniente conocer y considerar algunos aspectos.

- Cuota que cobran los médicos y otros establecimientos.
- Características socioeconómicas del área y los posibles clientes.
- Crédito y confiabilidad de otros profesionales o establecimientos que ofrecen servicios similares.
- Requisitos.

Además del título profesional y la infraestructura física y económica que se requiera el establecimiento, será necesario consultar a las oficinas de salud y hacienda de la localidad en donde planea laborar, ya que los requisitos varían de una entidad a otra. (48)

2.6 EL CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. (CCOAPS)

2.6.1 Generalidades.

Siendo directora de la ENEO la Lic. Graciela Arroyo de Cordero y ante la preocupación de contar con un espacio que diera coherencia y cubriera las expectativas planteadas con relación al desarrollo de intervenciones independientes de enfermería que favorecieran el ejercicio libre de la profesión; se obtiene el 29 de Octubre de 1991 un local de 410 m de los servicios Metropolitanos, ubicados en el Centro de Barrio del pueblo de San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco DF.

La UNAM recibe y procede a su remodelación y equipamiento que durante 5 meses, tiempo en el que se realiza el diagnóstico de salud, con los alumnos de 3er semestre y en el año de 1992 se abrió al público como Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud, ofreciendo intervenciones de Enfermería en consultorios y en trabajo comunitario a través de cinco líneas programáticas básicas: Salud Familiar, Salud Escolar, Salud Laboral, Salud Ambiental y Salud en el Deporte y la Recreación; líneas programáticas que fueron propuestas para insertar cualquier tipo de práctica comunitaria que refieren estudiantes de pre grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia así como de especialización o post grado.

Para fortalecer la aceptación de esta unidad de salud en la comunidad actualmente se ofrecen servicios continuos de Enfermería durante 11 horas de 8 a 19 hrs., de Lunes a Viernes a través de pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, bajo la tutoría académica de docentes de la licenciatura en enfermería, post grado y especializaciones diversas.

Se iniciaron las actividades con 4 pasantes y cada año se han incrementado hasta llegar a 20 lo que ha dado actualmente credibilidad y una imagen de acción de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia al realizar intervenciones independientes pero en coordinación con diferentes instancias de salud, de asistencia social gubernamentales y de iniciativa privada.

Actualmente cambio su nombre a Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) por encontrarlo más coherente con la función social que realiza y favorecer la aceptación y arraigo en la población al no sentirse solo objeto de práctica.

A partir de que la ENEO se convierte en Centro colaborador de la OMS / OPS se inicia la consolidación de tres líneas de investigación en Salud Reproductiva, Diabetes y Salud del Adulto Mayor.

El CCOAPS se ha convertido en un modelo de formulación y de Atención de Enfermería motivo por el cual se reciben constantemente solicitudes para visitas de observación y residencia de diferentes instancias formadoras de recursos humanos de enfermería de pre y post grado, tanto nacionales como del extranjero.

2.6.2 Estructura Organizativa.

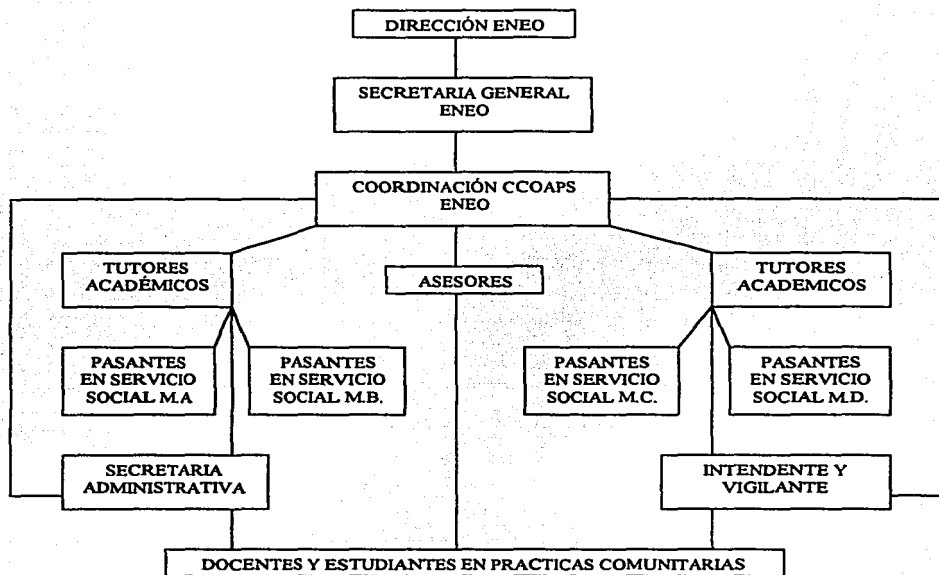
La coordinadora de Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) la cual a su vez es dependiente de la dirección de dicha escuela.

De la coordinadora de CCOAPS dependen las tutoras académicas, una secretaria administrativa, el personal de intendencia y vigilancia.

A su vez las tutoras académicas tienen a su cargo a los pasantes, los cuales están distribuidos en los 4 módulos en los que se dividen el área geográfica de San Luis Tlaxialtemalco.

Las tutoras académicas y los pasantes tienen a su vez relación con los coordinadores y estudiantes de los grupos en práctica comunitaria, tanto para la planeación, como la relación y la evaluación de dichas prácticas.

DIAGRAMA ORNIZACIONAL DEL 2001.



. Infraestructura.

Para operar los programas y facilitar las intervenciones de Enfermería con las instalaciones, materiales y equipo necesario; el CCOAPS tiene una construcción de 2 plantas.

La planta baja está dividida de la siguiente manera:

Una recepción y archivo: donde se lleva el control de las familias con expedientes que se archivan según su domicilio en cada uno de los cuatro módulos que corresponde al área geográfica y cuenta con mostrador, escritorio, sillas, anaqueles y archiveros.

Una sala de espera con asientos para 12 personas.

Una central de equipo y esterilización (CEYE) para abastecer los servicios; con autoclave, anaqueles, armarios y las áreas necesarias de preparación y control.

Un almacén para el material de consumo con dos armarios y anaqueles.

Una sala de corta estancia para los usuarios que requieran permanecer en observación (menos de 6 horas) con una cama, una cuna, un estudio, un biombo, lavabo y tarja.

Una sala de orientación nutricional para los grupos en educación para la salud con mesa, banco, escritorio, y pizarrón.

Una sala de orientación nutricional para los grupos de usuarios que requieran de este servicio, equipado con 4 estufas, tarjas, mesas de preparación, anaqueles, refrigerador; sillas, bancos y todos los utensilios de cocina necesarios.

Una sala para los pasantes de Enfermería donde planean sus intervenciones a realizar y elaborar sus informes y materiales diversos con: mesas de trabajo, anaqueles, sillas, archivero, computadora, maquina de escribir, y un surtidor de agua caliente y fría.

Almacén de audiovisual donde se guarda el equipo y materiales que sirven de apoyo para la enseñanza de los alumnos. pasantes de Enfermería y grupos de la comunidad; cuenta con

video-grabaciones, video casetera, televisión, retroproyector y proyector de vía positivas, así como material educativo impreso.

Una sala de profesoras donde éstas realizan su trabajo de acuerdo a funciones que desempeñan con los pasantes; con mesa de trabajo, sillas, surtidor de agua caliente y fría, credenza y teléfono.

Consultorio de Enfermería los cuales se destinan a las diferentes actividades:

Un consultorio para niños, otro para tratamientos e inmunizaciones, otro para ginecoobstetricia y otro para la atención de adultos, equipados con: escritorios, sillas, mesas de exploración y mesas para material y equipo y lámpara.

Una oficina para la coordinadora del CCOAPS equipado con: escritorio, sillón, sillas, credenza, computadora y teléfono.

Un área secretarial donde se realizan las actividades correspondientes: equipada con escritorio, sillas, computadora, telfax, y maquina de escribir.

En la planta alta se ubica los vestidores que cuentan con los lockers para guardar objetos personales de los docentes, pasantes y personal administrativo.

Una sala para investigadores equipada con mesas de trabajo, computadoras y sillas.

Una biblioteca con los libros básicos del área comunitaria en anaqueles, mesas y sillas.

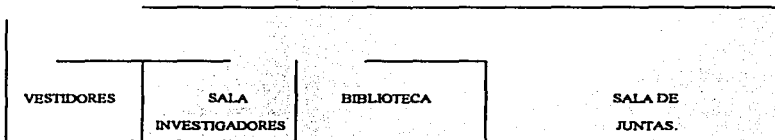
Una sala de juntas donde se realizan reuniones con la coordinadora, docentes y pasantes y otras reuniones según necesidades, equipadas con: mesa redonda, sillas para 10 personas, mesa de servicio y surtidor de agua caliente y fría.

También se tienen sanitarios para los usuarios y para personal, pasantes y estudiantes.

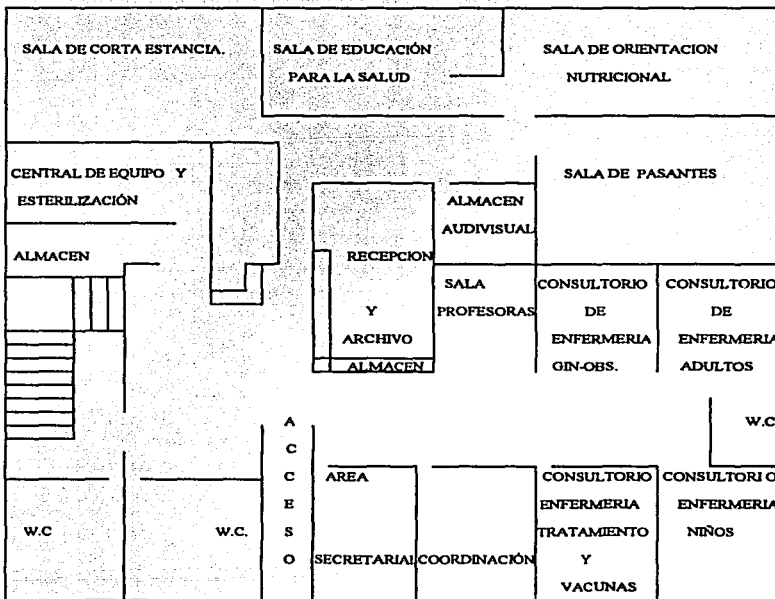
PLANTA FÍSICA.

CCOAPS-ENE0.

PLANTA ALTA



PLANTA BAJA.



2.6.3 Objetivos.

Académico:

*Contribuir a la formación de los perfiles académicos de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia y estudiantes de postgrado que requieren prácticas comunitarias a partir del servicio de primer nivel de atención, con intervenciones de Enfermería de calidad y con gran sentido humanístico en forma anticipada al daño y en problemas de salud de bajo riesgo.

Servicio:

* Brindar atención de Enfermería a la comunitaria, a través del Servicio Social de Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y estudios de postgrado, con intervenciones de enfermería independientes, con calidad y humanismo, para contribuir al abatimiento de los índices de morbilidad y mortalidad, favoreciendo el auto cuidado a la salud y la participación interdisciplinaria e intersectorial.

Investigación:

* Fomentar la investigación de los docentes, pasantes y estudiantes, con el fin de favorecer las bases teóricas que fundamentan el funcionamiento del CCOAPS, la titulación oportuna de los pasantes y la ejercitación de la investigación científica, acorde con las líneas de investigación CCOAPS: Impacto de las acciones de Enfermería en la comunidad en la práctica independiente; Daños y riesgo para la salud en las diferentes etapas de la vida y actividades de la población; Factores sociales económicos, políticos, ecológicos y psicológicos como condicionantes del proceso salud- enfermedad. Impacto de la Licencia en Enfermería y Obstetricia en la Salud Reproductiva. Se amplían las líneas de investigación a partir de 1998 enfocadas a aspectos sobre salud reproductiva, diabetes, la salud del Adulto Mayor y Violencia intra familiar.(49)

2.6.4 Líneas Programáticas Básicas.

Las líneas programáticas del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) de la ENEO - UNAM, están sustentados en sus objetivos; académicos, de investigación y de servicio, pautados por la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) en sus dos componentes esenciales que son: las acciones anticipatorias al daño a través del enfoque de riesgo y la atención a problemas de salud de bajo riesgo. Deben ser la Enfermera y la Partera las que asuman un papel protagónico en la Atención Primaria a la Salud, aprovechando mejor su importante contribución en cuatro sectores principales: atención curativa, atención en casos crónicos y rehabilitación y atención a los casos de suma dependencia y a moribundos, se ha demostrado que entre el 75 % y 80 % de los casos que acuden a los servicios de primer contacto, refieren necesidad de apoyo, protección, medicación y tecnología simple comunes a la Enfermería y que no requieren la competencia del médico en el CCOAPS en los últimos dos años se han atendido más del 90% de la demanda.

Lo anteriormente expresado además de la necesidad de extensión de cobertura de los servicios de salud a través de las Enfermeras que brindan atención a un costo acceso a la comunidad como la establece la Atención Primaria a la Salud y que en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, lo retoma para proponer en su perfil de egreso, el ejercicio libre de la profesión lo que da independencia a la profesión y un renovado enfoque social y humanístico a sus acciones.

En cuanto al apoyo y coordinación intersectorial para la salud, necesaria en la Atención Primaria a la Salud, las enfermeras están familiarizadas con estas instancias ya que prestan servicios de salud escolar en diferentes acciones como son: higiene personal, desarrollo

físico y de la sexualidad, orientan sobre la salud de los estudiantes a maestros y padres; incursionan en el medio laboral para detectar sobre los riesgos a la salud del trabajador y realizan valoración de la salud integral de los mismos y permitan a los organismos de asistencia social, vivienda y saneamiento básico para contribuir a la salud de la comunidad.

La Enfermera en la comunidad rebasa las propuestas de la Atención Primaria a la Salud al convertirse en un elemento de cambio de hábitos y costumbre que además de contribuir a la solución de problemas de salud, puede transformar el entorno a través de sus acciones en diferentes ámbitos de la vida de la colectividad.

Ante tal situación el CCOAPS propone cinco líneas programáticas permanentes que operacionalizadas pasantes en servicio social y estudiantes de pre y postgrado en práctica comunitarias podrán dar sustento real a las experiencias de aprendizaje que realizan los diferentes planes y programas de estudio de la ENEO o de otras instancias formadoras de recursos de Enfermería y que serán aplicados para favorecer la práctica independiente acorde a lo postulado a la Atención Primaria a la Salud, marcando en cada línea programática establece los objetivos a corto y a largo plazo y la participación tendrán los pasantes, estudiantes y coordinadoras.

Salud Familiar.

La familia como célula fundamental de la sociedad, es el medio de crecimiento y continuidad de la especie humana, que a través de la unión del hombre y la mujer crea una situación estable de tipo paternal, para el cuidado de los hijos y cuando se establece y conduce adecuadamente proporciona la seguridad de la alimentación, vestido, albergue y otras situaciones necesarias para la vida. En la familia funcional, es factibles un desarrollo emocional armónico de sus integrantes, lo que favorece, la identidad personal, el desarrollo

de patrones sexuales estables, el ejercicio de comportamiento sociales, éticos. la aceptación de responsabilidades sociales y la actuación dentro de la comunidad, que considera a la familia como la unidad que conduce el equilibrio de sus diferentes roles y que sus factores biopsicosocial determinan el proceso salud enfermedad donde se hacen aparentes los riesgos y los daños a la salud.

Con base en lo expresado la línea programática de Salud Familiar pretende que por su propia naturaleza, actúe en forma directa sobre las familias de manera que sus integrantes, mantengan o eleven su salud a un nivel que les permite lograr el desarrollo y la adaptación necesaria para obtener su nivel funcional óptimo, generando la búsqueda de sus satisfactores y fomento del auto cuidado de su salud.

Objetivos.

Brindar atención de enfermería a las familias de la zona de influencia para contribuir a la solución de los problemas prioritarios de la salud familiar, propiciando al mismo tiempo la reafirmación de habilidades y destrezas adquiridas durante la formación de las estudiantes y pasantes sobre los factores de riesgo y daños a la salud de la familia.

Lograr el cambio de hábitos y costumbres de las familias de la zona de influencia a fin de elevar su nivel de salud a través de la vigilancia periódica e integral de su salud, la atención de sus problemas incipientes y la disminución de sus factores de riesgo.

Salud Escolar.

México país en vías de desarrollo cuenta con una pirámide poblacional con un alto porcentaje de infantes, entre los cuales predominan el grupo de escolares que ocupa el 28.81% de la población total del país.

Esta situación se refleja en la delegación política de Xochimilco que en su diagnóstico de salud, muestra que un 13 % de su población total es escolares de 5 a 14 años de edad. lo que justifica la implementación de programa de salud escolar.

Tomando en cuenta que después del periodo preescolar el niño se incerta en un círculo más amplio, con contactos más numerosos, un ambiente geográfico más extenso, un número de conflictos sociales y personales mayor y una gran variedad de experiencia en el campo de los conocimientos se considera que este periodo de impresionable receptividad y el más fértil para la divulgación de los conocimientos de la educación en salud y crear o fomentar hábitos. Así mismo la escuela es una organización compleja formada por un grupo de individuos dentro de un sistema de acción cuya función y nivel de influencia que ejerce sobre el grupo familiar y del propio escolar puede ser aprovechada para un mejor desarrollo de los programas de salud escolar.

Objetivos.

Promover condiciones favorables para la salud, prevenir enfermedades y detectar oportunamente las patologías propias de grupo de población escolar, al ejercitar los conocimientos adquiridos por estudiantes y pasantes sobre crecimiento y desarrollo del niño, del escolar, del adolescente, sus factores de riesgo y problemas de salud más frecuentes.

Contribuir al abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad en la población escolar, a través de las valoraciones periódicas de la salud de los escolares y su referencia en caso necesario a instancias de salud o del tipo que lo requieran y disminuir o suprimir los factores de riesgo.

-Salud Laboral.

Promover mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores; prevenir todo, daño causado a la salud por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

El contenido de ésta declaración permite contrastar la realidad de los países en vías de desarrollo con relación a la salud laboral, como ocurre en México en donde las comisiones mixtas, de seguridad e higiene en el trabajo han desarrollado una labor meritoria, pero sin embargo se presentan anualmente más de 2000 defunciones y 25000 incapacitados permanentes, cifras que seguramente son mayores debido al subregistro de medianas y pequeñas empresas que no reportan dicha problemática, lo que puede inferirse que ocurre en cualquier localidad donde existan industrias grandes, medianas y pequeñas que representen factor de riesgo tanto para los accidentes de trabajo y enfermedades laborales como para la contaminación ambiental lo que afecta la salud de la población económicamente activa, que en el caso de ésta área se acentúan más, ya que la mayor parte de la población se dedica a la agroindustria, floricultura y horticultura, sector que tradicionalmente se ha encontrado desprotegido de servicio de salud.

-Objetivo.

Contribuir a la disminución de accidentes y enfermedades ocupacionales a través de cambiar hábitos y costumbres de los trabajadores y el saneamiento del medio laboral y su entorno mejorando la salud y por ende la productividad.

Salud en el Deporte y la Recreación.

Las actividades recreativas y la práctica de deportes son muy importantes para el desarrollo, mantenimiento de las funciones físicas y emocionales del género humano, el no realizarlas puede influir en el crecimiento y desarrollo sin embargo su abuso o el realizarlas en forma incontrolada en cuanto a la valoración integral de salud, el lugar donde se realizan o el equipo que se utiliza además de los imprevistos, pueden construirse en factores de riesgo o daños a la salud.

Los especialistas en la salud del deporte recomiendan una valoración previa de la salud en cuanto a la capacidad funcional de los diferentes aparatos y sistemas sobre todo en lo que se refiere a la locomoción, la circulación y la respiración aún cuando es bien sabido que también una valoración psicológica permite prever una serie de comportamientos esperados en los deportes de competencia.

También puede considerarse el hecho de que algunas actividades recreativas que obligan a la permanencia por largo tiempo en la misma posición como es la televisión, el cine y otras actividades lúdicas pueden constituirse en un riesgo para la salud y aparición de daños a veces de carácter irreversible como son los problemas en la visión o las deformaciones óseas por inadecuadas posturas.

-Objetivos.

Estimular la participación de la comunidad en actividades deportivas y de recreación previa valoración de su salud integral y proporcionar orientación sobre el uso y el abuso en cuanto a riesgo y daños para la salud, al mismo tiempo favorecer la reafirmación en los pasantes y estudiantes en aspectos relacionados con la integración familiar a través de la práctica de actividades lúdicas y la vigilancia de la salud integral de los participantes de diferentes deportes.

. Favorecer el desarrollo armónico y emocional de la población y la integración familiar mediante la práctica del deporte y diferentes actividades recreativas.

-Salud Ambiental.

Es este programa es importe considerar prioritariamente las características geográficas de la región chinampera regada por el sistema de canales que llevan en su cauce aguas residuales tratada y no tratadas, que son fuente de infección de enfermedades de la piel, ojos y mucosas de los productores de plantas de ornatos y hortalizas.

En general la ausencia de ambiente higiénico, la falta de cultura sanitaria, etc., se traduce en alta morbilidad y mortalidad infantil. Por lo que se considera importante participar en la educación para la salud ambiental y organizar a la comunidad a través de sus líderes naturales. Para estos fines los alumnos con la asesoría de docentes y pasantes se integran en la realización de las actividades.

2.6.5 Programa de Servicio Social.

Los programas de trabajo del CCOAPS-ENEO están sustentados en sus objetivos, académicos de investigación y de servicio pautados por la estrategia de Atención Primaria a la Salud en sus dos componentes esenciales que son las acciones anticipatorias al daño a través del enfoque de riesgo y la atención a problemas de salud de bajo riesgo, y en los de riesgo sustentados en las teorías de enfermería de la DRA: Dorotea Orem y Rose Marie Rizzo Parse entre otras.

-Objetivos.

Los pasantes

Integraran y aplicaran los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en el transcurso de sus estudios durante la atención a los usuarios.

Identificaran los factores de riesgo, que les permitan establecer medidas anticipatorias al daño así como diagnosticar las necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad, como base para la planeación ejecución y evaluación de sus intervenciones.

Participarán como agentes de cambio, contribuyendo al desarrollo de la profesión proporcionando consultoría de enfermería que favorezca la resolución de problemas de salud de bajo riesgo, que presente la población de San Luis Tlaxialtemalco.

Participantes.

Pasantes de Lic. en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM.

Docentes como tutores académicos.

Coordinadora del CCOAPS.

Funciones Generales de los Pasantes.

Administrativas:

Se refiere a realizar todos los trámites administrativos, manejo de formatos específicos para proporcionar atención al usuario y elaboración de programas.

Técnicas:

Se refiere a la realización, de los procedimientos específicos que realiza el personal de enfermería en la atención al usuario.

Docentes:

Se refiere a favorecer el proceso enseñanza-aprendizaje que conlleve al logro de la educación para la salud de los individuos, comunidad en general y a colaborar en la formación de recursos humanos en la práctica comunitaria de la Licenciatura en Enfermería.

Investigación:

Se refiere a la aplicación de la metodología científica para identificar las necesidades de salud de la comunidad y elaborar propuestas de intervenciones de Enfermería.

Actividades Generales.

Elaborar y / o actualizar el diagnóstico situacional del CCOAPS en forma grupal, así como del módulo asignado de la comunidad por los responsables durante el primer mes de servicio social.

- . Elaborar el programa de trabajo de servicio social que contemple actividades dentro del CCOAPS, y otro para el trabajo en la comunidad con acciones específicas en cada módulo con base a los riesgos detectados.
- . Realizar protocolo de investigación con fines de titulación.
- . Realizar informes bimestrales de las actividades realizadas.
- . Participar en las investigaciones que surjan en el CCOAPS.
- . Participar en la planeación, realización y evaluación de las prácticas comunitarias de los estudiantes de pre y postgrado.
- . Presentación de casos clínicos.

Actividades de los Pasantes en las diferentes áreas del CCOAPS.

Actividades del pasante en funciones administrativas.

- . Colaborar con la coordinación directamente.
- . Identificar los posibles problemas que puedan surgir en el CCOAPS-ENEO en su manejo operativo.
- . Reportar desperfectos de área física, mobiliario, equipo e instrumental.
- . Control mensual de la productividad.
- . Entregar un reporte mensual de asistencia de los pasantes.
- . Llevar el control diario de la lista de asistencia, marcando faltas y retardos.
- . Participar con los demás servicios cuando sea necesario.
- . Realizar corte de caja semanalmente.
- . Participar en la planeación y elaboración de programas.
- . Establecer comunicación con los servicios: CEYE, CONSULTORIA DE ENFERMERIA, RECEPCIÓN-ARCHIVO Y TRABAJO COMUNITARIO.
- . Colaborar en la adquisición de artículos necesarios para el CCOAPS – ENEO.

- . Colaborar en los tramites administrativos con otras instituciones.
- . Apoyar al resto de los pasantes en el trabajo comunitario.
- . Proponer alternativas de solución a los problemas administrativos que se presenten.
- . Vigilar el funcionamiento y presentación en las diferentes áreas del CCOAPS.
- . Controlar los productos biológicos, solicitar oportunamente los faltantes y vigilar que el manejo de estos sea el adecuado.
- . Mantener el orden y realizar limpieza del refrigerador de biológicos 1 vez al mes.
- . Mantener al alcance de los pasantes todos los submanuales de CCOAPS.
- . Antes de adquirir cualquier material o articulo verificar la necesidad de adquirirlo y verificar lo comprobado.
- . Solicitar viáticos y pasajes para visitas domiciliarias y otras cuentas.

Actividades en CEYE.

- . Mantener en orden y conservar limpio el equipo existen en la CEYE.
- . Preparar el material y equipo para su proceso de esterilización.
- . Vigilar el proceso de esterilización.
- . Abastecer de material y equipo a los consultorios de Enfermería para brindar la atención a los usuarios.
- . Hacer buen uso del material y equipo con que se cuenta.
- . Realizar el inventario semanalmente para mantener el STOCK de material.
- . Solicitar a la coordinación el equipo y material faltante para mantener el Stock.
- . Realizar un registro de los ingresos de material y equipo.
- . Mantener el orden y vigilancia de medicamentos en la vitrina.
- . Realizar pruebas de embarazo (PIE)
- . Recibir y ordenar las muestras de citología y referirlas para su procesamiento.

. Proporcionar el material y equipo a los estudiantes que lo soliciten para la realización de su práctica.

. Comunicar a la secretaria cuando se envíe la ropa a la lavandería, para que se elabore el memorando a la ENEO.

Actividades en Recepción y Archivo.

. Recibir a los usuarios solicitantes de los servicios del CCOAPS-ENEO y proporcionar la información que se requiera.

. Anotar el nombre en la hoja de registro diario de atención al usuario, si se otorga el servicio.

. Referir al usuario, si en el CCOAPS-ENEO no se cuenta con el servicio solicitado, llenando la forma de referencia dirigida a la instancia correspondiente.

. Elaborar la ficha de identificación del expediente, si es usuario de primera vez, si es subsecuente localizarlo en el plano y buscar el expediente correspondiente a su módulo.

. Ubicar en el módulo más cercano a su domicilio a los clientes que no correspondan a SLT y llenar el expediente señalándolo como fuera de zona.

. Pasar al usuario al servicio que solicita para que se le brinde la atención requerida.

. Pasar a los clientes con problemas de urgencias, al servicio de corta estancia para que sean debidamente valorados, se atienda ó se refiera según sea el caso.

. Mantener en orden los expedientes de acuerdo al módulo correspondiente.

. Integrar los expedientes con los documentos correspondientes y verificar que el llenado sea el adecuado.

. Establecer líneas de comunicación con los demás servicios.

. Recibir las muestras de orina para prueba de embarazo así como los resultados para entregar a la usuaria.

. Verificar solicitud de visitas domiciliarias y canalizarlas al pasante según módulo.

Actividades de Consultoría.

. Preparar los consultorios y sala de corta estancia con ropa, documentación, material y equipo suficiente para dar servicio a los usuarios.

. Recibir a los usuarios con su expediente.

. Elaborar historia clínica, estableciendo el diagnóstico de Enfermería y plan de intervenciones con base a identificación y problemas en forma prioritaria a casos ginecoobstétricos de planificación familiar y niños sanos para control y problemas de bajo riesgo.

. Registrar la atención prestada al usuario en la forma correspondiente.

. Registrar la próxima cita en el expediente, tarjeta de cita y carnet.

. Aplicar los biológicos de acuerdo al esquema según necesidades.

. Referir los casos que lo ameriten a otras instancias.

. Valorar el estado de salud y extender el certificado correspondiente.

. Programar las visitas domiciliarias en el formato específico para efectuarlas posteriormente a la consulta de enfermería.

. Identificar y llevar control de hipertensos, diabéticos crónicos en general y senescentes; así como los casos agudos.

. Determinar grupo sanguíneo y RH a usuarios que lo soliciten.

. Realizar curaciones de heridas ó suturas en caso necesario.

. Educar para la salud con base a los factores de riesgo detectados, y / o con las necesidades del usuario, considerando los aspectos: nutrición, higiene, saneamiento de la vivienda, planificación familiar, sexualidad y otros según el caso lo requiera.

El horario de la consulta será de 9:00 a 13:20, de 13:20 a 13:30 se hace recepción y entrega de los servicios del CCOAPS. A las 13:30 se reanuda la consultoría hasta las 18:00 hrs. (De 8:00 a 9:00 hrs. Y de 18:00 a 19:00 hrs. Se determinará para realizar actividades de planeación y aspectos administrativos pendientes).

Actividades en Comunidad.

Para la realización del servicio social por pasantes de Lic. en Enfermería y Obstetricia se plantean objetivos que contemplan la aplicación de conocimientos teórico prácticos adquiridos durante su formación profesional y que se reflejen en la atención hacia la comunidad, mismo que favorezcan a la población hacia cambios conductuales en beneficio de su salud.

Así mismo deberán proporcionar atención de enfermería directa al individuo, familia y comunidad, mediante la aplicación de procedimientos de enfermería que ayuden a prevenir y solucionar problemas de bajo riesgo, favoreciendo el auto cuidado a la salud dando operatividad a los cinco programas básicos, diseñados en el CCOAPS. Salud Familiar, Salud Escolar, Salud Laboral, Salud en el Deporte y la Recreación y Salud Ambiental.

Mediante el conocimiento de los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que determinan el proceso salud enfermedad, diseñará, ejecutará y evaluará programas de educación para la salud, dirigidos a individuos, grupos sociales, que contemplan estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos e incrementen la cultura, para la conservación de la salud, propiciando el auto cuidado.

Actividades.

Recorrer el área asignada para identificar límites, recursos y factores de riesgos para la salud corroborando los datos registrados en el diagnóstico de salud.

Programar y realizar visitas domiciliarias, a los usuarios que acuden al CCOAPS-ENEO, utilizando para su planeación el formato diseñado para ese fin; indicando como caso pista, a la persona que requirió el servicio determinando el objetivo con base al motivo de dar seguimiento en su domicilio a los casos que lo ameriten.

Identificar riesgos para la salud familiar y elaborar diagnóstico de enfermería, así como plan de intervenciones anticipatorias al daño ó para resolver problemas de salud de bajo riesgo.

Integrar diagnóstico de salud de los planteles escolares, unidades laborales, clubes deportivos, de servicio y otros lugares donde existen grupos organizados para identificar riesgos para la salud, planear, ejecutar y evaluar intervenciones de enfermería.

Identificar riesgos ambientales para la salud, planear, ejecutar y evaluar intervenciones de enfermería en coordinación con otras instancias sectoriales.

Realizar la vigilancia epidemiológica que se requiera según morbilidad registrada en el diagnóstico de salud.

Elaborar, realizar y evaluar programas de educación para la salud, así como auxiliares didácticos específicos. (50)

3.METODOLOGÍA.

3.1 Ubicación del tema de estudio.

El presente proyecto se ubica dentro de la investigación aplicada ya que pretende adquirir información encaminada a un objetivo. Se ubica en una de las líneas que propone la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para el desarrollo de sus investigaciones, los resultados serán descritos en este primer momento pero puede ser posteriormente explicados o evaluados de acuerdo con los objetivos que se propongan y el nivel de profundidad que se pretenda alcanzar en la ejecución de los proyectos que puedan secundarlo.

3.2 Tipo de Diseño.

Descriptivo:

Tiene como finalidad identificar si las intervenciones de enfermería realizadas en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud favorecen el ejercicio libre de la profesión en los egresados del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Retrospectivo:

Por que es una investigación en la cual se trata de conocer los elementos adquiridos o reforzados para la práctica libre y conocer si han ejercido la carrera libremente o las causas por las que no lo han hecho.

3.3 Definición del Universo.

Esta constituido por todos los pasantes que realizaran el servicio social en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud en el periodo 1994-2000.

3.4 Definición de las unidades de investigación.

Lugar:

Domicilio o lugares de trabajo.

Tiempo:

La investigación será realizada durante el periodo comprendido de febrero a mayo del 2000, tiempo durante el cual se realizan las etapas de planeación y ejecución del proyecto así como la elaboración del informe final de investigación.

3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Métodos – Encuesta.

Técnica – Entrevista directa.

Instrumento – Cuestionario.

3.6 Determinación de la unidad de observación:

Nuestras unidades de observación son los pasantes egresados del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Centro Comunitario de la Atención Primaria a la Salud. ENEO – UNAM en el periodo comprendido de 1994 al 2000.

3.7 Criterios de Exclusión:

Todos los pasantes que no hayan concluido su servicio social en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud en el periodo especificado.

Pasantes egresados cuya localización no sea posible.

3.8 Criterio de Inclusión:

Pasantes egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud en el periodo especificado.

3.9 Recursos e instrumentos de trabajo:

Humanos: Diseño de investigación.

Cuestionario

Materiales de escritorio.

Computadora.

Cronograma.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.
CCOAPS.
CUESTIONARIO.

OBJETIVO:

Conocer los elementos que favorecen el ejercicio libre de la profesión (ELP) al término del servicio social (SS) de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia. (LEO)

NOMBRE: _____

Tel. Particular: _____ Tel. del Trabajo: _____

Domicilio Particular: _____

Domicilio de Trabajo: _____

Año de inicio de S.S. _____ Año de termino S.S. _____

1. ¿Consideras que el ELP es una alternativa viable para los LEO?

SI () ¿Por qué? _____

NO () ¿Por qué? _____

2. ¿Durante tu formación académica recibiste elementos para el ELP?

SI () En que materia _____

NO () ¿Por qué? _____

3.- Menciona 3 aspectos que deben incluirse, profundizar o cambiar durante tu formación académica para favorecer el ELP.

A.- _____

B.- _____

C.- _____

4.- Durante tu S.S. recibiste elementos para tu ELP

SI () ¿Cuáles? _____

NO () ¿Por qué? _____

5.- Aporta tres sugerencias para favorecer el ELP durante el S.S.

6. ¿Has realizado actividades en el ELP?

SI () ¿Cuáles?

NO () ¿Por qué?

7.- En que tipo de población has realizado el ELP

Clase baja ()

Clase media ()

Clase alta ()

8. ¿En donde has realizado actividades en el ELP?

Consultorio de Enfermería ()

Consultorio Médico ()

En tu Casa. ()

En una Empresa ()

Otro lugar () ¿Cuál? _____

9. ¿Si has realizado ELP explica cual ha sido el resultado?

Satisfacción Profesional ()

Satisfacción Económica ()

Otro ()

10. ¿Si no has realizado ELP explica porque?

No lo acepta la población ()

No se ha presentado la oportunidad ()

Se presento pero sentiste temor ()

Se presento pero no era satisfactorio

Profesionalmente. ()

Se presento pero no era satisfactorio

Económicamente. ()

11.- ¿Si hubiera oportunidad que actividad te gustaría realizar que favoreciera el ELP?

12.-¿Qué opinión tienes del ELP?

13.- ¿A que te dedicas actualmente?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

4. ASPECTOS ETICO-LEGALES

La presente investigación no se considera de alto riesgo, no precisa erogación por lo tanto no requiere de elaboración y hojas de consentimiento enterado para las unidades de información la cual se establece en los artículos 17 y 23 de Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud.

Artículo 17- Investigación sin riesgo.

Son estudios donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental a retrospectiva de aquellos en los que se realizan alguna investigación o modificación intencionada en las variables psicológicas y sociales de los individuos que participan en los estudios que no se consideran cuestionarios, revistas, revisión de expedientes clínicos en los que no se modifiquen ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Artículo 23.

En el caso de investigaciones con riesgo mínimo las condiciones de ética con razones justificadas podrá utilizar el consentimiento informado que obtenga al formularse por escrito y tratándose de investigador la obtención del consentimiento informado.

5. RESULTADOS

5.1 Interpretación de datos.

CUADRO I.

¿Consideras que el *ELP es una alternativa viable para los *LEO?

	FC.	%
SI	63	78.7
NO	17	23.2
TOTAL	80	100

FUENTE: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a la población de estudios.

El 78.8 % (Fc. 63) respondió que el ejercicio libre de la profesión es una alternativa viable para los Licenciados en Enfermería y Obstetricia indicando que se cuenta con los conocimientos y bases necesarias para lograr el reconocimiento e independencia profesional. En lo que respecta al 21.2 % (Fc. 17) contestó que el ELP no es una alternativa viable para los LEO debido a que no existe un enfoque específico durante la formación académica.

*ELP: Ejercicio Libre de la Profesión.

*LEO: Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

CUADRO 2.

¿ Durante tu formación académica recibiste elementos para el ELP?

	FC	%
SI	54	67.5
NO	26	32.5
TOTAL	80	100

FUENTE: misma del cuadro 1.

Al analizar el cuadro 2 encontramos que el 67.5 % (Fc. 64) si recibió los elementos necesarios para sustentar el ELP, mencionando como principales materias la obstetricia, farmacología, anatomía y fisiología, atención a la salud, ética, proceso salud enfermedad y fundamentos de enfermería. Por otro lado el 32.6 % (FC. 26) opina que se da mayor importancia a las prácticas hospitalarias.

CUADRO 3.

Aspectos que deben incluirse, profundizar o cambiar durante tu formación académica para favorecer el ELP.

	Fc	%
Mayor énfasis en la práctica comunitaria.	36	23.2
Mayor preparación académica	48	30.9
Mayor información sobre el ELP	71	45.7
TOTAL	155	100

FUENTE: misma del cuadro 1.

El 45.7 % (FC.71) refiere que necesita darse mayor información sobre el ELP para fomentar en los estudiantes un enfoque hacia la práctica privada, mientras que el 30.9 % (FC 48) menciona que es necesario que se proporcione mayor preparación a nivel académico para fortalecer la ideología del ELP, el 23.2 % (FC 36) indica que se debería de enfatizar en las prácticas comunitarias con enfoque a la Atención Primaria a la Salud.

NOTA: La frecuencia no concuerda con el número de la población en estudio debido a que la mayoría de los encuestados proporciono 1 o 2 respuestas.

CUADRO 4

¿Durante tu servicio social recibiste elementos para el ELP?

	FC.	%
SI	74	92.5
NO	6	7.5
TOTAL	80	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

El 92.5% (Fc.74) destaca que sí recibió elementos necesarios para el ELP durante su servicio social ya que obtuvo mayor responsabilidad para la toma de decisiones desempeñándose en todas las áreas que conforman un primer nivel de atención, el 7.5% (FC 6) restante negó haber recibido los elementos indicando que existen limitantes como la comunidad que ignora la preparación académica de los Licenciados.

CUADRO 5

Sugerencias para favorecer el ELP durante el servicio social.

	Fc.	%
Mayor responsabilidad	24	16
Más espacio de Atención Primaria a la Salud	59	39.3
Más libertad en la toma de decisiones	47	31.3
Más realimentación	17	11.3
Más recursos materiales	3	2
TOTAL	150	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

En relación a las sugerencias para favorecer el ELP, el 39.3% (FC 59) refiere la necesidad de que existan más espacios para realizar actividades de Atención Primaria a la Salud, el 31.3 % (FC 47) me menciona que se necesita saber afrontar las situaciones que se presenten y tomar la decisión más acertada, mientras que el 16% (FC 24) dice que hace falta mayor responsabilidad por parte de los pasantes, en lo que se refiere al 11.3 % (FC 17) refieren que se necesitan más dedicación a la realimentación de conocimientos para reafirmar y sustentar las actividades realizadas, y el 2% (Fc. 3) restante refiere no contar con los suficientes recursos materiales en el área administrativa obstaculizando muchas de las actividades a realizar.

CUADRO 6.

¿Has realizado actividades en el ELP?

	Fc.	%
SI	51	63.7
NO	29	36.2
TOTAL	80	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

En los que respecta a la pregunta 6 el 63.7 % (Fc. 51) respondió haber realizado actividades en el ELP por su cuenta tales como: asesoría de enfermería, toma y registro de presión arterial, aplicación de medicamentos, vendajes, curaciones, suturas y cuidado de paciente en su domicilio, así como actividades obstétricas.

Y el 36.2% (Fc. 29) refiere no haber realizado actividades en el ELP.

CUADRO 7.

¿En que tipo de población económica has realizado el ELP?

	Fc.	%
Baja	40	49.7
Media	41	50
Alta	1	1.2
TOTAL	82	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

El 50% (Fc. 41) han realizado actividades del ELP en tipo de población media, el 48.7% (Fc.40) en población de bajos recursos económicos y sólo del 1.2 % (Fc. 1) lo ha realizado en el tipo de población alta.

CUADRO 8.

¿En donde has realizado actividades en el ELP?

	Fc.	%
Consultorio de Enfermería	2	3
Consultorio Médico	2	3
En tu casa	34	51.5
En una empresa	0	0
Domicilio del usuario	28	42.4
TOTAL	66	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

El 51.5% (Fc. 34) respondió haber realizado actividades en el ELP en su propio domicilio, mientras que el 42.4% (Fc. 28) en el domicilio del usuario, el 3% (Fc. 2) en consultorio médico y el 3% (Fc. 2) en consultorio de enfermería. Lo que hace pensar que aun no existe la decisión para instalar un consultorio de enfermería y que ni la oferta a las empresas sobre la prestación de servicios de enfermería.

CUADRO 9.

¿Si has realizado ELP explica cual ha sido el resultado?

	Fc.	%
Satisfacción Profesional	45	83.3
Satisfacción Económica.	9	16.6
Otro	0	0
TOTAL	54	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

El 83.3% (Fc.45) considera que al realizar actividades de ELP ha obtenido satisfacción profesional, mientras que el 16.6%(Fc.9) refiere haber obtenido satisfacción económica. Demostrando así que la expectativa del Licenciado en Enfermería y Obstetricia es el desarrollo de la práctica privada pasando a segundo nivel el término la satisfacción económica.

CUADRO 10.

¿Por qué no has realizado el ELP?

	Fc.	%
No lo acepta la población	1	3.4
No se ha presentado la oportunidad	25	83.2
Se presentó pero sentiste temor	1	3.4
Se presentó pero no era satisfactorio profesionalmente	1	3.4
Se presentó pero no era satisfactorio económicamente	1	3.4
TOTAL	29	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

Del número total de pasantes que refiere no haber realizado actividades en el ELP el 86.2 % (Fc. 25) refiere no realizarlas debido a que no se ha presentado la oportunidad, siendo así un 3.4%(Fc. 1) sentir temor en el momento que se le presentó la oportunidad, el 3.4%(Fc. 1) considera que la población no acepta, otro 3.4% (Fc. 1) manifestó que cuando se le presentó la oportunidad no fue satisfactorio profesionalmente así como el 3.4% (Fc.1) restante dijo presentársele la oportunidad, pero no era satisfactorio económicamente; a través de los datos obtenidos se observa que no existe un concepto claro de lo que es el ELP, ya que al realizar alguna actividad de enfermería extrainstitucional, la cual puede ser en el domicilio del usuario, o en nuestro domicilio se realiza el ELP.

CUADRO 11.

¿ Si hubiera oportunidad que actividades te gustaría realizar que favoreciera el ELP?

	Fc.	%
Atención Primaria a la Salud	56	46.2
Actividades Obstétricas	55	45.4
Actividades Comunitarias	10	8
TOTAL	121	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

En cuanto a los datos obtenidos se observa que el 46.2% (Fc. 56) refiere que desearía realizar actividades de Atención Primaria a la Salud, mientras que el 45.4% (Fc. 55) manifestó que le gustaría llevar a cabo actividades obstétricas y el 8.2% (Fc.10) restante actividades comunitarias.

CUADRO 12.

¿Qué opinas del ELP?

	Fc.	%
Oportunidad de Satisfacción profesional	42	41.1
Disminución del LEO en el 2do y 3er nivel de atención.	1	0.9
Reconocimiento profesional	59	57.8
TOTAL	102	100

FUENTE: Misma del cuadro 1.

En lo que respecta a la opinión sobre el ELP el 57.8 % (Fc. 59) mencionó que sería una excelente oportunidad para obtener reconocimiento profesional, mientras que un 41.1 % (Fc. 42) indica que se obtiene satisfacción profesional y el 0.9 % (Fc. 1) restante dijo que habría una disminución del LEO en el segundo y tercer nivel de atención creando una cultura de prevención y auto cuidado en los individuos, cumpliendo el objetivo de Atención Primaria a la Salud.

CUADRO 13

¿ A qué te dedicas actualmente?

	Fc.	%
Trabajo	65	81.2
Hogar	7	8.7
Otro	8	10
TOTAL	80	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

En lo que se refiere a las actividades que desempeñan actualmente el 81.2 % (Fc. 65) dijo trabajar en el área de enfermería a nivel hospitalario ya sea gubernamental o nivel privado; un 10% (Fc. 8) mencionó realizar actividades no relacionadas con el área de enfermería y el 8.7 % (Fc. 7) dedicarse al hogar.

5.2 Conclusiones y Recomendaciones.

La enfermería, a través de la historia se ha desarrollado notablemente, empezó siendo una labor empírica, después paso a ser una actividad organizada semiprofesional, hasta llegar a ser una práctica profesional enfrentándose en consecuyente superación de aquellos obstáculos que actualmente evitan su complejo desarrollo, es por esto que hoy en día se hace indispensable un cambio que permita desarrollar nuevas y mejores estrategias educativas para la formación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia que a su vez se traduzca en un desarrollo que refleje en todos los ámbitos en que se relacionan con la profesión.

En este sentido la profesionalización constituye una estrategia y un proceso de cambio permanente, para lograr que las metas de enfermería estén acordes con las necesidades de salud de una sociedad como la nuestra que se encuentra en constante transformación, situación que influye en la enfermera tanto en su forma de pensar como en la manera que aprecia la salud - la enfermedad, determina su habilidad y conocimiento para pensar en forma analítica, que aunado a una constante actualización le permitirá otorgar una mejor atención al usuario y en plano personal dándole la oportunidad de obtener un desarrollo integral por medio de la satisfacción profesional siendo autónoma como cualquier otra: teniendo diferentes opciones y expectativas dentro del ámbito laboral como la docencia y la investigación.

Introduciéndonos al terreno del ejercicio libre de la profesión, consideramos que es un campo poco explorado siendo una expectativa de los actuales planes de estudio enfocados para la formación de enfermeras capacitadas para realizar acciones en la comunidad, en establecimientos de salud del sector público y privado para atender la demanda de salud de

la población, enfrentándose a situaciones de alto riesgo y de emergencia; trabajando en áreas rurales y urbanas pero actualmente, un alto porcentaje no concibe la idea de ejercer la enfermería en forma independiente.

El CCOAPS es un espacio en donde se pretende inducir, inculcar y fomentar la práctica privada en los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia proporcionando los elementos necesarios para las propuestas de Atención Primaria a la Salud, prestando atención a los individuos y comunidades en los padecimientos de bajo y mediano riesgo, que acuden a los servicios de primer contacto, y refieren necesidades de salud y apoyo, protección, medicación con tecnología simple en donde se realizan acciones anticipatorias al daño y atención a problemas de salud a un costo que la comunidad pueda sustentar lo que provocaría una disminución en la saturación de segundo y/o tercer nivel de atención.

Por otro lado es relevante mencionar que casi el 80% de los egresados consideran que el ejercicio libre de la profesión es una alternativa viable, indicando que cuentan con los conocimientos y bases necesarias para lograr el reconocimiento e independencia profesional. Sin embargo el 20% dice que no existe un enfoque específico durante la formación académica. También casi el 70% mencionó haber recibido los elementos necesarios para sustentar el ejercicio libre de la profesión principalmente en las materias de obstetricia, farmacología, anatomía y fisiología, Atención a la Salud, ética, proceso salud-enfermedad y fundamentos de enfermería; el otro 30% mencionó que se da mayor importancia a las prácticas hospitalarias.

Sugerencias.

Durante la formación académica proporcionar un enfoque específico de Atención Primaria a la Salud haciendo mayor énfasis a la práctica comunitaria con acciones que

estimulen la iniciativa y el interés de la independencia profesional en los estudiantes para responder a la problemática de salud vivida en el país, para que sean capaces de involucrarse no sólo en la atención institucionalizada, sino fomentando como eje primordial el Ejercicio Libre de la Profesión y por lo tanto, con enfoque prioritario en la Atención Primaria a la Salud, en la cual fusione la calidad y el humanismo con el propósito de favorecer la integración del individuo y la familia.

Propiciar áreas o espacios similares de CCOAPS en donde los pasantes dispongan de lo elementos básicos que fomenten la independencia profesional, tomando en cuenta que es el último paso a seguir para ejercer como profesionista.

Actualmente se cuentan con ese espacio con dichas características como parte de la ENEO y sin embargo no se le da la suficiente difusión a las actividades que se llevan cabo, con relación a la prestación de servicios de salud y que es atendido por pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, proporcionando la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y desarrollar habilidades en las áreas de docencia, investigación, administración, consultoría de enfermería y trabajo comunitario contando con recursos materiales, humanos y didácticos necesarios para lograr una ideología de independencia profesional.

Vale la pena destacar que es un centro que actualmente es visitado por estudiantes de escuelas de enfermería de los diferentes estados de la república así como de origen extranjero para conocer el modelo con el cual se trabaja, la estructura organizativa así como la forma que opera. Sin embargo este modelo debería ser un ejemplo a seguir para multiplicarlo y dar la oportunidad a otros pasantes de la futuras generaciones en los cuales se fomente la práctica independiente en el ejercicio libre de la profesión en otros Estados y Países.

6. COMPROBACION DE HIPÓTESIS.

Los resultados del estudio indicaron que:

- 1) **Estructura Organizativa:** El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, siendo parte de la ENEO-UNAM, es considerado como el mejor espacio para llevar a cabo las actividades independientes de enfermería favoreciendo tanto por sus recursos materiales y humanos como la distribución del área de trabajo.
- 2) **Recursos:** Los recursos con que cuenta el CCOAPS son suficientes y necesarios para prestar un servicio integral que demanda la comunidad.
- 3) **Prestación de Servicio Social:** En el CCOAPS-ENEO, en su programa de trabajo contempla actividades cuyas estrategias están encaminadas a la Atención Primaria a la Salud que sustentan los objetivos académicos, de investigación y docencia, permitiendo establecer actividades, encaminadas a la anticipación del daño, así como diagnosticar las necesidades y problemas de salud de bajo riesgo en el individuo, familia y comunidad: lo cual proporciona bases específicas a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en el ámbito profesional.
- 4) **Características de la población:** La población es considerada semi urbana con costumbres y tradiciones muy arraigadas la cual permite el acceso a su entorno familiar dando oportunidad de conocer sus necesidades y llevando a cabo acciones encaminadas a su bienestar facilitando el desarrollo profesional de los pasantes.

7. ANEXOS.

- CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DE LAS AUXILIARES DE SALUD.

Son 13 las medicinas del cuadro básico.

- 1. Ácido acetyl salicílico, tabletas**
- 2. Acetaminofen, tabletas**
- 3. Acetaminofen, gotas**
- 4. Difenhidramina, jarabe**
- 5. Lassar, pasta**
- 6. Benzonato de Bensilo, emulsión**
- 7. Albendazol, tabletas**
- 8. Albendazol, suspensión**
- 9. Fumarato Ferroso, tabletas**
- 10. Dextrometorfan, jarabe**
- 11. Cloranfenicol, ofeno, gotas**
- 12. Clorfeniramina compuesta, tabletas**
- 13. Electrolitos orales, polvos.**

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA APERTURA DE UN ESTABLECIMIENTO PARA EJERCER LA ENFERMERIA EN FORMA INDEPENDIENTE.

Como pasante

. Acudir a las instalaciones de la Dirección General de Profesiones en donde se podrá solicitar una autorización para ejercer la profesión como pasante por un período de un año, entregando solicitud correctamente llenada y firmada por el interesado, acompañándola con la siguiente documentación:

- **Constancia de actual inscripción que contenga:** 1) Período actual de inscripción que indique la fecha de inicio y terminación. 2) semestre en el que esta inscrito. 3) No tener más de un año de concluidos los estudios profesionales a la fecha de presentación de esta solicitud, especificando la fecha de terminación. 4) Promedio mínimo de 7.0.
- **Responsiva otorgada por un profesionista de la misma carrera.(hoja 1). Anexando copia fotostática por ambos lados de la cédula profesional.**
- **3 fotografías blanco y negro tamaño filiación de frente con retoque, recientes.**
- **Copia certificada por el registro civil del acta de nacimiento, o carta de naturalización, según sea el caso y fotocopia de la misma.**

- Original y dos copias del recibo de pago de derechos federales.(hoja2). que cubra la cuota en el momento de presentar la solicitud.
- Acudir dentro de 15 días hábiles con identificación oficial para recibir documento tramitado.

Como titulado

Ya teniendo la cédula profesional otorgada por la UNAM se omite el paso anterior.

- Elegido el establecimiento realizar los 5 siguientes trámites en la institución correspondiente.
- Aviso de declaración de apertura para establecimiento mercantil. (hoja 3)
- Solicitud de visto bueno de prevención de incendios. (hoja 4)
- Solicitud de certificación de zonificación para uso específico. (hoja 5)
- Registro de planes y programas de desarrollo urbano. (hoja 6)
- Aviso de funcionamiento del establecimiento. (hoja 7)

SUP**DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES
SOLICITUD PARA EJERCER COMO PASANTE**EXP. No. _____
FICHA No. _____

El que suscribe _____
con domicilio en _____
Apellido Paterno Apellido materno Nombre(s)
Calle No. int. y Ext.
Colonia Delegación o Municipio C.P.
Entidad Federativa Teléfono

Respetuosamente comparezco y expongo:

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 30 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional y 52 de su Reglamento, atentamente solicito Autorización Temporal para ejercer como Pasante la profesión de _____

Para tal efecto acompaño la siguiente documentación:

- ✓ Constancia de actual inscripción que contenga: 1) Período actual de inscripción que indique la fecha de inicio y de terminación 2) No tener más de un año de concluidos los estudios profesionales a la fecha de presentación de esta solicitud, especificando la fecha de terminación y 3) Promedio mínimo de siete.
- ✓ Responsive otorgada por un profesionista de la misma carrera, anexando fotocopia por ambos lados de la cédula profesional.
- ✓ Tres fotografías blanco y negro tamaño y tipo filiación de frente con retoque.
- ✓ Copia certificada por el Registro Civil del acta de nacimiento, o carta de naturalización, según sea el caso y fotocopia de la misma.
- ✓ Original y dos copias del recibo del pago de Derechos Federales, que cubra la cuota en el momento de presentar la solicitud.

ATENTAMENTE_____
Firma del Interesado

México, D.F. a _____ de _____ de 19____.

NOTA:

Llene en máquina de escribir o con letra de molde

No se recibirán documentos con firmas por poder, currencia o facsimil

EL TRÁMITE SE ENTREGARÁ ÚNICAMENTE A:

- El interesado con identificación oficial.
- Familiar en línea directa con Carta Poder simple e identificación oficial.
- Otra persona con Carta Poder certificada ante Notario Público o identificación oficial.

SEP

RESPONSIVA

**C. DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES
P R E S E N T E**

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre)
con domicilio	(Calle)	(Colonia)
		(Ciudad)
(Entidad)	(C.P.)	(Teléfono)

Ante usted respetuosamente y bajo protesta de decir verdad, comparezco y expongo:

Como lo acredito con la fotocopia de mi cédula profesional número _____ que acompañó al presente escrito, ejerzo la profesión de _____; desde el año de _____.

Es mi voluntad constituirme en vigilante y responsable del ejercicio profesional de _____, en el caso de que esa Dirección General acuerde favorablemente su solicitud, para ejercer como pasante de la carrera de _____. Así mismo, manifiesto que, en tanto surta efectos la autorización solicitada; la vigilancia a que me refiero, será auténtica, constante y continua; y no cesará mi responsabilidad sino por acto expreso renuncia ante esa Dirección.

México D.F.; a _____ de _____ de 199__.

A T E N T A M E N T E

(FIRMA DEL RESPONSABLE)



5P1A004

451

DECLARACIÓN GENERAL DE PAGO DE DERECHOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

ALR

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

PERIODO
MES AÑO MES AÑO

ANTES DE INICIAR EL LLENADO, LEA LAS INSTRUCCIONES (cantidades sin centavos, alineadas a la derecha, sin caracteres distintos a los números).

APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

SECRETARÍA
SIGLAS 499001 NOMBRE

DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO CLAVE CANTIDAD A PAGAR

DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO	CLAVE	CANTIDAD A PAGAR

OBSERVACIONES

TOTAL DE DERECHOS	499002
PARTE ACTUALIZADA DE DERECHOS	400147
RECARGOS	100009
MULTA CORRECCIÓN	100013
CANTIDAD A PAGAR	900000
NUMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS	205001

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL
 REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES
 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION
 APELLIDO PATERNO
 APELLIDO MATERNO
 NOMBRE(S)

DECLARO BAJO PROMESA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACIÓN SON CIERTOS

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

INSTRUCCIONES

- Esta declaración será firmada a máquina. Únicamente se harán anotaciones dentro de los campos con los datos que correspondan.
- Anotarán su clave del RFC cuando se encuentren inscritos en el mismo. Los contribuyentes que cuenten con la Clave Única de Registro de Población (CURP), lo anotarán a 18 posiciones en el espacio correspondiente.
- PERIODO: Se anotará el periodo que corresponda utilizando dos números en el primer y tercer y cuatro dígitos en el segundo. El mes se indica en los dígitos del año 2000 en 000012. FUND: Cuando se trate de pagos de derechos que no se integran a la obligación de pagar periodos continuos, se deberá anotar el mes y año del pago en ambas posiciones. Ejemplo: Enero del año 2000: 01 2000.
- Se anotarán las siglas de la SECRETARÍA a la que correspondan los derechos que se pagan en el CONCEPTO y la CLAVE. El respectivo código en el espacio que aparece al respecto. Caso de que el concepto respectivo no aparezca en esta relación, deberá acudir a la dependencia que presta el servicio, a fin de que le proporcionen la clave correspondiente.
- CANTIDAD A PAGAR: En caso de que la dependencia prestadora del servicio determine la base para el cálculo del monto de los derechos, se acompañará con el número correspondiente.
- Transferente de servicios diversos: se anotarán las siglas de la SECRETARÍA que corresponda.

SE PRESENTA POR TRIPLICADO



CIUDAD DE MÉXICO

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Secretaría de Gobierno
Delegación IZTAPALAPA

Aviso de declaración de apertura para establecimiento mercantil

México, D.F. a _____ de _____ de 20 _____

FOLIO	_____
-------	-------

Bajo protesta de decir verdad, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetará al principio de buena fe (Ley de Procedimiento administrativo del Distrito Federal.- Art.32)

DATOS DEL INTERESADO

Nombre o razón social _____

Domicilio para oír y recibir notificaciones Calle _____ No. _____

Colonia _____ Delegación _____ C.P. _____

R.F.C. _____ Teléfono _____ Nacionalidad _____

Persona autorizada para oír y recibir notificaciones en términos de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal - Art. 42

Autorización de la Secretaría de Gobernación No. (sólo en caso de extranjeros) _____

Solicitud de inscripción al Padrón del Impuesto sobre Nóminas No. y fecha (en su caso) _____

UNICAMENTE PERSONAS MORALES

Escritura constitutiva No. _____ Notario No. _____ Entidad federativa _____

Datos de su inscripción ante el Registro Público de la Propiedad y de Comercio

Fecha _____ Folio _____

Datos del representante legal

Nombre _____ Poder notarial No. _____

Notario No. _____ Entidad Federativa _____ R.F.C. _____

Presentar original y copia
Llevar a máquina o letra de molde, con tinta negra

PARA USO OFICIAL
Este Formulario es gratuito

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que con motivo del funcionamiento de mi establecimiento mercantil, cumplo con lo dispuesto por los siguientes ordenamientos que me resultan aplicables:

- 1.- Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal
- 2- Ley de Protección Civil para el Distrito Federal
- 3- Ley de desarrollo urbano del D.F. Y SU Reclamo
- 4- Ley para el funcionamiento de establecimientos mercantiles del D.F.
- 5- Ley de procedimiento administrativo del D.F.
- 6- Ley para Personas Discapacitadas del D.F. Y Ley de Protección a los animales para el D.F.
- 7- Ley ambiental del D.F. Y Ley de protección y equilibrio ecológico
- 8- Ley de salud para el D.F. y sus disposiciones reglamentarias

FUNDAMIENTO JURIDICO

- 1 Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles en el Distrito Federal.- Artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 47

REQUISITOS

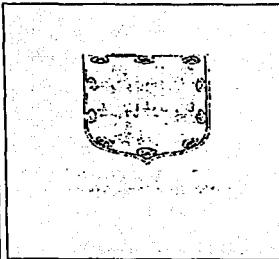
1. El interesado estará obligado a acompañar el formato de aviso de declaración de apertura como único documento, según sea el caso:
 - Constancia de zonificación de uso de suelo, o
 - Licencia de uso de suelo, o
 - Constancia de acreditación de uso de suelo por derechos adquiridos, a fin de acreditar el legal uso de suelo

VIGENCIA

Indefinida

<p>Interesado</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>	<p>Representante legal</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>
<p>Nombre: _____</p>	

<p>Recibió</p>	
<p>Nombre _____</p>	
<p>Cargo _____</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO MERCANTIL

Denominación o nombre comercial _____

Domicilio Calle _____ No. _____

Colonia _____ Delegación _____ C.P. _____

Teléfono _____ Superficie en m² _____

Giro principal que manifiesta _____

Giros complementarios _____ Fecha de inicio de actividades _____

Documento con el que se acredite el legal uso de suelo (especificar) _____

Calidad jurídica bajo la que posee el inmueble: Propiedad Arrendamiento Comodato Otro Especifique _____

Datos del documento con que lo acredite _____

Superficie del establecimiento m² _____ Aforo autorizado (en su caso) _____Indicar si el establecimiento se ubica a menos de 200 m de algún centro escolar de educación básica: - SI No Cuenta con estacionamiento: Propio Rentado Servicio de acomodadores Ninguno

UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO MERCANTIL

Citar el nombre de todas las calles que limitan la manzana, distancias del establecimiento con las dos esquinas más próximas, medidas de frente o frentes, medidas interiores y orientación (elaborar croquis con tinta negra y regla)



NORTE



OSR-01

SECRETARIA GENERAL DE PROTECCION Y VIALIDAD
DIR. GRAL. DE OPERACIONES/DIR. SIN. Y RESCATE
DEPARTAMENTO DE DICTAMINACION

SOLICITUD DE VISTO BUENO DE PREVENCION DE INCENDIOS

Vo. Bo. NUEVO REVALIDACION CAMBIO DE USO

NUMERO DE EXPEDIENTE _____

UBICACION DEL GIRO _____
CALLE _____ No. OFICIAL _____ TEL. _____
COLONIA _____ DELEGACION _____ C.P. _____
USUCADO ENTRE LAS CALLES _____

DATOS DEL GIRO _____
NOMBRE O RAZON SOCIAL _____ oír el nombre del propietario si no tiene razón social
RESPONSABLE _____
CLASE DE GIRO _____ uso del establecimiento MATERIALES QUE SE MANEJAN _____
AREA CONSTRUIDA DEL GIRO EN METROS CUADRADOS _____ cantidad EN _____ cantidad NIVELES O PISOS
DETALLAR SUPERFICIE CONSTRUIDA EN METROS CUADRADOS POR CADA UNO DE LOS NIVELES :

METROS CUADRADOS NO CONSTRUIDOS OCUPADOS POR EL GIRO _____
CUENTA CON ESTACIONAMIENTO _____ si o no CANTIDAD DE VEHICULOS _____

USO DE LOS EDIFICIOS COLINDANTES _____
AL NORTE _____
AL SUR _____
AL ESTE _____
AL OESTE _____

HCRARIO DE TRABAJO
DE LAS _____ A LAS _____ HRS.
DIA (S) DE DESCANSO EN LA
SEMANA _____

RESPONSABLE

FIRMA _____

PARA USO INTERNO
INSPECCION CLASE _____

MEXICO, D.F. A _____ DE _____ DE 19 _____

NOTA: DIBUJESE UN CROQUIS DE LOCALIZACION AL REVERSO DE LA COPIA

FORMA UNIA VISTO BUENO

1111

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER EL Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS.

1.- RECOMENDACIONES IMPORTANTES:

- 1.1 EL TRAMITE DEBE HACERLO EL PROPIETARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO O EDIFICACION OBJETO DE LA SOLICITUD. EL PROPIETARIO PODRA DELEGAR EL TRAMITE DEL Vb. Bo. A OTRA PERSONA POR MEDIO DE UNA CARTA PODER, SIN LA CUAL NO PODRA INTERCIARSE EL TRAMITE NI SE ENTREGARA DOCUMENTACION ALGUNA.
 - 1.2 EL TRAMITE DEL Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS NO ORIGINA PAGO ALGUNO. ES TOTALMENTE GRATUITO.
 - 1.3 AL RECIBIR LA VISITA DEL INSPECTOR EXIJA QUE SE IDENTIFIQUE CON CREDENCIAL ACTUALIZADA.
- EL INSPECTOR TIENE LA OBLIGACION DE ACLARAR LAS DUDAS QUE SE TENGAN EN RELACION CON LOS REQUERIMIENTOS QUE EL ANOTE EN LAS HOJAS DE INFORME DE DICTAMINACION DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS, MISMAS QUE DEBERAN SER FIRMADAS POR EL CAUSANTE Y EL INSPECTOR ANOTANDO LA HORA EN QUE SE INICIO Y FINALIZO LA INSPECCION. EL ORIGINAL DEBEBA SER ENTREGADO AL CAUSANTE.

2.- REQUISITOS PREVIOS.

- 2.1 PARA TRAMITAR EL Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS, EL INTERESADO DEBEBA PRESENTAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS, EL CUAL SE OTORGA GRATUITAMENTE, CON LA SIGUIENTE INFORMACION:
 - SI ES VISTO BUENO NUEVO, COPIA DE APERTURA DEL ESTABLECIMIENTO OTORGADA POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.
 - SI ES REVALIDACION, COPIA DEL Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS CORRESPONDIENTE AL AÑO INMEDIATO ANTERIOR O AL ULTIMO ANTERIOR.
 - SI ES CAMBIO DE USO, COP: DEL Vb. Bo. DE PREVENCIÓN DE INCENDIO CORRESPONDIENT. AL AÑO INMEDIATO ANTERIOR, COPIA DEL CAMBIO DE USO O DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL, SELLADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO O TESORERIA DEL DISTRITO FEDERAL.

3.- TRAMITE.

- 3.1 PRESENTAR EN LA VENTANILLA DE RECEPCION DE DOCUMENTOS LA SOLICITUD DE VISTO BUENO POR DUPLICADO (ORIGINAL Y COPIA) CON UN COUPON DE LOCALIZACION DEL GIRO, DIBUJADO AL REVERSO DE LA COPIA, ASI COMO LOS DOCUMENTOS QUE SE DESCRIBEN EN LOS PARRAFOS DEL APARTADO 2. SI EL ESTABLECIMIENTO FUNCIONA EN HORARIO ESPECIAL, INDICARLO EN LA SOLICITUD A FIN DE PROGRAMAR DEBIDAMENTE LA VISITA DE INSPECCION.
- 3.2 EN EL LAPSO DE TRES DIAS HABILIS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE RECIBA LA SOLICITUD, SE PRESENTARA EL INSPECTOR PARA DETERMINAR LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS A TRAVES DE UNA INSPECCION Y ASESORIA.
- 3.3 SI COMO CONSECUENCIA DE LA INSPECCION, SE DETERMINA QUE EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS, EL SOLICITANTE DEBEBA PRESENTARSE TRES DIAS HABILIS DESPUES DE LA FECHA DE INSPECCION A RECIBIR SU VISTO BUENO.
- 3.4 EN CASO DE QUE SE REQUIERA CUMPLIR CON ORDENAMIENTOS, UNA VEZ QUE EL SOLICITANTE HAYA DADO CUMPLIMIENTO A ESTOS, PODRA DAR EL AVISO CORRESPONDIENTE TELEFONICAMENTE PARA PROGRAMAR LA REINSPECCION.
- 3.5 DENTRO DEL TERMINO DE TRES DIAS HABILIS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE HAYA DADO AVISO DE CUMPLIMIENTO, SE EFECTUARA LA REINSPECCION PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS ORDENAMIENTOS DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS.
- 3.6 FINALMENTE, AL EXACTO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA MATERIA, DESPUES DE TRES DIAS HABILIS DE LA REINSPECCION, PODRA RECIBIRSE EL VISTO BUENO.

IMPORTANTE: DURANTE LA OBTENCION DE Vb. Bo. NO DEBERAN DARSE GRATIFICACIONES, REGALOS O PROPINAS A LOS INSPECTORES O PERSONAL DE OFICINAS. CUALQUIER ANOMALIA, FAVOR DE COMUNICARLA DIRECTAMENTE A LA DIRECCION DE SINIESTROS Y RESCATE A LOS TELEFONOS 588-55-84 Y 588-51-00 FAX. 1127



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
 Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
 Dirección General de Desarrollo Urbano
 Dirección del Registro de los Planes y Programas

CIUDAD DE MÉXICO

Solicitud de Certificado de Zonificación para Uso Específico.

Fecha de Ingreso: _____ Folio No. _____

Esta solicitud se formula bajo protesta de decir verdad, por lo tanto, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se susentarán al principio de buena fe (Ley de Procedimientos Administrativo del Distrito Federal, Art. 32).

Ubicación del Predio o Inmueble

Calle	No. of.	Manzana	Lote
Colonia	Poblado	Código Postal	
Delegación	Cuenta Predial		

Uso(s) del Predio o Inmueble

1. Uso(s) Actual (es) _____
 Sup. Total del Predio _____ M² Sup. Total Construida _____ M²
 2. Uso(s) Solicitado(s) _____ M²
 Superficie ocupada por Uso _____

Trámite que va a realizar

Construcción Regularización Otro(s) _____
 Apertura Escrituración _____

Croquis de Localización



Indicar el nombre de las calles que limitan la manzana, medidas del frente y lindero del predio. (Elaborar el croquis a tinta y regla).

Zonificación: _____
 Plano No.: _____
 Zonificó: _____
 Dictamen: _____
 Programa Parcial de Desarrollo Urbano para la Delegación: _____
 N. C. o R. _____
 Densidad: _____ hab/ha
 Lote Tipo: _____ M²
 Intensidad de Uso: _____ V.A.T.
 Dictaminó: _____

Datos del Solicitante o Representante Legal

Nombre _____
 Domicilio _____
 Se identifica con: _____
 Firma _____ Tel(s). _____

Sello de Recepción

Llenar esta forma a máquina o letra de molde con tinta en original y presentarla ante la oficina correspondiente junto con el comprobante de pago de derechos.

Esta solicitud se tendrá por no presentada si la información proporcionada es incompleta o errónea.

Uso exclusivo del G.D.F.



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
 Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
 Dirección General de Desarrollo Urbano
 Dirección del Registro de los Planes y Programas

CIUDAD DE MÉXICO

Solicitud de Certificado de Zonificación para Uso Específico.

Fecha de Ingreso: _____

Folio No. _____

Esta solicitud se formula bajo protesta de decir verdad, por lo tanto, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicaran las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se sustentarán al principio de buena fe (Ley de Procedimientos Administrativos del Distrito Federal, Art. 32).

Ubicación del Predio o Inmueble _____

Calle	No. of.	Manzana	Lote
Colonia	Poblado	Código Postal	
Delegación		Cuenta Predial	

Uso(s) del Predio o Inmueble _____

1. Uso(s) Actual (es) _____
 Sup. Total del Predio _____ M² Sup. Total Construida _____ M²
 2. Uso(s) Solicitado(s) _____ M²
 Superficie ocupada por Uso _____

Trámite que va a realizar _____

Construcción Regularización Otro(s) _____
 Apertura Escrituración

Croquis de Localización

NORTE

Indicar el nombre de las calles que limitan la manzana, medidas del frente y linderos del predio. (Elaborar el croquis a tinta y regla).

Zonificación: _____
 Plano No. : _____
 Zonificó: _____
 Dictamen: _____
 Programa Parcial de Desarrollo Urbano
 para la Delegación: _____
 N. C. o R. _____
 Densidad: _____ hab/ha
 Lote Tipo: _____ M²
 Intensidad de Uso: _____ V.A.T.
 Dictaminó: _____

Datos del Solicitante o Representante Legal

Nombre _____
 Domicilio _____
 Se identifica con: _____
 Firma _____ Tel(s). _____

Sello de Recepción

Llenar esta forma a máquina o letra de molde con tinta en original y presentarla ante la oficina correspondiente junto con el comprobante de pago de derechos.

Esta solicitud se tendrá por no presentada si la información proporcionada es incompleta o errónea.

Uso exclusivo del G.D.F.



SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA
Registro de los Planes y Programas de Desarrollo Urbano

VOLANTE DE TRAMITE

CP CE CDA CU

FECHA DE INGRESO _____

FOLIO NUMERO _____

UBICACION _____

ACTIVIDAD O USO SOLICITADO _____

SOLICITANTE _____

C. CIUDADANO

PARA RECoger SU CERTIFICADO
ACUDA A LA VENTANILLA 4 Y PRESENTE

- 1.1 VOLANTE DE TRAMITE ORIGINAL
- 1.2 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION VIGENTE (CREDENCIAL ELECTOR O PASAPORTE)

2^o SI USTED ES GESTOR O REPRESENTA A OTRA PERSONA
ACUDA A LA VENTANILLA 4 Y PRESENTE

- 2.1 VOLANTE DE TRAMITE ORIGINAL
- 2.2 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE (CREDENCIAL ELECTOR O PASAPORTE)
- 2.3 CARTA PODER DE BIENAMENTE REQUISITADA
- 2.4 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE DEL ORGANIZANTE (CREDENCIAL DE ELECTOR O PASAPORTE)

EN CASO DE INCUMPLIR CON ALGUNO DE ESTOS DOCUMENTOS
NO SE LE PODRA ATENDER POR LO QUE LE SUPPLICAMOS
NO OLVIDARLOS

ATENTAMENTE

DIRECCION DEL REGISTRO DE LOS PLANES Y PROGRAMAS

PARA EL SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO DEL G. D. F.

RECIBO

NOMBRE Y FIRMA

MILO



SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA
Registro de los Planes y Programas de Desarrollo Urbano

VOLANTE DE TRAMITE

CP CE CDA CU

FECHA DE INGRESO _____

FOLIO NUMERO _____

UBICACION _____

ACTIVIDAD O USO SOLICITADO _____

SOLICITANTE _____

C. CIUDADANO

PARA RECoger SU CERTIFICADO
ACUDA A LA VENTANILLA 4 Y PRESENTE

- 1.1 VOLANTE DE TRAMITE ORIGINAL
- 1.2 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION VIGENTE (CREDENCIAL ELECTOR O PASAPORTE)

2^o SI USTED ES GESTOR O REPRESENTA A OTRA PERSONA
ACUDA A LA VENTANILLA 4 Y PRESENTE

- 2.1 VOLANTE DE TRAMITE ORIGINAL
- 2.2 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE (CREDENCIAL ELECTOR O PASAPORTE)
- 2.3 CARTA PODER DE BIENAMENTE REQUISITADA
- 2.4 ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE DEL ORGANIZANTE (CREDENCIAL DE ELECTOR O PASAPORTE)

EN CASO DE INCUMPLIR CON ALGUNO DE ESTOS DOCUMENTOS
NO SE LE PODRA ATENDER POR LO QUE LE SUPPLICAMOS
NO OLVIDARLOS

ATENTAMENTE

DIRECCION DEL REGISTRO DE LOS PLANES Y PROGRAMAS

PARA EL EXPEDIENTE

USO EXCLUSIVO DEL G. D. F.

RECIBO

NOMBRE Y FIRMA

MILO

ATENCION SR. USUARIO

NUESTRO OBJETIVO ES ATENDERLE DE MANERA RAPIDA Y OPORTUNA POR LO QUE INVITAMOS A QUE REALICE SUS TRAMITES EN EL HORARIO DE 9:00 A 11:00 HORAS CON ELLO OBTENDRA IMPORTANTES BENEFICIOS COMO ES:

- ❖ MENOR TIEMPO DE ESPERA EN LA FILA
- ❖ MEJOR TRATO
- ❖ TRAMITE RAPIDO
- ❖ EN CASO DE DUDA O ERROR, SE LE PUEDE ORIENTAR
- ❖ NO TENDRA QUE PERDER TIEMPO Y PODRA UTILIZAR EL RESTO DEL DIA PARA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD.

NOS PERMITIMOS HACER ESTA SUGERENCIA DEBIDO A QUE SE HA DETECTADO QUE LAS VENTANILLAS SE ENCUENTRAN SATURADAS EN EL HORARIO DE 12:00 A 14:00 HORAS, POR LO QUE PRETENDEMOS BALANCEAR NUESTRO TRABAJO Y EL RESULTADO SEA CADA DIA MEJOR, EN BENEFICIO DE USTED.

ATENCION SR. USUARIO

NUESTRO OBJETIVO ES ATENDERLE DE MANERA RAPIDA Y OPORTUNA POR LO QUE INVITAMOS A QUE REALICE SUS TRAMITES EN EL HORARIO DE 9:00 A 11:00 HORAS CON ELLO OBTENDRA IMPORTANTES BENEFICIOS COMO ES:

- ❖ MENOR TIEMPO DE ESPERA EN LA FILA
- ❖ MEJOR TRATO
- ❖ TRAMITE RAPIDO
- ❖ EN CASO DE DUDA O ERROR, SE LE PUEDE ORIENTAR
- ❖ NO TENDRA QUE PERDER TIEMPO Y PODRA UTILIZAR EL RESTO DEL DIA PARA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD.

NOS PERMITIMOS HACER ESTA SUGERENCIA DEBIDO A QUE SE HA DETECTADO QUE LAS VENTANILLAS SE ENCUENTRAN SATURADAS EN EL HORARIO DE 12:00 A 14:00 HORAS, POR LO QUE PRETENDEMOS BALANCEAR NUESTRO TRABAJO Y EL RESULTADO SEA CADA DIA MEJOR, EN BENEFICIO DE USTED.



INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
 Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
 Dirección de Regulación Sanitaria
 Departamento de Licencias y Avisos

AVISO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO

Nº. DE ENTRADA

ANTES DE LLENAR LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO QUE SE ENCUENTRA AL REVERSO

2.- DATOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL

1.- FECHA

DIA	MES	AÑO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	R.F.C.
DOMICILIO (CALLE, NUMERO Y COLONIA)			
LOCALIDAD	MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	
ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO	

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DENOMINACION O RAZON SOCIAL	R.F.C.	FECHA DE INICIO DE OPERACION
DOMICILIO (CALLE, NUMERO Y COLONIA)		
LOCALIDAD	MUNICIPIO	CODIGO POSTAL
ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO
ENTRE QUE CALLE Y QUE CALLE		

4.- RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

5.- ACTIVIDAD(ES) QUE DESARROLLA(N) EN SU ESTABLECIMIENTO

NUMERO	ACTIVIDAD	CLAVE DE GIRO

6.- DIAS Y HORARIO DE SERVICIO

--

7.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
PROFESION		NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL

8.- DECLARACION: BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DECLARO QUE SE CUMPLEN LOS REQUISITOS Y LAS DISPOSICIONES APLICABLES AL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO
--

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1.- **FECHA:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA PRESENTACIÓN DEL AVISO.

2.- **DATOS DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL:**

PERSONAS FÍSICAS: ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELÉFONO Y FAX (EN SU CASO), DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

PERSONAS MORALES: ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELÉFONO Y FAX (EN SU CASO), DEL ESTABLECIMIENTO.

3.- **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELÉFONO Y FAX (EN SU CASO), DE LA DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO.

4.- **RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR GERENTE O EQUIVALENTE QUE SEA RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO. EN EL CASO DE PERSONAS FÍSICAS SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

5.- **ACTIVIDAD (ES) QUE DESARROLLA (N):** ANOTAR EN LA COLUMNA CENTRAL LA (S) ACTIVIDAD(ES) QUE DESARROLLA EL ESTABLECIMIENTO, EN LAS COLUMNAS DONDE DICE NUMERO Y CLAVE DEL GIRO SON DE USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE LICENCIAS SANITARIAS.

6.- **DÍAS Y HORARIO DE SERVICIO:** ANOTAR EN LA COLUMNA CENTRAL LOS DÍAS Y EL HORARIO EN QUE PERMANECE ABIERTO EL ESTABLECIMIENTO.

7.- **DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO:** DEBERÁ SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR LOS ESTABLECIMIENTOS QUE SE DEDICAN A LA ATENCIÓN MÉDICA.

8.- **DECLARACIÓN:** UNA VEZ LLENADO EL FORMATO, DEBERÁ SER FIRMADO POR EL PROPIETARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO.

NOTA.- EL FORMATO PUEDE SER LLENADO A MÁQUINA O A MANO CON LETRA LEGIBLE (DE MOLDE).

8. GLOSARIO.

Atribución: Imputar, señalar o asignar la competencia.

Axiología: Ciencia de los valores, en especial valores morales.

Bilma: Emplasto.

Cartográfico: Arte de trazar mapas geográficos.

Cohesión: Adherencia o unión.

Connotación: Significa una misma palabra dos ideas diferentes.

Contractual: Estipulado por contrato.

Cuantía: Cantidad.

Diacrónica: Separación de la historia en orden y tiempo.

Discrecional: Que se hace libremente.

Diseminación: Sembrar, esparcir.

Disímiles: Desemejantes, diferentes.

Dispendio: Gasto considerable, derroche.

Emplasto: Ungüento tópico extendido en un lienzo y aplicado en la parte enferma.

Fluctuaciones: Variación, cambio, oscilar sobre algo.

Heterogeneidad: De naturaleza diferentes.

Inherente: Que por naturaleza está unido, inseparable con otra cosa.

Insumo. Costoso.

Monástica: Relativo a los monjes o monasterios.

Oneroso: Molesto, gravoso, que ocasiona daños.

Pericia: Experiencia práctica en una cosa, destreza.

Protomedicato: Tribunal que examinaba a los futuros médicos.

Remanente: Residuos de cierta cosa.

Seglares: Personas religiosas que no son sacerdotes.

Solapar: Cubrir una cosa con otra.

Supeditado: Oprimido, o suprimir con violencia, someter.

Traslape: Cubrir una cosa a otra de un modo mas o menos completo.(50)

9. BIBLIOGRAFÍA.

9.1 Aparato crítico.

- 1.- BRAVO, Peña Federico. Noción de Historia de Enfermería. México 1967, ED. San Carlos.
- 2.- ALATORRE W. Edda. Origen y desarrollo de la partera, la enfermera clínica y la enfermera sanitaria en México. México 1990 ENEO-UNAM.
3. HERNÁNDEZ Ramírez Guadalupe. Confederación internacional de matronas. Documento interno Dirección de Investigación. CIMI-Gen. 1998.
- 4.- FRANK Charles. Desarrollo histórico de la Enfermería . México 1970, ED. La Prensa Medica Mexicana.
- 5.- DONAHUE. M. Patricia. Historia de la Enfermería. España 1985. Editorial Doyma.
- 6.- ALATORRE W. Edda. Desarrollo Histórico de la Enfermería en México. México 1984. ENEO-UNAM.
- 7.- JAMIENSON Elizabeth Historia de la Enfermería. México 1968 ED. Interamericana.
- 8.- HERNÁNDEZ Conesa Juana. Historia de la Enfermería. México 1995. Ed. Mc Graw Hill.
- 9.-LATAPI Pablo, Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México 1990. ED. Mundo Mar.
- 10.- INEGI. www.inegi.com.mex. México 2001.
- 11.- Situación Demográfica de México. La marginación de la localidades de México. México 1995. INEGI.
- 12.- MARTINEZ Benítez Ma .Matilde Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México 1990. ED. Mundo Mar.

- 13.- Segundo Simposium. Sobre la planificación de los recursos humanos de Enfermería. ENEO-UNAM.
- 14.- MEJIA Alfonso. Proceso del desarrollo de personal en planificación del personal de salud. OMS. Ginebra 1981.
- 15.- MORRIEL Leticia. Tercer simposium sobre la planificación de los recursos humanos de enfermería. UNAM-ENEO.
- 16.- Sistema Nacional de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. México 1994. ED. Secretaría Nacional de Salud.
- 17.- GOMEZ Jara Francisco. Sociología. México 1981. ED. Porrúa.
- 18.- CASO Antonio. Sociología. México 1997. Ed. Limusa.
- 19.-LATAPI, Pablo. Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México 1990. ED. Mundo Mar.
20. Tercer Simpósium. Sobre la planificación de los recursos humanos de Enfermería. México. UNAM- ENEO.
- 21.- CABELLO, Bonilla Víctor. Algunas observaciones sobre el lado oculto de la Enfermería. México 1998. Desarrollo Científico de Enfermería.
- 22.- ARROYO Graciela. Cualidades, debilidades y retos de la Enfermería Mexicana en el umbral del siglo XXI. Tercer simposium sobre la planificación de los recursos humanos de enfermería. ENEO- UNAM.
- 23.-MARTINEZ Benítez MA. Matilde. Sociología de una profesión. El Caso de Enfermería. México 1990 ED. Mundo Mar.
- 24.-HORTON Paúl. Sociología. México 1988 ED. Mc Graw Hill.
- 25.- SILVA Luna Dora. Perspectivas de Enfermería en el Siglo XXI: Educación y Práctica. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 6 # 2.1998.

- 26.- GUTIERREZ Raigosa Addy. Modelo de Atención Primaria a la Salud. ENEO-UNAM.
- 27.- HERNÁNDEZ Ramírez Guadalupe. Programa de investigación CIMI-Gen. Documento interno de la Dirección de Investigación CIMI-GEN.
- 28.-MARTINEZ, Benítez MA. Matilde. Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México 1990. ED. Mundo Mar.
- 29.- RODRÍGUEZ Ortiz Ana. Apuntes de sociología, México 1985. ED. Limusa.
- 30.- La Globalización de la Educación Superior. <http://www.ucd.globalización/reddshtm>
- 31.-ALVAREZ. Manilla José. La intervención, innovación y difusión de la tecnología educativa en México. Instituto Latinoamericano de la Comunicación educativa. México 1982.
- 32.KROEGER Axel. Atención Primaria a la Salud, principios y métodos. México 1989. Ed. OPS.
33. NARDIZ, Ma. Victoria. Enfermería v Atención Primaria a la Salud. México 1990 Ed. Díaz de Santos.
- 34- FRENK Julio. La salud de la población hacia una nueva salud publica. México 1997
- 35.-Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Estrategia de Extensión de Cobertura México 1997. ED. SSA.
- 36.- Sistema Nacional de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. México 1997. ED. SSA.
- 37.- Ley de Profesiones SEP. Dirección General de Información y Difusión. México 1992. SEP.
- 38.- Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. México 1998. ED. Porrúa Tomo I.

- 39.- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de estudio de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en México. México 1992. ENEO- UNAM.
- 40.- Enfermería y Obstetricia, [http://www,UNAM,mx/rectoria/htm/carrera/enferm-dhtml](http://www.UNAM,mx/rectoria/htm/carrera/enferm-dhtml).
- 41.- Enfermería y su Experiencia en otros países,
<http://www.ucd/colaboración/real/redbd5.htm/>.
- 42.- POLIT Denise. Investigación, científica de la salud. México 1995 ED. Mc Graw Hill.
- 43.- MARRINER Ann. Modelos y teorías de Enfermería. ED. ENEO – UNAM.
- 44.- WESLEY Rubí. Teorías y modelos de Enfermería. México 1997. ED. Mc Graw Hill.
- 45.-OMS-OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil.. Washington D.C 1986 Ed. OMS.
- 46.- FAGARDO Ortiz Guillermo. Atención Primaria a la Salud. México 1986 Ed. Prensa Mexicana.
- 47.- SYDNEY Kark. Atención Primaria a la Salud. Barcelona 1994 Ed. Doyma.
- 48.- IBARRA Castañeda MA. Guadalupe. El ejercicio independiente de la Enfermería. México 1995. desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 3 # 5.
- 49.- GUITIERREZ Raigosa Addy. Líneas programáticas básicas de la CCOAPS-ENEO. México 1999.
- 50.- GUTIERREZ Raigosa Addy. Manual de Organización de la CCOAPS-ENEO. México 1999.
- 51.- Diccionario académico Larrouse. México 1997.

9.2 Bibliografía General.

AGUILAR García Leopoldo. Medicina social y medicina institucional en México. México 1979. ED. Costa-Amic.

AGUILAR Gilberto. Tratado elemental de higiene. México 1986 ED. Porrúa.

AGUIRRE Alejandro. Evaluación de la información básica sobre mortalidad infantil en México. México 1980 Demografía y Economía, Num. 4.

AGUIRRE Beltrán Gonzalo. Sistema de Salud en la situación intercultural. México 1950. IMSS.

ALATORRE W. Edda. Desarrollo Histórico de la Enfermería en México. México 1984. ENEO- UNAM.

ALATORRE W. Edda. Origen y desarrollo de la partera, la enfermera clínica y la enfermera sanitaria en México. México 1990. ENEO- UNAM.

ALLWOOD Paredes Juan. Los recursos de la Salud Pública en Centroamérica. México 1968. Publicaciones de la Secretaría General de la Organización de Estados de Centroamérica.

ALONSO Castillo MA. Magdalena. Líneas para la Atención Primaria Avanzada: un modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. ENEO – UNAM.

ALVAREZ Amezquita José. Historia de la Salubridad y Asistencia en México. México 1960. ED. SSA.

ALVAREZ Manilla José. La intervención, innovación y difusión de la tecnología educativa en México. Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa. México 1982. Dirección General de Estadísticas.

Anuario estadístico, Ministerio de Salud pública 1998. ED. ORBE, Dirección General de Estadística.

- ANZUREZ y Bolaños Ma. Del Carmen. Medicina tradicional en México. México 1983 ED. UNAM.
- ARANDA Regules J. Manuel. Nuevas expectativas en Atención Primaria a la Salud. Revisión de la aplicación de los principios de Alma Ata. México 1994. ED. Díaz de Santos.
- ARIAS Galicia Fernando. Administración de recursos humanos. México 1983. ED. Trillas.
- ARROM Silva Marina. Las mujeres de la Ciudad de México 1790-1857. México 1985. ED. Siglo XXI.
- ARROYO Graciela. Cualidades, debilidades y retos de la Enfermería Mexicana en el umbral del siglo XXI. México 1985, ENEO- UNAM.
- ATKINSON Leslie. Proceso de Atención de Enfermería. México 1996, ED. Mc Graw Hill
- AVILA Cisneros Ignacio. La vigilancia médica higiénica del niño sano. México 1980. IMSS.
- BERNARD Jessie Shirley. Sociology. Unites States of America 1962. ED. St Louis the C.U Mosby company.
- BONNIE Bullough. Atención Medica de primer nivel. México 1967. ED. San Carlos.
- BONNIE Bullough. Enfermeras, situación legal. Estados Unidos New York. 1975.
- BRAVO Peña Federico. Noción de historia de Enfermería. México 1967. ED. San Carlos.
- CAJA T. Carmen. Enfermería comunitaria. Barcelona Masson 1993 Ediciones científicas y técnicas.
- CASO Antonio. Sociología. México 1969. ED. Limusa.
- CASTAÑEDA Hierro. Enfermería ¿cadena o camino? México 1970. ED. Pedro Robledo.
- COHEN Helen. La enfermera y su identidad profesional. Barcelona 1988. ED. Grijalva
- COPLAR. Necesidades esenciales de México en Salud. México 1982, ED. Siglo XXI. Diccionario académico Larrousp, México 1997.

- Dirección General de Información y Difusión. Ley de Profesiones. México 1974.
- Dirección General de Extensión de Cobertura. Programa de extensión de Cobertura. México 1998. SSA.
- DONAHUE M. Patricia. Historia de la Enfermería. España 1985. ED. Doyma.
- EIBENSCHTZ Catalina. Hegemonía y salud en el estado Mexicano. México Biblioteca modular UAM- Xochimilco.
- ENCICLOPEDIA de la enfermería. España 1994. Océano- Centrum.
- Enfermería Científica, biblioteca Internacional de ciencias de la enfermería. México 1985. ED. Limusa.
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México 1992. ENEO-UNAM.
- ESEVERRI Chaverri Cecilio. Enfermería como profesión con futuro. Barcelona 1978. ED. JIMS.
- ESEVERRI Chaverri Cecilio. Filosofía y antropología de una profesión. México 1992. ED. Díaz de Santos.
- FAGARDO Ortiz Guillermo. Atención Primaria a la Salud. México 1983. ED. Prensa Médica.
- FERRARA Floreal. Medicina de la Comunidad. Buenos Aires 1972. ED. Intermédica.
- FRANK Charles. Desarrollo Histórico de la Enfermería México 1971 ED. La Prensa Médica Mexicana.
- FREEMAN B. Ruth. Enfermería Sanitaria. México 1971 ED. Interamericana.
- FRENK Julio. Salud: de la investigación hacia una nueva salud pública, paquete didáctico de la investigación. México 197.
- FRENK Julio. Salud: De la investigación a la acción. México 1998.

FRIFFITH Janet. Proceso de la Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guía y modelos. México 1988, Secretaría de Salud.

FUENZALIDA Hernán. El derecho de la salud en las Américas. México 1988 ED. OPS, Publicaciones Científicas.

FUJIGAKI Augusto. La Salud Pública Histórica 1982-1983. México 1988, Secretaría de Salud.

GONZALEZ Camaño. Importancia de las enfermedades crónico-degenerativas dentro del panorama epidémico actual de México. México 1986, Salud Pública.

GONZALEZ Eleuterio. Diagnóstico de salud en México. México 1988. ED. Trillas.

GUTIERREZ Raigosa Addy. Líneas programáticas básicas del CCOAPS. México 1999. ENEO-UNAM.

GUTIERREZ Raigosa Addy. Manual de organización del CCOAPS. México 1999. ENEO-UNAM.

HANLON John. Guías para la salud de la comunidad. México 1868. ED. La Prensa Médica Mexicana.

HAMILTON Nora. México: los límites de la autonomía del Estado. México 1985 ED. Era.

HARNEKER Martha. Los conceptos elementales de l materialismo histórico. México 1973. ED. Siglo XXI.

HENDERSON Virginia. La naturaleza de la enfermería. México 1994. ED. Mc Graw Hill.

HERNANDEZ Beatriz. Crecimiento de la población. México 1987. Ciencia y Desarrollo. Consejo Nacional y Tecnología #76, Año XIII Sep-Oct.

HERNÁNDEZ Conesa Juana. Historia de la Enfermería, un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. México 1995, ED. Mc Graw Hill.

- HERNANDEZ Ramírez Guadalupe. Confederación Internacional de matronas. Documento interno. Dirección de Investigación. CIMI-Gen 1998.
- HERNÁNDEZ Ramírez Guadalupe. Programa de Investigación CIMI-Gen. Documento interno. Dirección de Investigación. CIMI-Gen 1998.
- INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México 1994.
- INEGI – CONAPO. Datos básicos sobre la población de México 1980-2010 México 1987.
- INEGI. [www,inegi,com,mx,html](http://www.inegi.com.mx/html).
- IMSS. Necesidades de atención médica y la adecuación de los recursos. México 1976.
- JAMIENSON Elizabeth. Historia de la Enfermería. México 1968. ED. Interamericana.
- JIMÉNEZ Villa. Monografía clínica en atención primaria. México 1990. ED. Doyma.
- JOANNE E. Hall. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. España 1997. ED. Mosby.
- KEROVAC Suzanne. El pensamiento enfermero. México 1996. ED. Masson.
- KING Imogene. Enfermería como profesión. México 1986. ED. Limusa.
- KOHNKE M. Asesoría profesional en servicio de Enfermería. México 1995. ED. Mc Graw Hill.
- KROEGER Axel. Atención Primaria a la Salud, principios y métodos. México 1989. ED. OPS.
- LARTIGUE Teresa. Salud comunitaria una visión panamericana. México 1991, ED. Universidad Iberoamericana, postgrado de investigación.
- LAGARRIAGA Attias Isabel. Medicina Tradicional. México 1975. ED. SEP.
- LAURELL Asa Cristina. La política de salud. México 1988. ED. Era, cuadernos políticos # 23.

- LEAVEL Clark. Medicina Preventiva en la comunidad. Nueva York. 1965. Ed. Mc Graw Hill.
- LEON Nicolas. La obstetricia en México. México 1980. ED. Siglo XXI.
- Ley General de Salud. Leves y códigos de México. México 1998. ED. Porrúa. Tomo 1.
- LOPEZ Acuña Daniel. La crisis de la medicina en controversia. Puebla, México 1976. ED. UAP.
- MARTINEZ Benítez MA. Matilde. Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México 1990. ED. Mundo Mar.
- MEDICINA MODERNA. La comunidad y la salud. México 1987.
- MILLER Benjamín. Salud individual y colectiva. México 1983. ED. Interamericana.
- MIRANDA Jorge. Las ciencias sociales. México 1984. ED. La Prensa Médica Mexicana.
- MOLINA MA. Teresa. Historia de la Enfermería. México 1973. ED. Interamericana.
- MORENO Cueto Enrique. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México 1982. IMSS Colección salud, seguridad social, serie Manuales Básicos y Estudios.
- MORRIEL Corral Leticia. El Licenciado en Enfermería y Obstetricia como factor que asegure la calidad de la atención a la Salud. México 1992. ENEO-UNAM.
- MUSTARD Harry. Introducción a la salud pública. México 1980. ED. La Prensa Médica Mexicana.
- NAJERA Rosa. Cuándo y porqué surgen los programas de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Xochimilco.
- NAJERA Rosa. Los recursos humanos de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Xochimilco. UAM.
- NARDIZ MA. Victoria. Enfermería y atención primaria de salud. México 1989 ED. Díaz de Santos.

- NÚÑEZ Delgado MA. Eugenia. Metodología para el estudio de comunidad. México 1997. ED. Masson.
- OLIVER Rogelio. Elección de Carrera. México 1991. ED. Noriega- Limusa.
- OMS-UNICEF. Atención Primaria a la Salud: informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud 1978, Alma Ata. URSS 1978.
- OPS. Promoción de salud: una antología. Washington D.C 1996. ED. OPS.
- ORTIZ Quezada. Salud en la pobreza. México 1982. ED. Nueva Imagen.
- PASTOR García Luis Miguel. Manual de ética y legislación en enfermería. España 1997. ED. Mosby.
- POLIT Dense. Investigación científica en ciencias de la salud. México 1995. ED. interamericana.
- RAFFENDEGER Ellen Nally. Consultor de enfermería clínica. Vol.1 España 1988. Océano- Centrum.
- RAMOS Escandón Carmen. Presencia y transferencia. La mujer en la historia de México. México 1987. ED. Colegio México.
- Reunión Latinoamericana de educación continua para personal de salud en el primer nivel de atención. México 1986. Secretaría General Académica. UNAM.
- REYES Ponce Agustín. Administración Moderna. México 1997. ED. Limusa.
- RODRÍGUEZ Ortiz Ana. Apuntes de sociología. México 1985 ED. UNAM.
- ROJAS Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. México 1990. UNAM.
- ROJAS Soriano Raúl. Capitalismo y enfermedad. México 1962. ED. Folies.
- ROUDINESCO Elizabeth. Feminismo y revolución. México 1990 ED. Península.
- RYESKY Diana. Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano. México 1980. ED. Oriente.

SALAZAR Holguín Héctor. La enfermería frente a los problemas sanitarios de México. México 1991. UA de Querétaro.

Segundo simposium nacional sobre la planificación de los recursos humanos de Enfermería. México 1982. ENEO-UNAM.

SYDNEY Kark. Atención Primaria concepto, organización y práctica. Barcelona 1994. ED: Mosby.

SIGERST Henry. Hitos en la historia de la salud pública. México 1981. ED. Siglo XXI. Sistema Nacional de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. México 1990. ED. Secretaría Nacional de Salud.

SOBERON Acevedo Guillermo. La planeación de la investigación y el Sistema Nacional de Salud. México 1985 ED. UNAM.

SOBERON Acevedo Guillermo. El cambio estructural en la salud. México 1987. Sistema Nacional de Salud.

SOBERON Acevedo Guillermo. El sujeto jurídico del cambio estructural. México 1988. ED. Fondo de Cultura Económica.

SOLIS Torres Lorenzo. La salud en México, Problemas y programas. México 1988. ED. FCE

TURNER C. Higiene del individuo y de la comunidad. México 1970. ED. Prensa Médica.

WESLEY Rubí. Teorías y modelos de enfermería. México 1997. ED. Mc Graw Hill.

ZURRO Martín Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona 1994. ED. Doyma.